

2

重要な副作用等に関する情報

平成22年4月27日に改訂を指導した医薬品の使用上の注意のうち重要な副作用等について、改訂内容等とともに改訂の根拠となった症例の概要等に関する情報を紹介いたします。

1 クロピドグレル硫酸塩

販売名（会社名）	プラビックス錠25mg, 同錠75mg（サノフィ・アベンティス）
薬効分類等	その他の血液・体液用薬
効能・効果	○虚血性脳血管障害（心原性脳塞栓症を除く）後の再発抑制 ○経皮的冠動脈形成術（PCI）が適用される急性冠症候群（不安定狭心症, 非ST上昇心筋梗塞）

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

[副作用
(重大な副作用)] 血小板減少, 無顆粒球症, 再生不良性貧血を含む汎血球減少症：血小板減少, 無顆粒球症, 再生不良性貧血を含む汎血球減少症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し、適切な処置を行うこと。

横紋筋融解症：筋肉痛, 脱力感, CK(CPK)上昇, 血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれ、これに伴って急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、このような場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

〈参 考〉 直近約3年間（平成19年4月1日～平成22年1月29日）の副作用報告（因果関係が否定できないもの）の件数

- ・血小板減少症：18例（うち死亡0例）
- ・横紋筋融解症：3例（うち死亡0例）

関係企業が推計したおおよその年間使用者数：約65万人（平成21年）
販売開始：平成18年5月

症例の概要

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用					
	性・年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置					
1	男 70代	狭心症 (胃炎, 高血 圧, 上室性頻 脈)	75mg 14日間 ↓ (6日間投 与なし) ↓ 12日間	血小板減少 投与7日目 感冒症状。関節痛・全身倦怠感。 投与13日目 38.5℃の発熱のため、入院。 投与14日目 肝機能障害, 汎血球減少, 凝固異常, 炎症反応高値あり (投与中止日) (AST(GOT) 180 IU/L, ALT(GPT) 89 IU/L, CRP10.0 mg/dL, 白血球数3000/mm ³ , ヘモグロビン12.6g/dL, 血 小板数6×10 ⁴ /mm ³)。本剤投与中止。抗凝固剤及び抗生 剤にて改善傾向。感染症に伴うDICの疑い (focus不明)。 胸部症状の増悪を認め, CAGを施行し, LAD #6 just proximalの90%狭窄の1枝病変が判明。 中止7日後 点滴にて症状は治まっていたが, 早期のPCIが必要と判断 (再投与開始日) し, 白血球数7700/mm ³ , 血小板数15×10 ⁴ /mm ³ と改善し ていたため本剤75mg/日投与再開。 再投与8日目 データは改善し, 胸部症状も安定したため, 更に1週間の 経過観察の後, PCIを予定した。肝機能障害, 汎血球減少症: 軽快。 再投与11日目 発熱し, PCIを延期。 再投与12日目 本剤投与中止。炎症反応上昇, 凝固異常軽度, 血球減少軽 (再投与中止日) 度。抗生剤, 抗凝固剤再開。一旦解熱傾向。炎症改善傾向 となる。発熱: 軽快。 再投与中止11日後 AST(GOT) 23 IU/L, ALT(GPT) 33 IU/L, CRP 7.2mg/ dL, 白血球数6300/mm ³ , ヘモグロビン9.3g/dL。血小板数0.2 ×10 ⁴ /mm ³ まで低下。出血傾向出現。血小板輸血, プレド ニゾロン内服。人免疫グロブリン投与 (5日間で, 人赤血 球濃厚液8単位, 人血小板濃厚液80単位を使用)。 再投与中止15日後 血小板数3×10 ⁴ /mm ³ と改善傾向。以降は血小板数改善傾 向。凝固異常や炎症反応増悪なく, プレドニゾロン内服漸 減。 再投与中止16日後 胸痛後のVTを生じたため, 緊急PCI (BMSにて90%→0%) を施行した。以後は徐々に回復し, 血液データも改善した ため, アスピリン, ワルファリンカリウム内服にて退院 (入 院54日間) となった。 再投与中止36日後 血小板減少症: 軽快。					
臨床検査値									
			投与5日前	投与14日目 (投与中止日)	中止7日後 (再投与開始日)	再投与中止 1日後	再投与中止 11日後	再投与中止 18日後	再投与中止 22日後
			18.8	6.0	15.0	19.9	0.2	9.3	19.6
			7200	3000	7700	3400	6300	5800	4200
			443	417	314	397	354	319	446
併用薬: アスピリン, オメプラゾール, ニフェジピン, アムロジピンベシル酸塩, バルサルタン, メチル ジゴキシン, トリクロルメチアジド									

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用			
	性・年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置			
2	女 80代	心筋虚血, 狭心症 (高脂血症, 高血圧, 逆流性食道炎, 心不全, 心房細動)	300mg 1日間 ↓ 75mg 15日間	横紋筋融解症 投与開始日 CABG後の狭心症に対してSeg (1)-(2) にPCI予定とし, 本剤300mg/日をローディングドーズとして投与。 投与2日目 本剤75mg/日を維持量として開始。 投与4日目 PCI (DES留置2本) 施行。 投与16日目 (投与中止日) 頸部～両肩及び下肢筋肉痛が強く入院。CK (CPK) 3396 IU/L, トロポニンT: (-) より横紋筋融解の診断で入院。本剤投与中止。プラバスタチンナトリウムも同時に中止。 中止11日後 以後, 自然に軽快。CK (CPK) 49 IU/L。代用としてシロスタゾール200mg/日, サルボグレラート塩酸塩300mg/日開始した。			
臨床検査値							
			投与5日目	投与16日目 (投与中止日)	中止1日後	中止2日後	中止9日後
CK (CPK) (IU/L)			29	3396	2096	1166	42
AST (GOT) (IU/L)			16	120	106	91	22
ALT (GPT) (IU/L)			6	32	33	35	19
BUN (mg/dL)			—	—	—	—	13.9
Cr (mg/dL)			—	—	—	—	1.2
併用薬: プラバスタチンナトリウム, フロセミド, アスピリン, バルサルタン, ファモチジン, ジゴキシシ, カルベジロール, ワルファリンカリウム							

② シタグリプチンリン酸塩水和物, ビルダグリプチン, リラゲルチド(遺伝子組換え), アログリプチン安息香酸塩

① シタグリプチンリン酸塩水和物

販売名 (会社名)	グラクティブ錠25mg, 同錠50mg, 同錠100mg (小野薬品工業) ジャヌビア錠25mg, 同錠50mg, 同錠100mg (萬有製薬)
薬効分類等	糖尿病用剤
効能・効果	2型糖尿病 ただし, 下記のいずれかの治療で十分な効果が得られない場合に限る ①食事療法, 運動療法のみ ②食事療法, 運動療法に加えてスルホニルウレア剤を使用 ③食事療法, 運動療法に加えてチアゾリジン系薬剤を使用 ④食事療法, 運動療法に加えてビグアナイド系薬剤を使用

《使用上の注意 (下線部追加改訂部分)》

[慎重投与]	他の糖尿病用薬 (特に, <u>スルホニルウレア剤</u>) を投与中の患者
[重要な基本的注意]	本剤の使用にあたっては, 患者に対し低血糖症状及びその対処方法について十分説明すること。 <u>特に, スルホニルウレア剤と併用する場合, 低血糖のリスクが増加する。スルホニルウレア剤による低血糖のリスクを軽減するため, スルホニルウレア剤と併用する場合には, スルホニルウレア剤の減量を検討すること。</u>

[副作用
(重大な副作用)]

低血糖症：他の糖尿病用薬との併用で低血糖症（グリメピリド併用時5.3%，ピオグリタゾン併用時0.8%，メトホルミン併用時0.7%）があらわれることがある。特に、スルホニルウレア剤との併用で重篤な低血糖症状があらわれ、意識消失を来す例も報告されていることから、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。また、他の糖尿病用薬を併用しない場合でも低血糖症（1.0%）が報告されている。低血糖症状が認められた場合には、糖質を含む食品を摂取するなど適切な処置を行うこと。

〈参 考〉 平成21年12月11日（販売開始）～平成22年4月19日の間の副作用報告（因果関係が否定できないもの）の件数

・低血糖症：25例（うち死亡0例）

関係企業が推計したおおよその使用者数：約23万人（販売開始～平成22年4月23日）

販売開始：平成21年12月

②ビルダグリプチン

販売名（会社名）	エクア錠50mg（ノバルティスファーマ）
薬効分類等	糖尿病用剤
効能・効果	2型糖尿病 ただし、下記のいずれかの治療で十分な効果が得られない場合に限る。 ①食事療法，運動療法のみ ②食事療法，運動療法に加えてスルホニルウレア剤を使用

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

[慎重投与] スルホニルウレア剤を投与中の患者

[重要な基本的注意] 本剤の使用にあたっては、患者に対し低血糖症状及びその対処方法について十分説明すること。
特に、スルホニルウレア剤と併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがある。スルホニルウレア剤による低血糖のリスクを軽減するため、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。

[副作用
(重大な副作用)] 低血糖症：本剤の投与により低血糖症があらわれることがある。他のDPP-4阻害剤で、スルホニルウレア剤との併用で重篤な低血糖症状があらわれ、意識消失を来す例も報告されていることから、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。
低血糖症状が認められた場合には、糖質を含む食品を摂取するなど適切な処置を行うこと。

③リラグルチド（遺伝子組換え）

販売名（会社名）	ビクトーザ皮下注18mg（ノボノルディスクファーマ）
薬効分類等	その他のホルモン剤
効能・効果	2型糖尿病 ただし、下記のいずれかの治療で十分な効果が得られない場合に限る。 ①食事療法，運動療法のみ ②食事療法，運動療法に加えてスルホニルウレア剤を使用

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

[慎重投与] スルホニルウレア剤を投与中の患者

[重要な基本的注意]

本剤の使用にあたっては、患者に対し低血糖症状及びその対処方法について十分説明すること。
経口糖尿病用薬と併用した場合、低血糖の発現頻度が単独の場合より高くなるので、定期的な血糖測定を行うこと。特に、スルホニルウレア剤と併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがある。スルホニルウレア剤による低血糖のリスクを軽減するため、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。

[副作用(重大な副作用)]

低血糖：低血糖及び低血糖症状（脱力感、倦怠感、高度の空腹感、冷汗、顔面蒼白、動悸、振戦、頭痛、めまい、嘔気、知覚異常等）があらわれることがある。特に経口糖尿病用薬と併用した場合、多く発現することが報告されている。

低血糖症状が認められた場合は、本剤あるいは併用している経口糖尿病用薬を一時的に中止するか、あるいは減量するなど慎重に投与すること。

また、DPP-4阻害剤で、スルホニルウレア剤との併用で重篤な低血糖症状があらわれ、意識消失を来す例も報告されていることから、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。

低血糖症状が認められた場合には通常はショ糖を投与し、 α -グルコシダーゼ阻害剤との併用により低血糖症状が認められた場合にはブドウ糖を投与すること。

④ アログリプチン安息香酸塩

販売名(会社名)	ネシーナ錠6.25mg, 同錠12.5mg, 同錠25mg(武田薬品工業)
薬効分類等	糖尿病用剤
効能・効果	2型糖尿病 ただし、下記のいずれかの治療で十分な効果が得られない場合に限る。 ①食事療法、運動療法のみ ②食事療法、運動療法に加えて α -グルコシダーゼ阻害剤を使用

《使用上の注意(下線部追加改訂部分)》

[重要な基本的注意]

本剤は他の糖尿病用薬と併用した場合に低血糖症状を起こすおそれがあるので、これらの薬剤との併用時には患者に対し低血糖症状及びその対処方法について十分説明し、注意を喚起すること。本剤とスルホニルウレア剤との併用における臨床効果及び安全性は確立されていないが、DPP-4阻害剤とスルホニルウレア剤を併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがある。DPP-4阻害剤とスルホニルウレア剤を併用する場合にはスルホニルウレア剤による低血糖のリスクを軽減するため、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。

[副作用(重大な副作用)]

低血糖症状があらわれることがあるので、患者の状態を十分に観察しながら投与すること。低血糖症状が認められた場合、本剤あるいは併用している糖尿病用薬を一時的に中止するかあるいは減量するなど慎重に投与すること。なお、他のDPP-4阻害剤で、スルホニルウレア剤との併用で重篤な低血糖症状があらわれ、意識消失を来す例も報告されている。また、本剤の投与により低血糖症状が認められた場合には通常ショ糖を投与するが、 α -グルコシダーゼ阻害剤との併用により低血糖症状が認められた場合にはブドウ糖を投与すること。

症例の概要

〈シタグリプチンリン酸塩水和物〉

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用	
	性・年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置	
1	女 70代	2型糖尿病 (糖尿病性腎症, 糖尿病性ニューロパチー, 高脂血症, 尿路感染)	50mg 21日間	低血糖症 投与開始日 投与20日目 投与21日目 (投与中止日) 中止8日後	グリメピリドを朝(3mg×1回/日)とボグリボース(0.2mg×3回/日)の投与にて外来治療していたが, HbA _{1c} 8.3%, 血糖値374mg/dLと血糖コントロール不良であることから本剤を追加投与した。 血清クレアチニン0.98mg/dL。 前日より体調不良を自覚し, 夕食は何とか摂取可能であった。 朝, 体調不良継続のため朝食はほとんど取れず(紅茶のみ), その後, 自室へ戻った。しかし, 薬剤服用は通常通り行った。約1時間後, 患者が自室から食卓に戻ってこなかった。約7時間後, 家族が患者の様子を見に行ったところ, 意識不明の状態であった。 約8時間後, 患者は当院に救急搬送された。搬送時, 意識レベルJCSⅢ-200, 呼吸苦の状態でいびき呼吸が発現し, 四肢麻痺はなかった。血液検査の結果, 血糖値24mg/dLで低血糖症と確認した。白血球数16400/mm ³ , CRP10.82mg/dLと軽度の炎症所見があり, brain attackはなかった。低血糖症に対し乳酸リンゲル液500mLとともに50%ブドウ糖液40mLを静注した。 約8時間半後, 血糖値278mg/dLとなり, 意識は回復し, 会話ができる状態になった。その後, 入院加療が必要との救急担当医の判断により他院に転送。他院にて10日間入院。初日の検査にて尿路感染症の合併を確認。患者本人に確認したところ, 低血糖発症の数日前より体調が悪く, 食事摂取が不安定であったにもかかわらず, 薬剤服用を続けていたとのこと。血清クレアチニン0.74mg/dL。 退院後, 当院の外来を定期受診。患者自身も普段と変わらない様子であることから, 低血糖については後遺症もなく完全に回復したと判断した。ボグリボースは中止。グリメピリドを半量に減量し, 本剤の併用にて治療再開。
併用薬: グリメピリド, ボグリボース, エパルレスタット, テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド, アルプラゾラム, イコサペント酸エチル, ファモチジン, メコバラミン, プロチゾラム, レトロゾール					

〈シタグリプチンリン酸塩水和物〉

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用	
	性・年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置	
2	女 70代	糖尿病 (脳梗塞後遺症, 高血圧)	50mg 37日間 ↓ 25mg 40日間	低血糖昏睡 投与25日前 投与開始日 投与38日目 投与53日目	ボグリボース0.3mg×3, グリメピリド1.5mg投与開始。血糖値186mg/dL, HbA _{1c} 6.3%, 尿素窒素26mg/dL, 血清クレアチニン1.5mg/dL。 ボグリボース中止, 本剤50mg投与開始。 グリメピリド3.0mgに増量, 本剤25mgに減量。血糖値(食前)186mg/dL, HbA _{1c} 5.9%。 血糖値199mg/dL, 尿素窒素30mg/dL, 血清クレアチニン1.5mg/dL。

			投与66日目 血糖値123mg/dL, HbA _{1c} 5.7%。 投与77日目 夕方に意識がもうろうとなり, 2時間後に救急車で他の病院受診。 (投与中止日) 意識障害の程度不明 (CTやMRI等の測定の有無も不明)。 血糖値40mg/dL前後。 本剤及びグリメピリドの投与中止。 ブドウ糖注射で改善。夜半, 血糖値110mg/dLに改善。意識も明瞭になり帰宅。 中止1日後 血糖値97mg/dL。 中止15日後 血糖値202mg/dL。
併用薬：グリメピリド, クロピドグレル硫酸塩, アムロジピンベシル酸塩, アスピリン, カンデサルタンシレキセチル			

③ タクロリムス水和物 (経口剤, 注射剤)

販売名 (会社名)	グラセプターカプセル0.5mg, 同カプセル1mg, 同カプセル5mg, プログラフ顆粒0.2mg, 同顆粒1mg, 同カプセル0.5mg, 同カプセル1mg, 同カプセル5mg, 同注射液5mg (アステラス製薬)
薬効分類等	他に分類されない代謝性医薬品
効能・効果	1. 下記の臓器移植における拒絶反応の抑制 腎移植, 肝移植, 心移植, 肺移植, 脾移植 2. 骨髄移植における拒絶反応及び移植片対宿主病の抑制 3. 重症筋無力症(プログラフ顆粒0.2mg, 同顆粒1mg, 同カプセル0.5mg, 同カプセル1mgのみ) 4. 関節リウマチ (既存治療で効果不十分な場合に限り) (プログラフカプセル0.5mg, 同カプセル1mgのみ) 5. ループス腎炎 (ステロイド剤の投与が効果不十分, 又は副作用により困難な場合) (プログラフカプセル0.5mg, 同カプセル1mgのみ) 6. 難治性 (ステロイド抵抗性, ステロイド依存性) の活動期潰瘍性大腸炎 (中等症~重症に限り) (プログラフカプセル0.5mg, 同カプセル1mg, 同カプセル5mgのみ)

《使用上の注意 (下線部追加改訂部分)》

[重要な基本的注意] 高血圧が発現することがあるので, 定期的に血圧測定を行い, 血圧上昇があらわれた場合には, 降圧剤治療を行うなど適切な処置を行うこと。

[副作用 (重大な副作用)] 可逆性後白質脳症症候群, 高血圧性脳症等の中枢神経系障害 : 可逆性後白質脳症症候群, 高血圧性脳症等の中枢神経系障害があらわれることがあるので, 全身痙攣, 意識障害, 錯乱, 言語障害, 視覚障害, 麻痺等の症状があらわれた場合には, 神経学的検査やCT, MRIによる画像診断を行うとともに, 本剤を減量又は中止し, 血圧のコントロール, 抗痙攣薬の投与等適切な処置を行うこと。

〈参 考〉 直近約3年間 (平成19年4月1日~平成22年3月29日) の副作用報告 (因果関係が否定できないもの) の件数

・可逆性白質脳症症候群又は高血圧性脳症 : 16例 (うち死亡0例)

関係企業が推計したおおよその年間使用者数 : 約4万5000人 (平成21年)

販売開始 : 平成5年6月

症例の概要

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用
	性・年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置
1	女 10歳 未満	若年性関節リウマチ (なし)	2mg 56日間	<p>タクロリムス脳症</p> <p>投与約9ヵ月前 高熱が持続するため近医入院。</p> <p>投与278日前 白血球上昇，CRP上昇の持続により，若年性関節リウマチ（全身型）と診断。</p> <p>投与265日前 若年性関節リウマチに対して，プレドニゾロン（PSL）19mg投与開始。解熱傾向を認めた。</p> <p>投与257日前 PSL減量後，発熱，全身紅斑，肝機能障害発現したため，入院。</p> <p>不明 骨髄検査にて，血球貪食像が認められ血球貪食症候群の合併診断。</p> <p>不明 PSLとシクロスポリンA（CyA）併用療法で軽快したため，退院。</p> <p>投与35日前 投与約2ヵ月前よりCyA減量したところ，若年性関節リウマチ（全身型）再燃し，入院。</p> <p>投与26日前 PSL+CyA持続+メトトレキサート2.5mg/週で治療開始。</p> <p>投与開始日 弛張熱が持続し，m-PSLパルス療法施行，CyA中止，本剤2mg投与開始。</p> <p>投与2日目 本剤血中濃度 16.1ng/mL。</p> <p>投与33日目 症状軽快し，退院。</p> <p>投与41日目 本剤血中濃度 6.3ng/mL。</p> <p>投与56日目 意識消失・チアノーゼ発現。入院。</p> <p>(投与中止日) 入院5分後に，四肢の間代性けいれん発現し，ジアゼパム投与。</p> <p>入院20分後に，四肢の間代性けいれん発現し，ジアゼパム投与。</p> <p>ミダゾラム持続点滴及び濃グリセリン・果糖配合製剤3回投与開始。</p> <p>本剤中止。</p> <p>中止1日後 意識クリアとなり，濃グリセリン・果糖配合製剤中止。</p> <p>中止2日後 頭部MRI拡散強調像にて後頭葉に高輝度領域を認めタクロリムス脳症と診断。眼が見えていないことに気づく（皮質盲と診断）。</p> <p>中止3日後 不穏状態になる。</p> <p>中止4日後 カルバマゼピン開始。</p> <p>中止6日後 不穏状態なくなる。ミダゾラム中止。</p> <p>中止12日後 光は見えるようになった。</p> <p>中止17日後 少しずつ見えるようになってくる。</p> <p>中止30日後 発疹出現し，全身に広がる。（カルバマゼピンの薬疹の可能性あり）</p> <p>中止31日後 カルバマゼピン中止。バルプロ酸ナトリウム開始。</p> <p>中止48日後 症状軽快し，退院。タクロリムス脳症は軽快。その後PSLを徐々に減量。</p>
併用薬：プレドニゾロン，メトトレキサート，ファモチジン，アルファカルシドール，フルコナゾール，スルファミトキサゾール・トリメトプリム				

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用	
	性・ 年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置	
2	男 40代	移植片対宿主 病の予防 (急性リンパ 性白血病, 移 植片対宿主 病)	0.2mg 静脈内点滴 69日間 ↓ 10mg 経口 73日間	白質脳症 投与約1ヵ月前 投与7日前 投与開始日 投与2日目 投与3日目 投与約1ヵ月後 投与53日目 投与70日目 投与87日目 不明 投与101日目 投与128日目 投与139日目 投与140日目 投与141日目 投与142日目 (投与中止日) 中止5日後 中止9日後 不明 中止13日後 中止18日後	急性リンパ性白血病発症。 骨髄移植の前処置として全身放射線照射療法 (12Gy, 投 与7日前～投与5日前) 実施。 骨髄移植後の移植片対宿主病予防のため, 本剤0.2mg (静 脈内点滴) 投与開始。 骨髄移植施行。 本剤血中濃度12.7ng/mL。 移植片対宿主病発現。 移植片対宿主病に対し, ミコフェノール酸モフェチル 1500mg投与開始。 本剤を10mg (経口) に変更。 血栓性微小血管症発現。本剤血中濃度13.2ng/mL。 アスペルギルス症発現。 アスペルギルス症治療のためアムホテリシンB投与 (投与 101日目～中止8日後)。 血圧上昇 (160mmHg), 頭痛出現。 頭痛が徐々にひどくなり, 精査希望される。本剤血中濃度 8.5ng/mL。 移植片対宿主病に対し, プレドニゾロン10mg投与開始。 MRI施行。白質脳症と診断。 本剤投与中止。本剤血中濃度9.6ng/mL。本剤血中濃度を 徐々に下げる。 本剤血中濃度3.5ng/mL。 本剤血中濃度は検出下限未満となる。 頭痛は改善。 MRI上, 頭頂の脱髄又は局所浮腫は改善。ミコフェノール 酸モフェチル, プレドニゾロンは投与中止。 白質脳症は回復。血栓性微小血管症は軽快。アスペルギル ス症は軽快。
併用薬: ミコフェノール酸モフェチル, ウルソデオキシコール酸, プレドニゾロン, テブレノン, スルファ メトキサゾール・トリメトプリム, ニフェジピン, 肝臓エキス・フラビンアデニンジヌクレオチド, スク ラルファート, ポビドンヨード, ファモチジン, レボフロキサシン水和物, ヒドロコルチゾン, 塩化ナト リウム, ジアゼパム, ランソプラゾール, ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム, プロチゾラム, バンコマイシン塩酸塩, グリチルリチン・グリシン・システイン					