

貯 法：室温保存
有効期間：3年

深在性真菌症治療剤

日本薬局方フルコナゾールカプセル

フルコナゾールカプセル50mg「アメル」 フルコナゾールカプセル100mg「アメル」

Fluconazole Capsules 「AMEL」

処方箋医薬品
注意－医師等の処方箋により使用すること

	カプセル50mg	カプセル100mg
承認番号	21700AMZ00288	21700AMZ00289
販売開始	2005年7月	2005年7月

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- 次の薬剤を投与中の患者：トリアゾラム、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン、ジヒドロエルゴタミン、キニジン、ピモジド、アスナプレビル、ダクラタスビル・アスナプレビル・ベクラブビル、アゼルニジピン、オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン、ロミタピド、プロナンセリン、ラシドン[10.1 参照]
- 本剤に対して過敏症の既往歴のある患者
- 妊婦又は妊娠している可能性のある女性[9.5 参照]

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	フルコナゾールカプセル50mg「アメル」	フルコナゾールカプセル100mg「アメル」
有効成分	1カプセル中、日局フルコナゾール50mgを含有する。	1カプセル中、日局フルコナゾール100mgを含有する。
添加剤	乳糖水和物、トウモロコシデンプン、含水二酸化ケイ素、ステアリン酸マグネシウム カプセル本体： ゼラチン、酸化チタン、ラウリル硫酸ナトリウム	乳糖水和物、トウモロコシデンプン、含水二酸化ケイ素、ステアリン酸マグネシウム カプセル本体： ゼラチン、酸化チタン、ラウリル硫酸ナトリウム、三酸化鉄、黄色三酸化鉄

3.2 製剤の性状

販売名	剤形・色	外形・大きさ等	識別コード
フルコナゾールカプセル50mg「アメル」	硬カプセル剤	 4号カプセル	KW588 50
	キャップ： 白色不透明 ボディ： 白色不透明	A：約14.2mm B：約5.3mm 質量：約200.0mg	
フルコナゾールカプセル100mg「アメル」	硬カプセル剤	 3号カプセル	KW589 100
	キャップ： だいたい色不透明 ボディ： だいたい色不透明	A：約15.9mm B：約5.8mm 質量：約269.0mg	

カプセルの内容物は、白色～微黄白色の粉末である。

4. 効能又は効果

- カンジダ属及びクリプトコッカス属による下記感染症
真菌血症、呼吸器真菌症、消化管真菌症、尿路真菌症、真菌髄膜炎
- 造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防
- カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎

6. 用法及び用量

成人	〈カンジダ症〉 通常、成人にはフルコナゾールとして50～100mgを1日1回経口投与する。 〈クリプトコッカス症〉 通常、成人にはフルコナゾールとして50～200mgを1日1回経口投与する。 なお、重症又は難治性真菌感染症の場合には、1日量として400mgまで増量できる。 〈造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防〉 成人には、フルコナゾールとして400mgを1日1回経口投与する。 〈カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎〉 通常、成人にはフルコナゾールとして150mgを1回経口投与する。
小児	〈カンジダ症〉 通常、小児にはフルコナゾールとして3mg/kgを1日1回経口投与する。 〈クリプトコッカス症〉 通常、小児にはフルコナゾールとして3～6mg/kgを1日1回経口投与する。 なお、重症又は難治性真菌感染症の場合には、1日量として12mg/kgまで増量できる。 〈造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防〉 小児には、フルコナゾールとして12mg/kgを1日1回経口投与する。 なお、患者の状態に応じて適宜減量する。 ただし、1日量として400mgを超えないこと。
新生児	生後14日までの新生児には、フルコナゾールとして小児と同じ用量を72時間毎に投与する。 生後15日以降の新生児には、フルコナゾールとして小児と同じ用量を48時間毎に投与する。

7. 用法及び用量に関連する注意

〈効能共通（カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎除く）〉

7.1 腎機能障害患者に対する用量調節の目安

腎機能障害患者に投与する場合は、下表に示すクレアチニン・クリアランス値を参考に用量を調節する¹⁾。[9.2、9.8 参照]

クレアチニン・クリアランス (mL/min)	用量の目安
>50 ≤50 (透析患者を除く) 透析患者	通常用量 半量 透析終了後に通常用量

〈造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防〉

- 7.2 好中球減少症が予想される数日前から投与を開始することが望ましい。
- 7.3 好中球数が 1000/mm³ を超えてから 7 日間投与することが望ましい。

〈カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎〉

- 7.4 本剤の効果判定は投与後 4~7 日目を目安に行い、効果が認められない場合には、他の薬剤の投与を行うなど適切な処置を行うこと。

8. 重要な基本的注意

- 8.1 本剤投与開始にあたっては、あらかじめワルファリン服用の有無を確認し、ワルファリンと併用する場合は、プロトロンビン時間測定及びトロンボテストの回数を増やすなど慎重に投与すること。[10.2 参照]
- 8.2 血液障害、急性腎障害、肝障害、高カリウム血症、心室頻拍、QT 延長、不整脈があらわれるおそれがあるので、本剤の投与に際しては、定期的に血液検査、腎機能・肝機能検査、血中電解質検査、心電図検査等を行うこと。[9.1.2、9.3、11.1.4-11.1.6、11.1.9、11.1.10 参照]
- 8.3 本剤の投与に際しては、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。[9.1.1、11.1.1 参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

- 9.1 合併症・既往歴等のある患者
- 9.1.1 薬物過敏症の既往歴のある患者 (本剤に対して過敏症の既往歴のある患者には投与しないこと)
[8.3、11.1.1 参照]
- 9.1.2 心疾患又は電解質異常のある患者
心室頻拍 (torsade de pointes を含む)、QT 延長、心室細動、房室ブロック、徐脈等があらわれることがある。[8.2、11.1.10 参照]
- 9.2 腎機能障害患者
投与前にクレアチニン・クリアランス試験を行い、投与量を減ずるか、投与間隔をあけて使用すること。血中フルコナゾール濃度が持続する。[7.1 参照]
- 9.3 肝機能障害患者
肝機能障害を悪化させることがある。[8.2、11.1.6 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投与しないこと。催奇形性を疑う症例報告がある²⁾⁻⁴⁾。[2.3 参照]
- 9.6 授乳婦
授乳しないことが望ましい。母乳中への移行が認められている⁵⁾。
- 9.7 小児等
新生児においては、投与間隔に留意すること。腎機能が未熟なため血中濃度半減期が延長する。[16.1.2 参照]
- 9.8 高齢者
用量ならびに投与間隔に留意するなど慎重に投与すること。本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中フルコナゾール濃度が持続するおそれがある。[7.1、16.4、16.5 参照]

10. 相互作用

本剤は、CYP2C9、2C19 及び 3A4 を阻害する。

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
トリアゾラム (ハルシオン等) [2.1 参照]	トリアゾラムの代謝遅滞による血中濃度の上昇、作用の増強及び作用時間延長の報告がある ⁶⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン (クリアミン配合錠) ジヒドロエルゴタミン [2.1 参照]	アゾール系抗真菌剤等の CYP3A4 を阻害する薬剤とエルゴタミンとの併用により、エルゴタミンの血中濃度が上昇し、血管攣縮等の副作用を起こすおそれがある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
キニジン (キニジン硫酸塩) ピモジド [2.1 参照]	これらの薬剤の血中濃度が上昇することにより、QT 延長、torsade de pointes を発現するおそれがある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
アスナプレビル (スンベプラ) ダクラタスビル・アスナプレビル・ベクラブビル (ジメンシラ配合錠) [2.1 参照]	これらの薬剤の血中濃度が上昇することにより、肝胆道系の副作用が発現し、また重症化するおそれがある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
アゼルニジピン (カルブロック) オルメサルタンメドキシミル・アゼルニジピン (レザルタス配合錠) [2.1 参照]	イトラコナゾールとの併用によりアゼルニジピンの AUC が上昇することが報告されている。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ロミタピド (ジャクスタピッド) [2.1 参照]	ロミタピドの血中濃度が著しく上昇するおそれがある。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
プロナンセリン (ロナセン) ルラシドン (ラツダ) [2.1 参照]	これらの薬剤の血中濃度が上昇し、作用が増強するおそれがある。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。

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
ワルファリン [8.1 参照]	プロトロンビン時間の延長 ⁷⁾ 、著しい INR 上昇及び出血傾向 (挫傷、鼻出血、消化管出血、血尿、下血等) の報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP2C9 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
フェニトイン イブプロフェン フルルビプロフェン	これらの薬剤の血中濃度上昇の報告がある ⁸⁾⁻¹¹⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP2C9 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
セレコキシブ	セレコキシブの血中濃度が上昇することがある。本剤を使用中の患者にはセレコキシブの投与を低用量から開始すること。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP2C9 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ロサルタン	ロサルタンの血中濃度上昇、及び活性代謝物であるカルボン酸体の血中濃度減少の報告がある ¹²⁾ 。	本剤はロサルタンの肝臓における主たる代謝酵素である CYP2C9 を阻害するので、併用により活性代謝物であるカルボン酸体の血中濃度が減少することがある。
HMG-CoA 還元酵素阻害薬 フルバスタチン	これらの薬剤の血中濃度が上昇することがある ^{13)~15)} 。	本剤はフルバスタチンの肝臓における主たる代謝酵素である CYP2C9 を阻害するので、併用によりフルバスタチンの血中濃度が上昇することがある。
アトルバスタチン シンバスタチン等	これらの薬剤の血中濃度が上昇することがある ^{13)~15)} 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
カルバマゼピン	カルバマゼピンの血中濃度が上昇し、悪心・嘔吐、めまい、複視等が発現したとの報告がある ^{16),17)} 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ミダゾラム エプレレノン メサドン	これらの薬剤の血中濃度上昇の報告がある ^{18),19)} 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
カルシウム拮抗薬 ニフェジピン等 ビンカアルカロイド系抗悪性腫瘍薬 ビンクリスチン ビンブラスチン エリスロマイシン	これらの薬剤の血中濃度上昇のおそれがある ²⁰⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
タクロリムス ²¹⁾ 、シクロスポリン ²²⁾	これらの薬剤の血中濃度上昇の報告がある。また、併用により腎障害の報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
リファブチン	リファブチンの AUC 上昇の報告があり、リファブチンの作用が増強するおそれがある ²³⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
リトナビル ニルマトレルビル・リトナビル	リトナビルの AUC 上昇の報告がある。ニルマトレルビル・リトナビルの血中濃度上昇のおそれがある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
オキシコドン	オキシコドンの AUC 上昇の報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
トルバプタン	トルバプタンの血中濃度上昇の報告があり、トルバプタンの作用が増強するおそれがある。やむを得ず併用する際は、トルバプタンを減量あるいは低用量から開始すること。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
イブルチニブ	これらの薬剤の副作用が増強されるおそれがある。やむを得ず併用する際は、これらの薬剤の減量を考慮するとともに、患者の状態を慎重に観察すること。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ラロトレクチニブ	これらの薬剤の副作用が増強されるおそれがある。やむを得ず併用する際は、これらの薬剤の減量を考慮するとともに、患者の状態を慎重に観察すること。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
レンボレキサント	レンボレキサントの血中濃度上昇の報告があり、傾眠等の副作用が増強されるおそれがある。本剤とレンボレキサントの併用にあたっては、患者の状態を慎重に観察した上で、レンボレキサント投与の可否を判断すること。なお、併用する際はレンボレキサントを 1 日 1 回 2.5 mg とすること。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
バレメトスタット	バレメトスタットの副作用が増強されるおそれがあるので、患者の状態を慎重に観察すること。	本剤はこれらの薬剤の主たる代謝酵素である CYP3A を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
フェンタニル	フェンタニルの血中濃度上昇のおそれがある ²⁴⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の代謝が遅れることがある。
リバーロキサバン	リバーロキサバンの血中濃度が上昇したとの報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の代謝が遅れることがある。
テオフィリン	テオフィリンの血中濃度上昇の報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素であるチトクローム P450 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
経口避妊薬 エチニルエストラジオール レボノルゲストレル等	エチニルエストラジオール ²⁵⁾ 、レボノルゲストレルの血中濃度上昇の報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素であるチトクローム P450 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
スルホニル尿素系 血糖降下薬 クロルプロパミド グリベンクラミド等	スルホニル尿素系血糖降下薬の血中濃度上昇の報告がある ²⁶⁾ 。また、併用により低血糖の報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素であるチトクローム P450 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ナテグリニド	ナテグリニドの AUC 上昇及び血中濃度半減期の延長の報告がある ²⁷⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素であるチトクローム P450 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
トレチノイン	中枢神経系の副作用が発現するおそれがある ²⁸⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素であるチトクローム P450 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ジアゼパム	ジアゼパムの AUC 上昇及び血中濃度半減期の延長の報告がある ²⁹⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 及び 2C19 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
トファシチニブ	トファシチニブの AUC が 79%、C _{max} が 27% 増加したとの報告がある。	本剤はこれらの薬剤の肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 及び 2C19 を阻害するので、併用によりこれらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
シクロホスファミド	ビリルビンの上昇、クレアチニンの上昇の報告がある ³⁰⁾ 。	本剤はシクロホスファミドの肝臓における主たる代謝酵素である CYP3A4 及び 2C9 を阻害するので、併用によりシクロホスファミドの血中濃度が上昇することがある。
アプロシチニブ	アプロシチニブの作用が増強するおそれがある。可能な限り本剤を他の類薬に変更する、又は本剤を休薬する等を考慮すること。	本剤はアプロシチニブの代謝酵素である CYP2C19 を阻害するので、併用によりアプロシチニブの血中濃度が上昇することがある。
アミトリプチリン ノルトリプチリン	これらの薬剤の作用が増強するおそれがある ³¹⁾⁻³⁴⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の代謝を阻害するので、これらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
ジドブジン	ジドブジンの血中濃度上昇の報告がある ³⁵⁾ 。	本剤はこれらの薬剤の代謝を阻害するので、これらの薬剤の血中濃度が上昇することがある。
リファンピシン	本剤の血中濃度の低下及び血中濃度半減期の減少の報告がある ³⁶⁾ 。	リファンピシンは代謝酵素であるチトクローム P450 を誘導する。その結果、本剤の肝代謝が増加すると考えられる。
三酸化二ヒ素	QT 延長、心室頻拍 (torsade de pointes を含む) を起こすおそれがある。	本剤及び三酸化二ヒ素は、いずれも QT 延長、心室頻拍 (torsade de pointes を含む) を起こすことがある。

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 ショック（頻度不明）、**アナフィラキシー**（頻度不明）
ショック、アナフィラキシー（血管浮腫、顔面浮腫、そう痒等）を起こすことがある。[8.3、9.1.1 参照]

11.1.2 中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis：TEN）（頻度不明）、**皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）**（頻度不明）

11.1.3 薬剤性過敏症候群（頻度不明）

初期症状として発疹、発熱がみられ、更に肝機能障害、リンパ節腫脹、白血球増加、好酸球増多、異型リンパ球出現等を伴う遅発性の重篤な過敏症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。なお、ヒトヘルペスウイルス6（HHV-6）等のウイルスの再活性化を伴うことが多く、投与中止後も発疹、発熱、肝機能障害等の症状が再燃あるいは遷延化することがあるので注意すること³⁷⁾。

11.1.4 血液障害（頻度不明）

無顆粒球症、汎血球減少症、血小板減少、白血球減少、貧血等の重篤な血液障害があらわれることがある。[8.2 参照]

11.1.5 急性腎障害（頻度不明）

急性腎障害等の重篤な腎障害が報告されている。[8.2 参照]

11.1.6 肝障害（頻度不明）

黄疸、肝炎、胆汁うっ滞性肝炎、肝壊死、肝不全等の肝障害が報告されており、これらの症例のうち死亡に至った例も報告されている。これらの発症と1日投与量、治療期間、患者の性別・年齢との関連性は明らかではない。本剤による肝障害は通常、投与中止により回復している。[8.2、9.3 参照]

11.1.7 意識障害（頻度不明）

錯乱、見当識障害等の意識障害があらわれることがある。

11.1.8 痙攣（頻度不明）

痙攣等の神経障害があらわれることがある。

11.1.9 高カリウム血症（頻度不明）

異常が認められた場合には投与を中止し、電解質補正等の適切な処置を行うこと。[8.2 参照]

11.1.10 心室頻拍（頻度不明）、**QT 延長**（頻度不明）、**不整脈**（頻度不明）

心室頻拍（torsade de pointes を含む）、QT 延長、心室細動、房室ブロック、徐脈等があらわれることがある。[8.2、9.1.2 参照]

11.1.11 間質性肺炎（頻度不明）

発熱、咳嗽、呼吸困難、肺音の異常（捻髪音）等が認められた場合には、速やかに胸部 X 線等の検査を実施し、本剤の投与を中止するとともに、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

11.1.12 偽膜性大腸炎（頻度不明）

偽膜性大腸炎等の重篤な大腸炎（初期症状：発熱、腹痛、頻回の下痢）があらわれることがある。

11.2 その他の副作用

	1%以上	0.1～1%未満	頻度不明
肝臓	AST、ALT の上昇	Al-P、LDH、ビリルビンの上昇	黄疸
皮膚		発疹	剥脱性皮膚炎
消化器		悪心、しゃっくり、食欲不振、下痢、腹部不快感、腹痛	口渇、嘔吐、消化不良、鼓腸放屁
精神・神経系		頭痛、手指のこわばり	めまい、傾眠、振戦
腎臓		BUN、クレアチニンの上昇、乏尿	

	1%以上	0.1～1%未満	頻度不明
代謝異常		低カリウム血症	高コレステロール血症、高トリグリセリド血症、高血糖
血液		好酸球増多、好中球減少	
その他		浮腫、発熱、倦怠感	熱感、脱毛、味覚倒錯、副腎機能不全

注) 使用成績調査を含む³⁸⁾

13. 過量投与

13.1 症状

13.1.1 外国の癌患者での過量投与（フルコナゾール 1200～2000mg/日、経口投与）の症例報告では、フルコナゾール 1600mg/日投与例において、肝機能検査値上昇がみられた。また、2000mg/日投与例において、中枢神経系障害（錯乱、嗜眠、見当識障害、不眠、悪夢、幻覚）、多形性紅斑、悪心・嘔吐、肝機能検査値上昇等がみられたとの報告がある³⁹⁾。

13.1.2 フルコナゾール 8200mg 経口摂取後、幻覚、妄想行動の症状があらわれ、48時間の経過観察が行われた結果、症状は回復したとの報告がある。（自殺企図例）

13.2 処置

3時間の血液透析により、約50%が血清より除去される。フルコナゾールは、大部分が腎から排泄される。

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

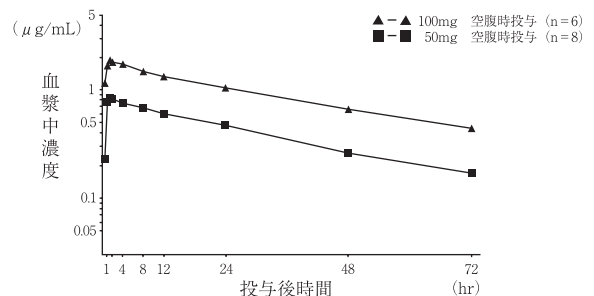
PTP 包装の薬剤は PTP シートから取り出して服用するよう指導すること。PTP シートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することがある。

16. 薬物動態

16.1 血中濃度

16.1.1 健常成人

健常成人にフルコナゾール 50mg、100mg を単回経口投与した場合の平均血漿中濃度の推移は図に示したとおりで、用量に比例した血漿中濃度が得られ、最高血漿中濃度（C_{max}）はそれぞれ 0.92、1.88 μg/mL であった。最高血漿中濃度到達時間（T_{max}）は、空腹時投与で 1.4～1.7 時間であり、血漿中濃度半減期はいずれの用量でも約 30 時間であった。フルコナゾールは消化管からの吸収に優れ、AUC は静脈内投与時の場合と近似していた。また、成人患者 2 例にフルコナゾール 400mg を 1 日 1 回 31 日間経口投与したときの血清中濃度は投与 5 日目まで経的に上昇し、初回投与時の約 3 倍に達したが、以降は定常状態となることが認められている^{40)、41)}。



16.1.2 小児患者

小児患者にフルコナゾールを 2～8mg/kg を経口（ドライシロップ）又は静脈内（静注液）投与したところ、小児におけるクリアランスは、成人のクリアランスの約 2 倍高い値であった⁴²⁾（外国人データ）。[9.7 参照]

年齢 (症例数)	用量 ^{a)}	半減期 (時間)	AUC _{0-∞} ($\mu\text{g} \cdot \text{hr}/\text{mL}$)
早産児 生後24時間以内 (n=4~11) ^{b)}	反復静注 6mg/kg (3日間隔)	73.6 (1日目) 53.2 (7日目) 46.6 (13日目)	271 (1日目) 490 (7日目) 360 (13日目)
11日~11ヵ月 (n=9)	単回静注 3mg/kg	23	110
9ヵ月~13歳 (n=14)	単回経口 2mg/kg	25.0	94.7
9ヵ月~13歳 (n=14)	単回経口 8mg/kg	19.5	363
5~15歳 (n=4)	反復静注 2mg/kg	17.4	67.4
5~15歳 (n=5)	反復静注 4mg/kg	15.2	139
5~15歳 (n=7)	反復静注 8mg/kg	17.6	197
1~12歳 (n=11)	反復静注 3mg/kg	15.5	41.6

a) 剤型：静注は静注液、経口はドライシロップ
b) 半減期 (1日目：n=7、7日目：n=9、13日目：n=4)
AUC₀₋₇₂ (1日目：n=11、7日目：n=10、13日目：n=4)

16.1.3 生物学的同等性試験

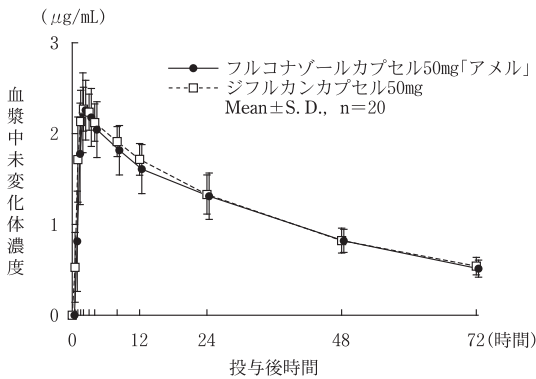
フルコナゾールカプセル 50mg「アメル」及びフルコナゾールカプセル 100mg「アメル」と各標準製剤について、下記のとおりクロスオーバー法により健康成人男子に絶食単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ(AUC、Cmax)について90%信頼区間法にて統計解析を行った結果、 $\log(0.80) \sim \log(1.25)$ の範囲内であり、両剤の生物学的同等性が確認された⁴³⁾。

	標準製剤	試験投与量
フルコナゾールカプセル 50mg「アメル」	ジフルカンカプセル 50mg	それぞれ2カプセル (フルコナゾールとして100mg)
フルコナゾールカプセル 100mg「アメル」	ジフルカンカプセル 100mg	それぞれ1カプセル (フルコナゾールとして100mg)

薬物動態パラメータ (生物学的同等性)

	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC ₍₀₋₇₂₎ ($\mu\text{g} \cdot \text{hr}/\text{mL}$)	Cmax ($\mu\text{g}/\text{mL}$)	Tmax (hr)	T _{1/2} (hr)
フルコナゾールカプセル 50mg「アメル」	80.9±11.6	2.4±0.3	2.1±0.6	35.7±5.4
ジフルカンカプセル 50mg	83.0±8.8	2.3±0.2	2.1±0.5	35.2±5.1

(Mean±S.D., n=20)

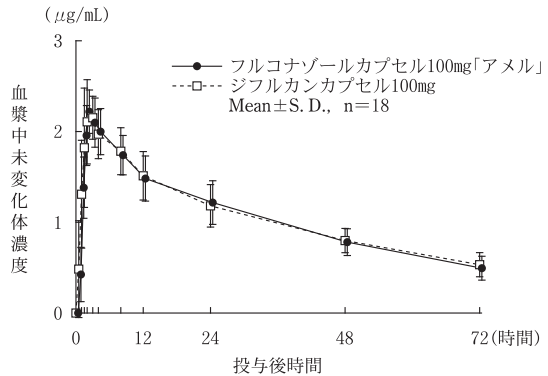


血漿中未変化体濃度 (生物学的同等性)

薬物動態パラメータ (生物学的同等性)

	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC ₍₀₋₇₂₎ ($\mu\text{g} \cdot \text{hr}/\text{mL}$)	Cmax ($\mu\text{g}/\text{mL}$)	Tmax (hr)	T _{1/2} (hr)
フルコナゾールカプセル 100mg「アメル」	76.0±11.6	2.2±0.3	2.1±0.4	38.1±12.3
ジフルカンカプセル 100mg	76.5±11.9	2.3±0.2	2.1±0.5	40.6±7.6

(Mean±S.D., n=18)



血漿中未変化体濃度 (生物学的同等性)

血漿中濃度並びに AUC、Cmax 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。

16.3 分布

16.3.1 組織内移行

フルコナゾールの経口投与により患者の喀痰中、肺組織中、髄液中及び腔分泌液中への良好な移行が認められた。髄液中のフルコナゾール濃度は血漿中濃度の60~80%であった。フルコナゾールを単回経口投与したとき、投与後24~168時間までの腔分泌液中のフルコナゾール濃度は血漿中濃度の約82%であった^{44)~47)}。

16.3.2 蛋白結合率

フルコナゾールのヒト血漿蛋白に対する結合率は、類似化合物と比較して低く、約10%であった⁴⁸⁾。

16.4 代謝

フルコナゾール 100mg をヒトに経口投与した場合、尿中代謝物として1、2、4-トリアゾールがわずかに認められた。投与量の約77%がフルコナゾール未変化体として尿中に排泄された⁴⁸⁾。[9.8 参照]

16.5 排泄

健康成人にフルコナゾール 50、100mg を単回経口投与したときの尿中フルコナゾール最高濃度は、それぞれ12.4、38.7 $\mu\text{g}/\text{mL}$ (投与後8時間以内) に達した。また、投与5日目までの未変化体の尿中排泄率はいずれの用量においても約70%であった⁴⁰⁾。[9.8 参照]

17. 臨床成績

17.1 有効性及び安全性に関する試験

〈カンジダ属及びクリプトコッカス属による感染症 (真菌血症、呼吸器真菌症、消化管真菌症、尿路真菌症、真菌髄膜炎)〉

17.1.1 国内臨床試験

開発時の臨床試験ではフルコナゾールを各種深在性真菌症に経口投与し、優れた臨床効果が得られた。

表 疾患別臨床効果

菌種	疾患名	有効例/症例
カンジダ属	カンジダ血症	4/4
	カンジダ肺・気管支炎	2/2
	カンジダ尿症	7/7
	カンジダ食道・消化管炎	12/12
	その他	1/1
	合計	26/26 (100.0%)
クリプトコッカス属	クリプトコッカス髄膜炎	2/3
	肺クリプトコッカス症	6/9
	合計	8/12 (66.7%)

(有効例=著効+有効)

開発時の深在性真菌症に対する臨床試験における真菌学的効果は、*Candida* 属では、*C. albicans* 18 株、*C. tropicalis* 4 株は全例消失し、*Candida* 属全体の消失率は 95.7% (22/23) であった。*Cryptococcus neoformans* 5 株は全て消失した^{46),49)-51)}。

〈造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防〉

17.1.2 外国臨床試験

骨髄移植患者 357 例を対象にフルコナゾール (カプセル又は静注液) として 400mg/日を経口又は静脈内投与した群では予防不成功^{注)}は 58.7% (105/179 例)、プラセボ投与群では予防不成功は 69.5% (123/177 例) であった⁵²⁾。

注) 予防不成功: 全身性感染確定 (proven) 及び全身性感染疑い (suspected) を予防投与の不成功とした。

〈カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎〉

17.1.3 国内第Ⅲ相試験

カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎患者を対象にフルコナゾール 150mg を単回経口投与した国内臨床試験において、第 28 日の総合評価における有効率は 74.7% (74/99 例) であった。

真菌学的効果については、ベースラインの真菌培養で同定された *Candida* 属 104 株のうち、第 28 日に消失したのは *C. albicans* で 84/100 株、*C. glabrata* で 1/1 株、*C. parapsilosis* で 2/2 株、*Candida spp* で 0/1 株であり、*Candida* 属に対する消失率は 85.9% (85/99 例) であった。

表 臨床効果、真菌学的効果及び総合評価

	臨床効果	真菌学的効果	総合評価
	治癒率 (%)	消失率 (%)	有効率 (%)
第 28 日	81.6	85.9	74.7

臨床効果 (治癒率): 治癒の例数/治癒と改善と無効の合計例数×100

消失率: 消失の例数/消失と存続の合計例数×100

有効率: 有効 (臨床効果「治癒」かつ真菌学的効果「消失」) の例数/有効と無効の合計例数×100

副作用又は臨床検査値異常が 7.6% (12/157 例) に認められた。主なものは、下痢 1.9% (3/157 例)、悪心 1.9% (3/157 例) であった⁴⁷⁾。

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

フルコナゾールは真菌細胞の 14- α -ラノステロールの脱メチル化に関与するチトクローム P450 を阻害し、膜成分のエルゴステロール生合成を抑制することにより抗真菌作用を示す。また、真菌の酵母型発育相及び菌糸型発育相のいずれに対しても発育抑制を示す。フルコナゾールのエルゴステロール生合成阻害作用は真菌に選択的で、ラット肝細胞でのステロール生合成に対する影響は少ない^{48),53)}。

18.2 抗真菌作用

18.2.1 フルコナゾールは、カンジダ属の *Candida albicans*、*C. parapsilosis*、*C. tropicalis* 等、及びクリプトコッカス属の *Cryptococcus neoformans* と *Cr. gattii* に対し *in vitro* 抗真菌活性を示す⁵⁴⁾。なお、*C. glabrata* と *C. guilliermondii* はフルコナゾールに対する感受性が低い傾向にあり、また *C. krusei* はフルコナゾールに対して耐性を示す。*C. auris* はフルコナゾールに対して耐性を示すとの報告がある⁵⁴⁾⁻⁵⁷⁾。カンジダ属及びクリプトコッカス属に対する最小発育阻止濃度 (MIC) は下表のとおりであった^{57),58)}。

表 臨床分離株に対する抗真菌活性

菌種 (株数)	MIC (μ g/mL)		
	範囲	50%	90%
<i>Candida albicans</i> (333)	$\leq 0.031 \sim 16$	0.25	1
<i>Candida glabrata</i> (107)	0.25 \sim >64	16	32
<i>Candida tropicalis</i> (46)	0.5 \sim >64	4	8
<i>Candida parapsilosis</i> (27)	0.25 \sim 4	1	2
<i>Candida krusei</i> (14)	32 \sim >64	64	>64
<i>Cryptococcus neoformans</i> (3)	4	-	-

MIC 測定は、0.165M MOPS 及び 10N NaOH にて pH7.0 に調整した RPMI1640 培地を用いた微量液体希釈法による。

18.2.2 カンジダ属及びクリプトコッカス属の病原真菌を用いたマウス感染防御実験において、フルコナゾールは従来のイミダゾール系抗真菌剤よりも強い効果を示した^{59),60)}。

19. 有効成分に関する理化学的知見

一般名

フルコナゾール (Fluconazole)

化学名

2- (2,4-Difluorophenyl) -1,3-bis (1*H*-1,2,4-triazol-1-yl) propan-2-ol

分子式

C₁₃H₁₂F₂N₆O

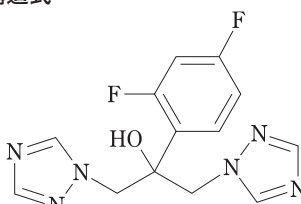
分子量

306.27

性状

白色～微黄白色の結晶性の粉末である。
エタノール (99.5) にやや溶けやすく、水に溶けにくい。
希塩酸に溶ける。

構造式



融点

137~141°C

22. 包装

〈フルコナゾールカプセル 50mg 「アメル」〉

100 カプセル [10 カプセル (PTP) ×10]

〈フルコナゾールカプセル 100mg 「アメル」〉

100 カプセル [10 カプセル (PTP) ×10]

23. 主要文献

- Berl, T. et al. : J Am Soc Nephrol. 1995; 6 (2) : 242-247
- Pursley, T. J. et al. : Clin Infect Dis. 1996; 22 (2) : 336-340
- Aleck, K. A. et al. : Am J Med Genet. 1997; 72 (3) : 253-256
- Molgaard-Nielsen, D. et al. : N Engl J Med. 2013; 369 (9) : 830-839
- Force, R. W. : Pediatr Infect Dis J. 1995; 14 (3) : 235-236
- 林昌洋, 他 : 皮膚科の臨床. 1996; 38 (8 Suppl. 36) : 1171-1183
- Crussell-Porter, L. L. et al. : Arch Intern Med. 1993; 153 (1) : 102-104
- Howitt, K. M. et al. : Med J Aust. 1989; 151 (10) : 603-604
- Hynninen, V. V. et al. : Antimicrob Agents Chemother. 2006; 50 (6) : 1967-1972
- Greenblatt, D. J. et al. : Clin Pharmacol Ther. 2006; 79 (1) : 125-133
- Zgheib, N. K. et al. : Br J Clin Pharmacol. 2007; 63 (4) : 477-487
- Kaukonen, K. M. et al. : Eur J Clin Pharmacol. 1998; 53 (6) : 445-449
- Kantola, T. et al. : Eur J Clin Pharmacol. 2000; 56 (3) : 225-229
- Kahri, J. et al. : Eur J Clin Pharmacol. 2005; 60 (12) : 905-907
- Shaukat, A. et al. : Ann Pharmacother. 2003; 37 (7-8) : 1032-1035
- Finch, C. K. et al. : South Med J. 2002; 95 (9) : 1099-1100
- Ulivelli, M. et al. : J Neurol. 2004; 251 (5) : 622-623
- Ahonen, J. et al. : Acta Anaesthesiol Scand. 1999; 43 (5) : 509-514
- Cook, C. S. et al. : Xenobiotica. 2004; 34 (3) : 215-228

- 20) Kremens, B. et al. : Br J Clin Pharmacol. 1999; 47 (6) : 707-708
- 21) Manez, R. et al. : Transplantation. 1994 ; 57 (10) : 1521-1523
- 22) Lopez-Gil, J. A. : Ann Pharmacother. 1993 ; 27 (4) : 427-430
- 23) Trapnell, C. B. et al. : Ann Intern Med. 1996; 124 (6) : 573-576
- 24) Saari, T. I. et al. : Eur J Clin Pharmacol. 2008; 64 (1) : 25-30
- 25) Sinofsky, F. E. et al. : Am J Obstet Gynecol. 1998 : 178 (2) : 300-304
- 26) Fournier, J. P. et al. : Therapie. 1992; 47 (5) : 446-447
- 27) Niemi, M. et al. : Clin Pharmacol Ther. 2003; 74 (1) : 25-31
- 28) Vanier, K. L. et al. : J Pediatr Hematol Oncol. 2003 ; 25 (5) : 403-404
- 29) Saari, T. I. et al. : Eur J Clin Pharmacol. 2007 ; 63 (10) : 941-949
- 30) Marr, K. A. et al. : Blood. 2004 ; 103 (4) : 1557-1559
- 31) Duggal, H. S. : Gen Hosp Psychiatry. 2003 ; 25 (4) : 297-298
- 32) Robinson, R. F. et al. : Ann Pharmacother. 2000 ; 34 (12) : 1406-1409
- 33) Newberry, D. L. et al. : Clin Infect Dis. 1997 ; 24 (2) : 270-271
- 34) Gannon, R. H. et al. : Ann Pharmacother. 1992 ; 26 (11) : 1456-1457
- 35) Sahai, J. et al. : J Infect Dis. 1994 ; 169 (5) : 1103-1107
- 36) Coker, R. J. et al. : BMJ. 1990 ; 301 (6755) : 818
- 37) 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル 薬剤性過敏症候群
- 38) 厚生省医薬安全局：医薬品研究. 1998 ; 29 (12) : 924, 931-933
- 39) Anaissie, E. J. et al. : J Infect Dis. 1995 ; 172 (2) : 599-602
- 40) 柴孝也, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 17-30
- 41) 中島道郎 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 127-137
- 42) 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 公知申請への該当性に係る報告書：フルコナゾール（小児用法用量の設定）
- 43) 社内資料：生物学的同等性試験 [カプセル 50mg、カプセル 100mg]
- 44) 岡慎一, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 31-39
- 45) 松島敏春, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 153-163
- 46) 池本秀雄, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 63-116
- 47) カンジダ属に起因する膣炎及び外陰膣炎患者を対象にフルコナゾールカプセル 150mg を単回経口投与した国内臨床試験（ジフルカン：2015年5月26日承認、審査報告書）
- 48) 第十八改正日本薬局方解説書. 廣川書店. 2021 : C-4852-4856
- 49) 李永浩, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 138-143
- 50) 荒井祥二郎, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 165-170
- 51) 仁藤博 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 171-178
- 52) 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 公知申請への該当性に係る報告書：フルコナゾール（真菌感染症予防）
- 53) 森田達也 : 真菌と真菌症. 1986 ; 27 (3) : 190-197
- 54) Espinel-ingroff, A. et al. : Antimicrob Agents Chemother. 2012 ; 56 (11) : 5898-5906
- 55) Berkow, E. L. et al. : Infect Drug Resist. 2017 ; 10 : 237-245
- 56) Calvo, B. et al. : J Infect. 2016 ; 73 (4) : 369-374
- 57) 山口英世, 他 : 日本臨床微生物学雑誌. 2009 ; 19 (3) : 128-141
- 58) 山口英世, 他 : Jpn J Antibiot. 1989 ; 42 (1) : 1-16
- 59) 川崎賢二, 他 : Jpn J Antibiot. 1991 ; 44 (5) : 552-561
- 60) Troke, P. F. et al. : J Antimicrob Chemother. 1987 ; 19 (5) : 663-670

24. 文献請求先及び問い合わせ先

共和薬品工業株式会社 お問い合わせ窓口
〒530-0005 大阪市北区中之島3-2-4
☎ 0120-041-189
FAX 06-6121-2858

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元

共和薬品工業株式会社
大阪市北区中之島3-2-4