

艾瑞莎 膜衣錠 250公絲

IRESSA Film-Coated Tablets 250mg

衛署藥輸字第023808號
本藥須由醫師處方使用

產品描述

棕色，圓形，兩面凸出，膜衣錠劑，一側壓印有“IRESSA 250”，另一側空白。每一錠劑中含有250 mg之 gefitinib。

適應症

IRESSA 適用於具有 EGFR-TK 突變之局部侵犯性或轉移性之非小細胞肺癌 (NSCLC) 病患之第一線治療【參閱「警語及注意事項」章節】。
IRESSA 適用於先前已接受過化學治療後，但仍局部惡化或轉移之肺腺癌病患之第二線用藥。

用法用量

IRESSA 之劑量為 250 mg 錠劑，口服，每天一次，可空腹或與食物併用。
如忘記服藥時，想起時應立刻補服一次劑量，若是離下次服藥時間不到 12 小時，則跳過忘記的劑量，不可同時服用兩倍的劑量。
無法整粒吞服錠劑時，例如患者只能吞嚥液體，可將錠劑於水中崩散後服用。應將錠劑放入半杯飲用水（非碳酸類）中，不要壓碎，攪拌直到錠劑崩散（約 15 分鐘）後，立即喝下此溶液，再以半杯水沖洗杯緣並喝下。另外，此溶液也可用鼻胃管餵食。
IRESSA 並不建議供兒童或青少年使用，因尚未對此族群進行安全性及有效性之研究。
無論患者之年齡、體重、性別、種族或腎功能狀況如何，或患者因肝臟之轉移而有中度至重度之肝功能受損，均無須調整劑量【參閱「藥動學性質」章節】。

劑量調整

若病人對藥物引起之腹瀉或皮膚不良反應，難以耐受時，可藉著短期地中斷治療（直到 14 天）來解決，其後再以 250 mg 之劑量重新開始【參閱「不良反應」章節】。

禁忌

禁用於已知對此藥品之有效成分或任何組成會嚴重過敏之患者。

警語及注意事項

考慮使用 IRESSA 作為晚期或轉移之非小細胞肺癌的第一線治療時，建議對一切能取得腫瘤組織樣本的患者實施 EGFR 突變檢測。檢測患者的突變狀態時，要選擇效力良好且堅定的檢驗方法是非常重要的，儘可能的將偽陰性或偽陽性測定減到最低。IRESSA 對於 EGFR 突變陽性患者是恰當的治療選擇。
用於診斷晚期非小細胞肺癌的腫瘤組織切片，較適合用於 EGFR 突變檢測，應盡可能採集腫瘤組織切片並檢測。若腫瘤組織切片無法取得或無法用於評估，則可以血液（血漿）中採集之循環腫瘤 DNA (ctDNA, circulating tumour DNA) 來評估。唯有健全、可信、靈敏且已證實有效的 ctDNA 檢測，才能用於判斷 ctDNA 中的 EGFR 突變情形。於 ctDNA 中所測得的 EGFR 突變，對於腫瘤組織本身的 EGFR 突變具有高預測性，但並非所有的 EGFR 突變都可以藉由這個方法檢測出來（0.2% 偽陽性，34.3% 偽陰性）。見「藥效學性質」。

服用 IRESSA 之患者，曾發生間質性肺病 (ILD)，其可能係急性發作，有些患者因而致命【參閱「不良反應」章節】。如果患者出現呼吸症狀之惡化，如呼吸困難、咳嗽及發燒時，應停止用 IRESSA 治療，並立即著手調查。當確認是間質性肺病時，應停用 IRESSA，並給患者適當之治療。

在一項日本之藥物流行病學研究中【參閱「不良反應」章節】，追蹤 3159 位非小細胞肺癌病患在接受 IRESSA 或化學治療 12 週後，其後所產生會發展成間質性肺病 (ILD)（不論該病患為接受 IRESSA 或是化學治療者）之危險因子被定義如下：抽煙、表現狀態差 (PS ≥ 2)、電腦斷層掃描下正常肺部覆蓋範圍 ≤ 50%、近期内被診斷為非小細胞肺癌 (<6 個月)、之前已存在有間質性肺炎、年紀較大 (≥ 55 歲) 並存在有心臟疾病。在接受這兩種治療時發展成間質性肺炎的患者當中，有下列危險因子的患者的死亡風險比較高：吸煙、電腦斷層掃描下正常肺部覆蓋範圍 ≤ 50%、之前已存在有間質性肺炎、年紀較大 (≥ 65 歲)、附著胸膜的面積廣泛 (≥ 50%)。曾發現肝功能試驗異常（包括丙胺酸轉氨酶 [ALT]、天門冬胺酸轉氨酶 [AST]、膽紅素上升）【參閱「不良反應」章節】之狀況，但很少造成肝炎。有個別分離的肝衰竭報告，在某些情況下造成致命的結果。因此，建議定期檢查肝功能。對肝功能輕度至中度變化者，使用 IRESSA 應特別謹慎。若變化較嚴重時，應考慮停藥。

在 IRESSA 的臨床試驗中，曾有發生腦血管事件之報告，但並未確立此種事件與 IRESSA 的因果關係。

會誘發 CYP3A4 活性之物質可能會促進代謝且降低血漿中 gefitinib 之濃度。因此，與 CYP3A4 誘發物質（如 phenytoin、carbamazepine、rifampicin、巴比妥類或 St John's草）併用時，可能會降低效力【參閱「與其他藥物之交互作用及其他形式之交互作用」章節】。

有報告指出：服用 warfarin 患者，有些發生國際標準化比值 (INR) 上升及/或出血【參閱「不良反應」章節】。服用 warfarin 之患者，應定期檢查凝血素原時間 (PT) 或 INR 之變化。

會使胃酸之 pH 值持續上升之藥物，可能會降低血漿中 gefitinib 之濃度，並因而降低其效力【參閱「與其他藥物之交互作用及其他形式之交互作用」及「藥動學性質」章節】。

應教育患者在發生下列狀況時，應立即尋求醫療上之協助：

- 嚴重或持續之腹瀉、噁心、嘔吐或食慾缺乏。
 - 這些症狀應依臨床之需要來處理【參閱「不良反應」章節】。
- 病人如出現有急性角膜炎或惡化眼睛疾病現象（如：眼部發炎、淚流、光敏感、視覺模糊、眼睛痛和/或紅眼）應立即求助眼科專科醫生。
如診斷一旦確認為潰瘍性角膜炎，應中斷 IRESSA 治療。如症狀不能消除或再使用 IRESSA 後仍復發，應考慮停止使用 IRESSA 治療。
在一項以 IRESSA 及放射治療於新診斷出腦幹神經膠質瘤 (brain stem glioma) 或不完全切除大腦天幕上惡性神經膠質瘤 (incompletely resected supratentorial malignant glioma) 之幼兒病患的第一、二期試驗中，45 位收案病患中有 4 例（其中 1 例為致命性）出現中樞神經出血的現象。另一個中樞神經出血的例子出現在一位罹患室管膜瘤 (ependymoma) 單獨以 IRESSA 治療的兒童。在接受 IRESSA 治療之非小細胞肺癌之成人病患中，並未被證實有增加腦出血的風險。
在第二期臨床試驗資料中，IRESSA 及 vinorelbine 曾一起併用，資料顯示 IRESSA 可能會使 vinorelbine 噁中性白血球減少的現象惡化。
服用 IRESSA 的患者曾有胃腸穿孔的報告，大多數病例還有其他已知危險因子，包括年紀大、併用藥物如類固醇或 NSAIDs、潛在的胃腸潰瘍的病史、吸煙或在穿孔部位有腸轉移。
亦請參閱「懷孕及哺乳」及「對駕駛及機器操作能力之影響」章節。

與其他藥物之交互作用及其他形式之交互作用

體外研究顯示 gefitinib 主要係經由 CYP3A4 代謝。
健康志願者併用 rifampicin（強效的 3A4 誘導劑）時，其 gefitinib 之 AUC 平均值，比未併用 rifampicin 者降低達 83%【參閱「警語及注意事項」章節】。
健康志願者併用 itraconazole（為 CYP3A4 抑制劑）時，其 gefitinib 之 AUC 平均值，比未併用者增加達 80%。此種增加在臨床上可能有其影響，因為不良反應的發生與劑量及藥物有關。
健康志願者併用 ranitidine，其劑量使胃液 pH 值持續上升（達到 ≥ 5）時，會導致 gefitinib 之 AUC 平均值降低達 47%【參閱「警語及注意事項」及「藥動學性質」章節】。
曾有報告指出，有些服用 warfarin 患者發生 INR 上升及/或出血事件【參閱「警語及注意事項」章節】。

懷孕及哺乳

IRESSA 並無在懷孕或哺乳婦女使用之資料。動物實驗顯示有生殖毒性：動物實驗亦指出 gefitinib 及其部分代謝產物會進入鼠類之乳汁之中【參閱「臨床前安全性研究」章節】。
育齡婦女應告知避免懷孕，而哺乳婦女應建議其在接受 IRESSA 治療期間，必須停止哺乳。

對駕駛及機器操作能力之影響

在接受 IRESSA 治療期間，曾有衰弱之現象：曾有此症狀之患者駕駛及機器操作時，應細心監看。

不良反應

最常報告之藥物不良反應，發生於 20% 以上之患者，包括腹瀉及皮膚方面的反應（包括皮疹、面皰、皮膚乾燥及皮膚癢）。不良反應通常發生於治療之第一個月，且通常為可逆性。約有 10% 之患者有嚴重之 ADR（共同毒性標準 (Common Toxicity Criteria, CTC) 第 3 或 4 級）。大約有 3% 之患者因為 ADR 而停止治療。
根據從 ISEL、INTEREST 及 IPASS 等 phase III 臨床試驗（2462 名接受 IRESSA 治療的患者）的綜合資料組中得到的相當不良事件報告的發生率，將不良藥物反應 (ADRs) 依頻率區分列於表 1：區分這些頻率時，不考慮比較性治療組內的報告頻率，或者研究人員是否認為它與研究藥物有關。
與實驗室檢驗值異常有關的 ADRs 頻率是以相關檢驗參數相較於基線值有兩種或更多 CTC 分級變化的患者為依據。

◆表 1：按照頻率與系統/器官區分之不良藥物反應

很常見 (≥10%)	胃腸異常	• 腹瀉 (34.9%)：多為輕或中度本質 (CTC 第 1 或 2 級)，重度 (CTC 第 3 或 4 級) 則較少見。 • 噁心：多為輕度本質 (CTC 第 1 級)。 • 嘔吐 (13.8%)：多為輕或中度 (CTC 第 1 或 2 級)。 • 口腔炎 (11.0%)：多為輕度 (CTC 第 1 級)。
	肝膽異常	• 丙胺酸轉胺酶上升 (11.4%)：多為輕或中度。
	代謝與營養異常	• 食慾缺乏 (19.7%)：輕或中度 (CTC 第 1 或 2 級)。
	皮膚與皮下組織異常	• 皮膚反應 (57.9%)：多為輕度或中度 (CTC 第 1 或 2 級) 紅斑性膿胞疹，部分呈現癢及乾燥，包括皮膚皸裂。
常見 (≥1- <10%)	一般異常與給藥部位狀況	• 虛弱 (17.7%)：多為輕度 (CTC 第 1 級)。
	胃腸異常	• 脫水 (1.8%)：續發於腹瀉、噁心、嘔吐或食慾缺乏。 • 口乾* (2.0%)：多為輕度 (CTC 第 1 級)。
	血管異常	• 出血 (4.3%)，如鼻出血及血尿。
	肝膽異常	• 天門冬胺酸轉胺酶上升 (7.9%)：多為輕或中度 (CTC 第 1 或 2 級)。 • 總膽固醇上升 (2.7%)：多為輕或中度。 • 無症狀之血中肌酸酐實驗室數值上升 (1.5%)。
常見 (≥1- <10%)	腎與泌尿異常	• 蛋白尿 (7.7%) • 膀胱炎 (1.1%)
	皮膚與皮下組織異常	• 指甲異常 (7.9%) • 脫髮症 (4.7%)
	一般異常與給藥部位狀況	• 發燒 (8.7%)
	眼睛異常	• 結膜炎、臉緣炎及乾眼症* (6.7%)：多為輕度本質 (CTC 第 1 級)。
少見 (≥0.1- <1%)	呼吸、胸腔與縱隔異常	• 間質性肺病 (1.3%)：常為重度 (CTC 第 3-4 級)。曾有致死之報告。
	胃腸異常	• 胰臟炎 (0.1%) • 胃腸穿孔 (0.2%)
	肝膽異常	• 肝炎*** (0.2%)
	眼睛異常	• 角膜炎 (0.12%)、角膜糜爛 (0.3%)：可逆性，且有時與睫毛雜亂有關。
罕見 (≥0.01- <0.1%)	皮膚與皮下組織異常	• 過敏反應** (0.9%)，包括血管性水腫和蕁麻疹。
	皮膚與皮下組織異常	• 水泡性狀況包括毒性表皮壞死、史蒂文生強生症候群 (Stevens Johnson syndrome) 及多形性紅斑 (0.04%)。 • 皮膚血管炎****
	腎與泌尿異常	• 出血性膀胱炎****
	腎與泌尿異常	• 出血性膀胱炎****

- * 此項反應的發生可能合併其他 IRESSA 所引起的乾燥症狀（主要為皮膚的反應）。
** 在 ISEL、INTEREST 及 IPASS 試驗之綜合分析中，過敏反應不良事件的整體發生率是 1.5% (36 名患者)。這 36 名患者中有 14 人被排除於報告的頻率之外，因為他們的報告被證明包括是由非過敏性病因或過敏反應是其他藥物治療的結果。
*** 這包括個別分離的肝衰竭報告，在某些情況下造成致命的結果。
**** 不可能根據 phase III 臨床試驗區分皮膚血管炎及出血性膀胱炎的頻率，因為可檢測它們的臨床試驗並沒有這些反應的報告，因此頻率是根據歐盟委員會指引（2009 年 9 月）估計的，該指引假設橫跨單一治療臨床試驗有 3 例報告。

上市後經驗：曾報告有貧血、血小板低下之不良反應。

在一項 phase III 雙盲臨床試驗中（1692 位病患），比較 IRESSA 加上最佳支持性照護 (BSC) 以及安慰劑加上最佳支持性照護 (BSC) 使用於先前已接受過 1 或 2 個化學療程而對於最近一次療程有抵抗性或不耐受之晚期非小細胞肺癌病患，其間質性肺病 (ILD) 之總發生率為相似的，在兩個治療組皆為約 1%。大部分發生間質性肺病 (ILD) 的病患為東方人種，且在這些接受 IRESSA 治療之東方人種中，比較接受 IRESSA 治療及接受安慰劑治療之病患，其間質性肺病 (ILD) 的發生率是相似的，分別各為約 3% 及 4%。其中一例為致命性案例，此案例發生於接受安慰劑治療之病患。

在一項日本執行之上市後監視研究中（3350 位病患），間質性肺病 (ILD) 在接受 IRESSA 治療之病患的通報率為 5.8%。

在一項日本之藥物流行病學研究中【參閱「警語及注意事項」章節】，追蹤罹患非小細胞肺癌之病患為期 12 週，其間質性肺病 (ILD) 累積起來的發生率（未以患者特徵不平衡校正過）在接受 IRESSA 治療的病患組為 4.0%，而在接受化學治療的病患組為 2.1%；若以接受 IRESSA 治療的病患組比上接受化學治療的病患組，其發展成間質性肺病 (ILD) 之校正勝算比 (OR) 為 3.2 (95% 信賴區間 (CI) 1.9-5.4)。在治療的前四週，接受 IRESSA 治療的病患組明顯地比接受化學治療的病患組有增加間質性肺病 (ILD) 的危險性（校正勝算比為 3.8；95% CI 1.9-7.7）；但在之後其相對危險性就較低（校正勝算比為 2.5；95% CI 1.1-5.8）。

在一項 phase III 臨床試驗中（1217 名患者），比較 IRESSA 與 carboplatin/paclitaxel 雙重化學治療作為第一線治療，使用治療於亞洲地區之晚期非小細胞肺癌患者，ILD 類型事件的發生率在接受 IRESSA 治療的病患組為 2.6%，而在接受 carboplatin/paclitaxel 雙重治療的病患組為 1.4%。

使用過量

IRESSA 藥物過量時，並無專一性之療法。與藥物過量有關之不良反應，應給予症狀療法，尤其是嚴重腹瀉應按照臨床需要處理。在第一階段臨床研究中，有少數患者曾已每日高達 1000 mg 之劑量治療。發現有些不良反應之發生頻率及嚴重度會增加，主為腹瀉及皮疹為主。在一項研究中，數量有限的患者每週接受 1500 mg 至 3500 mg 之治療。在這項研究中，IRESSA 的暴露量並未隨劑量的增加而增加，不良反應的嚴重度多為輕度到中度，與已知的 IRESSA 安全性一致。

藥理學性質

藥效學性質

Gefitinib 為表皮生長因子接受體 (epidermal growth factor receptor, EGFR) 酪胺酸激酶酵素 (tyrosine kinase) 之專一性抑制劑，通常表現於上皮細胞源頭之人類實體腫瘤。抑制 EGFR 酪胺酸激酶酵素之活性，便抑制了腫瘤之生長、轉移及血管增生，並促進癌細胞之凋亡。
服用 IRESSA 治療對於未曾吸煙，組織學為腺癌之女性或亞洲族群患者更為有益。

IPASS 研究

自一項以亞洲 1217 名晚期 NSCLC (IIIB 或 IV 期)，組織學是腺癌，而且以前少量吸煙（停止吸煙超過 15 年，而且吸煙 <10 包年）或從不吸煙，以及也未曾接受化學治療的患者為對象的 phase III 臨床試驗中，IRESSA 對試驗主要療效指標疾病無惡化存活期 (PFS) (風險率 [HR] 0.741，95% CI 0.652-0.845，p < 0.0001) 的療效優於 carboplatin (AUC 5.0 或 6.0) /paclitaxel (200 mg/m²)。治療效果並不固定，起初 carboplatin/paclitaxel 較好，但後來 IRESSA 較佳，可能是 EGFR 突變狀態造成不同

的PFS結果。EGFR突變狀態對於比較IRESSA與carboplatin/paclitaxel的效果來說，是很強的預測生物標記。

IRESSA組的客觀反應率(43.0%)也優於carboplatin/paclitaxel組(32.2%)(OR 1.59, 95% CI 1.25-2.01, p=0.0001)。接受IRESSA治療的患者明顯比接受carboplatin/paclitaxel治療的患者在生活品質(QOL)上得到較重要的改善(癌症治療功能性評估-肺癌[FACT-L]總分:48%比41%, OR 1.34, 95% CI 1.06-1.69, p<0.0148; 試驗結果指數[TOI])46%比33%, OR 1.78, 95% CI 1.40-2.26, p<0.0001)。兩組經歷到肺癌症狀改善患者的比例相似(FACT-L肺癌分量表[LCS]), IRESSA組52%, carboplatin/paclitaxel組49%(OR 1.13, 95% CI 0.90-1.42, p=0.3037)。

進行初步分析時,對生物標記數據進行事先計畫的探索性分析。總共437名患者可評估的EGFR突變分析數據。在EGFR突變陽性患者中,IRESSA組的PFS明顯比carboplatin/paclitaxel組長(n=261, HR 0.48, 95% CI 0.36-0.64, p<0.0001);而在EGFR突變陰性患者中,carboplatin/paclitaxel組的PFS明顯比IRESSA組長(n=176, HR 2.85, 95% CI 2.05-3.98, p<0.0001)。若以使用DxS EGFR 29突變檢測組的突變特異性擴增系統(ARMS)檢測出29種EGFR突變之一種,就被視為EGFR突變陽性。倘若樣本完全分析成功,而且未檢測到29種EGFR突變之中任何一種,患者就被視為EGFR突變陰性。在EGFR突變狀態未知的患者中,PFS結果(gefitinib風險率0.68, 95% CI 0.58-0.81, p<0.0001)與整體族群相似。在EGFR突變陽性患者中,IRESSA組的客觀反應率(71.2%)優於carboplatin/paclitaxel組(47.3%)(OR 2.751, 95% CI 1.646-4.596, p=0.0001);在EGFR突變陰性患者中,carboplatin/paclitaxel組的客觀反應率(23.5%)優於IRESSA組(1.1%)(OR 0.036, 95% CI 0.005-0.273, p=0.0013)。

在EGFR突變陽性患者中,接受IRESSA治療的患者明顯比接受carboplatin/paclitaxel治療的患者得到較佳的生活品質(QOL)和肺癌症狀改善(FACT-L總分:70.2%比44.5%, p<0.0001)(TOI 70.2%比38.3%, p<0.0001)(LCS 75.6%比53.9%, p=0.0003)。而在EGFR突變陰性患者中,生活品質(QOL)和肺癌症狀得到改善者,接受carboplatin/paclitaxel治療的患者反而比接受IRESSA治療的患者多(FACT-L總分:36.3%比14.6%, p=0.0021)(TOI 28.8%比12.4%, p=0.0111)(LCS 47.5%比20.2%, p=0.0002)。

於954人死亡(78%到期)後執行整體存活率(OS)分析,表明在整體研究族群中,IRESSA組的OS與carboplatin/paclitaxel組的差異沒有統計學意義(HR 0.901, 95% CI 0.793-1.023, p=0.1087)。中位OS:IRESSA組18.8個月,carboplatin/paclitaxel組17.4個月。按照EGFR突變狀態進行的OS分析顯示,在已知為突變陽性的腫瘤患者中,IRESSA組的OS與carboplatin/paclitaxel組沒有顯著差異(HR 1.002, 95% CI 0.756-1.328;中位OS 21.6個月比21.9個月);在已知為突變陰性的患者中,IRESSA組的OS與carboplatin/paclitaxel組也沒有顯著差異(HR 1.181, 95% CI 0.857-1.628,中位OS 11.2個月比12.7個月)。在突變狀態未知的患者中,OS的結果(HR 0.818, 95% CI 0.696-0.962,中位OS 18.9個月比17.2個月)與整體族群一致。IPASS的試驗顯示,在未曾接受過治療,腫瘤有EGFR酪氨酸激酶酪氨酸活化突變的局部晚期或轉移性NSCLC患者中,IRESSA對PFS、ORR、QOL及症狀緩解的療效優於carboplatin/paclitaxel,整體存活率則無顯著差異。

INTEREST 研究

在一項包含1466名罹患局部惡化或轉移之非小細胞肺癌,以前接受過以platinum為基礎的化學治療,而且有資格進一步接受治療的患者的phase III臨床試驗中,證明IRESSA在整體存活期方面不劣於docetaxel(75 mg/m²)(風險率[HR]1.020, 96%信賴區間[CI]0.905-1.150[CI全然低於非劣效性限值1.154],中位數為7.6個月及8.0個月)。

IRESSA與docetaxel相比,疾病無惡化存活期類似(HR 1.04, 95% CI 0.93-1.18, p=0.466,中位數為2.2個月及2.7個月),客觀反應率也相似(9.1%比7.6%,勝算比[OR]1.22, 95% CI 0.82-1.84, p=0.3257)。在臨床上接受IRESSA治療的患者明顯比接受docetaxel治療的患者有較佳的QOL改善(癌症治療功能性評估-肺癌[FACT-L]試驗結果指數[TOI]:17%比10%, p=0.0026; FACT-L總分:25%比15%, p<0.0001)。這兩個治療組中肺癌症狀有改善的患者比例相類似(FACT-L肺癌分量表[LCS]20%比17%, p=0.1329)。

在共同主要分析中,評估174名基因拷貝數較高之病患之整體存活期時並未證明IRESSA優於docetaxel,即兩組中基因拷貝數較高之病患的存活期結果相似(HR 1.087, 95% CI 0.782-1.510, p=0.6199,中位數為8.4個月及7.5個月)。

ISEL 研究

在一項包含1692名患者的phase III雙盲臨床試驗中,比較IRESSA加上最佳支持性照護(BSC)以及安慰劑加上最佳支持性照護(BSC)使用於先前已接受過1或2個化學治療療程,而對於最近一次療程有抵抗性或不耐受之晚期非小細胞肺癌患者之療效,發現IRESSA在整體族群中(HR 0.89, CI 0.77-1.02, p=0.09, IRESSA組及安慰劑組的中位數分別為5.6個月及5.1個月),或是腺癌病患中(HR 0.84, CI 0.68-1.03, p=0.09, IRESSA組及安慰劑組之中位數分別為6.3個月及5.4個月)並沒有顯著的延長存活期。在比較IRESSA與安慰劑之療效的事先計劃的次族群分析,顯示出IRESSA在東方人種(HR=0.66, CI 0.48-0.91, p=0.01,中位數為9.5個月及5.5個月),以及從未吸煙的患者(HR=0.67, CI 0.49-0.92, p=0.01,中位數為8.9個月及6.1個月),其存活期的在統計上有顯著意義的增加。

探索性分析EGFR之基因拷貝數,以IRESSA與安慰劑來做比較,其資料顯示基因拷貝數較高之病患比基因拷貝數低的病患具有較大的存活療效(干擾p值=0.0448)。基因拷貝數高之病患,其IRESSA對安慰劑之風險率為0.61(N=114, 95% CI 0.36-1.04, p=0.067),而基因拷貝數低之病患其風險率為1.16(N=256, 95% CI 0.81-1.64, p=0.42)。對於那些未測量EGFR之基因拷貝數(gene copy number)的病患(N=1322, HR=0.85, CI 0.73-0.99, p=0.032),如同預期,其風險率與整體研究族群相似。

IFUM 研究

IFUM研究是一個單一治療組多中心研究,在罹患活化、敏化EGFR突變陽性NSCLC的白人患者(n=106)中進行的,要確認gefitinib的活性在白人及亞洲人中是類似的。根據研究主持人的審查,ORR為70%,中位PFS為9.7個月。這些數據與IPASS研究的報告類似。

循環腫瘤DNA(ctDNA)

在IFUM試驗中,分析了腫瘤組織切片與血中採集的ctDNA的突變。兩種樣本共有1060位接受篩檢的病患,其中共有652位病患的樣本可供分析。用Qiagen Therascreen EGFR RGO PCR組套檢測ctDNA中的EGFR突變,其敏感度(真陽性率)(sensitivity)為65.7%,特異度(真陰性率)(specificity)為99.8%,陽性預測值(positive predictive value)為98.6%,陰性預測值(negative predictive value)為93.8%。見表2。

整個IFUM試驗中受測者的客觀反應率(objective response rate, ORR)為69.8%(95% CI: 60.5%-77.7%),其中ctDNA突變陽性的ORR為77.3%(95% CI: 65.8-85.7)。

◆表2:所有接受篩檢且可評估的病人中,以腫瘤組織切片與ctDNA兩種檢測方法所測得的突變結果摘要

Summary of baseline Mutation for Tumour and ctDNA Samples in All Screened Patients evaluable for both samples

測量 Measure	定義 Definition	IFUM Rate % (CI)	IFUM N
一致性比例 (Proportion of Concordance)	腫瘤組織切片與ctDNA結果相同的次數 Number of times that the ctDNA and tumour results agree	94.3 (92.3, 96.0)	652
敏感度 (Sensitivity)	腫瘤組織切片突變(+)且ctDNA突變(+)的比例 Proportion of tumour M+ that are M+ by ctDNA	65.7 (55.8, 74.7)	105
特異度 (Specificity)	腫瘤組織切片突變(-)且ctDNA突變(-)的比例 Proportion of tumour M- that are M- by ctDNA	99.8 (99.0, 100.0)	547
陽性預測值 (Positive Predictive Value)	ctDNA突變(+)且腫瘤組織切片突變(+)的比例 Proportion of ctDNA M+ that are M+ by tumour	98.6 (92.3, 100.0)	70
陰性預測值 (Negative Predictive Value)	ctDNA突變(-)且腫瘤組織切片突變(-)的比例 Proportion of ctDNA M- that are M- by tumour	93.8 (91.5, 95.6)	582

這些資料與IPASS中計劃的日本族群的探索性次族群分析得到的結果一致。在IPASS試驗中,ctDNA是由血液而非血漿中取得,以EGFR突變檢測組套(DxS)進行EGFR突變分析(N=86)。其一致性為66%,敏感度為43.1%,特異度為

100%,陽性預測值(positive predictive value)為100%,陰性預測值(negative predictive value)為54.7%。

藥動學性質

在靜脈給藥後,gefitinib迅速地由血中清除,廣泛地分布於體內,排除半衰期的平均均為48小時。癌症患者口服後,吸收較慢,其排除半衰期為41小時。Gefitinib每日給藥1次,會造成2-8倍的蓄積,在7-10次劑量之後,可達到血中穩定狀態濃度。造成在穩定狀態下,於24小時給藥間隔中,血漿中之藥物濃度通常會維持在2-3倍的濃度變化範圍之內。

吸收

IRESSA在口服後,gefitinib在血漿中之最高濃度,通常發生於在給藥後3-7小時。癌症患者之絕對生物體可用率,平均為59%。食物對gefitinib之暴露量(exposure)並無顯著之影響。然在一項研究中,健康志願者之胃酸酸度維持在5以上時,gefitinib之暴露量降低達47%【參閱「警語及注意事項」及「與其他藥物之交互作用及其他形式之交互作用」章節】。

分布

在穩定狀態濃度下,gefitinib分布體積的平均均為1400L,表示其廣泛地進入組織之內。其與血漿蛋白結合率約為90%:Gefitinib主要與血清中之白蛋白及 α_1 -酸性糖蛋白結合。

代謝

由體外實驗之資料顯示:在P450異酵素中,主要是CYP3A4參予了gefitinib之氧化性代謝。

由體外實驗顯示出gefitinib對CYP2D6有一定程度之抑制作用。在臨床研究中,將gefitinib與metoprolol(為CYP2D6之受質)同時給予患者後,導致metoprolol之暴露量小幅增加(35%),一般認為對臨床上並無重大之影響。在動物實驗中,Gefitinib並無誘導酵素之作用;且對任何其他細胞色素P450酵素,並無顯著之抑制作用(體外實驗)。

Gefitinib之代謝中,其生體轉化已鑑定出三個位置:包括N-propylmorpholino基團之代謝、quinazoline甲氧基取代物之去甲基作用,及鹼性基團之去氟化作用。已有五種代謝物自糞便萃取物中被完全鑑定出,最主要的成分為O-desmethyl gefitinib,雖然此一成分只負責了藥物劑量的14%。

在人類血漿中已有8種代謝物被完全鑑定出來。在人類血漿中所鑑定出的主要代謝物為o-desmethyl gefitinib,其對EGFR刺激細胞生長之抑制能力,比gefitinib低14倍,且對老鼠腫瘤細胞生長並無抑制作用,因此認為其不太可能對gefitinib之臨床活性有影響。

從體外試驗顯示,O-desmethyl gefitinib是經由CYP2D6代謝而生成。在一項做於健康志願者的臨床試驗,根據CYP2D6的基因型狀態,評估CYP2D6在代謝清除gefitinib上所扮演的角色。在代謝較差的受試者,O-desmethyl gefitinib的生成未達可測量的量。Gefitinib暴露量從代謝好的到代謝差的受試群其範圍廣且有重疊,但在代謝較差的受試群,gefitinib的平均暴露量較高且達兩倍。一些CYP2D6不活化的受試者可能達到較高的平均暴露量,此一現象可能為臨床相關的,因為不良反應是與藥物劑量及暴露量相關的。

排除

Gefitinib之血漿總清除率約為500公撮/分。主經由糞便排出,其經由腎臟排出之藥物及代謝產物,比投予劑量之4%還低。

特定族群

依據族群分析癌症病患的結果,預期之穩定態最低濃度,與患者之年齡、體重、性別、種族或肌酐清除率之間,並無顯著關係存在。

在一項phase I、open-label的研究中,以單劑量gefitinib 250 mg投予因肝硬化(依據Child-Pugh分級)而導致之輕、中或重度肝功能損傷之患者,與健康之控制組比較,所有肝功能損傷之受試群皆有較高的暴露量。在中度及重度肝功能損傷之患者觀察到平均有3.1倍gefitinib暴露量的增加。所有受試之病患皆無癌症,但都有肝硬化且有些患者有肝炎。此一暴露量增加的現象可能為臨床相關的,因為不良反應是與藥物劑量及gefitinib暴露量相關的。

Gefitinib在臨床研究中,已於41位罹患固態腫瘤,且肝功能呈現正常或因肝臟之轉移而肝功能中、重度不良之患者中,進行過評估。結果顯示每日給予250 mg之IRESSA下,至血中穩定狀態所需之時間、血漿總清除率、及穩定狀態下之暴露量[C_{max}ss(穩定狀態之最高濃度)、AUC_{24ss}(穩定狀態24小時內之曲線下面積)]在肝功能正常及中度不良之兩組患者中,均非常相近。4位因肝臟之轉移而肝功能重度不良患者之數據顯示,其在穩定狀態下之暴露量也與肝功能正常者相似。

臨床前安全性研究

Gefitinib顯示出其並無導致基因毒性之可能性。

如同對gefitinib藥理活性之期待一樣,在每天每公斤20 mg之劑量下,雌性大鼠之生殖力會降低。在其器官形成期間,以較高之劑量(每天每公斤30 mg),對大鼠胚胎之發育並無影響;然而在兔子,每天每公斤20 mg之劑量(及更高之劑量)。此化合物不會導致這兩種動物之畸形。以每天每公斤20 mg之劑量,在懷孕至生產之期間給藥時,會使幼胎之存活率下降【參閱「懷孕及哺乳」章節】。

產後14天之老鼠,口服給予以¹⁴C-標示之gefitinib,結果乳汁中放射性活性之濃度,比血液中還要高【參閱「懷孕及哺乳」章節】。

由非臨床研究(體外)之資料顯示:gefitinib對心臟動作電位再極化之程序(如QT間距),有抑制之可能性存在。此發現對臨床之意義,目前尚未清楚。由一個歷時兩年、作用於大鼠(rat)之致癌性之研究結果顯示,同時在雄鼠及雌鼠發現少數但統計上有意義之增加肝細胞腺瘤發生率;而在高劑量時(10 mg/kg/day)在雌鼠發現少數但統計上有意義之增加腸系膜淋巴結血管瘤發生率。同樣增加肝細胞腺瘤發生率的情形也發生在另一項歷時兩年、作用於小鼠(mice)之致癌性之研究,給予雄鼠50 mg/kg/day之劑量發現有小量增加其發生率,而當以90 mg/kg/day高劑量給予時(自第22禮拜、從劑量125 mg/kg/day開始遞減),同時在雄鼠、雌鼠發現有小量增加其發生率。此作用在雌鼠有達到統計上顯著意義,但並非雄鼠。此發現對臨床之意義,目前尚未清楚。

藥劑學項目

賦形劑

Lactose monohydrate
Microcrystalline cellulose
Croscarmellose sodium
Povidone
Sodium laurylsulfate
Magnesium stearate
Hypromellose
Macrogol
Titanium dioxide
Iron oxide yellow
Iron oxide red

貯存時注意事項

貯存於30°C以下。

架儲期

請參閱外包裝上之有效期限。

包裝規格

請參閱外包裝上之包裝規格。

本版修定日期

2014年12月。
07/JI/TW/ONC.000-174-737.14.0

本註冊商標屬AstraZeneca集團之財產。

製造廠:AstraZeneca UK Limited

製造廠址:Silk Road, Business Park, Macclesfield, Cheshire, SK10 2NA, UK

藥商:臺灣阿斯特捷利康股份有限公司

地址:台北市敦化南路二段207號21樓

電話:(02)2378-2390

