

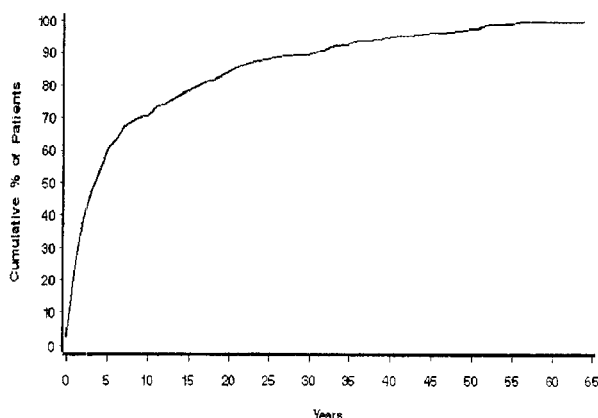
遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤におけるインヒビター発生について（続報）

※下線部は平成19年度第2回薬事食品衛生審議会薬事分科会血液事業部会運営委員会配布資料からの変更点。

1. 血友病患者の治療とインヒビター

血友病A患者は、先天的に第Ⅷ因子が低下または欠損しており、第Ⅷ因子製剤を出血時または定期的に投与することにより、止血管理が行われる。一部の患者においては第Ⅷ因子の投与を繰り返すことにより、第Ⅷ因子に対する抗体（インヒビター）が産生され、止血管理が困難となることが報告されている¹⁻²⁾。産生される抗体はIgG₄が多く、ポリクローナル抗体であり、結合するエピトープはA2ドメイン及びC2ドメイン等数箇所が報告されている³⁾。これらインヒビターは、小児期において投与開始から10実投与日前後に多く発現する症例が多いことが報告されているが、150-200実投与日以降の成人でも60歳くらいまで発現することも報告されている⁴⁾。

図1. インヒビターの発現年齢⁴⁾



2. PUPs (Previously untreated patients)及びPTPs (Previously treated patients)研究

2.1. PUPs

第Ⅷ因子製剤の治療歴のない患者（PUPs）における調査研究は、1980年代後半には、ウイルスに対する安全性を検討する研究として、その後、1990年前半頃からはインヒビターの発生を検討する研究として位置づけられ、この時期以降に臨床試験が行われた遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤において多くの知見が積み重ねられた⁵⁻¹⁷⁾。

結果として、インヒビターの測定頻度を高めることで一過性インヒビターの存在が確認され、投与開始後多くは10実投与日前後から約50実投与日までにインヒビターを発生するリスクが高い等、インヒビターのnatural historyに関する多くの貴重なデータが得られ

た。一過性のインヒビター患者の多くは、その抗体価は低く、第Ⅷ因子製剤による継続した治療が可能で、ほとんどの症例でインヒビターは消失していると考えられている。

現在まで報告されている研究報告は、対象血友病患者の遺伝的背景、重症度やインヒビターの測定頻度(間隔)、測定方法(Nijmegen法の導入前と後)、使用された第Ⅷ因子製剤、治療方法(出血時または定期補充療法)等さまざまであり、単純に比較することはできないが、インヒビター発生率は重症の血友病A症例(一部中等症例2%>も含む)で、一過性や低力価のインヒビターも含めて20-50%である。

なお、血漿由来の第Ⅷ因子製剤においては、特定のプロトコールに従ったプロスペクティブな試験のデータは限られており、遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤との統計的な有意差は認められていない。

表1. 第Ⅷ因子製剤によるインヒビターの発生報告(文献 No.5-17 から抜粋)

文献	製剤	試験期間	試験開始前FⅧ値	インヒビター発生%			測定間隔	試験期間終了時の抗体保有率(%)
				全体*	>10BU**	>5BU**		
Ehrenforth, 1992	various	1976-91	<1%	14/27 (52%)	11/27 (41%)	12/27 (44%)	20投与日毎	4/27 (15%)
Addiego 1992	PdFⅧ (MoAb+rFⅧ)	1988-92 (6ヶ月)	<1%	5/30 (17%)	2/30 (7%)	2/30 (7%)	3ヵ月毎	5/30 (17%)
Addiego, 1993	various	1975-85	<1%	25/89 (28%)	-	21/89 (24%)	-	-
De Biasi, 1994	various	1975-92	<1%	11/48 (23%)	8/48 (17%)	9/48 (19%)	年1回以上	11/48 (23%)
Lusher, 1997	rFⅧ	1989-96	<2%	18/64 (28%)	10/64 (16%)	15/64 (23%)	3ヶ月	11/64 (17%)
Rothschild 1998	rFⅧ	1993-96	<1%	15/50 (29%)	4/50 (8%)	7/50 (14%)	3-6ヶ月	6/50 (12%)
Gruppo, 1998	rFⅧ	1990-97	<2%	22/69 (32%)	7/69 (11%)	8/69 (13%)	3ヶ月	8/69 (13%)
Kreuz 2002	pdFⅧ rFⅧ	1976-99	<1%	-	-	13/35 (37%) 4/11 (36%)	-	-
Goudemand 2006	Pd(vWF) rFⅧ	1988-99 1991-02	<1%	7/62 (11%) 27/86 (30%)	-	3/62 (5%) 13/86 (15%)	年1回 3-6ヶ月	-

*: 患者数は試験全体ではなく、重症例(<1%)の患者数および重症例中でのインヒビター%を示す。

** : BU (ベセスダ単位) インヒビター力価の単位

rFⅧ: 遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤, pdFⅧ: 血漿由来第Ⅷ因子製剤, various: 複数の第Ⅷ因子製剤による報告, pd(vWF): フォンヴィレブランド因子を含む血漿由来製剤, MoAb: モノクローナル抗体精製による製剤
1991年 ISTH では5BU以上を高力価インヒビターと定義

Goudemandら¹⁷⁾は、VWF(von Willebrand factor)を含む血漿由来第Ⅷ因子製剤と遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤をそれぞれ使用したPUPsについてフランスの24のセンターへ質問を送りおこなった調査において、後者のインヒビター値が高いと報告した。

一方、Mannucci¹⁸⁾は、インヒビター値の測定頻度は血漿由来製剤の13名23%では年1回の測定であるのに対し、遺伝子組換え製剤の84%では3ヶ月毎、残る16%も6ヶ月毎に測定と明らかに異なり、この測定頻度の違いにより、血漿由来製剤の結果には一過性や低力価のインヒビターが発生率に反映されていないリスクがあると指摘している。また、血漿由来製剤を使用した患者のうち10名16%は部分トロンボプラスチン時間（PTT）によってインヒビターの存在が疑われた時にのみベセスタ法による測定を行っており、Goudemandらの指摘するインヒビター発生のリスクは、血漿由来製剤に対して好意的なバイアスがかかっている可能性もあるとの指摘もある。

いくつかのプロスペクティブ及びレトロスペクティブな試験についての総説の中¹⁹⁻²¹⁾で、患者の遺伝子情報も含めた長期的な二重盲検無作為比較試験が望まれているが、試験症例数、試験期間、および被験者への倫理的な問題もあり、これまで実現してこなかった。

図1. PUPsにおけるインヒビター¹⁶⁾

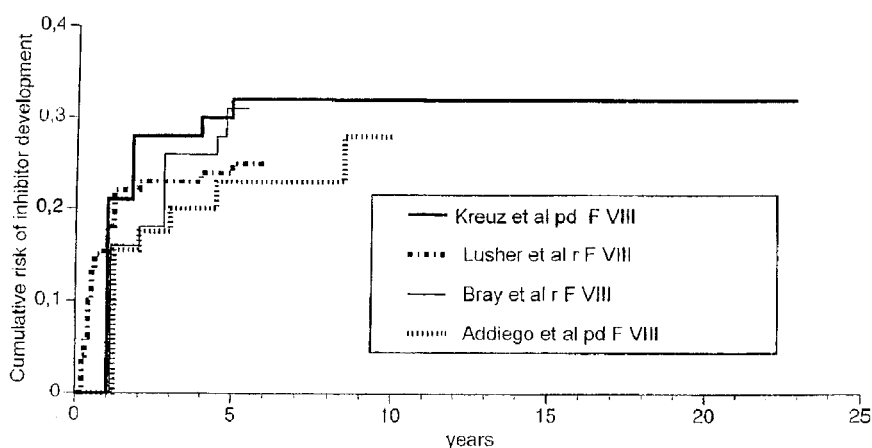


Figure 1 Cumulative risk of inhibitor development—comparison of different PUP studies.

2.2. PTPs

1999年国際血栓止血学会標準化検討委員会(ISTH SSC)及び2000年CPMP(Committee for Proprietary Medical Products)は、製剤による新たな免疫原性について150実投与日以上第Ⅷ因子製剤治療歴のある患者(PTPs)による検討をすべきであると推奨した^{22) -23)}。

現在まで、この150実投与日のプロトコールに沿った試験のデータはAdvateにおけるPTPs試験が実施されているのみであるが、従来のPTPsにおける試験(実投与日の規定なし)においても、新たなインヒビターの報告は低く^{24) 28)}、遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤によってインヒビターの発生が高くなるとの見解は得られていない。

最近では、低力価のインヒビターを含めたPTPsにおけるインヒビターの発生率は、2-3年以上の治療を経験した症例ではおよそ1-3%と推定されている²⁹⁾。

表2. PTPs におけるインヒビターの発生報告²²⁾

研究者	製剤	N	De Novo インヒビター (新たに発生したインヒビター)
Schwartz 1990	rFVIII	86	1
Aygoren-Pusun 1997	rFVIII	39	0
Berntorp 1997	rFVIII	87	0
White 1997	rFVIII	69	0
Abshire 2000	rFVIII	26	0
合計		307	1

2.3. 国内データ (小括)

国内においては、1990年代以降に開発された3つの製剤(血漿由来モノクローナル抗体精製製剤:クロスエイト M (未公表データ)、2つの遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤:コージネイト¹³⁾、コージネイト FS [PTPs¹³⁾、PUPs (未公表データ)]、及びリコネイト^{14) 28)}において、プロスペクティブな PUPs 試験及び遺伝子組換え製剤では PTPs 試験が実施されたが、ISTH や CPMP が指摘するような150実投与日以上の PTPs での試験ではない。

表3 国内におけるインヒビター研究報告

		試験調査期間	評価症例数 (重症症例)	インヒビター発生%				測定間隔	試験終了後の抗体保有率(%)
				全体	重症	>10BU	>5BU		
PTPs	リコネイト	1996- 2002	129 (<1% : 80)	0/129 (0%)	0/80 (0%)	0/80 (0%)	0/80 (0%)	3ヶ月 (2年目は 6ヶ月)	0/129 (0%)
	コージネイト FS	1997- 1998	20 (<1% : 15)	0/20 (0%)	0/15 (0%)	0/15 (0%)	0/15 (0%)	3ヶ月	0/20 (0%)
PUPs	コージネイト	1993- 1999	43 (<1% : 31)	15/43 (35%)	13/31 (42%)	5/31 (16%)	6/31 (19%)	3ヶ月 (2年目は 6ヶ月)	
	リコネイト	1996- 2002	22 (<1% : 13)	4/22 (18.2%)	3/13 (23.1%)	1/13 (8%)	2/13 (15%)	3ヶ月 (2年目は 6ヶ月)	3/22 (13.6%)
	コージネイト FS (未公表データ)	2003- 2005	17 (<1% : 15)	0/17 (0%)	0/15 (0%)	0/15 (0%)	0/15 (0%)	日常診療下 での検査	0/17 (0%)
	クロスエイトM (未公表データ)	1993- 2000	24 (<1% : 10)	1/24 (4.2%)	1/10 (10%)	0/10 (0%)	0/10 (0%)	3ヶ月 (2年目は6 ヶ月)	0/24 (0%)

なお、日本での血漿由来製剤についての最近の調査においても、対象とした症例の中に占める重症例の割合が低いことや、それぞれ独立した試験であり、単純な比較は困難であるものの、PUPsの血友病患者において、遺伝子組換え製剤に比べてインヒビターの発生頻度は高いものではなかったという報告がある。

遺伝子組換え製剤と血漿由来製剤のインヒビター発生率のデータを見る際には、これら調査の例数で血友病患者の多様な背景因子の患者が十分網羅されているということはないことから、バイアスを排除しきれていないこと、また、両者を直接比較したデータもないため、差について統計学的にも検証できるものではないことを考慮しなければならない。

すなわち、これらのデータのみでは、両者の間に単純には差があるとはいいきれないものであり、その解明にはさらなる調査研究が必要である。

3. インヒビターの発生に影響を及ぼす要因について

3.1. 患者側の要因²⁾¹⁶⁾²¹⁾³⁰⁻³²⁾

3.1.1. 重症度

血友病のインヒビターの発生には、血友病重症例の方が中等症や軽症例より高いことが指摘されている。²⁾¹⁶⁾²¹⁾³⁰⁾

Gillは、インヒビター患者の約80%は重症1%未満の患者（重症）で、15%が第Ⅷ因子1-3%の症例に、5%が第Ⅷ因子4%以上の患者であったと報告している。³⁰⁾

表4 1977年から1998年までにUKで報告されたインヒビター症例(文献31から抜粋)

血友病 A	重症 (1%未満)	中等症 (1-5%未満)	軽症 (5%以上)	合計
インヒビターなし	857(81.0%)	1032(93.0%)	2682(99.1%)	5621(92.5%)
インヒビターあり	201(19.0%)	78(7.0%)	24(0.9%)	457(7.5%)
合計	1058(100.0%)	1110(100.0%)	2706(100%)	6078(100%)
治療歴	97.4%	94.5%	73.0%	86.5%

軽症や中等症で生じるインヒビター症例では、比較的年齢を経てから、外科的処置や外傷に対する集中的な治療後に生じることが報告されており、患者の第Ⅷ因子の特定の部位のミスセンス変異との関わりを指摘する報告もある。³²⁾

3.1.2. 人種

アフリカ系人種でFVIIIインヒビターの保有率が高いことが示されている。

Gill³⁰⁾は、アフリカ系米国人群のインヒビター保有率が21%(110例中23例)に対し、白人群のインヒビター保有率が14%(1330例中185例)であることを報告し、Addiegoは2つの遺伝子組換えFVIII製剤のPUPs試験においてアフリカ系アメリカ人のインヒビター発生率が高いこ

とを指摘している。

表 5 人種差に関する報告

	重症血友病 A 患者数	インヒビター発生数(%)	アフリカ系アメリカ人の患者数	インヒビターの発生数(%)	非アフリカ系アメリカ人の患者数	インヒビターの発生数(%)
米国レトロスペクティブ試験	89	25(28)	10	5(50)	79	20(25.3)
Recombinate PUPs 試験	69	17(24.6)	10	5(50)	59	12(20.3)
Kogenate PUPs 試験	63	17(26.9)	8	4(50)	55	13(23.6)
合計	221	59(26.7)	28	14(50)	193	45(23.3)

3.1.3. 家族歴

Astermark らは Malmo International Brother Study (MIBS)において登録されている 460 家族の中で、インヒビターを認めた 100 家族のうち 32 家族 (32%) が確認され、重症血友病 A 家族におけるインヒビターのタイプ (ローレスポonderまたはハイレスポonder) の一致率は 78.3%、双生児における一致率は 88.2%であった。³⁴⁾

3.1.4. 第Ⅷ因子遺伝子変異のタイプ³⁵⁾

大欠失やナンセンス変異、イントロン 22 逆位などにおいてインヒビター発生率の高い傾向が指摘され、ミスセンス変異や小欠失などでは、インヒビター発生率が低いことが HAMSTeRS や Bonn のグループによって報告されている。

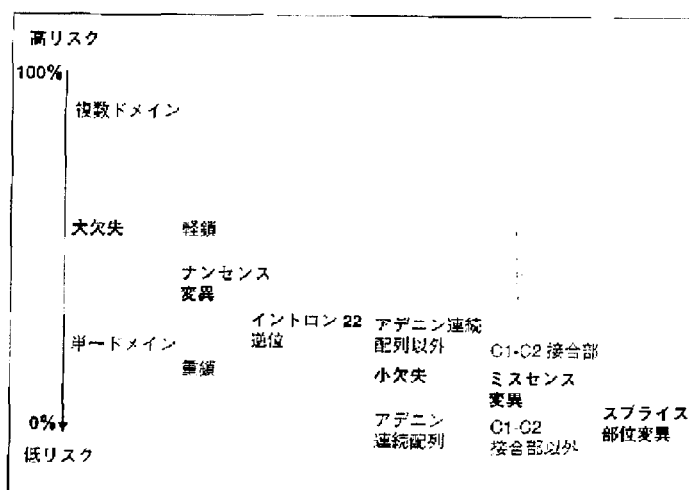


図 0.2 血友病 A における変異タイプ/サブタイプとインヒビター保有率の関係 (表 10.1 に示したデータに基づく)

表 6 血友病 A 患者における変異タイプとインヒビター保有率

各変異のタイプ	Bonn(533 例)(%)	HAMSTeRS (1,022 例)(%)	計(1,555 例)(%)
大欠失	15(33)	86(42)	101(41)
複数ドメイン	3(100)	23(87)	26(88)

単一ドメイン	12(17)	63(25)	75(24)
ナンセンス変異	45(42)	131(34)	185(31)
重鎖	21(13)	61(18)	81(17)
軽鎖	24(33)	70(42)	104(40)
イントロン 22 逆位	179(21)	—	179(21)
小欠失/挿入	41(15)	115(16)	156(16)
アデニン連続配列以外	35(17)	88(19)	123(19)
アデニン連続配列	6(0)	27(4)	33(3)
ミスセンス変異	243(1.5)	669(6)	912(5)
C1/C2 ドメイン以外	187(1)	431(4)	618(3)
C1C2 ドメイン	56(4)	238(11)	294(10)
スプライス部位変異	10(0)	21(5)	31(3)

さらに Astermark³⁴⁾は、患者の免疫反応遺伝子 IL-10 遺伝子 (allele134) のプロモーター領域とインヒビター発生との関連性を示唆した。

3.1.5. フォンビレブランド因子 (VWF)

第Ⅷ因子の VWF 結合部位に変異を有する患者においては、VWF の含有の有無によってインヒビターの発生に差がある可能性を指摘する報告もある。

VWF は 抗第Ⅷ因子抗体の結合部位である C2 ドメインに結合するが、このことが動物実験で認められた、VWF による第Ⅷ因子インヒビター発生の抑制効果を説明づけるものと考えられる。しかしながら、VWF は単独でインヒビター発生に影響を及ぼすとは考えられず、血漿由来製剤の中には VWF を含む製品があるものの、インヒビター発生に影響するかどうかは明らかではない。抑制効果があるという仮説の基となる機序については現在論議されている段階であり、解明するにはさらなる検討が必要であると考え(Goudemand¹⁶⁾ et al. 2006 他)。

3.2. 治療に関する要因

3.2.1. 製剤

上記の PUPs および PTPs の項に示すように、いくつかのレトロスペクティブおよびプロスペクティブな試験が行われたが、EMA は 2007 年 2 月の報告書の中で現在まで得られたデータでは、遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤と血漿由来第Ⅷ因子製剤の間でインヒビター発生の危険性を定量化したり比較したりすることは不可能であるとしている。

このため、第Ⅷ因子製剤及びインヒビターの発展に関する現在のデータ、第Ⅷ因子インヒビターの測定法、第Ⅷ因子インヒビター発生の臨床的関連性、臨床研究のデザイン、登録、リスク管理、ポストマーケティング研究及びファーマコビジランスに関する数多くの問題が議論された。³⁶⁾

EMA は 2007 年 7 月に遺伝子組換え型第Ⅷ因子製剤とインヒビター産生に関するレビューを終了したと報告しており⁴²⁾、過去に第Ⅷ因子による治療を受けたことがない患者におけるインヒビターの産生は、外来蛋白に対する免疫系の自然な反応であるが、第Ⅷ因子製剤の静注を

複数回受けて状態が安定している患者におけるインヒビターの産生は、個々の組換え型製剤の性質に依存する可能性がある」と報告している。

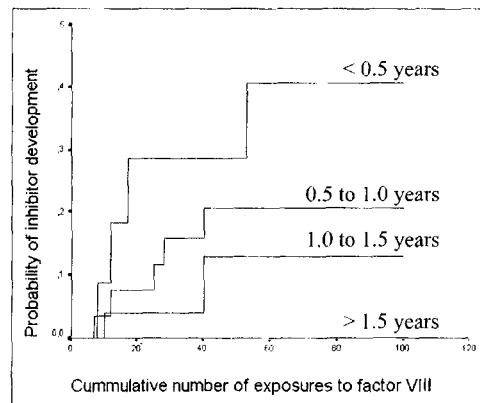
製剤によるリスクを証明するためには、被投与患者および治療に関連する条件について多因子解析を実施する必要があるが、血友病患者においては、同解析を実施するのに十分な症例数に達することは困難と考えられている。

3.2.2. 初回投与開始年齢

Van den Bom らは、初回投与年齢が 6 ヶ月未満、6~12 ヶ月、12~18 ヶ月の患者群に置けるインヒビターの発生率は、それぞれ、34%、20%、13%であり、初回投与年齢が 18 ヶ月以上であった症例 12 例ではインヒビターは検出されなかったことを報告している。³⁷⁾

同様に、Lorenzo らも、6 ヶ月未満、6~12 ヶ月および 12 ヶ月以上の患者群におけるインヒビター発生率はそれぞれ 41%、29%、12%であったことを報告している。³⁸⁾

Figure 1: Cumulative incidence of inhibitory antibodies against clotting factor VIII according to number of exposures to clotting factor VIII for four categories of age at which clotting factor VIII was first administered



3.2.3. 手術時の大量投与や持続投与

Blanchette³⁹⁾らは、軽症の血友病 A 小児患者に対して、手術中に高用量の第 VIII 因子製剤の持続投与を 29 例に行い 4 例 (14%) にインヒビターが発生したことを報告している。これらインヒビターは高力価で手術後の出血を繰り返す結果となった。ドイツや日本においても同様な持続投与時におけるインヒビターの発生が報告されている。しかしながら、これら手術時の持続投与の症例では、同時に頭蓋内出血や、外科的な処置、炎症によるストレス、集中した治療などがあり、これらの影響もインヒビター発生に関与している可能性が考えられた。

3.2.4. 免疫系への影響

ワクチン接種や、授乳など、免疫系へ影響を及ぼす因子が関与する可能性もありうる。

3.2.5. 定期補充療法

Morado らは 50 名の血友病患者でその遺伝子変異のタイプと、治療開始年齢、出血時投与か

定期補充療法かを検討し、定期補充療法群においてインヒビターの発生が抑制される傾向にあることを報告した。⁴⁰⁾ また、Santagostiano らも、同様に遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤を使用した 108 例のケースコントロールスタディにおいて、出血時投与を行った症例と比較して定期補充療法を行っていた症例でインヒビターのリスクが低かったことを報告している。⁴¹⁾

3.2.6. インヒビターの測定方法・測定頻度

インヒビターの測定頻度は、一過性インヒビターの検出等に影響を与え、インヒビターの発生率の検討に影響を与える。また、現在実施されているインヒビター試験は、施設によってインヒビター陽性と判定する基準が異なっており、測定方法（ベセスダ法か Nijmegen 法か、各施設における測定か、集中ラボによる検査か）なども発生率を比較する際に考慮されなくてはならない。

参考文献

- 1) 血友病インヒビター 田中一郎他、日本血栓止血学会雑誌 11：559-571, 2000
- 2) Genetic basis of inhibitor development in severe haemophilia A and B. Oldenburg J. & Tuddenham E., Inhibitors in Patients with Haemophilia Rodriguez-Merchan E.C. & Lee C.A. chapter 4 pp21-26, 2002 Blackwell Science
- 3) 第Ⅷ因子インヒビター陽性血友病A 嶋 緑倫 臨床血液 44：90-101, 2003
- 4) Immune Tolerance Induction in Hemophilia A: A Review Mariani G., Siranusa S., Kroner B.L. Seminars in Thrombosis and Hemostasis 29: 69-75, 2003
- 5) Incidence of development of factor VIII and factor IX inhibitor in haemophiliacs. Lancet, 339:594-598, 1992
- 6) Treatment of Hemophilia A with Highly Purified Factor VIII Concentrate Prepared by Anti-FVIIIc Immunoaffinity Chromatography. Addiego JE., et al., Thrombosis and Haemostasis 67:19-27, 1992
- 7) Recombinant Factor VIII for the Treatment of Previously Untreated Patients with Hemophilia A. Lusher J.M. et al., N Engl. J Med. 328:453-459, 1993
- 8) Incidence of Factor VIII Inhibitor Development in Hemophilia A patients Treated with Less Pure Plasma Derived Concentrate. R. de Biasi, et al., Thrombosis and Haemostasis 71:544-7, 1994
- 9) A Multicenter Study of Recombinant Factor VIII(Recombinant): Safety, Efficacy, and Inhibitor Rist in Previously Untreated Patients with Hemophilia A. Bray G.L. et al., Blood 83:2428-2435, 1994
- 10) Recombinant FVIII (Kogenate) treatment of previously untreated patients (PUPs) with hemophilia A: Updated of safety, efficacy and inhibitor development after seven study years. Lusher J., et al., Thrombosis and Haemostasis suppl 1. 162-3, 1997
- 11) Safety Immunogenicity of Recombinant Factor VIII (Recombinate) in Previously Untreated Patients (PUPs): A 7.3 Year Update. Gruppo. R., et al., Haemophilia 4:228,

1998

- 12) French Previously Untreated Patients with Severe Hemophilia A after Exposure to Recombinant Factor VIII: Incidence of Inhibitor and Evaluation of Immune Tolerance. Rothschild C., et al., *Thromb Haemost.* 80:779-83, 1998
- 13) Clinical Evaluation of A Recombinant Factor VIII Preparation (Kogenate) in Previously Untreated Patients with Hemophilia A. Yoshioka A., et al., *Int. J of Hematology* 78:467-474, 2003
- 14) 過去に治療歴のない血友病 A 患者に対する遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤（リコネイト）の市販後の多施設臨床評価（特別調査）吉岡章他 *日本血栓止血学会雑誌* 15 : 522—534, 2004
- 15) Full-length sucrose-formulated recombinant factor VIII for treatment of previously untreated or minimally treated young children with severe haemophilia A. Results of an international clinical investigation Kreuz W., et al., *Thromb. Haemost.* 93:457-67, 2005
- 16) Influence of the type of factor VIII concentrate on the incidence of factor VIII inhibitor in previously untreated patients with severe hemophilia A. Goudemand J., et al., *Blood* 107:46-51, 2006
- 17) Inhibitor Development in Previously Untreated Patients with Hemophilia A: A prospective Long-Term Follow-up comparing plasma-derived and recombinant products. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis* 28:287-290, 2002
- 18) Assessing the risk of inhibitor formation with different factor VIII products. Mannucci P.M., *Blood* 107:3809-3810, 2006
- 19) Incidence of Inhibitors in Haemophilia A Patients – A Review of Recent Studies of recombinant and plasma-derived Factor VIII Concentrates. Scharrer I. et al., *Haemophilia* 5:145-154, 1999
- 20) The epidemiology on inhibitors in Haemophilia A: a systematic review. Wight J. et al., *Haemophilia* 9:418-435, 2003
- 21) Inhibitors to factor VIII – Epidemiology and Treatment. Donna DiMichele, *Textbook of Hemophilia* Lee C.A. Berntorp E.. and Hoots W.K. pp64-70, Blackwell Publishing 2005
- 22) Utilization of Previously Treated Patients (PTPs), Noninfected Patients (NIPs), and Previously Untreated Patients (PUPs) in the Evaluation of New Factor VIII and Factor IX Concentrates. Recommendation of Scientific Subcommittee on Factor VIII and Factor IX of the Scientific Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis White G.C., et al., *Thromb. Haemost* 81:462, 1999
- 23) Note for Guidance on the Clinical Investigation of Human Plasma Derived Factor VIII and IX Products. CPMP/BPWG/198/95 19 October 2000
- 24) Human Recombinant DNA-derived Antihemophilic Factor (Factor VIII) in the Treatment of Hemophilia A. Schwartz R.S., et al., *N. Engl. J. Med.* 323:1800-1805, 1990

- 25) A Multicenter Study of Recombinant Factor VIII (Recombinate) in Previously Treated Patients with Hemophilia A. White II G. C., et al., *Thromb Haemost.* 77:660-667, 1997
- 26) Sucrose Formulated Recombinant Human Antihemophilic Factor VIII is Safe and Efficacious for Treatment of Hemophilia A in Home Therapy. Abshire T.C., et al., *Thromb Haemost.* 83:811-6, 2000
- 27) Lack of Evidence for Increased Inhibitor Incidence in Patients Swerched from Plasma-derived to Recombinant Factor VIII. Scharrer I., *Haemophilia* 7:346-348, 2001
- 28) 過去に治療歴のある血友病 A 患者に対する遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤（リコネイト）の市販後の多施設臨床評価（使用成績調査） 福武勝幸 他 日本血栓止血学会雑誌 16 : 650—663、2005
- 29) Inhibitor in congenital coagulation disorders. Key N.S., *Br. J. Haematol.* 127:379-91, 2004
- 30) Factor VIII Inhibitors Ed. Hoyer L.W. ALAN R. LISS. New York 1984
- 31) The incidence of factor VIII and factor IX inhibitors in the hemophilia population of UK and their effect on subsequent mortality, 1977-99. UKHCDO、*J Thrombosis and Haemostasis* 2:1047-54, 2004
- 32) Inhibitor to Factor VIII- mild and moderate hemophilia. Peerlinck K., *Textbook of Hemophilia* Lee C.A. 71-73, 2005
- 33) Increased frequency of inhibitor in African American Hemophilia A patients. Addiego JE et al., *Blood Supple* 1:239a, 1994
- 34) Why do inhibitors develop ? Principles of and factors influencing the risk for inhibitor development in haemophilia ? Astermark J., *Haemophilia* 12 *Suppl.* 3 52-60, 2006
- 35) Inhibitors to factor VIII-molecure baias. Oldenburg J., *Textbook of Hemophilia* Lee C.A. 59-63, 2005
- 36) REPORT OF EXPERT MEETING ON FACTOR VIII PRODUCTS AND INHIBITOR DEVELOPMENT London, 22 February 2007 EMEA
- 37) Age at first treatment and immune tolerance to factor VIII in severe hemophilia. Van den Bom et. al., *Thrombosis and Haemostasis* 89:475-9, 2003
- 38) Incidence of factor VIII inhibitors in severe haemophilia the importance of patient age. Lorenzo JI et al., *Br. J. Haematol* 113:600-3, 2001
- 39) Intensive exposure to factor VIII is a risk factor for inhibitor development in mild hemophilia A. Sharathkumar A., et al., *J of Thrombosis and Haemostasis* 1: 1228-1236, 2003
- 40) Prpphyllactic treatment effects on inhibitor risk:experience in one centre. Morado M., et al., *Haemophilia* 11:79-83, 2005
- 41) Environmental risk factor for inhibitor development in children with haemophilia A: a case-control study. *British J of Haematology* 130:422-427, 2005

- 42) Public statement EMEA completes the review of recombinant factor VIII products and inhibitor development London, 31 July 2007 EMEA

2007 Sep 12;298(10):1180-8.

上記 2 文献は医薬品安全性情報 Vol.5 No.21(2007/10/18)の文献情報を参照のこと。

©Rosiglitazone [ロシグリタゾン、チアゾリジン系インスリン抵抗性改善剤、2 型糖尿病治療薬]

国内:Phase III(2007/06/13 現在) 海外:発売済

©Pioglitazone [ピオグリタゾン、チアゾリジン系インスリン抵抗性改善剤、2 型糖尿病治療薬]

国内:発売済 海外:発売済

Vol.5(2007) No.22(11/01)R12

【 EU EMEA 】

• EMEA が遺伝子組換え型第 VIII 因子製剤とインヒビター産生に関するレビューを終了

EMEA completes the review of recombinant factor VIII products and inhibitor development

Public statement

通知日:2007/07/31

http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pus_31022507en.pdf

EMEA は、遺伝子組換え型第 VIII 因子製剤とその抗体(インヒビター)産生リスクに関するデータのレビューを終了した。欧州連合(EU)/欧州経済地域(EEA)において中央審査方式で承認された遺伝子組換え型第 VIII 因子(FVIII)製剤としては、octocog alfa [「Advate」], [「Kogenate Bayer/Helixate NexGen」], [「Kogenate/Helixate」], moroctocog alfa [「ReFacto」]がある。また、octocog alfa [「Recombinate」]は、オランダを審査基準国(Reference Member State, RMS)とする相互認証方式で承認されている。

組換え型第 VIII 因子製剤は、血友病 A 患者における出血の予防および治療に使用される。同製剤の使用に伴う主要な合併症は、第 VIII 因子に対するインヒビター産生とそれによる出血管理の不良である。インヒビター産生のリスクは、軽度～中等度の血友病 A 患者よりも重度の患者の方が高い。

過去に第 VIII 因子製剤による治療を受けたことがない患者におけるインヒビターの産生は、外来蛋白に対する免疫系の自然な反応である¹⁾。しかし、第 VIII 因子製剤の静注を複数回受けて状態が安定している患者におけるインヒビターの産生は、個々の組換え型製剤の性質に依存する可能性がある。

2005 年 10 月に、組換え型第 VIII 因子製剤によるインヒビター産生に関する予備レビューの結果が発表された¹⁾。予備レビューでは、同製剤によるインヒビター産生リスクに関するワークショップ開催の必要性が指摘された。2006 年に専門家会議が開催され、報告書が発表された²⁾。これをもって、2003 年以降に入手したデータの最終レビューが終了した。その結論は以下の通りである。

- ・入手したデータにもとづけば、組換え型第 VIII 因子製剤の製品間のインヒビター産生頻度の予測や比較は不可能である。
- ・ある第 VIII 因子製剤の投与を 100 日以上受けた患者に対し、別の第 VIII 因子製剤に変更して投与を行うと、低力価のインヒビターが再出現する傾向がある。しかし、第 VIII 因子製剤の変更前にインヒビターが存在しないことを確認した症例は数例のみであったため、実際にインヒビターが再出現したのか、投与製剤変更後に患者を入念にモニタリングしたために検出されたのかを結論することはできない。
- ・組換え型第 VIII 因子製剤による確立された治療法を変更する必要はない。ただし、各第 VIII 因子製剤の製品概要 (SPC) の 4.4 節「警告および使用上の注意」に、下記のようなインヒビター産生に関する警告を追加する。
「過去に第 VIII 因子製剤の投与を 100 日以上受けてインヒビターが産生した既往がある患者において、別の第 VIII 因子製剤に変更した後、(低力価の)インヒビターが再出現する症例が認められた。」
- ・第 VIII 因子製剤のインヒビター産生に関する信頼できるデータを得るため、販売承認を受けた第 VIII 因子製剤をもつすべての製薬会社に対し、専門家会議の勧告に従い、インヒビターの問題に対する調査をさらに進めるよう求めていく。これにあたっては、現在改訂中の『遺伝子組換え型第 VIII および IX 因子製剤の臨床調査に関するガイドライン解説』³⁾ を参照すること。
- ・血友病患者におけるインヒビター産生を検出し、詳細な記録をとるためには、患者と血友病センターの協力が重要である。第 VIII 因子インヒビター産生に関する有益なデータを得るため、最新の勧告およびガイダンスに従って実施される市販後調査プログラムに、医師と患者が登録して参加することが期待される。
- ・血漿由来の第 VIII 因子製剤は本レビューの対象ではなく、同製剤の使用に伴うインヒビター産生に関する結論は得られていない。

患者は治療を継続し、医師のアドバイスに従うこと。患者が組換え型第 VIII 因子製剤の通常用量で出血が制御できない場合、早急に医師の診察を受けること。

文 献

- 1) <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pus/33131605en.pdf>
- 2) <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/bpwg/12383506en.pdf>
- 3) <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/bpwg/156199endraft.pdf>

参考情報

*1: 遺伝子組換え型第 VIII 因子の使用に関連するインヒビターの産生の多くは、初めて第 VIII

因子を使用する小児におけるものであるとされる。これらの場合、治療の継続により、インヒターが消失する例も少なくないとされる。

[参考資料: 文中の「遺伝子組換え型第 VIII および IX 因子製剤の臨床調査に関するガイドライン 解説」 p.5]

◎Octocog alfa [オクトコグアルファ、ルリオクトコグアルファ、遺伝子組換え型血液凝固第 VIII 因子製剤]国内: 発売済 海外: 発売済

※Octocog alfa は分子量約 300 kD の第 VIII 因子全長の遺伝子組換え型製剤で、JAN ではオクトコグアルファとルリオクトコグアルファを区別するが、INN では全長の第 VIII 因子製剤をすべて octocog alfa として区別しないで扱う。

◎Moroctocog alfa [遺伝子組換え型血液凝固第 VIII 因子製剤]海外: 発売済

※Moroctocog alfa は、第 VIII 因子の中央部にある B region と呼ばれる機能に直接関与しない部分が欠損しており、90 kD の重鎖と 80 kD の軽鎖を 14 アミノ酸で結合している。

[参考資料: Boedeker BG. Production processes of licensed recombinant factor VIII preparations. Semin Thromb Hemost 2001;27(4):385-394.]

Vol.5 (2007) No.22 (11/01) R13

【 EU EMEA 】

● Nimesulide (NSAID) : EMEA が肝臓に対する安全性を検討し、使用制限を勧告

European Medicines Agency recommends restricted use of nimesulide-containing medicinal products

Press Release, Questions and Answers

通知日: 2007/09/21

http://www.emea.europa.eu/pdfs/general/direct/pr_43260407en.pdf

http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/option_43098807en.pdf

◆ Press Release

EMEA は、nimesulide 含有全身投与製剤の肝臓への安全性に関するレビューを終了し、これらの製剤のベネフィットはリスクを上回っているものの、患者が肝障害を起こすリスクを最小化させるため、使用期間を制限する必要があると結論した。

Nimesulide は非選択的 NSAID (非ステロイド性抗炎症薬) で、骨関節炎 (変形性関節症) の疼痛、生理痛および急性疼痛の治療を適応として、多くの EU 加盟国で販売承認を受けている。

アイルランドの規制当局は、国内の重篤な肝臓への副作用報告を受けて、2007 年 5 月 15 日に nimesulide 含有製剤の販売承認を一時停止した¹⁾。これを受け、EMEA の CHMP (医薬品委員会) は 2007 年 6 月に nimesulide 含有製剤の肝臓に対する安全性の評価を開始し、アイルランドが取った規制措置を EU 全域でも実施すべきかについて検討した。



European Medicines Agency
Post-Authorisation Evaluation of Medicines for Human Use

London, 18 October 2005
Doc.Ref. EMEA/331316/2005

EMEA Public Statement
Review of recombinant Factor VIII (FVIII) products*
and inhibitor development

***Advate, Kogenate Bayer/Helixate NexGen, Kogenate/Helixate, Recombinate, ReFacto**

Recombinant factor VIII (FVIII) products are used for prevention and treatment of bleeding in patients with haemophilia A.

One of the major complications of the treatment is a poor control of bleeding linked to the development of an antibody against factor VIII (also called an 'inhibitor'). The risk of inhibitor development is higher in patients with severe haemophilia A than in patients with mild or moderate disease.

The occurrence of inhibitors in previously untreated patients should be seen as a natural response of the immune system to a foreign protein. However, the development of inhibitors in multi-transfused and stable previously treated patients (PTPs) may be due to the characteristics of an individual FVIII product.

Before marketing authorisation, there is only limited information on inhibitor development in PTPs, and monitoring must be continued during the post authorisation phase, including post-marketing studies. This monitoring has revealed a higher number of cases of inhibitors in PTPs in recombinant FVIII products than would be expected from experience with plasma derived FVIII products. Because of this, the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) undertook a review of all currently authorised recombinant FVIII products to assess the risk of inhibitor development and to identify if there are differences in this risk between products.

The CHMP review of recombinant FVIII products included data from clinical trials, post-marketing studies (including on-going studies) and spontaneous reports. Inhibitors in PTPs have been documented for all recombinant FVIII products, although the true incidence of inhibitor development in PTPs cannot be obtained from post-marketing spontaneous reports.

It was not possible to reach definite conclusions on the incidence of inhibitors with each of the recombinant FVIII products, because of differences in study design of post marketing safety studies, case definitions, treatment regimes (e.g. for bleeding episodes), patient characteristics, methodology of the FVIII inhibitor assays and differences in the duration/follow-up of the studies.

On the basis of the reviewed data, the CHMP concluded furthermore that it is not possible to differentiate the risk of inhibitor development in PTPs among recombinant FVIII products. Currently it is also not known whether recombinant FVIII products are more immunogenic than plasma derived FVIII products.

Therefore, the EMEA wishes to inform health-care professionals and patients that:

- Inhibitors in PTPs have been reported for all recombinant FVIII products.
- On the basis of current data, it is not possible to quantify and compare the risk between recombinant FVIII products. Additional studies are needed.

7 Westferry Circus, Canary Wharf, London, E14 4HB, UK
Tel. (44-20) 74 18 84 00 Fax (44-20) 74 18 84 09
E-mail: mail@emea.eu.int <http://www.emea.eu.int>

- Patients should continue therapy and follow the recommendations of their physicians.
- If bleeding is not controlled with usual doses, patients should consult their physician immediately.

A workshop is planned in the first quarter of 2006 to review current knowledge on FVIII products and inhibitor development. The EMEA will bring together a panel of recognised experts in this field, interested parties, patient associations and regulators.

The aim of the workshop will be to discuss standardization of requirements, definitions and methods used in pre-and post-marketing studies with PTPs and previously untreated patients for FVIII products, since these studies are an important tool for investigating the safety of such products.

The conclusions of this workshop will be made available on the EMEA website.

For information, please contact

Dr Panos Tsintis
Head of Sector Pharmacovigilance and Post-Authorisation
Safety and Efficacy of Medicines