

**2023年12月改訂(第4版 効能変更)

*2023年1月改訂

日本標準商品分類番号

873949

貯法：室温保存

有効期間：3年

処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

	錠 10mg	錠 20mg	錠 40mg
承認番号	30400AMX00067000	30400AMX00068000	30400AMX00069000
販売開始	2022年6月	2022年6月	2022年6月

非プリン型選択的キサンチンオキシダーゼ阻害剤/高尿酸血症治療剤

フェブキソスタット錠

フェブキソスタット錠 10mg「TCK」

フェブキソスタット錠 20mg「TCK」

フェブキソスタット錠 40mg「TCK」

FEBUXOSTAT Tablets「TCK」

2. 禁忌 (次の患者には投与しないこと)

2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者










2.2 メルカプトプリン水和物又はアザチオプリンを投与中の患者 [10.1 参照]

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	有効成分 (1錠中)	添加剤
フェブキソスタット錠 10mg「TCK」	フェブキソスタット 10mg	D-マンニトール、部分アルファー化デンプン、ヒドロキシプロピルセルロース、クロスカルメロースナトリウム、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、マクロゴール 6000、カルナウバロウ
フェブキソスタット錠 20mg「TCK」	フェブキソスタット 20mg	
フェブキソスタット錠 40mg「TCK」	フェブキソスタット 40mg	

3.2 製剤の性状

販売名	外形			色調 剤形
	直径(mm)	厚さ(mm)	重量(mg)	
フェブキソスタット錠 10mg「TCK」	 7.1	 3.3	 129	白色～微黄色 フィルム コーティング錠
フェブキソスタット錠 20mg「TCK」	 7.1	 3.2	 129	白色～微黄色 フィルム コーティング錠 (割線入り)
フェブキソスタット錠 40mg「TCK」	 8.9	 4.1	 256	白色～微黄色 フィルム コーティング錠 (割線入り)

**4. 効能又は効果

○痛風、高尿酸血症

○がん化学療法に伴う高尿酸血症

5. 効能又は効果に関連する注意

〈痛風、高尿酸血症〉

5.1 本剤の適用にあたっては、最新の治療指針等を参考に、薬物治療が必要とされる患者を対象とすること。

〈がん化学療法に伴う高尿酸血症〉

**5.2 本剤の適用にあたっては、腫瘍崩壊症候群の発症リスクを考慮して適応患者を選択すること。

**5.3 本剤は既に生成された尿酸を分解する作用はないため、血中尿酸値を急速に低下させる効果は期待できない。

**5.4 がん化学療法後に発症した高尿酸血症に対する本剤の有効性及び安全性は確立していない。

**6. 用法及び用量

〈痛風、高尿酸血症〉

通常、成人にはフェブキソスタットとして1日10mgより開始し、1日1回経口投与する。その後は血中尿酸値を確認しながら

ら必要に応じて徐々に増量する。維持量は通常1日1回40mgで、患者の状態に応じて適宜増減するが、最大投与量は1日1回60mgとする。

〈がん化学療法に伴う高尿酸血症〉

通常、成人にはフェブキソスタットとして60mgを1日1回経口投与する。

7. 用法及び用量に関連する注意

〈痛風、高尿酸血症〉

7.1 尿酸降下薬による治療初期には、血中尿酸値の急激な低下により痛風関節炎(痛風発作)が誘発されることがあるので、本剤の投与は10mg1日1回から開始し、投与開始から2週間以降に20mg1日1回、投与開始から6週間以降に40mg1日1回投与とするなど、徐々に増量すること。なお、増量後は経過を十分に観察すること。[8.4、17.1.1-17.1.3 参照]

〈がん化学療法に伴う高尿酸血症〉

**7.2 本剤は、がん化学療法開始1～2日前から投与を開始すること。

**7.3 臨床症状及び血中尿酸値をモニタリングしながら、化学療法開始5日目まで投与すること。なお、患者の状態に応じて、投与期間を適宜延長すること。

8. 重要な基本的注意

〈効能共通〉

8.1 肝機能障害があらわれることがあるので、本剤投与中は定期的に検査を行うなど、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.1 参照]

8.2 本剤投与中は甲状腺関連の所見の有無を確認し、異常が認められた場合には甲状腺機能関連の検査を実施すること。

8.3 心血管疾患を有する痛風患者を対象とした海外臨床試験において、アロプリノール群に比較してフェブキソスタット群で心血管死の発現割合が高かったとの報告がある。本剤を投与する場合には心血管疾患の増悪や新たな発現に注意すること。[15.1 参照]

〈痛風、高尿酸血症〉

8.4 本剤は尿酸降下薬であり、痛風関節炎(痛風発作)発現時に血中尿酸値を低下させると痛風関節炎(痛風発作)を増悪させるおそれがある。本剤投与前に痛風関節炎(痛風発作)が認められた場合は、症状がおさまるまで、本剤の投与を開始しないこと。

また、本剤投与中に痛風関節炎(痛風発作)が発現した場合には、本剤の用量を変更することなく投与を継続し、症状によりコルヒチン、非ステロイド性抗炎症剤、副腎皮質ステロイド等を併用すること。[7.1 参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.2 腎機能障害患者

9.2.1 重度の腎機能障害患者

重度の腎機能障害のある患者を対象とした臨床試験は実施していない。[16.6.1 参照]

9.3 肝機能障害患者

肝機能障害のある患者を対象とした臨床試験は実施していない。[16.6.2 参照]

9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。動物実験（ラット）で本剤が乳汁中に移行することが報告されている。また、動物実験（ラットにおける出生前及び出生後の発生並びに母体の機能に関する試験）の12mg/kg/日（60mg/日でのヒトの血漿中曝露量の11.1倍）以上で出生児の腎臓にキサンチンと推定される結晶沈着あるいは結石、48mg/kg/日（60mg/日でのヒトの血漿中曝露量の39.3倍）で離乳率の低下、体重低値などの発育抑制、甲状腺の大型化及び甲状腺重量増加の傾向が認められている¹⁾。

9.7 小児等

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者

患者の状態を観察し、十分に注意しながら本剤を投与すること。一般に生理機能が低下していることが多い。

10. 相互作用

10.1 併用禁忌（併用しないこと）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
メルカプトプリン水和物 （ロイケリン） アザチオプリン （イムラン、アザニン） [2.2 参照]	骨髄抑制等の副作用を増強する可能性がある。	アザチオプリンの代謝物メルカプトプリンの代謝酵素であるキサンチンオキシダーゼの阻害により、メルカプトプリンの血中濃度が上昇することがアロプリノール（類薬）で知られている。本剤もキサンチンオキシダーゼ阻害作用をもつことから、同様の可能性がある。

* 10.2 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ビダラビン	幻覚、振戦、神経障害等のビダラビンの副作用を増強する可能性がある。	ビダラビンの代謝酵素であるキサンチンオキシダーゼの阻害により、ビダラビンの代謝を抑制し、作用を増強させることがアロプリノール（類薬）で知られている。本剤もキサンチンオキシダーゼ阻害作用をもつことから、同様の可能性がある。
ジダノシン	ジダノシンの血中濃度が上昇する可能性がある。本剤と併用する場合は、ジダノシンの投与量に注意すること。	ジダノシンの代謝酵素であるキサンチンオキシダーゼの阻害により、健康成人及びHIV患者においてジダノシンのC _{max} 及びAUCが上昇することがアロプリノール（類薬）で知られている。本剤もキサンチンオキシダーゼ阻害作用をもつことから、同様の可能性がある。
ロスバスタチン	ロスバスタチンの血中濃度が上昇する可能性がある。	本剤がBCRPを阻害することにより、ロスバスタチンのAUCが約1.9倍、C _{max} が約2.1倍上昇したとの報告がある ²⁾ 。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用

11.1.1 肝機能障害（頻度不明）

AST、ALT等の上昇を伴う肝機能障害があらわれることがある。[8.1 参照]

11.1.2 過敏症（頻度不明）

全身性皮疹、発疹などの過敏症があらわれることがある。

11.2 その他の副作用

種類	頻度	1～5% 未満	1% 未満	頻度不明
血液			白血球数減少	血小板数減少、貧血
内分泌系			TSH 増加	
神経系			手足のしびれ感、浮動性めまい、傾眠	頭痛、味覚異常
心臓			心電図異常	動悸
胃腸			下痢、腹部不快感、悪心、腹痛	
肝・胆道系		肝機能検査値異常（AST 増加、ALT 増加、γ-GTP 増加等）		
皮膚			発疹、そう痒症、紅斑	蕁麻疹、脱毛
筋骨格系		関節痛	四肢痛、四肢不快感、CK 増加、筋肉痛	
腎及び尿路			β-N アセチル D グルコサミニダーゼ増加、尿中β ₂ ミクログロブリン増加、血中クレアチニン増加、血中尿素増加、頻尿	尿量減少
その他			倦怠感、口渇、血中トリグリセリド増加、CRP 増加、血中カリウム増加	浮腫

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

PTP 包装の薬剤は PTP シートから取り出して服用するよう指導すること。PTP シートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することがある。

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報

海外で実施された心血管疾患を有する痛風患者を対象とした二重盲検非劣性試験において、主要評価項目（心血管死、非致死性心筋梗塞、非致死性脳卒中、不安定狭心症に対する緊急血行再建術の複合エンドポイント）についてはアロプリノール群に対しフェブキソスタット群で非劣性が示されたものの、副次評価項目のうち心血管死の発現割合はフェブキソスタット群及びアロプリノール群でそれぞれ4.3%（134/3,098 例）、3.2%（100/3,092 例）でありフェブキソスタット群で高かった（ハザード比 [95% 信頼区間]：1.34 [1.03, 1.73]）。心血管死の中では両群ともに心突然死が最も多かった（フェブキソスタット群 2.7%（83/3,098 例）、アロプリノール群 1.8%（56/3,092 例））。また、全死亡の発現割合についても、フェブキソスタット群及びアロプリノール群でそれぞれ7.8%（243/3,098 例）、6.4%（199/3,092 例）でありフェブキソスタット群で高かった（ハザード比 [95% 信頼区間]：1.22 [1.01, 1.47]）。[8.3 参照]

15.2 非臨床試験に基づく情報

げっ歯類を用いた 104 週間投与によるがん原性試験において、最高用量群（ラット 24mg/kg/日 [60mg/日でのヒトの血漿中曝露量の約 25（雄）及び 26（雌）倍]、マウス 18.75mg/kg/日 [60mg/日でのヒトの血漿中曝露量の約 4（雄）及び 12（雌）倍]）の膀胱にキサンチンと推定される結晶沈着・結石が認められ、マウスの 18.75mg/kg/日（雌）及びラットの 24mg/kg/日（雄）に膀胱腫瘍（移行上皮乳頭腫及び移行上皮癌）の発生頻度の増加が認められた。マウスでは膀胱にキサンチン結晶・結石が生成しない条件下で、膀胱移行上皮の過形成は認められなかった。げっ歯類では、結晶・結石などによる機械的刺激が長時間持続することにより、膀胱粘膜の腫瘍性変化が誘発されるとの報告がある。また、臨床試験において、キサンチン結晶・結石を疑わせる尿沈渣所見はなかった³⁾。

16. 薬物動態

16.1 血中濃度

16.1.1 単回投与

健康成人男性 30 例に、フェブキソスタットとして 10、20、40 及び 80mg⁽³¹⁾を絶食下で単回経口投与したとき、血漿中フェブ

キシスタットの薬物動態パラメータは以下のとおりである^{4), 5)}。

用量	薬物動態パラメータ			
	AUC _{inf} (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	t _{1/2} (hr)	t _{max} (hr)
10mg (N=8)	1537.0± 430.9	496.2± 166.0	6.2±0.9	1.4±1.1
20mg (N=8)	3296.2± 751.9	1088.3± 178.9	6.2±1.1	1.3±0.5
40mg (N=8)	7085.2± 1341.2	2270.3± 866.7	7.3±1.8	1.2±0.8
80mg (N=6)	13300.5± 3032.3	3765.3± 1008.3	6.9±1.8	1.9±1.0

(平均値±標準偏差)

16.1.2 反復投与 (効能共通)

健康成人男性 6 例に、フェブキソスタットとして 40mg を朝食後に 1 日 1 回 7 日間反復経口投与したとき、血漿中フェブキソスタット濃度は投与開始後 3 日で定常状態に達し、反復投与による蓄積性は認められなかった⁶⁾。

用量	観察日	C _{max} (ng/mL)	t _{max} (hr)	AUC _{0,24hr} (ng·hr/mL)	t _{1/2} (hr)
40mg/日 (N=6)	1 日目	1019.1± 343.2	1.8±0.8	3658.5± 625.6	6.3±1.6
	7 日目	1299.8± 312.6	1.5±0.3	4442.1± 729.5	8.8±2.2

(平均値±標準偏差)

(痛風、高尿酸血症)

高尿酸血症患者 10 例にフェブキソスタット 10mg/日 で 2 週間、20mg/日 を 4 週間 1 日 1 回朝食後に投与したとき、投与開始後 6 週における薬物動態パラメータは以下のとおりであった⁷⁾。

用量	C _{max} (ng/mL)	t _{max} (hr)	AUC _{0,24hr} (ng·hr/mL)	t _{1/2} (hr)
20mg (N=10)	541.8±227.8	2.2±1.6	2092.3±463.2	8.2±2.4

(平均値±標準偏差)

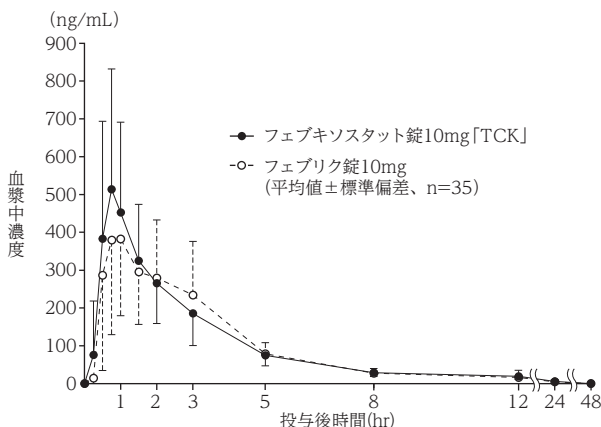
16.1.3 生物学的同等性試験

(フェブキソスタット錠 10mg [TCK])

フェブキソスタット錠 10mg [TCK] とフェブリク錠 10mg を、クロスオーバー法によりそれぞれ 1 錠 (フェブキソスタットとして 10mg) 健康成人男子 35 名に絶食時単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定した。得られた薬物動態パラメータ (AUC、C_{max}) について 90% 信頼区間法にて統計解析を行った結果、log (0.80) ~log (1.25) の範囲内であり、両製剤の生物学的同等性が確認された⁸⁾。

	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC _{0→48hr} (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	T _{1/2} (hr)
フェブキソスタット錠 10mg [TCK]	1602.8± 436.5	616.4± 276.6	1.5±2.0	6.7±2.7
フェブリク錠 10mg	1534.0± 409.1	550.7± 172.8	1.6±1.0	6.2±3.4

(平均値±標準偏差、n = 35)



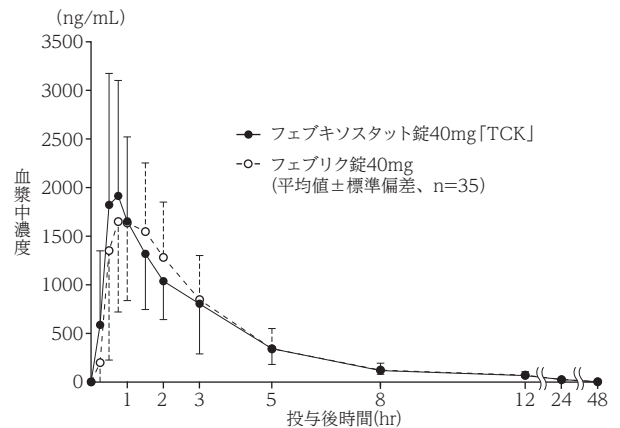
血漿中濃度並びに AUC、C_{max} 等のパラメータは、被験者の選択、体液の採取回数・時間等の試験条件によって異なる可能性がある。

(フェブキソスタット錠 40mg [TCK])

フェブキソスタット錠 40mg [TCK] とフェブリク錠 40mg を、クロスオーバー法によりそれぞれ 1 錠 (フェブキソスタットとして 40mg) 健康成人男子 35 名に絶食時単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定した。得られた薬物動態パラメータ (AUC、C_{max}) について 90% 信頼区間法にて統計解析を行った結果、log (0.80) ~log (1.25) の範囲内であり、両製剤の生物学的同等性が確認された⁹⁾。

	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC _{0→48hr} (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	T _{1/2} (hr)
フェブキソスタット錠 40mg [TCK]	6584.4± 1911.5	2460.2± 1063.8	1.2±1.1	8.6±2.9
フェブリク錠 40mg	6695.5± 2218.8	2302.4± 807.8	1.3±1.0	8.4±3.7

(平均値±標準偏差、n = 35)



血漿中濃度並びに AUC、C_{max} 等のパラメータは、被験者の選択、体液の採取回数・時間等の試験条件によって異なる可能性がある。

16.2 吸収

16.2.1 食事の影響

健康成人 16 例に、フェブキソスタット 40mg を食後に単回経口投与したとき、空腹時投与に比べて、C_{max} 及び AUC_{inf} はそれぞれ 28 及び 18% 低下した⁴⁾。

投与群	C _{max} (ng/mL)	t _{max} (hr)	AUC _{inf} (ng·hr/mL)	t _{1/2} (hr)
絶食下投与 (N=16)	2049.1±782.3	1.2±0.8	6538.3±1263.0	6.8±1.7
食後投与 (N=16)	1456.0±514.8	1.8±1.0	5321.6±910.4	6.3±1.5

(平均値±標準偏差)

16.3 分布

16.3.1 蛋白結合率

フェブキソスタット (0.4~10μg/mL 添加時) のヒト血漿蛋白結合率は 97.8~99.0% であり、主な結合蛋白はアルブミンであった (*in vitro* 試験)¹⁰⁾。

16.4 代謝

フェブキソスタットの主な代謝経路はグルクロン酸抱合反応であった。また、その他に複数の酸化代謝物、それらの硫酸抱合体及びグルクロン酸抱合体に代謝された¹¹⁾。フェブキソスタットの CYP1A2、CYP2B6、CYP2C9、CYP2C19、及び CYP3A4/5 に対する阻害は認められなかった。一方、フェブキソスタットの CYP2C8 及び CYP2D6 に対する Ki 値はそれぞれ 20 及び 40μmol/L であった (ヒト肝ミクロソームを用いた *in vitro* 試験)^{10), 12)}。

フェブキソスタットは CYP1A1/2、CYP2B6、CYP2C9、CYP2C19、CYP2D6、CYP2E1 及び CYP3A4/5 を誘導しなかった (ヒト初代肝細胞を用いた *in vitro* 試験)¹²⁾。

16.5 排泄

16.5.1 健康成人男性 24 例にフェブキソスタットとして 10、20、40mg を絶食下单回経口投与したとき、投与後 24 及び 96 時間までの投与量に対するフェブキソスタットの尿中排泄率はそれぞれ 2.1~3.8% 及び 2.2~3.9% であった。また、投与後 24 及び 96 時間までの投与量に対するフェブキソスタットのグルクロン酸抱合体の尿中排泄率はそれぞれ 46.7~49.7% 及び 49.0~51.6% であった⁴⁾。

16.5.2 健康成人男性 6 例に ^{14}C -フェブキソスタットとして $80\text{mg}^{(註1)}$ を含有する液剤を、絶食下单回経口投与したとき、投与後 4 時間までの血漿中総放射能に対するフェブキソスタット及びそのグルクロン酸抱合体の割合はそれぞれ 83.8~95.8% 及び 2.3~6.8% であった。投与後 48 時間までのフェブキソスタットの尿中排泄率（投与量に対する割合、以下同様）は 1.1~3.5%、投与後 120 時間までの糞中排泄率は 7.8~15.8% であった。また、代謝物を含めた総放射能の投与後 216 時間までの尿及び糞中排泄率はそれぞれ 49.1 及び 44.9% であった（外国人のデータ）¹¹⁾。

16.6 特定の背景を有する患者

16.6.1 腎機能低下患者

軽度（5 例）及び中等度（7 例）の腎機能低下患者にフェブキソスタット 20mg を 1 日 1 回朝食後に 7 日間反復経口投与したとき、投与後 7 日における軽度腎機能低下群のフェブキソスタットの C_{max} は腎機能正常群（9 例）と変わらなかったが、 $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は腎機能正常群に比較して 53% 増加した。中等度腎機能低下群の C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は腎機能正常群に比較して、それぞれ 26 及び 68% 増加した¹³⁾。

軽度（6 例）、中等度（7 例）及び重度（7 例）の腎機能低下患者にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回朝食前に 7 日間反復経口投与したとき、投与後 7 日におけるフェブキソスタットの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は、腎機能正常群（11 例）に比較して軽度、中等度、重度腎機能低下群でそれぞれ 41 及び 48%、2 及び 48%、4 及び 76% 上昇した（外国人のデータ）¹⁴⁾。[9.2.1 参照]

16.6.2 肝機能低下患者

軽度（8 例）及び中等度（8 例）の肝機能低下患者（Child-Pugh A、B）にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回朝食前に 7 日間反復経口投与したとき、軽度肝機能低下群の投与後 7 日におけるフェブキソスタットの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は、肝機能正常群（11 例）と比較してそれぞれ 24 及び 30% 上昇した。また、中等度肝機能低下群の C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ はそれぞれ 53 及び 55% 上昇した（外国人のデータ）¹⁵⁾。[9.3 参照]

16.6.3 高齢者

高齢者（65 歳以上、24 例）と若年者（18~40 歳、24 例）にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回朝食前に 7 日間反復経口投与したとき、投与後 7 日における高齢者の C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は若年者に対してそれぞれ 1% 低下及び 12% 上昇した（外国人のデータ）¹⁶⁾。

16.6.4 女性

フェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回朝食前に 7 日間反復経口投与したとき、投与後 7 日における女性被験者群（24 例）の C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は男性被験者群（24 例）に比較してそれぞれ 24 及び 12% 高かった（外国人のデータ）¹⁶⁾。

16.7 薬物相互作用

16.7.1 制酸剤

健康成人 24 例に制酸剤（5mL 中に水酸化マグネシウム 200mg 及び水酸化アルミニウム 225mg を含有する配合剤）を単回経口投与後にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を単回経口投与したとき、フェブキソスタットの C_{max} 及び AUC_{inf} はそれぞれ 32 及び 15% 低下した（外国人のデータ）¹⁷⁾、¹⁸⁾。

16.7.2 コルヒチン

健康成人 22 例にフェブキソスタット 40mg を 1 日 1 回 7 日間反復経口投与し、更に 4~7 日目にコルヒチンを $1.2\text{mg}/\text{日}$ で 1 日 2 回反復経口投与したとき、フェブキソスタットの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ はそれぞれ 12 及び 7% 上昇した（外国人のデータ）¹⁹⁾。

健康成人 26 例にフェブキソスタット $120\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回及びコルヒチンを $1.2\text{mg}/\text{日}$ で 1 日 2 回 14 日間反復経口投与したとき、コルヒチンの朝食前投与後もしくは夕食後投与後の C_{max} はそれぞれ 12% 低下及び 2% 上昇した。また、 $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は 3% 低下した¹⁹⁾。

16.7.3 インドメタシン

健康成人 26 例にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回及びインドメタシン $100\text{mg}/\text{日}$ で 1 日 2 回 5 日間反復経口投与したとき、フェブキソスタットの C_{max} は 7% 低下し、 $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ は 2% 上昇した。また、インドメタシンの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ の低下は 2% 以内であった（外国人のデータ）²⁰⁾。

16.7.4 ナプロキセン

健康成人 25 例にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回及びナプロキセン $1000\text{mg}/\text{日}$ を 1 日 2 回 7 日間反復経口投与したとき、ナプロキセンの併用により、フェブキソスタットの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ はそれぞれ 28 及び 40% 上昇した。一方、フェブキソスタットの併用によるナプロキセンの C_{max} の上昇及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ の低下は 1% 以内であった（外国人のデータ）²⁰⁾。

16.7.5 デシプラミン

健康成人 18 例にフェブキソスタット $120\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回 9 日間反復経口投与し、投与開始後 6 日にデシプラミン（国内未承

認） 25mg を単回経口投与したとき、デシプラミンの C_{max} 及び AUC_{inf} はそれぞれ 16 及び 22% 上昇した（外国人のデータ）²¹⁾。

16.7.6 ワルファリンナトリウム

健康成人 13 例にフェブキソスタット $120\text{mg}^{(註1)}$ とワルファリンナトリウム（国内未承認）（用量は INR を基準に設定）を 1 日 1 回 14 日間反復経口投与したとき、R- 及び S- ワルファリンの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ の上昇は 5% 以内であった。また、ワルファリンの薬力学の変化（ INR_{max} の上昇、 $\text{INR}_{\text{mean},24\text{h}}$ の低下及び第 VII 因子活性平均値の上昇）は 7% 以内であった（外国人のデータ）²²⁾。

健康成人 27 例にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ とワルファリンナトリウム（国内未承認）（用量は INR を基準に設定）を 1 日 1 回 14 日間反復経口投与したとき、R- ワルファリンの C_{max} 及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ の低下は 2% 以内であった。また、S- ワルファリンの C_{max} の低下及び $\text{AUC}_{0,24\text{hr}}$ の上昇は 1% 以内であった。また、ワルファリンの薬力学の変化（ INR_{max} と $\text{INR}_{\text{mean},24\text{h}}$ の低下及び第 VII 因子活性平均値の上昇）は 4% 以内であった（外国人のデータ）²²⁾。

16.7.7 ヒドロクロロチアジド

健康成人 33 例にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ とヒドロクロロチアジド 50mg を単回経口投与したとき、フェブキソスタットの C_{max} 及び AUC_{inf} の上昇は 4% 以内であった（外国人のデータ）²³⁾。

16.7.8 テオフィリン

健康成人 23 例にフェブキソスタット $80\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回 7 日間反復経口投与し、投与開始後 5 日にテオフィリン 400mg を単回経口投与したとき、テオフィリンの C_{max} 及び AUC_{inf} の上昇は 5% 以内であった（外国人のデータ）²⁴⁾。

16.7.9 ロシグリタゾン

健康成人 36 例にフェブキソスタット $120\text{mg}^{(註1)}$ を 1 日 1 回 9 日間反復経口投与し、投与開始後 5 日にロシグリタゾン（国内未承認） 4mg を単回経口投与したとき、ロシグリタゾンの C_{max} の低下及び AUC_{inf} の上昇は 6% 以内であった²⁵⁾。

16.8 その他

<フェブキソスタット錠 20mg [TCK]>

フェブキソスタット錠 20mg [TCK] は、「含量が異なる経口固形製剤の生物学的同等性試験ガイドライン（令和 2 年 3 月 19 日 薬生薬審発 0319 第 1 号）」に基づき、フェブキソスタット錠 40mg [TCK] を標準製剤としたとき、溶出挙動に基づき生物学的に同等とみなされた²⁶⁾。

注 1) 本剤の承認された用法及び用量における最大投与量は $60\text{mg}/\text{日}$ である。

17. 臨床成績

17.1 有効性及び安全性に関する試験

<痛風、高尿酸血症>

17.1.1 国内後期第 II 相試験

痛風を含む高尿酸血症患者 202 例を対象としたプラセボ対照無作為化二重盲検用量反応比較試験を行った。フェブキソスタット $10\text{mg}/\text{日}$ から投与を開始し、各群の固定維持用量（20、40、60 又は $80\text{mg}^{(註1)}/\text{日}$ ）まで用量を段階的に増量した。増量のタイミングは投与開始後 2、6 及び 10 週とし、これ以降 16 週まで用量を維持した。なお、女性患者はプラセボ群 1/38 例、フェブキソスタット $20\text{mg}/\text{日}$ 群 2/43 例、フェブキソスタット $40\text{mg}/\text{日}$ 群 0/41 例、フェブキソスタット $60\text{mg}/\text{日}$ 群 1/36 例、フェブキソスタット $80\text{mg}/\text{日}$ 群 1/41 例であった。投与開始後 16 週時（各群の維持用量まで用量を段階的に増量した期間を含む）に、血清尿酸値が $6.0\text{mg}/\text{dL}$ 以下に到達した患者の割合（達成率）は、下表のとおりであった²⁷⁾。

投与開始後 16 週の時血清尿酸値 $6.0\text{mg}/\text{dL}$ 以下達成率

投与群	血清尿酸値 $6.0\text{mg}/\text{dL}$ 以下達成率	プラセボ群との差
プラセボ（38 例）	2.6%	—
$20\text{mg}/\text{日}$ （43 例）	46.5%	43.9%
$40\text{mg}/\text{日}$ （41 例）	82.9%	80.3%
$60\text{mg}/\text{日}$ （36 例）	83.3%	80.7%
$80\text{mg}/\text{日}$ （41 例）	87.8%	85.2%

本試験におけるフェブキソスタットの安全性評価対象 199 例中、副作用（臨床検査値の異常を含む）の発現頻度は、プラセボ群 18.4%（7/38 例）、フェブキソスタット $20\text{mg}/\text{日}$ 群 23.3%（10/43 例）、フェブキソスタット $40\text{mg}/\text{日}$ 群 29.3%（12/41 例）、フェブキソスタット $60\text{mg}/\text{日}$ 群 13.9%（5/36 例）、フェブキソスタット $80\text{mg}/\text{日}$ 群 29.3%（12/41 例）であった。フェ

ブキソスタット群における主な副作用は、フェブキソスタット 20mg/日群で痛風関節炎 4 例 (9.3%)、倦怠感 2 例 (4.7%)、フェブキソスタット 40mg/日群で痛風関節炎 3 例 (7.3%)、TSH 増加 2 例 (4.9%)、フェブキソスタット 60mg/日群で痛風関節炎 3 例 (8.3%)、フェブキソスタット 80mg/日群で痛風関節炎 8 例 (19.5%)、関節痛 2 例 (4.9%)、四肢不快感 2 例 (4.9%)、ALT 増加 2 例 (4.9%)、CK 増加 2 例 (4.9%) であった。[7.1 参照]

17.1.2 国内第Ⅲ相試験

痛風を含む高尿酸血症患者 244 例を対象としたアロプリノール対照無作為化二重盲検比較試験を行った。フェブキソスタット 10mg/日又はアロプリノール 100mg/日を 12 日間投与し、その後、それぞれ 40mg/日又は 200mg/日に増量し 44 日間投与した。なお、女性患者はフェブキソスタット群 3/122 例、アロプリノール群 3/121 例であった。投与開始後 8 週の血清尿酸値変化率 (主要評価項目) において、フェブキソスタット 40mg/日群のアロプリノール 200mg/日群に対する非劣性が示された ($P < 0.001$; 非劣性マージンは 5%)。また、投与開始後 8 週の血清尿酸値 6.0mg/dL 以下達成率 (副次評価項目) は、フェブキソスタット 40mg/日群 82.0%、アロプリノール 200mg/日群 70.0% であった。各投与期間での痛風関節炎の発現割合は下表のとおりであった^{28), 29)}。

投与開始後 8 週の血清尿酸値変化率 (%)

投与群	血清尿酸初期値 (mg/dL)	血清尿酸値変化率 ^{a)} (%)	変化率の群間差 [95% 信頼区間] (%)	共分散分析
	平均 (標準偏差)	平均 (標準偏差)		
アロプリノール 200mg/日 (120 例)	8.89 (1.24)	-35.2 (14.7)	-6.24 [-9.65, -2.84]	$P < 0.001^{b)}$
フェブキソスタット 40mg/日 (122 例)	8.83 (1.32)	-41.5 (12.1)		

- a) 血清尿酸初期値 (投与開始前の血清尿酸値) に対する投与開始後 8 週の血清尿酸値の変化率
 #) 非劣性検定における P 値

痛風関節炎の発現割合

投与群	痛風関節炎の発現割合		
	0~12 日以下	12 日超 6 週以下	6 週超 8 週以下
アロプリノール 200mg/日 (121 例)	1.7% (100mg/日)	3.3% (200mg/日)	0.8% (200mg/日)
フェブキソスタット 40mg/日 (122 例)	1.6% (10mg/日)	6.6% (40mg/日)	3.3% (40mg/日)

() 内は当該時期のアロプリノール又はフェブキソスタットの用量

本試験におけるフェブキソスタットの安全性評価対象 243 例中、副作用 (臨床検査値の異常を含む) の発現頻度は、フェブキソスタット群 8.2% (10/122 例)、アロプリノール群 11.6% (14/121 例) であった。フェブキソスタット群における主な副作用は、痛風関節炎 4 例 (3.3%) であった。[7.1 参照]

17.1.3 国内長期投与試験

血清尿酸値 9.0mg/dL 以上の痛風を含む高尿酸血症患者 171 例を対象とした長期投与試験を実施した。フェブキソスタット 10mg/日から投与を開始し、投与開始後 3 週目にフェブキソスタット 20mg/日、投与開始後 7 週目にフェブキソスタット 40mg/日に増量した。投与開始後 10 週目の血清尿酸値が 6.0mg/dL を超えていた場合は投与開始後 15 週目よりフェブキソスタット 60mg/日に増量し、血清尿酸値が 6.0mg/dL 以下の場合にはフェブキソスタット 40mg/日を維持した。なお、女性患者はフェブキソスタット 40mg/日群 5/131 例、フェブキソスタット 60mg/日群 1/40 例であった。投与開始後 18 週、26 週、52 週で血清尿酸値が 6.0mg/dL 以下に到達した患者の割合 (達成率) は、フェブキソスタット 40mg/日群では、それぞれ 93.5、91.5、86.4%、また、フェブキソスタット 60mg/日群では、それぞれ 74.4、71.4、87.5% であった³⁰⁾。

本試験におけるフェブキソスタットの安全性評価対象 171 例中、副作用 (臨床検査値の異常を含む) の発現頻度は、フェブキソスタット 40mg/日群 37.4% (49/131 例)、フェブキソスタット 60mg/日群 35.0% (14/40 例) であった。フェブキソスタット群における主な副作用 (臨床検査値の異常を含む) は、フェブキソスタット 40mg/日群で痛風関節炎 26 例 (19.8%)、関節痛 7 例 (5.3%)、四肢痛 4 例 (3.1%)、フェブキソスタット 60mg/日群で痛風関節炎 9 例 (22.5%)、関節痛 3 例 (7.5%)、

四肢痛 3 例 (7.5%)、四肢不快感 2 例 (5.0%) であった。[7.1 参照]

(がん化学療法に伴う高尿酸血症)

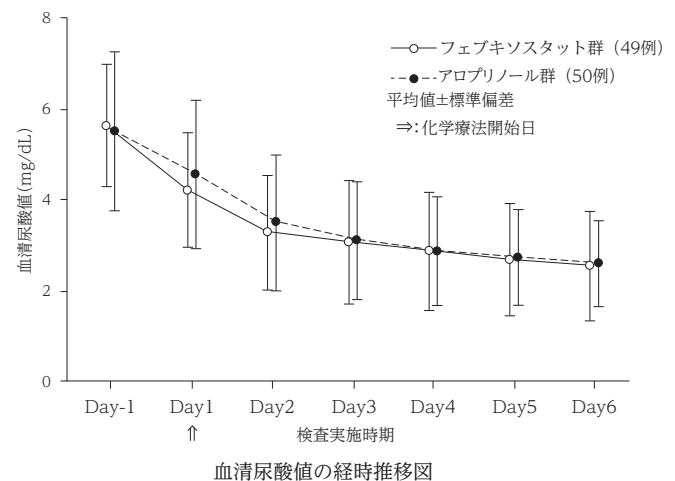
**17.1.4 国内第Ⅲ相試験

化学療法施行予定の悪性腫瘍患者 99 例を対象にアロプリノール対照非盲検無作為化比較試験を行った。フェブキソスタット 60mg/日又はアロプリノールは 300mg/日 [腎機能障害のある患者 ($30 \leq eGFR < 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$) では 200mg/日] を化学療法施行開始 24 時間前から 6 日間投与した。投与開始 6 日後までの血清尿酸値 AUC (主要評価項目) は、アロプリノール群に対するフェブキソスタット群の非劣性が示された (非劣性マージンは 150mg・hr/dL)。また、フェブキソスタット 60mg/日の投与により血清尿酸値は投与開始 6 日後まで経時的に減少した^{31), 32)}。本試験におけるフェブキソスタット 60mg/日の安全性評価対象 49 例中 1 例 (2.0%) に副作用が認められた。その副作用は、AST 増加、ALT 増加であった。

投与開始 6 日後までの血清尿酸値 AUC

投与群	血清尿酸値 AUC (mg・hr/dL)	群間差 [95% 信頼区間]
	最小二乗平均値±標準誤差	
アロプリノール 200~300mg/日 (50 例)	513.44±13.13	-33.61 [-70.67, 3.45]
フェブキソスタット 60mg/日 (49 例)	479.82±13.26	

群間差: フェブキソスタット群 - アロプリノール群



注 1) 本剤の承認された用法及び用量における最大投与量は 60mg/日である。

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

18.1.1 フェブキソスタットは、尿酸生成を掌るキサンチンオキシダーゼの酸化型 (Ki 値: 0.6nmol/L)、還元型 (Ki 値: 3.1nmol/L) をいずれも阻害することにより、尿酸生成を抑制する (*in vitro* 試験)³³⁾。

18.1.2 フェブキソスタットは、他の主要なプリン・ピリミジン代謝酵素の活性に影響を及ぼさず、キサンチンオキシダーゼを選択的に阻害する (*in vitro* 試験)³³⁾。

18.2 薬理作用

18.2.1 血中尿酸低下作用

ラット (正常、高尿酸血症モデル) でフェブキソスタットは経口投与により、血中尿酸値を低下させた³⁴⁾。

18.2.2 尿中尿酸低下作用

ラットでフェブキソスタットは経口投与により、尿中尿酸値を低下させた³⁴⁾。

19. 有効成分に関する理化学的知見

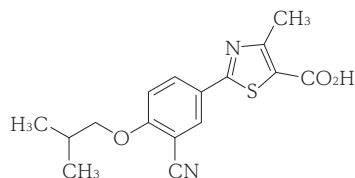
一般的名称: フェブキソスタット (Febuxostat)

化学名: 2-[3-cyano-4-(2-methylpropoxy)phenyl]-4-methylthiazole-5-carboxylic acid

分子式: C₁₆H₁₆N₂O₃S

分子量: 316.37

構造式：



性状：白色の粉末である。
ジメチルスルホキシドにやや溶けやすく、エタノール(99.5)にやや溶けにくく、水にほとんど溶けない。

22. 包装

- 〈フェブキソスタット錠 10mg [TCK]〉
100錠 (10錠×10)、500錠 (10錠×50)、500錠 (バラ)
- 〈フェブキソスタット錠 20mg [TCK]〉
100錠 (10錠×10)、500錠 (10錠×50)、500錠 (バラ)
- 〈フェブキソスタット錠 40mg [TCK]〉
100錠 (10錠×10)

**23. 主要文献

- 1) 生殖発生毒性 (ラット) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.6.6.6)
- 2) Lehtisalo M, et al. : Clin Transl Sci. 2020 ; 13 (6) : 1236-43.
- 3) がん原性 (マウス、ラット) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.6.6.5)
- 4) 血漿中濃度及び排泄 (健康成人、単回) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.1)
- 5) 血漿中濃度 (健康成人、単回) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.5)
- 6) 血漿中濃度 (健康成人、反復) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.8)
- 7) 血漿中濃度 (高尿酸血症患者、反復) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.31)
- 8) 社内資料：生物学的同等性試験 (錠 10mg)
- 9) 社内資料：生物学的同等性試験 (錠 40mg)
- 10) Mukoyoshi M, et al. : Xenobiotica. 2008 ; 38 (5) : 496-510.
- 11) Grabowski BA, et al. : J Clin Pharmacol. 2011 ; 51 (2) : 189-201.
- 12) 代謝 (ヒト) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.2.2.1)
- 13) 血漿中濃度 (腎機能低下患者、反復) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.2.3、2.7.6.13)
- 14) Mayer MD, et al. : Am J Ther. 2005 ; 12 (1) : 22-34.
- 15) Khosravan R, et al. : J Clin Pharmacol. 2006 ; 46 (1) : 88-102.
- 16) Khosravan R, et al. : J Clin Pharmacol. 2008 ; 48 (9) : 1014-1024.
- 17) Khosravan R, et al. : Br J Clin Pharmacol. 2008 ; 65 (3) : 355-363.
- 18) 薬物相互作用 (制酸剤) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.20)
- 19) 薬物相互作用 (コルヒチン) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.18、2.7.6.19)
- 20) Khosravan R, et al. : J Clin Pharmacol. 2006 ; 46 (8) : 855-866.
- 21) 薬物相互作用 (デシプラミン) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.16)
- 22) 薬物相互作用 (ワルファリン) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.23、2.7.6.24)
- 23) Grabowski BA, et al. : Br J Clin Pharmacol. 2010 ; 70 (1) : 57-64.
- 24) 薬物相互作用 (テオフィリン) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.25)
- 25) 薬物相互作用 (ロシグリタゾン) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.26)
- 26) 社内資料：生物学的同等性試験 (錠 20mg)
- 27) プラセボ対照無作為化二重盲検用量反応比較試験 (痛風を含む高尿酸血症患者) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.33)
- 28) アロプリノール対照無作為化二重盲検比較試験 (痛風を含む高尿酸血症患者) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.35a)
- 29) アロプリノール対照二重盲検比較試験 (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、審査報告書)

- 30) 長期投与試験 (痛風を含む高尿酸血症患者) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.7.6.40)
- 31) Tamura K, et al. : Int J Clin Oncol. 2016 ; 21 (5) : 996-1003.
- 32) アロプリノール対照非盲検無作為化比較試験 (フェブプリク錠：2016年5月23日承認、申請資料概要 2.7.6.2)
- 33) Takano Y, et al. : Life Sci. 2005 ; 76 (16) : 1835-1847.
- 34) 血中及び尿中尿酸低下作用 (ラット) (フェブプリク錠：2011年1月21日承認、申請資料概要 2.6.2.2.2)

24. 文献請求先及び問い合わせ先

辰巳化学株式会社 薬事・学術課
〒921-8164 金沢市久安3丁目406番地
TEL 076-247-2132
FAX 076-247-5740

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元



辰巳化学株式会社

金沢市久安3丁目406番地