의약품 품목허가 보고서

접수일자		2017.06.30.	접수번호	20170144461
신청구분		자료제출의약품 (□ 최초, ■ 변경)		
신 청 인 (회사명)		한국애브비(주)		
제 품 명		휴미라주40밀리그램바이알(아달리무맙,유전자재조합)		
주성분명 (원료의약품등록 번호)		아달리무맙		
제조/수입 품목		수입		
제형/함량		기허가사항과 동일		
최종 허가 사항	허가일자	자료제출, 2013.9.24. (허가번호 14)		
	효능·효과	붙임1. 참조		
	용법·용량	붙임1. 참조		
	사용상의 주의사항	붙임1. 참조		
	저장방법 및 사용기간	- 기허가사항과 동일		
	허가조건	- 기허가사항과 동일		
국외 허가현황		- EMA : (최초) 2011.03.18. (손발톱 건선) 2017.03.24., (건선의 1차 치료요법) 2016.04.04 - FDA : (최초) 2002.12.31., (손발톱 건선)2017.3.27., (건선의 1차 치료요법) 2008.1.18.		
허가부서		바이오심사조정과	허가담당자	김미애, 남경탁, 박윤주
심사부서		유전자재조합의약품과	심사담당자	송현, 도희정, 서수경
GMP* 평가부서		-	GMP 담당자	-

* 의약품 제조 및 품질관리 실시상황 평가에 필요한 자료

<붙임 1> 허가·심사 개요 (「의약품등의 안전에 관한 규칙」 제4조제1항 관련)

1.1 안전성·유효성 및 기준 및 시험방법 심사결과 : 붙임 2 참조

1.2 최종 허가사항

○ 효능·효과

성인

1. 류마티스 관절염

메토트렉세이트를 포함한 DMARDs(disease-modifying anti-rheumatic drugs)에 대한 반응이 적절하지 않은 성인의 중등도에서 중증의 활동성 류마티스 관절염의 치료
이전에 메토트렉세이트로 치료받지 않은 성인의 중증의 활동성 및 진행성 류마티스 관절염의 치료

이 약은 단독투여 또는 메토트렉세이트나 다른 DMARDs와 병용투여할 수 있다. 메토트렉세이트에 내약성이 없거나 지속적인 병용투여가 부적절한 경우에는 단독투여한다.

이 약과 메토트렉세이트와의 병용투여는 관절손상 진행속도를 감소시키고(X-선측정 결과) 신체활동기능을 향상시킨다.

2. 건선성 관절염

이전에 DMARDs(disease-modifying anti-rheumatic drugs)에 대한 반응이 적절하지 않은 성인의 활동성 및 진행성 건선성 관절염의 치료. 이 약은 다발성, 대칭성 아형을 지닌 환자의 말초 관절손상 진행속도를 감소시키고(X-선측정 결과), 신체활동기능을 향상시킨다.

3. 축성 척추관절염

(1) 강직성 척추염

기존 치료에 대한 반응이 적절하지 않은 성인의 중증의 강직성 척추염의 치료

(2) 방사선학적으로 강직성 척추염이 확인되지 않는 중증 축성 척추관절염

방사선학적 검사에서 강직성 척추염이 확인되지 않으나, 상승된 CRP 수치 및/또는 MRI상 객관적인 염증의 징후를 보이는 중증 축성 척추관절염의 치료. 이 약은 비스테로이드성항염증제(NSAIDs) 약물에 대한 반응이 적절하지 않거나, 불내성인 환자에 사용한다.

4. 성인 크론병(18세 이상)

코르티코스테로이드제나 면역억제제 등의 치료에 반응을 나타내지 않거나, 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료방법이 금기인 중등도에서 중증의 활성 크론병의 치료
유도 요법의 경우 이 약은 코르티코스테로이드제와 병용투여한다. 코르티코스테로이드제에 내약성이 없거나, 지속적인 병용투여가 부적절한 경우 단독투여할 수 있다.

5. 건선
전신치료 또는 광선요법이 필요한 성인의 중등도에서 중증의 만성 판상 건선의 치료

6. 궤양성 대장염
코르티코스테로이드 및 6-MP(6-mercaptopurine) 또는 AZA(azathioprine)를 포함한 통상적인 치료에 대해 반응이 적절하지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료방법이 금기인 성인의 중등도에서 중증의 활성 궤양성 대장염의 치료

7. 베체트 장염
스테로이드 또는 면역억제제 등의 통상적인 치료에도 적절한 반응이 나타나지 않는 베체트 장염의 치료

8. 화농성 한선염
기존의 전신 요법에 적절한 반응을 나타내지 않는 중등도에서 중증의 활성 화농성 한선염의 치료

9. 포도막염
코르티코스테로이드에 적절한 반응을 나타내지 않은 성인의 비-감염성 중간 포도막염, 후포도막염 및 전체포도막염의 치료

소아
1. 소아 크론병(6 - 17세)
일차 영양요법, 코르티코스테로이드, 면역조절제 등의 치료에 적절한 반응을 나타내지 않거나, 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료방법이 금기인 소아 환자(6 - 17세)에서 중등도에서 중증의 활성 크론병의 치료

2. 소아 특발성 관절염
(1) 다관절형 소아 특발성 관절염
하나 이상의 DMARDs(disease-modifying anti-rheumatic drugs)에 대해 부적절한 반응을 보인 2세 이상의 소아 및 청소년에서 활성 다관절형 소아 특발성 관절염의 치

료

(2) 골부착부위염 관련 관절염
기존 치료에 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 6세 이상 어린이 및 청소년의 활성 골부착부위염 관련 관절염의 치료

3. 소아 판상 건선
국소 치료 및 광선요법에 적절한 반응을 나타내지 않거나 해당 치료가 부적절한 4세 이상의 어린이 및 청소년의 중증 만성 판상 건선의 치료

○ 용법・용량 (기허가사항과 동일)

환자가 자가 주사하는 것이 적절하며 필요시 치료 추적이 가능하다고 의사가 판단하는 경우, 환자는 주사방법에 대한 교육을 받은 후 이 약을 자가 주사할 수 있다.

성인
1. 류마티스 관절염
성인 류마티스 관절염 환자에 대한 이 약의 권장 용량은 아달리무맙 40 mg을 2주에 1회 피하주사한다. 이 약을 투여하는 동안 메토트렉세이트의 병용투여를 유지한다. 글루코코르티코이드, 살리실산염, 비스테로이드성항염증제(NSAIDs), 진통제, 다른 DMARDs의 병용투여를 유지할 수 있다.
단독요법의 경우 이 약에 대한 반응이 감소한 환자는 40 mg 1주 1회로 증량하면 유용한 효과를 얻을 수 있다.

2. 건선성 관절염, 강직성 척추염 및 방사선학적으로 강직성 척추염이 확인되지 않는 중증 축성 척추관절염
건선성 관절염, 강직성 척추염 및 방사선학적으로 강직성 척추염이 확인되지 않는 중증 축성 척추관절염 환자에 대한 이 약의 권장 용량은 아달리무맙 40 mg을 2주에 1회 피하주사한다.
상기 효능・효과에 대해 임상적인 반응은 보통 치료 12주 이내에 나타나며, 이 기간 내에 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속여부를 신중히 재고한다.

3. 성인 크론병
성인 중등도에서 중증 크론병에 대한 이 약의 권장 용량은 첫 주에 아달리무맙 80 mg을 투여하고 첫 투여 후 2주 후에 40 mg을 투여한다. 빠른 효과를 얻어야 할 필요가 있는 경우에는, 유도 요법동안 이상 반응에 대한 위험성이 증가한다는 것을 알리고, 첫 주에 160 mg을 투여하고(하루에 4번 주사하거나, 이틀에 걸쳐 2번씩 주사할 수 있다) 첫 투여 후 2주 후에 80 mg을 투여할 수 있다. 유도 요법의 경우 이 약

은 코르티코스테로이드제와 병용투여한다. 코르티코스테로이드제에 내약성이 없거나, 지속적인 병용투여가 부적절한 경우 단독투여할 수 있다.
유도 요법 후, 아달리무맙 40 mg을 2주에 1회 피하주사한다. 만약 투여를 중지하고 재발의 증상과 징후가 나타나면 이 약을 재투여 할 수 있다. 8주 이상의 투여 중지 후 재투여에 대한 경험은 거의 없다.
유지 요법 동안 임상 지침에 따라 코르티코스테로이드제의 투여를 서서히 줄일 수 있다.
이 약에 대한 반응이 감소한 환자는 40 mg 1주 1회로 증량하면 유용한 효과를 얻을 수 있다.
4주까지 반응을 보이지 않는 환자의 경우 12주까지 투여하여 반응을 나타낼 수 있다. 이 기간 내에 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속여부를 신중히 재고한다.

4. 건선

성인에 대한 이 약의 권장 용량은 첫 회에 아달리무맙 80 mg을 피하로 투여하고, 이어서 첫 투여 후 1주일 후에 40 mg을 격주로 투여한다.
16주 이내에 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속여부를 신중히 재고한다.

5. 궤양성 대장염

성인 중등도에서 중증의 궤양성 대장염에 대한 이 약의 권장 용량은 아달리무맙 160 mg을 투여하고(하루에 4번 주사하거나 이틀에 걸쳐서 2번씩 주사할 수 있다) 첫 투여 2주 후에 80 mg을 투여하는 것이다. 유도 요법 후 40 mg을 격주로 피하주사한다.
유지 요법 동안 임상 지침에 따라 코르티코스테로이드제의 투여를 서서히 줄일 수 있다.
이 약에 대한 반응이 감소한 환자 중 일부는 40 mg 1주 1회로 증량하여 유용한 효과를 얻을 수 있다.
지금까지 나온 데이터에 따르면 임상 반응은 대체로 투여 2-8주 이내에 도달한다. 이 기간 내에 반응을 보이지 않은 환자의 경우 투여 지속여부를 신중히 재고한다.

6. 베체트 장염

성인에 대한 이 약의 권장 용량은 첫 회에 160 mg을 피하로 투여하고 이어서 첫 투여 2주 후에 80 mg을 투여한다. 첫 투여 4주 후부터는 40 mg을 격주로 투여한다.
12주 이내에 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속 여부를 신중히 재고한다.

7. 화농성 한선염

이 약의 권장용량은 첫 회에 160 mg을 피하로 투여하고 (하루에 4번 주사하거나, 이틀에 걸쳐 2번씩 주사할 수 있다), 이어서 첫 투여 2주 후에 80 mg을 투여한다(하루에 2번 주사한다). 첫 투여 4 주 후 부터는 40 mg을 매 주 투여한다. 필요 시, 이 약의 치료 기간 동안 항생제를 계속 투여할 수 있다.
12주 이내에 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속 여부를 신중히 재고한다.
치료를 중단해야 하는 경우, 40mg 매주 투여로 재투여할 수 있다.

8. 포도막염
성인에 대한 이 약의 권장 용량은 첫 회 80 mg 투여하고 이어서 첫 투여 1주 후부터 40mg을 격주로 투여한다.

이 약은 단독 또는 코르티코스테로이드 또는 면역억제제 (생물학적 면역억제제 제외)와 병용하여 사용할 수 있다. 코르티코스테로이드는 임상 경험에 따라 양을 줄일 수 있다.

소아
1. 소아 크론병
체중이 < 40 kg인 소아 크론병 환자
소아 중등도에서 중증 크론병에 대한 이 약의 권장 용량은 첫 주에 아달리무맙 40 mg을 투여하고 첫 투여 후 2주 후에 20 mg을 투여한다. 빠른 효과를 얻어야 할 필요가 있는 경우에는, 유도 요법동안 이상반응에 대한 위험성이 증가한다는 것을 알리고, 첫 주에 80 mg을 투여하고(하루에 2번 주사할 수 있다) 첫 투여 후 2주 후에 40 mg을 투여할 수 있다.
유도 요법 후, 이 약 20 mg을 2주에 1회 피하 주사한다. 충분한 반응이 나타나지 않는 일부 환자의 경우 매주 이 약 20 mg 투여로 빈도를 높이는 것이 유익할 수 있다.

체중이 ≥ 40 kg인 소아 크론병 환자
소아 중등도에서 중증 크론병에 대한 이 약의 권장 용량은 첫 주에 80 mg을 투여하고 첫 투여 후 2주 후에 40 mg을 투여한다. 빠른 효과를 얻어야 할 필요가 있는 경우에는, 유도 요법동안 이상반응에 대한 위험성이 증가한다는 것을 알리고, 첫 주에 160 mg을 투여하고(하루에 2번 주사할 수 있다) 첫 투여 후 2주 후에 80 mg을 투여할 수 있다.
유도 요법 후, 이 약 40 mg을 2주에 1회 피하주사한다. 충분한 반응이 나타나지 않는 일부 환자의 경우 매주 이 약 40 mg 투여로 빈도를 높이는 것이 유익할 수도 있다.

12주까지 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속 여부를 신중히 재고한다.

2. 소아 특발성 관절염

(1) 다관절형 소아 특발성 관절염

이 약은 2세 미만 소아를 대상으로 연구된 바 없다. 체중 15 kg 미만 소아 환자 대상 치료에 대한 가능한 데이터는 제한적이다.

이 약은 메토트렉세이트와 병용하여 투여한다. 메토트렉세이트에 내약성이 없거나 메토트렉세이트와 함께 지속적으로 투여하는 것이 부적절할 경우에는 이 약을 단독요법으로 투여할 수 있다.

2~12세 다관절형 소아 특발성 관절염

2 - 12세 다관절형 소아 특발성 관절염 환자에 대한 이 약의 권장 용량은, 24 mg/㎡ BSA(body surface area)에서 최대 아달리무맙 40 mg(4 - 12세) 또는 20 mg(2 - 4세 미만)을 단회 피하주사를 통해 격주 투여한다. 40 mg 미만이 요구되는 환자에게 바이알을 사용할 수 있다. 40 mg 용량을 투여하는 소아환자의 경우 펜이나 프리필드 시린지 사용이 가능하다. 주사 용량은 40 mg/0.8 mL 바이알에 대한 환자의 신장 및 체중에 따라 선택한다(표 1).

표 1. 40 mg/0.8 mL 바이알 사용할 경우, 다관절형 소아 특발성 관절염 소아의 신장 및 체중에 따른 용량(ml)

신장(cm)	체중 (kg)												
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
80	0.2 mL (10 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)									
90	0.2 mL (10 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)							
100	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)					
110	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)		
120	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)
130		0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)
140		0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*

150			0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*
160			0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*
170				0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*
180					0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*

*최대 단회 투여량 : 2-4세 미만 20 mg(0.4 ml), 4-12세 40 mg(0.8 ml)
40 mg 용량을 투여하는 소아환자의 경우 펜이나 프리필드시린지 사용이 가능하다.

13세 이상의 다관절형 소아 특발성 관절염

13세 이상의 청소년의 경우 체표면적과 상관없이 40 mg을 격주로 투여한다.

40 mg 용량을 모두 투여하는 환자의 경우 40 mg 펜과 40 mg 프리필드시린지도 가능하다.

지금까지 나온 데이터에 따르면 임상 반응은 대체로 투여 12주 이내에 도달한다. 이 기간 내에 반응을 보이지 않은 환자의 경우 투여 지속여부를 신중히 재고한다.

(2) 골부착부위염 관련 관절염

6세 이상의 골부착부위염 관련 관절염 환자에 대한 이 약의 권장용량은 24 mg/㎡ body surface area에서 최대 아달리무맙 40 mg을 단회 피하주사를 통해 격주 투여한다. 40 mg 미만이 요구되는 환자에게 바이알을 사용할 수 있다. 40 mg 용량을 투여하는 소아환자의 경우 펜이나 프리필드시린지 사용이 가능하다. 주사 용량은 40 mg/0.8 mL 바이알에 대한 환자의 신장 및 체중에 따라 선택한다(표 2).

표 2. 40 mg/0.8 mL 바이알 사용할 경우, 골부착부위염 관련 관절염 환자의 신장 및 체중에 따른 용량 (mL)

신장 (cm)	체중 (kg)												
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
80	0.2 mL (10 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)									
90	0.2 mL (10 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)							
	0.3 mL	0.3mL	0.3 mL	0.4 mL	0.4 mL	0.4 mL	0.5 mL	0.5 mL					

100	(15 mg)	(15 mg)	(15 mg)	(20 mg)	(20 mg)	(20 mg)	(25 mg)	(25 mg)					
110	0.3 mL (15 mg)	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)		
120	0.3 mL (15 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 ml (35 mg
130		0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 ml (35 mg
140		0.4 mL (20 mg)	0.4 mL (20 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 ml (40 mg
150			0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 ml (40 mg
160			0.5 mL (25 mg)	0.5 mL (25 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 ml (40 mg
170				0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 ml (40 mg
180					0.6 mL (30 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.7 mL (35 mg)	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 mL (40 mg)*	0.8 ml (40 mg

* 최대 단회 투여량 : 40 mg
40 mg 용량을 투여하는 소아환자의 경우 펜이나 프리필드시린지 사용이 가능하다.

이 약은 6세 미만의 골부착부위염 관련 관절염 환자를 대상으로 연구된 바 없다.

3. 소아 판상 건선

소아 판상 건선에 대한 이 약의 권장용량은, 0.8mg/kg (1회 최대 용량 40 mg)을 처음 2회는 매주 피하주사하고, 이후에는 격주로 투여한다. 16주 이후에도 반응을 나타내지 않는 환자의 경우에는 투여 지속여부를 신중히 재고한다.

만약 이 약으로 다시 치료할 경우, 위에서 제시한 용량과 치료기간을 따라야 한다.
소아 판상 건선으로 4세 미만의 어린이에게 이 약을 사용한 적은 없다.
40 mg 미만이 요구되는 환자에게 바이알을 사용할 수 있다. 40 mg 용량을 투여하는 소아환자의 경우 펜이나 프리필드시린지 사용이 가능하다. 주사 용량은 40 mg/0.8 mL 바이알에 대한 환자의 체중에 따라 선택한다 (표 3).

표 3. 40 mg/0.8 mL 바이알 사용할 경우, 소아 판상 건선 환자의 체중에 따른 용량 (mL)

체중 (kg)	소아 판상 건선 용량
13 - 16	0.2 mL (10 mg)
17 - 22	0.3 mL (15 mg)
23 - 28	0.4 mL (20 mg)
29 - 34	0.5 mL (25 mg)
35 - 40	0.6 mL (30 mg)

41 - 46	0.7 mL (35 mg)
47+	0.8 mL (40 mg)

*최대 단회 투여량 : 40 mg

40 mg 용량을 투여하는 소아환자의 경우 펜이나 프리필드시린지 사용이 가능하다.

○ 사용상의 주의사항 [기허가사항(17.07.24. 재심사 결과 반영)과 동일]

1. 경고

1) 감염 : 이 약의 투여 전, 투여 동안 및 투여 후 결핵을 포함한 감염에 대해 면밀히 모니터링해야 한다. 이 약의 배설에 5개월까지 소요될 수 있으므로 이 기간 동안 모니터링을 지속해야 한다. 만성 또는 국소화된 감염 등 활동성 감염 환자의 경우 감염이 조절될 때까지 이 약의 투여를 시작해서는 안 된다. 결핵에 노출된 환자 및 결핵의 위험이 높은 지역 또는 히스토플라스마증, 콕시디오이데스진균증, 또는 분아균증(blastomycosis) 같은 풍토병성 진균증의 위험이 높은 지역을 여행한 환자들은, 치료를 시작하기 전 이 약의 치료로 인한 위험 및 이익에 대하여 고려하여야 한다. 이 약의 투여 동안 새로운 감염이 발생한 환자는 면밀히 모니터링해야 하며, 완벽한 진단 평가를 거쳐야 한다. 만약 새로운 심각한 감염 또는 패혈증이 발생한 환자의 경우 감염이 조절될 때 까지 이 약의 투여를 중단해야 하며, 적절한 항균 또는 항진균 치료를 시작해야 한다. 재발성 감염 병력 또는 감염되기 쉬운 기저상태(면역억제제를 병용 투여 하는 경우 포함)에 있는 환자에게 이 약의 투여를 고려하는 의사는 주의를 기울여야 한다.

세균성, 진균성, 침습적 진균(파종성 또는 폐외 히스토플라스마증, 아스페르길루스증, 콕시디오이데스진균증), 바이러스성으로 인한 중대한 감염, 기생충에 의한 감염 또는 기타 기회감염이 TNF 저해제를 투여 받고 있는 환자들에게서 보고되었다. 또한 패혈증, 드물게 결핵, 칸디다증, 리스테리아증, 레지오넬라증 및 뉴모시스티스(pneumocystis)가 이 약을 포함한 TNF 저해제의 사용에서 보고되었다. 감염과 관련된 입원 또는 치명적인 결과가 보고되었으며, 심각한 감염은 대부분 선행 질환과 함께 감염을 일으키기 쉬운 면역억제제를 병용 투여한 환자에서 발생했다.

① 심각한 감염

이 약을 투여받고 있는 환자에게 심각한 감염의 위험이 증가되는 경우가 임상시험에서 나타났으며, 시판 후 조사에서 이러한 사실을 뒷받침하는 보고가 있었다. 특히 폐렴, 신우신염, 패혈성 관절염, 패혈증과 같은 심각한 감염이 보고되었다.

② 결핵

이 약을 투여받고 있는 환자에게서 결핵(재활성화 및 발병 포함)이 보고되었으며, 폐결핵 및 폐외결핵(예, 파종성)이 포함되었다.

이 약으로 치료를 시작하기 전 모든 환자의 활동성 또는 비활동성(잠복성) 결핵 감염에 대해 평가해야 한다. 이 평가에는 개인의 결핵 병력 또는 과거에 활동성 결핵 환자에 노출되었을 가능성과 과거 및 현재 면역억제요법에 대한 자세한 의학적 평가가 포함되어야 한다. 모든 환자에서 투베르쿨린 피부 검사와 흉부 X-선과 같은 적절한 스크리닝 시험을 실시해야 한다(국가별 권장사항을 적용할 수 있음).

특히 결핵이 널리 유행되는 지역에서 이민오거나 혹은 그곳을 여행한 환자들 또는 활동성 결핵 환자와 긴밀한 접촉이 있었던 환자들에서 진단되지 않은 잠복성 결핵이 가능하

다는 것을 고려해야만 한다.

활동성 결핵으로 진단된 경우에는 이 약의 투여를 시작해서는 안 된다.

잠복성 결핵으로 진단된 경우에는, 이 약의 투여 시작 전 항결핵 예방요법과 함께 적절한 치료를 시작해야 하며, 국가별 권장사항에 따라야 한다. 결핵 테스트 결과가 음성일지라도 결핵의 중대한 위험인자를 갖고 있거나 여러 위험인자가 있는 환자 및 과거 활성 또는 잠복성 결핵의 병력이 있으나 적절한 치료가 확인되지 않은 환자 또한 이 약의 투여 시작 전에 항결핵 예방요법을 고려해야한다. 이 환자에 대한 항결핵 치료 시작은 잠복성 결핵 감염에 대한 위험과 항결핵 치료의 위험 두 가지를 모두 고려한 후에 결정되어야만 한다. 만약 필요하다면, 결핵치료의 경험이 있는 의사와 상담하여야만 한다.

잠복성 결핵 감염 환자의 항결핵 치료는 이 약을 투여받는 환자들의 결핵 재활성화 위험을 감소시킨다. 항결핵 예방요법에도 불구하고, 이 약을 투여 받는 동안 활동성 결핵이 발생한 경우가 있었다. 또한 잠복성 결핵 결과가 음성이었던 환자에서 이 약을 투여받고 활성 결핵이 발생하고, 활성 결핵 치료가 성공적으로 실시된 몇몇 환자에서도 TNF 저해제로 투여받는 동안 활성 결핵이 다시 나타난 바가 있다.

이 약으로 치료받는 환자는 잠복성 결핵이 위음성일 수 있으므로, 활성 결핵의 증상 및 징후가 모니터링되어야 한다. 투베르쿨린 위음성(false negative) 결과의 위험은 중증 질환자나 면역기능저하환자에서 특히 고려해야한다.

만약 이 약으로 치료하는 동안이나 치료 후 결핵을 암시하는 증상/징후(예. 지속성 기침, 쇠약/체중감소, 미열, 무기력)가 나타나는 경우 의사에게 즉시 알리도록 환자를 교육해야 한다.

③ 기타 기회감염

침습적 진균 감염을 포함한 기회감염이 이 약을 투여 받고 있는 환자들에서 관찰되었다. 이 감염들은 TNF 저해제를 투여 받고 있는 환자들에게서 일관되게 나타나지는 않았으며, 이는 적절한 치료의 지연을 야기하였고, 때로는 치명적인 결과를 초래하였다.

TNF 저해제를 투여받고 있는 환자들은 히스토플라스마증, 콕시디오이데스진균증, 또는 분아균증(blastomycosis), 아스페르길루스증, 칸디다증 및 기타 기회감염들에 좀 더 감수성이 높다. 발열, 권태감, 체중 감소, 발한, 기침, 호흡곤란 및/또는 폐 침윤, 또는 기타 심각한 (쇼크를 동반하거나 동반하지 않은) 전신질환이 나타난 환자는 즉시 진단 평가를 위한 의학적 조치를 취해야 한다.

진균증이 풍토병인 지역에 머물거나 여행한 환자의 경우, 전신적인 진균 감염의 징후가 나타나면, 침습적인 진균 감염을 의심해야 한다. 환자들은 히스토플라스마증 및 기타 침습적 진균 감염의 위험이 있으므로, 임상 의사들은 병원균이 확인되기 전까지 실험적 항진균 치료를 고려해야 한다. 활성 감염 상태인 몇몇의 환자들은 히스토플라스마증의 항원 및 항체 검사에서 음성을 나타낼 수 있다. 이러한 환자들에게 실험적 항진균 치료제의 투여는, 침습적 진균 감염의 치료 및 진단에 전문가인 의사와 상담하여 결정되어야 하며, 심각한 진균 감염의 위험 및 항진균 치료의 위험을 모두 고려하여야 한다. 심각한 진균 감염이 발생한 환자 또한 감염이 조절되기 전까지 TNF 저해제의 사용 중단이 고려되어야 한다.

2) 악성종양과 림프증식성 질환

TNF 저해제에 대한 임상시험의 대조 시험동안 TNF 저해제를 투여받은 환자에서 대조군 환자에 비해 더 많은 림프종 사례가 관찰되었다. 그러나 발생이 드물었고 위약군 환

자의 추적조사기간이 TNF 저해제를 투여받은 환자에 비해 더 짧았다. 더욱이 오래 지속된, 매우 활동성인, 염증성 질환을 가진 류마티스 관절염 환자는 림프종의 기저 위험(background risk)이 증가되어 있고 이는 위험 추정을 어렵게 한다. 이 약을 이용한 장기간 공개 임상시험에서 악성종양의 전체 발현율은 나이, 성별, 인종이 맞춰진 전체 인구에서 예상되는 발현율과 유사했다. 현재의 지식으로 TNF 저해제를 투여받는 환자에서 림프종 또는 다른 악성종양의 발생 위험 가능성을 배제할 수 없다.

TNF 저해제를 투여받는 어린이와 청소년들에서 악성종양이 보고되었고, 일부는 치명적이었다. 이 보고된 경우 중 대략 절반의 경우는 호지킨 및 비호지킨 림프종을 포함한 림프종이었다. 나머지 다른 경우들에서는 여러 다양한 악성 종양들이 나타났으며, 일반적으로 면역억제와 연관되어 드물게 나타나는 악성종양도 포함되었다. 악성종양은 중간값으로 치료 30개월 후에 나타났으며, 대부분의 환자가 면역억제제를 병용 투여하고 있었다. 이는 시판 후 조사에서 보고되었으며, 등록과 자발적인 시판 후 보고서를 포함한 여러 경로에서 나타났다.

이 약을 투여받은 환자에서, Hepatosplenic T-cell lymphoma(HSTCL)가 시판후 조사에서 매우 드물게 보고되었고, 공격적 림프종(종종 치명적임)이 드물게 확인되었다. 대부분의 환자들은 염증성대장질환의 치료를 위하여 아자티오프린 또는 6-메르캅토푸린의 병용 투여는 물론이고 이전에 인플리시맵으로 치료를 받았었다. 이 약과 아자티오프린 또는 6-메르캅토푸린의 병용 투여 시의 잠재적인 위험성을 주의깊게 고려해야 한다. 이 약 복용환자에서 HSTCL의 발생 위험 가능성은 배제할 수 없다

악성종양의 병력이 있는 환자를 포함하거나 이 약 투여 중 악성종양이 발생한 환자에게 투여를 지속한 시험은 실시되지 않았다. 따라서 이러한 환자군에 투여를 고려시 추가적인 주의를 기울여야 한다. 모든 환자, 특히 과다한 면역억제제 치료의 병력이 있는 환자나, PUVA 치료의 병력이 있는 건선 환자들은 이 약의 투여 시작 전 및 투여 기간 동안 비흑색종 피부암 존재 여부에 대한 검사를 받아야 한다.

TNF 저해제를 류마티스 관절염과 다른 적응증에서 사용하여 급성 및 만성 백혈병이 나타난 경우가 보고되었다. 류마티스 관절염이 있는 환자들은 TNF 저해제를 투여받지 않더라도 다른 사람들에 비해 백혈병이 발병될 확률이 (2배까지) 높을 수 있다.

중등증에서 중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 환자들을 대상으로 다른 TNF 저해제인 인플릭시맵을 사용하여 실시한 탐색적 임상시험에서, 현재 흡연중이거나 기존에 흡연하였던 사람의 경우 비교군의 환자보다 인플릭시맵 치료를 받은 환자군에서 악성 종양이 많이 보고되었다. 과도한 흡연으로 인해 악성종양의 위험성이 증가한 환자는 물론 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 환자에 대한 TNF-α 저해제 치료 고려 시 주의가 필요하다.

이 약이 형성이상증이나 대장암의 발생 위험에 영향을 미치는지 여부는 현재 알려지지 않았다. 형성이상증 또는 대장암종의 위험이 증가되었거나(예, 오래 지속되는 궤양성 대장염 또는 원발성 경화성 담관염), 형성이상증 또는 대장암종의 병력이 있는 모든 궤양성 대장염 환자들은 치료 시작 전 및 치료 중에 주기적으로 형성이상증에 대해 확인해야한다. 대장 내시경검사 및 생검 등 국가별 권장사항에 따라 평가한다.

3) B형 간염 재활성화

이 약을 포함한 TNF 저해제의 사용으로 B형 간염 만성 보균자에서 병증이 재활성화될 수 있으며, 일부는 치명적이었다. 이 보고내용의 대부분은 다른 면역억제제를 함께

투여받는 환자에게서 나타났으며, 이는 또한 B형 간염 재활성화를 일으킬 수 있다. B형 간염의 감염 위험이 있는 환자는 이 약을 투여 받기 전 감염 여부에 대한 검사를 하여야 한다. B형 간염 보균자로 확인된 환자에게 TNF 저해제를 처방하는 경우, 의사는 주의를 기울여야 한다. B형 간염 보균자이고, TNF 저해제의 치료를 요하는 환자는 이 약을 투여 받는 동안과 투여가 끝난 후 수 개월 동안 감염의 증상/징후를 철저히 관찰해야 한다. B형 간염 보균자의 재활성화를 방지하기 위해 항바이러스제와 TNF 저해제를 함께 사용하는 것에 대한 적절한 치료법은 알려진 바 없다. B형 간염이 재활성화 된 경우 이 약의 투여를 중지하고 적절한 치료와 함께 항바이러스제 치료를 시작해야 한다.

4) 신경학적 반응

이 약을 포함한 다른 TNF 저해제는 드물게, 다발성 경화증 및 시신경염을 포함한 중추신경계 탈수초성질환(demyelinating disease)과 길랑 바레 증후군(Guillian Barre syndrome)을 포함한 말초 탈수초성질환의 임상 증상 및/또는 방사선 증거의 새로운 발현 혹은 악화와 관련이 있다. 중추신경계 및 말초신경계 탈수초성질환의 기왕력이 있거나 최근에 발현된 환자에게 이 약의 투여를 고려하는 경우 주의를 기울여야 한다. 이러한 이상이 진행되면 이 약의 중단을 고려하여야 한다.

중등도 포도막염과 중추 신경계 탈수초성장애 간의 연관성은 알려져있다. 비-감염성 중등도 포도막염 환자에서 이 약 치료 전 중추신경계 탈수초성 장애 여부를 측정하는 신경학적 평가를 하여야 한다.

2. 다음 환자에는 투여하지 말 것

1) 이 약 또는 이 약의 성분에 과민증인 환자
2) 활동성 결핵 또는 패혈증, 기회감염과 같은 다른 중증 감염이 있는 환자(경고항 참조)
3) 중등도 내지 중증의 심부전(NYHA class III/IV) 환자

3. 이상사례

1) 1) 이 약은 치료적 확증 대조 및 공개 임상시험을 통해 60개월 이상에 걸쳐 9,506명의 환자에 대하여 연구되었다. 이 임상시험들에는 단기 및 장기 질병상태를 보이는 류마티스 관절염 환자뿐만 아니라 건선성 관절염 및 축성 척추관절염(강직성 척추염 및 방사선학적으로 강직성 척추염이 확인되지 않는 중증 축성 척추관절염) 환자 및 크론병 환자, 궤양성 대장염 환자 및 건선 환자, 화농성 한선염 환자, 포도막염 환자와 소아 특발성 관절염 (다관절 소아 특발성 관절염 및 골부착부위염 관련 관절염) 환자가 포함되었다. 표 1의 자료는 대조 임상시험 기간 동안 이 약을 투여받은 6,089명의 환자와 위약 또는 활성 대조약을 투여받은 3,801명의 환자를 포함한 주요 대조 임상시험 결과를 근거로 한 것이다. 주요 임상시험 중 이중 눈가림, 대조 임상시험 기간 동안 이상사례로 인해 투여를 중단한 환자의 비율은 이 약 투여군이 5.9%이고 대조군이 5.4%였다.

일반적으로 소아환자에서의 이상사례는 성인 환자에서 나타난 이상사례의 빈도 및 타입과 유사하였다.

이 약을 이용한 대조 임상시험에서 가장 빈번히 나타났던 이상사례들 중 하나를 근거로 약 13%의 환자들이 주사부위반응을 경험할 것으로 예상할 수 있다.

아래 표 1은 주요 임상시험에서 임상적 및 실험실 검사 모두 적어도 이 약과 인과관계의 가능성이 있는 약물이상반응을 발현부위와 빈도별(매우 자주-1/10 이상 ; 자주-1/100 이상 및 1/10 미만 ; 때때로-1/1,000 이상 및 1/100 미만 ; 드물게-1/1,000 미만)로 요약하였다. 각각의 발현빈도 그룹 안에, 약물이상반응은 심각성이 감소하는 순서로 배열되었다. 이 약의 여러 적응증에서 가장 자주 나타난 약물이상반응들이 포함되었다. 신체기관 열에서 (*)로 표시된 부분은 1. 경고, 4. 일반적 주의 항에서 자세한 내용을 확인할 수 있다.

2) 베체트 장염 : 일본의 베체트 장염 연구에서의 안전성 프로파일은 이미 연구된 이 약의 안전성 프로파일과 유사하였다.

3) 화농성 한선염: 이 약으로 매주 치료받은 화농성 한선염 환자의 안전성 프로파일은 이미 알려진 이 약의 안전성 프로파일과 유사하였다.

4) 포도막염: 이 약으로 치료받은 비-감염성 포도막염 환자의 안정성 프로파일은 이미 알려진 이 약의 안전성 프로파일과 유사하였다.

<표 1. 임상시험 중 약물이상반응>

신체기관	빈도	약물이상반응
감염	매우 자주	기도 감염(상기도 및 하기도 감염, 폐렴, 부비동염, 인두염, 비인두염, 폐렴 헤르페스 바이러스 포함)
	자주	전신 감염(패혈증, 칸디다증, 인플루엔자 포함), 장내 감염(위장염 바이러스 포함), 피부 및 연조직 감염(손발톱주위염, 연조직염, 괴사성 근막염, 바이러스성 수막염, 게실염, 상처 감염, 농가진, 괴사근막염, 대상포진), 귀 감염, 구내감염(단순포진, 구강 헤르페스, 치아 감염 포함), 생식기 감염(진균성 외음부 및 질 감염 포함), 비뇨기계 감염(신우신염 포함), 진균 감염, 관절 감염
	때때로	기회감염과 결핵(콕시디오이데스진균증, 히스토플라스마증, 계형결핵균 복합체 감염), 신경 감염(바이러스성 수막염 포함), 눈 감염, 박테리아 감염
양성, 악성 및 미확인 신생물(낭종 및 폴립 포함)(*)	자주	양성종양, 악성흑색종을 제외한 피부암(기저세포암, 편평세포암을 포함)
	때때로	림프종, 실질기관종양(유방암, 폐종양, 갑상선 종양 포함), 악성흑색종
혈액계 및 림프계 이상(*)	매우 자주	백혈구감소증(호중구감소증, 무과립구증 포함), 빈혈
	자주	저혈소판증, 백혈구증가증
	때때로	특발성 혈소판감소성 자반증
	드물게	범혈구감소증
면역계 이상	때때로	과민반응, 알레르기(계절성 알레르기 포함)

대사 및 영양계 이상	매우 자주	지질증가
	자주	저칼륨혈증, 고뇨산혈증, 혈중나트륨농도이상, 저칼슘혈증, 고혈당증, 저인산혈증, 탈수증
정신계 이상	때때로	감정이상(우울증 포함), 불안, 불면증
신경계 이상	매우 자주	두통
	자주	피부지각이상(감각저하증 포함), 편두통, 신경뿌리압박
	때때로	떨림, 신경병증
	드물게	다발성경화증
눈의 이상	자주	시각장애, 결막염, 눈꺼풀염, 눈부종
	때때로	복시
귀 및 미로 이상	자주	어지럼증
	때때로	난청, 이명
심장 이상	자주	빈맥
	때때로	부정맥, 울혈성 심부전
	드물게	심정지
혈관 이상	자주	고혈압, 홍조, 혈종
	때때로	혈관동맥 폐색증, 혈전정맥염, 대동맥류
호흡, 흉부 및 종격 이상	자주	기침, 천식, 호흡곤란
	때때로	만성 폐쇄성 폐질환, 간질성 폐질환, 폐렴
위장관계 이상	매우 자주	복통, 구역 및 구토
	자주	위장관출혈, 소화불량, 위식도역류 질환, 건조증후군
	때때로	췌장염, 연하곤란, 얼굴부종
간 및 담즙계	매우 자주	간 효소 상승
	때때로	담낭염, 담석증, 빌리루빈 상승, 지방간
피부 및 피하조직 이상	매우 자주	발진(박리성 발진 포함)
	자주	가려움증, 두드러기, 타박상(자색반증 포함), 피부염(습진 포함), 조갑박리증, 다한증
	때때로	야간발한, 흉터
근 골 격 계 및 결합조직 이상	매우 자주	근골격통
	자주	근경련(혈중크레아틴인산활성효소 증가 포함)
	때때로	횡문근융해, 전신홍반루프스
신장 및 비뇨 이상	자주	혈뇨, 신기능 손상
	때때로	야뇨증
생식기계 및 유방 이상	때때로	발기부전

전신이상 및 투여 부위 이상	매우 자주 자주 때때로	주사부위반응(주사부위 홍반 포함) 흉통, 부종 염증
임상 실험실 검사	자주	응고 및 출혈이상(활성화부분트롬보플라스틴시간 지연 포함), 자가항체시험 양성(이중나선DNA항체 포함), 혈중 락트산탈수효소 증가
상해 및 중독	자주	치유 부전

◎ 기타 이상사례

이 약으로 치료를 받은 류마티스 관절염 환자에게 5% 미만의 드문 발생률로 나타난 기타 중대한 이상사례는 다음과 같다.

전신 : 발열, 감염, 극심한 통증, 골반 통증, 패혈증, 수술, 가슴통증, 결핵의 재발

심혈관계 : 부정맥, 심방 세동, 심혈관 장애, 흉통, 울혈성 심부전, 관상동맥 이상, 심정지, 고혈압성 뇌병증, 심근경색증, 심계항진, 심낭삼출, 심낭염, 실신, 빈맥, 혈관 장애

콜라겐 질환 : 홍반성 루푸스 증후군

소화기계 : 담낭염, 담석증, 식도염, 위염, 위장장애, 위장출혈, 간 괴사, 구토

내분비계 : 부갑상선 장애

혈액계 : 무과립구증, 과립구감소증, 백혈구감소증, 림프종 유사반응, 범혈구감소증, 적혈구증가증

대사 및 영양장애 : 탈수증, 치유 이상, 케톤증, 파라프로테인혈증, 말초부종

근골격계 : 관절염, 뼈장애, 뼈골절(자연적인 경우가 아닌), 골괴사, 관절장애, 근육경련, 중증근무력증, 화농성 관절염, 윤활막염, 힘줄 장애

종양 : 샘종, 유방 · 위장관 · 피부 · 비뇨생식과 같은 암종 및 기타(림프종, 흑색종)

신경계 : 착란, 다발성 경화증, 감각이상, 경막하혈종, 떨림

호흡기계 : 천식, 기관지연축, 호흡곤란, 폐 장애, 폐기능 감소, 흉막 삼출, 폐렴

피부 및 부속물 : 연조직염, 얕은 연조직염, 대상포진

특수감각 : 백내장

혈전증 : 다리혈전

비뇨생식기계 : 방광염, 신장 결석, 월경 장애, 신우신염

5) 주사부위반응 : 성인 및 소아에 대한 주요 대조 임상시험에서 이 약을 투여한 환자의 12.9%가 이 약을 투여했을 때 가장 흔히 나타난 이상사례인 주사부위반응(홍반 및/또는 가려움증, 출혈, 통증 또는 부종)을 나타낸 반면, 위약 또는 활성 대조군을 투여한 환자에서는 7.2%에서 이러한 반응이 나타났다. 주사부위반응은 일반적으로 투여 중단이 필요하지는 않았다.

6) 감염 : 성인 및 소아에 대한 주요 대조 임상시험에서, 감염률은 이 약 투여군이 1.51/환자-년(patient year)이고 위약 및 활성 대조약 투여군은 1.46/환자-년이었다. 감염은 주로 비인두염, 상기도 감염 및 부비동염으로 구성되었다. 대부분의 환자들은 감염이 소

실된 후 이 약을 계속 투여하였다. 심각한 감염 발생률은 이 약 투여군이 0.04/환자-년이고 위약 및 활성 대조약 투여군은 0.03/환자-년이었다. 이 약을 이용한 성인 및 소아에 대한 대조 및 공개 임상시험에서 심각한 감염(드물게 발생한 치명적 감염을 포함)이 보고되었으며, 이는 결핵(속립성 및 폐 이외 부위 포함) 및 침습적 기회 감염(예. 파종성 히스토플라스마증, 폐포자충 폐렴, 아스페르길루스증 및 리스테리아증)을 포함한다. 결핵 사례의 대부분은 치료 시작 후 최초 8개월 이내에 발생하였으며, 이는 잠복 질환의 재발을 반영하는 듯하다.

7) 악성종양과 림프증식성 질환 : 소아 특발성 관절염(다관절형 소아 특발성 관절염 및 골부착부위염 관련 관절염) 환자를 대상으로 655.6 환자-년 노출된 249명에서의 임상시험 동안 악성종양이 관찰되지 않았다. 또한, 소아 크론병 환자를 대상으로 498.1환자-년 노출된 192명에서의 임상시험 동안 악성종양이 관찰되지 않았다.

판상 건선 소아 환자를 대상으로 80.0 환자-년 노출된 77명의 소아 환자에서의 임상시험 동안 악성 종양이 관찰되지 않았다. 중등도에서 중증의 류마티스 관절염, 건선성 관절염, 축성 척추관절염(강직성 척추염 및 방사선학적으로 강직성 척추염이 확인되지 않는 중증 축성 척추관절염), 크론병, 궤양성대장염, 화농성 한선염, 건선, 포도막염 환자를 대상으로 12주 이상 실시한 성인에 대한 주요 대조 임상시험에서 림프종, 비흑색종 피부암 이외에도 악성종양이 투여군 5,291명 중에서 6.8/1,000 환자-년, 대조군 3,444명 중에서 6.3/1,000 환자-년의 비율로 생성되었다(치료기간의 중간값은 이 약의 투여군에서는 4.0개월, 대조군에서는 3.8개월이었다). 비흑색종 피부암은 투여군에서 8.8/1,000 환자-년 및 대조군에서 3.2/1,000 환자-년의 비율로 생성되었다. 피부암중에서 편평세포암종은 투여군에서 2.7/1,000 환자-년, 대조군에서 0.6/1,000 환자-년의 비율로 생성되었다. 림프종의 비율은 투여군에서 0.7/1,000 환자-년, 대조군에서 0.6/1,000 환자-년이었다.

대조 임상시험과 진행 중 또는 완료된 공개 연장 시험에서, 림프종 및 비흑색종 피부암 이외에 관찰된 악성종양의 발생률은 약 8.5/1,000 환자-년이다. 비흑색종 피부암의 관찰된 비율은 약 9.6/1,000 환자-년이며, 림프종이 관찰된 비율은 약 1.3/1,000 환자-년이다. 이 임상시험기간의 중앙값은 약 3.3년이며, 최소 1년 동안 이 약을 투여받은 6,427명의 환자들 또는 26,439.6 환자-년 투여를 초과하는 치료 시작 1년 이내에 악성종양으로 발전한 환자들을 포함했다.

2003년 1월부터 2010년 12월까지의 시판 후 경험 중 주로 류마티스 관절염 환자에서 보고된 악성종양의 발생 비율은 약 2.7/1,000 환자-년 이었다. 비흑색종 피부암과 림프종의 발생 비율은 각각 약 0.2 및 0.3/1,000 환자-년이었다.

8) 자가항체 : 류마티스 관절염에 대한 5건의 임상시험 중 여러 시점에서 혈청 내 자가항체에 대한 검사를 실시했다. 이러한 적절히 디자인된 대조 임상시험에서 기저 항 핵항체(ANA, anti-nuclear antibody)가 음성이었던 환자 중 이 약 투여군의 11.9%와 위약 및 활성 대조군의 8.1%에서 24주째 양성을 나타냈다. 모든 류마티스 관절염과 건선성 관절염에 대해 이 약을 투여받은 3,441명 중 2명에서 새롭게 발생된 루프스양 증후군임을 시사하는 임상 증상이 나타났으며 이 환자는 투여 중단 후 개선되었다. 루프스성 신장염이나 중추신경계 증상이 나타난 환자는 없었다.

9) 건선 : 발현 및 악화

이 약을 포함하여 TNF 저해제를 사용 시, 농포성 건선 및 손발바닥 건선을 포함하여 건선이 첫 발현되는 경우와 이미 존재하던 건선이 악화되는 경우들이 보고되었다. 이 환자들의 대다수는 면역억제제(예. MTX, 코르티코스테로이드)를 병용하고 있었으며, 일부는 입원치료가 필요했다. 대부분의 환자는 TNF 저해제의 복용을 중단함으로써 건선이 호전되었다. 일부 환자들은 이후, 다른 TNF 저해제를 재 투여했을 때 건선이 재발하였다. 국소 치료에도 불구하고 증상이 호전되지 않거나, 악화되는 심각한 경우에는 이 약의 투여 중지를 고려해야만 한다.

10) 간 효소 상승

· 류마티스 관절염 임상시험 : 류마티스 관절염에 대한 대조 임상시험에서(4건의 임상시험), ALT의 상승은 이 약 또는 위약을 투여한 환자에서 유사했다. 초기 류마티스 관절염 환자에서(3년 미만의 유병기간)(1건의 임상시험), ALT의 상승은 병용 투여군(이 약/메토트렉세이트)에서 메토트렉세이트 단독군 또는 이 약 단독군에 비해 더 자주 발생했다. 다관절형 소아 특발성 관절염 환자를 대상으로 한 임상시험에서 일부 트랜스아미나제의 상승이 나타났으나 위약과 이 약 투여군에서 같거나 유사했으며, 대부분은 메토트렉세이트와 병용 투여 시 나타났다.

· 건선성 관절염 임상시험 : ALT의 상승은 류마티스 관절염 임상시험의 환자에 비해 건선성 관절염 환자에 대한 임상시험(2건의 임상시험)에서 더 자주 발생하였다.

· 모든 류마티스 관절염, 다관절형 소아 특발성 관절염 및 건선성 관절염 임상시험에서, 상승된 ALT를 나타내는 환자들은 증상이 없었고, 대부분 상승이 일시적이며 투여 지속 시 소실되었다.

· 크론병 및 궤양성 대장염 임상시험 : 대조 임상시험에서 이 약 투여군과 대조군간의 ALT상승은 유사하였다.

체중에 따라 조정된 유도 요법 후 체중에 따라 조정된 유지 요법(최대 52주)의 유효성과 안전성을 평가한 소아 크론병의 3상 임상시험에서, 시험대상자의 2.6%(5/192)에서 ≥ 3 X ULN의 ALT 상승이 발생하였고, 이 중 4명은 베이스라인에서 면역억제제를 병용 투여하였다.

· 건선 임상시험 : 건선에 대한 대조 임상시험에서, 투여군과 대조군간의 ALT 상승은 유사하였다.

· 화농성 한선염 임상시험 : 화농선 한선염에 대한 대조 임상시험에서, 투여군의 0.3%와 대조군의 0.6%에서 ≥ 3 X ULN의 ALT 상승이 발생하였다.

· 소아 특발성 관절염 임상시험 : 4세~17세 다관절형 소아 특발성 관절염 환자와 6세~17세 골부착부위염 관절염 환자의 3상 대조 임상 시험에서, 투여군의 6.1%와 대조군의 1.3%에서 ≥ 3 X ULN의 ALT 상승이 발생하였다. 대부분의 ALT 상승은 메토트렉세이트 병용 사용에 따라 발생하였다. 2세에서 4세 미만의 다관절형 소아 특발성 관절염 환자에 대한 3상 임상시험에서, ≥ 3 X ULN의 ALT 상승은 발생하지 않았다.

· 판상 건선 임상시험 : 판상 건선 소아 환자에 대한 3상 임상시험에서 ≥ 3 X ULN의 ALT 상승은 발생하지 않았다.

· 포도막염 임상시험: 포도막염에 대한 대조 임상시험에서, 투여군의 2.4%와 대조군의 2.4%에서 ≥ 3 X ULN의 ALT 상승이 발생하였다.

모든 적응증의 임상시험에서 상승된 ALT를 나타내는 환자들은 증상이 없었고, 대부분 상승이 일시적이며 투여 지속 시 소실되었다. 그러나 간부전을 포함한 중증의 간손상이 이 약을 포함한 TNF 저해제를 투여받은 환자의 시판 후 보고에서 아주 드물게 나타났다. 이 약 투여와의 관계는 명백하지 않다.

11) 아자티오프린 또는 6-메르캅토푸린과의 병용 투여 : 성인 크론병 임상시험에서, 아자티오프린/6-메르캅토푸린과 병용 투여 시 이 약의 단독 투여에 비해 악성 종양 및 심각한 감염과 관련된 이상사례의 발생률이 더 높게 나타났다.

12) 시판 후 조사 또는 4상 시험에서 보고된 추가 이상사례 : 4상 시험과 시판 후 조사에서 보고된 추가 이상사례는 다음 표 2와 같다.

<표 2. 시판 후 조사 및 제4상 시험에서의 이상사례>

신체기관	이상사례
감염 및 기생충 감염	게실염
간담도계 이상	B형 간염의 재활성화, 간부전, 간염
신경계 이상	탈수초성 장애(예. 시신경염), 길랑-바레 증후군, 뇌혈관사고
호흡, 흉부 및 종격계 이상	폐색전증, 흉막삼출, 폐섬유증
피부 및 피하 조직 이상	피부 혈관염, 스티븐스-존슨 증후군, 혈관부종, 건선의 발생 또는 악화(손발바닥 농포성 건선 포함), 다형홍반, 탈모
면역계 이상	아나필락시스, 사르코이드증
위장관계 이상	장 천공
양성, 악성 및 미확인 신생물	Hepatosplenic T-cell lymphoma, 백혈병, 메르켈세포암(피부 신경내분비 선암)
근골격계 및 결합조직 이상	루프스 유사 증후군
심장 이상	심근경색증
전신 및 투여부위 이상	발열

13) 국내 시판 후 조사 결과

① 국내에서 6년 동안 류마티스 관절염, 건선성 관절염, 강직성 척추염, 크론병, 건선환자를 대상으로 실시한 시판 후 조사

국내에서 1,698명(류마티스 관절염 652명, 건선성 관절염 47명, 강직성 척추염 925명, 크론병 73명, 건선 1명)을 대상으로 실시한 시판 후 사용성적조사 결과, 이상사례 발현율은 10.07%(171명/1,698명, 238건)이었고, 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물이상반응 발현율은 6.83%(116명/1,698명, 141건)이며, 주사부위 반응 19건(1.11%), 가려움(증) 9건(0.53%), 발진 8건(0.47%), 대상포진, 상기도 감염, 두드러기 각 4건(0.24%), 신우신염, 홍반, 복통, 어지러움, 두통 각 3건(0.18%), 연조직염, 폐결핵, 결핵성 복막염, 폐렴, 결핵, 피부반응, 알레르기성 피부염, 림프종, 근육통, 기침, 림프절병증 각 2건(0.12%), 모낭염, 신장결핵, 비염, 편도염, 말라리아, 기관지 폐렴, B형 간염, 코 인두염, 감염성 윤활낭염, 진균성 감염, 크립토코쿠스 폐렴, 농포성 발진, 가려움 발진, 피부염, 탈모(증), 피부병변, 무력(증), 구토, 설사, 복막염, 구역, 고창, 갑상선암, 기관지 신생

물, 급성 골수성 백혈병, 골관절염, 관절종창, 폐출혈, 콧물, 간손상, 간독성, 간기능 이상, 찔림 알레르기, 현기증, 월경 장애, 포도막염 각 1건(0.06%)이 보고되었다.

중대한 이상사례 발현율은 2.77%(47명/1,698명, 63건)이며, 신우신염, 복통이 각 4건이었으며 폐렴, 폐 결핵, 대상포진, 결핵성 복막염, 결핵, 설사, 구토, 가려움(증)이 각각 2건이며 그 외 신장결핵, 말라리아, 감염성 윤활낭염, 크립토코쿠스 폐렴, 항문 농양, 복막 농양, 결장염, 장관 천공, 복막염, 장관 경색, 장피부누공, 구역, 홍반, 발진, 대뇌출혈, 마비, 치매, 골관절염, 강직성 척추염, 등 통증, 갑상선암, 급성 골수성 백혈병, 직장암, 무력(증), 발열, 통증, 추골 탈구, 골절, 폐 출혈, 호흡곤란, 무릎 수술, 소장 절제(술), 혈중 크레아티닌 증가, 혈색소 감소, 간독성, 찔림 알레르기, 심근경색증, 빈혈, 탈수는 각 1건이 보고되었다.

이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 중대한 약물이상반응 발현율은 1.47%(25명/1,698명, 30건)이며, 신우신염 3건, 복통, 폐결핵, 대상포진, 결핵성 복막염, 결핵, 가려움(증) 각 2건, 폐렴, 신장결핵, 말라리아, 감염성 윤활낭염, 크립토코쿠스 폐렴, 복막염, 홍반, 발진, 골관절염, 갑상선암, 급성 골수성 백혈병, 폐출혈, 혈중 크레아티닌 증가, 간독성, 찔림 알레르기 각 1건이 보고되었다.

예상하지 못한 이상사례 발현율은 3.24%(55명/1,698명, 61건)이며, 설사, 콧물 각 5건, 관절 종창, 포도막염 각 3건, 등 통증, 사지 통증, 감각 이상, 무력(증), 림프절병증 각 2건, 결장염, 복막염, 장관 경색, 위장관 궤양, 장피부누공, 명치불쾌감, 치루, 고창, 모낭염, 비염, 편도염, 말라리아, 기관지 폐렴, 감염성 윤활낭염, 크립토코쿠스 폐렴, 농포성 발진, 항문 농양, 복막 농양, 경부 통증, 강직성 척추염, 대뇌출혈, 마비, 치매, 신경근병증, 기억장애, 폐 출혈, 눈마름, 압통, 종양 절제(술), 간독성, 추골 탈구, 현기증, 피부병변은 각각 1건이 보고되었다.

이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 예상하지 못한 약물이상반응 발현율은 1.24%(21명/1,698명, 21건)이며, 림프절병증은 2건, 설사, 복막염, 고창, 모낭염, 비염, 편도염, 말라리아, 기관지 폐렴, 감염성 윤활낭염, 크립토코쿠스 폐렴, 농포성 발진, 관절 종창, 콧물, 폐 출혈, 포도막염, 무력(증), 간독성, 현기증, 피부병변은 각각 1건이 보고되었다. 중대하고 예상하지 못한 이상사례 발현율은 1.12%(19명/1,698명, 20건)이며, 설사는 2건, 말라리아, 감염성 윤활낭염, 크립토코쿠스 폐렴, 항문 농양, 복막 농양, 결장염, 복막염, 장관 경색, 장피부누공, 대뇌출혈, 마비, 치매, 강직성 척추염, 등 통증, 무력(증), 추골 탈구, 폐 출혈, 간독성은 각 1건이 보고되었고, 중대하고 예상하지 못한 약물이상반응 발현율은 0.35%(6명/1,698명, 6건)이며, 복막염, 말라리아, 감염성 윤활낭염, 크립토코쿠스 폐렴, 폐 출혈, 간독성 각 1건이 보고되었다.

② 국내에서 4년 동안 소아 특발성 관절염(다관절형 소아 특발성 관절염, 골부착부위염 관련 관절염) 환자 28명을 대상으로 실시한 시판 후 사용성적조사 결과, 이상사례 발현율은 21.43%(6명/28명, 8건)이었고, 이 중 본 제와 인과관계를 배제할 수 없는 약물이상반응 발현율은 17.86%(5명/28명, 7건)이며, 독감 10.71%(3명/28명, 3건), 등통증, 관절부기, 두드러기, 발열 각 3.57%(1명/28명, 1건)이 보고되었다. 중대한 이상사례 발현율은 3.57%(1명/28명, 1건)이며, 홍반이 3.57%(1명/28명, 1건) 보고되었다. 이 중 본 제와 인과관계를 배제할 수 없는 중대한 약물이상반응은 확인되지 않았다.

예상하지 못한 이상사례 발현율은 3.57%(1명/28명, 1건)이었고, 이 1건은 관절부기였으며 이 는 본 제와 인과관계를 배제할 수 없다. 중대하고 예상하지 못한 이상사례 및

중대하고 예상하지 못한 약물이상반응은 확인되지 않았다.

이 약에 대한 국내 재심사 이상사례 및 자발적 부작용 보고자료를 국내 시판 허가된 모든 의약품을 대상으로 보고된 이상사례 보고자료(1989-2016.12)와 재심사 종료시점에서 통합 평가한 결과, 다른 모든 의약품에서 보고된 이상사례에 비해 이 약에서 통계적으로 유의하게 많이 보고된 이상사례 중 새로 확인된 것들은 다음과 같다. 다만, 이 결과가 해당성분과 다음의 이상사례 간에 인과관계를 입증된 것을 의미하는 것은 아니다.

- 근육-골격계 이상 : 관절통, 관절병증
- 대사 및 영양계 이상 : 체중증가
- 투여부위 이상 : 주사부위 덩어리, 주사부위 멍듦
- 호흡기계 이상 : 가래증가
- 전신이상 : C반응단백질증가
- 정신계 이상 : 식욕증가
- 중추 및 말초신경계 이상 : 보행이상
- 생식기계 이상(여성) : 월경과다

4. 일반적 주의

1) 알레르기 반응 : 임상시험 동안 이 약의 피하주사로 인한 심각한 알레르기 반응은 드물게 보고되었다. 이 약 투여 후 아나필락시스를 포함한 중대한 알레르기 반응이 보고된 바 있다. 만일 아나필락시스 반응이나 다른 심각한 알레르기 반응이 나타나면 이 약의 투여를 즉시 중단하고 적절한 치료를 시작해야 한다.
2) 면역억제 : 이 약을 투여받은 64명의 류마티스 관절염 환자에 대한 시험에서 지연성 과민반응의 억제, 면역글로불린 억제 또는 effector T-와 B세포, NK-세포, 단핵세포/대식세포 및 호중구의 수적 변화의 증거는 없었다.
3) 혈액학적 반응 : TNF 저해제에서 드물게 재생불량성빈혈을 포함한 범혈구감소증이 보고되었다. 의학적으로 중요한 혈구감소증(예. 저혈소판혈증, 백혈구감소증)을 포함한 혈액계의 이상사례가 이 약에서 보고되었다. 이러한 보고의 이 약에 대한 원인 상관관계는 불분명하다. 이 약을 투여하는 동안 혈액질환을 암시하는 징후 또는 증상(예, 지속적인 발열, 타박상, 출혈, 창백)이 발현되는 경우 즉각적인 의학적 처치를 받도록 모든 환자를 교육해야 한다. 심각한 혈액학적 이상이 확정된 환자는 이 약의 투여 중단을 고려해야 한다.
4) 예방접종 : 이 약 또는 위약을 투여한 226명의 성인 류마티스 관절염 환자에 대한 시험에서 표준 23가 폐구균 백신과 3가 인플루엔자 백신에 대한 항체반응과 유사한 반응이 관찰되었다. 이 약을 투여받은 환자에게 생백신을 투여한 경우 이에 의한 이차적인 감염 전파에 대한 이용 가능한 자료는 없다. 이 약을 투여 받고 있는 환자에게 생백신을 제외한 다른 백신을 병용 투여할 수 있다.
5) 울혈성 심부전 : 다른 TNF 저해제를 사용한 임상시험에서 울혈성 심부전의 악화와 울혈성 심부전으로 인한 사망률 증가가 관찰되었다. 이 약을 투여받은 환자에서도 울혈성 심부전이 악화된 사례가 보고되었다. 경증 심부전(NYHA classI/II) 환자에게 이 약 투여 시 주의해야 하며 중등도 또는 중증 심부전 환자에게 투여해서는 안 된다. 울혈성 심부전이 새롭게 발생하거나 증상이 악화된 환자의 경우 이 약의 투여를 중단해야 한다.

6) 자가면역 과정 : 이 약의 투여로 자가면역 항체가 형성될 수 있다. 이 약의 장기투여가 자가면역질환 발생에 미치는 영향은 알려지지 않았다. 만일 이 약으로 치료 후 환자에게서 루푸스양 징후를 암시하는 증상을 나타내고 dsDNA에 대한 항체가 양성이라면 이 약의 투여를 중지해야 한다.

7) 생물학적 DMARDs 또는 TNF 저해제와의 병용투여 : 에타너셉트(다른 TNF 저해제)와 아나킨라를 병용 투여한 임상 시험에서 심각한 감염이 관찰되었으며, 에타너셉트 단독요법에 비해 추가적인 유익성이 없었다. 에타너셉트와 아나킨라의 병용 시 관찰된 이상사례의 특성 때문에, 아나킨라와 다른 TNF 저해제와의 병용으로 인해 유사한 독성이 있을 수 있다. 이 약과 아나킨라의 병용 투여가 권장되지 않는다. 감염 및 기타 잠재적 약물학적 상호작용의 위험 증가 가능성으로 이 약과 다른 생물학적 DMARDs (예. 아나킨라 및 아바타셉트) 또는 다른 TNF 저해제와의 병용투여는 권장되지 않는다.

8) 수술 : 이 약을 투여받은 환자에서 수술 절차의 안전성 경험은 제한적이다. 만일 수술 절차가 계획된다면 이 약의 긴 반감기를 고려해야 한다. 이 약 투여동안 수술이 필요한 환자는 감염에 대해 면밀히 모니터링하고 적절한 조치를 취해야 한다. 이 약 투여 동안 관절성형술을 받는 환자에 대한 안전성 경험은 제한적이다.

9) 소장 폐색증 : 크론병의 치료에 반응하지 않은 환자는 외과적 치료를 요하는 고정된 섬유성 협착을 보일 수 있다. 이 약이 협착을 일으키거나 악화시키지 않는다는 것을 나타내는 자료가 있다.

10) 간·신장애 환자 : 이러한 환자군에 대해서 연구되지 않았으며 권장 용량이 없다.

11) 이 약이 운전이나 기계 조작 능력에 미치는 영향에 대해서는 연구된 바 없다.

5. 상호작용

1) 이 약은 류마티스 관절염 환자에서 단독요법 및 메토트렉세이트와의 병용 요법 모두에 대해 연구되었다. 시험결과 이 약 또는 메토트렉세이트의 용량조절 필요성은 나타나지 않았다. 공식적인 약동학 시험에서 이 약과 메토트렉세이트 이외의 약물과의 상호작용을 평가하지 않았다. 임상시험에서 이 약과 일반적으로 사용되는 DMARDs(sulfasalazine, hydrochloroquine, leflunomide 및 parenteral gold), 글루코코르티코이드, 살리실산염, 비스테로이드성항염증제 또는 진통제를 병용 투여 시 상호작용이 나타나지 않았다.

   이 약 단독투여에 비해 메토트렉세이트와 병용 투여 시 항체 생성률이 더 낮았다. 메토트렉세이트를 투여하지 않고 이 약 단독투여시 항체 생성률과 이 약의 제거율이 증가했으며, 이 약의 효과는 감소했다.

2) 생백신과 이 약의 병용 투여는 권장되지 않는다.

3) 아나킨라와 이 약의 병용 투여는 권장되지 않는다.

4) 약물/실험실 검사 상호작용 : 이 약과 실험실 검사 사이에 알려진 간섭은 없다.

6. 임부 및 수유부에 대한 투여

1) 원숭이에 대한 발생독성시험에서 모체 독성, 배아 독성 또는 최기형성이 나타나지 않았다. 출생후 독성과 수태능에 미치는 영향에 대한 비임상시험 자료는 없다. TNF 알파 저해 작용으로 인해 임신기간 중 이 약 투여는 신생아의 정상 면역반응에 영향을 줄

수 있다. 임신기간 동안 이 약의 투여는 권장되지 않는다. 임신할 가능성이 있는 여성은 임신을 예방하기 위한 적절한 피임요법을 하며 이 약의 최종 투여 후 최소 5개월간 피임을 지속할 것이 강력히 권장된다.

이 약에 노출된 임부의 임상 데이터는 제한적이다.

아달리무맙은 임신 중 아달리무맙으로 치료받은 여성에서 태반을 통과하여 태아의 혈청으로 들어간다. 결과적으로 이 유아들은 감염의 위험이 증가될 수 있다. 자궁에서 아달리무맙에 노출된 유아의 경우, 임신 중 이 약의 마지막 투여 후 5개월 동안 생백신 투여는 권장되지 않는다.

2) 이 약의 모유로의 분비 여부 또는 섭취 후 전신적 흡수에 대해서는 알려지지 않았다. 그러나 인간 면역글로불린이 모유로 분비되므로 수유부는 이 약의 최종 투여 후 최소 5개월간 수유를 해서는 안 된다.

7. 소아에 대한 투여

이 약은 소아 환자에 대해 연구되지 않았으므로 추가적인 자료를 얻을 때까지 18세 이하 소아에 대한 투여는 권장되지 않는다[소아 특발성 관절염(다관절형 소아 특발성 관절염, 골부착부위염 관련 관절염), 크론병(6 - 17세) 제외].

8. 고령자에 대한 투여

이 약의 용량 조절이 요구되지 않는다. 이 약의 임상시험에 참가한 환자 중 65세 이상이 9.4%이고 75세 이상이 약 2.0%였으며 이들 환자군과 더 젊은 환자군 사이에 전반적인 유효성의 차이는 관찰되지 않았다. 이 환자군에서 용량조절은 필요하지 않다.

9. 과량투여시의 처치

임상시험 중 용량제한독성은 관찰되지 않았다. 평가된 최고 용량은 10 mg/kg의 수회 정맥투여였다. 과량투여의 경우 이상반응의 증상이나 징후 또는 효과를 모니터링하고 적절한 대증적 처치를 한다.

10. 적용상의 주의사항

1) 주사방법에 대한 교육을 받은 후 환자가 자가주사할 경우, 자가주사 부위는 대퇴부 또는 복부를 포함하며 주사부위는 교대로 바꿔야 한다. 새로운 주사부위는 앞서 주사한 부위에서 최소 3 cm 정도 떨어져서 주사한다.
2) 새로운 주사부위가 약하거나, 멍들거나, 충혈되거나 딱딱한 경우에는 투여해서는 안 된다. 투여 전 변색 및 이물질에 대해 육안으로 관찰한다. 주사액은 무색투명해야 하며, 주사액이 변색 또는 불투명하거나 이물이 있을 경우 투여하지 않는다.
3) 이 약의 주사기에 다른 약물을 혼합해서는 안 된다. 사용하지 않고 남은 부분은 버린다. 일회용이며 재사용하지 않는다. 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.

11. 저장상의 주의사항

이 약은 동결을 피하여 냉장 보관(2 - 8℃)한다. 사용 전까지 포장을 뜯지 않고 용기 상자 내부에 보관한다.

12. 기타

이 약은 류마티스 관절염 환자에 대한 한 건의 이중 눈가림 후 공개연장 임상시험에서 최대 60개월까지 투여되었다. 60개월까지의 투여기간 동안 류마티스 관절염의 증상과 징후를 감소시키는 효과가 유지되었고 관절손상 진행속도 감소와 신체활동기능 향상 효과가 유지되었으며, 전반적으로 안전하고 내약성이 좋았다.

○ 저장방법 및 사용기간

기허가 사항과 동일

1.3 허가조건 [기허가사항(17.07.24. 재심사 결과 반영)과 동일]

기허가 사항과 동일

1.4 개량생물의약품 지정 여부 (해당하는 경우)

○ 해당없음

1.5 중앙약사심의위원회 자문 결과 (해당하는 경우)

○ 해당없음

1.6 사전검토 (해당하는 경우)

○ 해당없음

1.7 검토이력

구 분	품목(변경)허가	안전성·유효성 기준및시험방법 관련 자료	제조및품질관리기준 관련 자료	시험법 관련 자료	RMP 관련 자료	기타 (의료기기)
신청일자	'17.06.30.	'17.07.03.				
보완요청 일자						
보완접수 일자						
최종처리 일자	'17.09.25.	'17.08.29.				

<붙임 2> 안전성·유효성 및 기준 및 시험방법 심사결과

【제출자료 목록】

○ 관련규정 : 생물학적제제등의 품목허가·심사규정(식품의약품안전처고시) 제6조

[별표1] Ⅱ.자료제출의약품 - 2)당해품목 허가변경 1. 새로운 효능효과

구분 \ 제출자료	자료번호 주1)																																	
	1	2															3						4						5				6		7	8
		가								나							가			나			가	나	다	라	마	바	가	나	다	라	가	나		
		1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	1)	2)	3)	1)	2)	3)														
제출자료	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	△	×	○	×	○	○
제출여부	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	○	○
면제사유	5. 약리작용에 관한 자료 가. 효력시험 자료로 기 허가 시 제출된 자료로 갈음 가능																																	

○ 제출자료 목록

1. 기원 또는 발견 및 개발경위에 관한 자료

6. 임상시험성적에 관한 자료

가. 임상시험자료집

7. 국내·외에서의 사용 및 허가 현황 등에 관한 자료

8. 기타 당해 의약품의 특성 등에 관한 자료

[심사자 종합의견]

- 전신치료 또는 광선요법이 필요한 성인의 중등도에서 중증의 만성 판상 건선의 치료

  : 기허가된 건선에 대한 효능·효과는 '싸이클로스포린, 메토트렉세이트 또는 PUVA를 포함한 전신 치료요법에 대해 반응이 없거나, 금기이거나, 내약성이 없는 성인의 중등도에서 중증의 만성 판상 건선의 치료'였음. 건선에 대한 최초 허가 시 제출된 임상시험에서 사용된 MTX의 최적용량 및 최대 효과의 평가 시점 등의 사유로 신청사는 1차 치료제로 임상시험을 실시하였음에도 불구하고, 기존 치료제에 적절하지 않은 환자를 대상(2차)으로 하여 효능·효과를 신청하였음.

  본 신청 시에 기 제출된 임상시험성적에서 임상시험에 참여한 시험대상자의 선정제외기준을 포함한 디자인 검토, 허가 후 축적된 안전성 정보를 바탕으로 아달리무맙의 안전성 위험이 기존 치료제인 CsA나 MTX 같은 전신약제보다 유리할 수 있음을 입증하여 1차 치료제로서 사용가능하다고 판단하였음.

- 전신치료가 필요한 성인의 중등도에서 중증의 손발톱건선의 치료

  : 비핵심임상시험 중의 NAPSI 결과, 핵심임상시험에서의 mNAPSI 결과를 통해 아달리무맙의 손발톱 건선에 대한 임상적 유효성을 입증하였음. 다만 손발톱 건선은 판상 건선 환자의 대부분이 가지고 있는 증상으로서 별도의 적응증으로 추가하는 것이 적절하지 않음.

1. 기원 또는 발견 및 개발경위에 관한 자료

1.1. 제품정보

- 휴미라주 40밀리그램 (허가일: 2006.7.19.) 및 휴미라주 바이알 40밀리그램 (허가일: 2013.9.24.)
  - TNF-알파저해제인 아달리무맙 40mg/0.8mL를 함유
- 약물 치료군
  - 면역 억제제, 종양 괴사 인자 알파 (TNF-α) 저해제.
- 작용기전
  - 아달리무맙은 TNF에 특이적으로 결합하는 완전한 인간화 항체이며, p55과 p75 세포면의 작용을 차단하여 TNF의 생물학적 기능을 중화시킴. 아달리무맙은 또한 TNF에 의해 유도되거나 조절되는 백혈구 이동을 담당하는 부착분자 수치 변화를 포함한 생물학적 반응을 조절함.

1.2 기원 및 개발경위

- 휴미라주는 TNF 결합 및 저해를 통하여 류마티스 관절염, 건선성 관절염, 축성 척추관절염, 크론병, 건선, 궤양성 대장염, 베체트 장염에 대한 치료제로 개발되었음.
- 국내에서 휴미라주 40밀리그램는 2006.07.19., 휴미라주 바이알 40밀리그램은 2013.09.24.에 허가를 득하였음.

1.3. 신청 적응증 개요 및 치료법

- 손발톱건선의 특징 및 유병률
  - 손발톱 건선은 네일 매트릭스, 네일 베드 또는 둘 모두에 영향을 미치는 만성 판상 건선의 고통스러운 증상. 이는 임상적으로 pitting(오목, 함몰), leukonychia, lunula의 붉은 반점, nail plate crumbling, "oil-drop" 변색 (salmon patch dyschromia), 손발톱 박리, nail bed hyperkeratosis 및 splinter hemorrhage의 특징이 있음

손발톱 건선은 판상건선과 건선성 관절염과 높은 연관성이 있으며, 사실 건선성 관절염 진단의 주요 기준이 됨. 판상건선이 있는 환자들에서 손발톱 건선의 발생의 추정치가 다양하지만, 건선과 연관된 자주 인용되는 손발톱의 발생은 50%이며, 생애주기 발생율은 80~90%.

중등도에서 중증의 환자를 대상으로 한 최근 연구에서, 373 명의 평가 환자 중 81.8 %가 베이스라인에서 평균 7.5 손톱이 포함된 손발톱 건선의 증거가 있었음. 가장 흔한 손발톱 이상은 pitting과 손발톱 박리 (각각 환자의71%와 68%).

- 판상건선 환자 중 손발톱 연관된 환자는 질환이 훨씬 중증이고 더 기간이 길고, 실질적인 삶의 질에 영향 뿐 아니라 건선성 상태를 포함하여 다른 합병증의 위험이 높은 것으로 보고되었음. 만성 판상건성환자를 대상으로한 연구에서 손발톱 건선 환자는 손발톱 관련성이 없는 환자에 비해 건성이 더 중증이고 질병의 기간이 더 길었음. 손발톱 건선을 가진 313명 환자 중 93명 (29.7%)은 건선성 관절염과 연관되었고, 이에 비해 손발톱 관련이 없는 348명 환자의 40명 (11.5%)였음.

• 중등도에서 중증의 손발톱 건선의 치료

- 건선환자에서 손발톱 건선의 높은 발병에도 불구하고, 많은 사람들은 손톱에 손톱 단위까지 효과적인 국소 제제 전달하는 어려움과 전신치료제의 유익성-위험 프로파일에 대한 피부과 전문의의 의문으로 인해 많은 사람들이 손톱 소견의 악화에 대해 아무런 치료도 받지 않음.

피부 건선에는 광선요법과 광화학요법의 유효성이 검증되었으나 손발톱 치료에서는 증거가 분명하지 않음. 레티노이드와 사이클로스포린의 효능에 대한 제한적인 증거가 있음. MTX 투여 임상시험에서는 환자 대부분이 명백한 개선에 실패. TNF 길항제가 건선성 손톱 증상 감소나 제거의 잠재능력을 가지고 있음.

1.4 신청품목과 관련된 중요한 안전성 쟁점

• 감염, 결핵, 악성 종양과 림프증식성 질환, B형 간염 재활성화 등

1.5. 신청품목의 허가신청 전 민원이력에 관한 사항

• 해당사항 없음.

6. 임상시험성적에 관한 자료

6.1. 임상시험자료집 개요

시험	설계	투여방법	결과
건선 1차 치료 관련 제출 자료			
M03-656	중등도~중증 성인 만성 판상 건선 환자 다기관, 무작위배정, 3상 (n=1212), 52주	Period A (16주, 이중맹검, 위약대조)(n=1212) : 휴미라 80mg 부하용량 →40mg 격주 SC W16에 PASI75 이상 달성 환자는 W16에 위약 2회 주사 : 위약 2회 주사 후 격주로 위약 SC W16에 PASI75 이상 달성 환자는 W16에 휴미라 80mg(40mg × 2)	• 중등도에서 중증 만성 판상 건선 환자에서 아달리무맙 장기 투여의 유효성 및 안전성을 평가 • 1차 유효성 평가 - Period A에 W16에 ≥PASI75 으로 정의되는 임상반응 달성 환자 비율 휴미라 : 위약 =70.9% : 6.5%(차이 64.4%(95% CI 58.4%, 70.4%),p<0.001 - Period C에 W33~W52에 적절한 반응 소실

		Period B(17주, 공개라벨)(n=606) : Period A 종료시점인 W16에 PASI75 이상 반응 달성 모든 환자에게 휴미라 40mg 격주 SC Period C(19주, 이중맹검, 위약대조)(n=512) : Peiod B 종료 시점인 W33에 PASI75 이상 달성 환자 대상 : Period A에 휴미라 배정 환자는 휴미라 40mg 격주 : 위약 =1:1 배정하여 반응 소실, 조기종료, 52주 방문 중 빠른 시점까지 투여 지속 Period A에 위약 배정 환자는 휴미라 40mg 격주 투여를 반응 소실, 조기종료, 52주 방문 중 빠른 시점까지 투여 지속	환자 비율(W0대비 <PASI50 response 또는 W33 대비 PASI 점수 6점 증가 중 높은 비율) : 휴미라군으로 재배정된 환자의 반응 소실 비율이 위약군으로 재배정된 환자보다 유의하게 낮았음 • 안전성 평가 - Period A에 휴미라군이 위약군보다 전체적인 AE 발생률이 높았음(62.2% : 55.5%). 상기도 감염, 두통, 주사부위 반응, 관절통, 축농증, 피로,가 휴미라군이 위약군보다 높았음. - Period B는 휴미라 투여 환자에서 Period A에서 보고된 것과 유사 - Period C는 휴미라 재배정 환자와 위약 재배정 환자 간에 통계적으로 유의한 AE 차이 없었음.
M04-716	다기관, 무작위배정 이중 눈가림, 이중위약, 위약 및 활성약 대조 (n=271), 16주	• 휴미라 80mg 부하용량→ 40mg 격주 SC + 위약 매주 경구 • 위약 격주 SC + MTX 7.5~20mg 매주 경구 • 위약 격주 SC + 위약 매주 경구 • MTX - W0, 1 7.5mg, W2,3 10mg, W4~W15 15mg - PASI50 반응을 달성하지 못하고 안전성에 문제가 없는 경우 W8 20mg, W12 25mg 증량	• 중등도에서 중증 판상 건선 환자에서 MTX와 위약 대비 아달리무맙의 안전성 및 유효성을 비교(국소 치료에도 불구하고 활성 건선 환자로서 전신치료나 광요법을 받을 환자) • 1차 유효성 평가변수 : W16에 PASI 75 반응자 비율. 휴미라군이 위약군과 MTX군에 비유의하게 높았음(위약군 비교 :79.6% vs. 18.9%; p<0.001//MTX군 비교 :79.6% vs. 35.5%; 95% CI: 0.308, 0.567; p<0.001). • 안전성 평가 -전체적인 TEAE는 위약군, MTX에 비해 휴미라군이 낮았음. -15건의 TEAE가 특별 관심이상사례로 분류되어 휴미라의 안전성 평가를 위해 분석되었는데 이중 12건은 휴미라 투여 환자에서 발생하지 않았음(심각한 감염, 모든 악성종양, 악성종양(비 흑색종 및 림프종 제외), 비흑색종 피부암, 림프종, 기회감염(TB 제외), TB, 탈수초성 질환, 루프스 유사 반응, 울혈성 심부전, 알러지반응, 혈액학적 반응
M04-717		만성 판상 건선 소아 환자에서 아달리무맙 2가지 용량 vs. MTX 투여를 평가하기 위한 다기관, 무작위배정, 이중 위약, 이중맹검(n=114, 4~11세 어린이 12~17세 청소년)	• 1차 유효성 평가 - W16에 아달리무맙 0.8mg/kg vs. MTX의 ≥PASI75 반응, PGA 0,1 (cleared or minimal) 비교

		• Period A(16주) 아달리무맙 0.8mg/kg, 0.4mg/kg MTX • Period B(36주까지 중단) -활성약 중단하고 질환 조절상태를 소실하는지 관찰(W16A에 비해 2등급 이상 PGA 악화 등) • Period C(재투여, 16주) - 질환악화된 환자에게 아달리무맙 재투여 Period A에 투여받았던 아달리무맙 용량대로 투여받고, MTX 투여했던 호나자는 아달리무맙 0.8mg/kg 투여 • Period D(52주간 장기 추적관찰) - 아달리무맙 0.4 또는 0.8mg/kg	- 아달리무맙 0.8mg/kg 은 MTX나 아달리무맙 0.4mg/kg 보다 판상 건선의 중증도 감소시킴 - W16에 PASI75 반응 아달리무맙 0.8mg/kg : MTX = 57.9% : 32.4%, p=.027). - MTX 투여 후 비반응자의 약 80%가 아달리무맙 0.8mg/kg W16 투여 후 PGA 0,1 (cleared, minimal) 달성 • 안전성 평가 성인 건선 환자에서 알려진 것과 다른 질환의 소아 환자에서 알려진 아달리무맙 안전성 프로파일과 일치.
M03-658	다기관, 공개라벨, 3-기간 (n=1469), 268주	3상시험(M04-716, M03-656) 환자 M02-529, M03-596 시험에서 마지막 방문시 ≥PASI50인 환자 M02-538 시험의 W24 이후 재발한 환자 Period O(Open-label) Period B(Withdrawal) Period R(Retreatment) 휴미라 40mg 격주 SC	-장기 연장 시험에서 휴미라를 최소 104주~최대 252까지 공개라벨 투여(Period O) -Period O 종료 시 PGA≤2인 환자는 Period W에 참여가능. 52주 이전의 withdrawal period에서 PGA≥3으로 정의되는 재발 환자는 Period R(16주)에서 휴미라 재투여가능. -40mg 격주 투여, 40mg 매주 투여로 용량 증량한 환자들은 의사가 보고한 결과(PASI and PGA)에 근거했을 때 안정적인 PS 통제 환자의 치료 중단 시 재발 기간을 연장(median time 141일), 16주간 재투여 후 임상반응(PGA of ‘clear or minimal)의 재획득률 69%. -안전성 평가 : 이전의 알려진 안전성 프로파일과 유사.
P10-023	시판 후 관찰 레지스트리, 10년간 수행 (진행중)	휴미라 40mg 격주 (n=6071) (rollover Pt)애브비가 의뢰자인 임상시험에 참여했던 환자 (current or existing prescription Pt) 레지스트리 참여전 4주 이상 휴미라 투여 시작했으나 애브비가 의뢰자인 임상시험에는 참여한 적이 없는 환자 (new prescription Pt) 레지스트리 참여 전 4주 이내 휴미라 투여 시작	- 사망률, 감염, 기회감염, TB, 레지오넬라 감염증, 악성종양, 흑색종 등에 대해 기존 임상시험 및 시판 후 조사에서 알려진 발생빈도와 비교 분석하였음 - 새로운 안전성 신호는 관찰되지 않았고 안전성 자료는 기존의 휴미라 임상시험과 시판후 조사에서 관찰된 것과 유사하였음.
M10-405	손 및/또는 발의 만성 판상건선 환자에	손 및/또는 발과 관련된 중등도에서 중증의 만성 판상 건선 성인 환자에서 휴미라 40mg 격주 SC 투여시(16주 코스) 유효성 및 안전성 평가 그리고 12주간의 공개라벨 투여에서 반응의 지속성 평가(n=81)	• 1차 평가변수 : W16에 손 및/또는 발의 Physician’s Global Assessment (PGA) 0(clear) 또는 1(almost clear) - 위약군에 비해 아달리무맙 투여군의 PGA 0 또는 1 반응율이 높았음

	대한 휴미라 시험	Period 1(W0~16 :이중 눈가림기) 휴미라 : 위약 =2 :1 (80mg 부하→40mg 격주) Period 2(W17~28 : 공개라벨) 앞서의 위약군에게 아달리무맙 투여 아달리무맙 투여군도 투여 지속	• 기타 평가변수 - Mean change from Baseline in NAPSI (-1.67 adalimumab versus -0.13 placebo; P = 0.017) • 안전성 평가 -Period 1에서 아달리무맙과 위약간의 TEAE에 대한 유의한 차이 없었음. 림프종, 비악성종양, 탈수초 질환, 루프스/루프스 유사 반응, 혈액학적 반응 발생하지 않았음.
손발톱 건선 **- 비핵심시험 3상 3건, 4상 1건 제출(판상 건선 환자에 대한 유효성 평가 항목 중 NAPSI 포함)** **- 핵심시험 3상 1건(M113-674)**			
M10-060	다기관, 무작위배정, Vehicle-controlled 시험 (3b상)	• 중등도에서 중증 만성 판상 건선 성인 환자에서 아달리무맙+국소요법의 유효성 및 안전성 평가(16주), 730명 • 아달리무맙 첫주 80mg W0)-> 이후 40mg 격주(W1~W15) 국소 연고는 매일 건선 피부위에 첫 4주간 투여후, 이후(W5~W16)는 필요할 때 투여, 최대 주당 용량 100g.(얼굴, 두피, 입, 눈에는 사용하지 않음)	• 2차 평가변수 중 하나인 두피 건선과 손발톱건선에 대한 평가변수 PSSI, NAPSI는 아달리무맙 투여군에서 임상적으로 의미있는 개선을 보였음. :전체 환자의 절반 넘게 PSSI 100% 개선, NAPSI 39.5%개선을 보였음(median 값).
M10-405	4상	• 손 및/또는 발과 관련된 증상이 있는 중등도에서 중증의 만성 판상 건선 성인 환자에서 휴미라의 40mg 격주 16주간 피하 투여의 유효성 평가, 81명 • 위약대조 이중눈가림기(W0-W16) 아달리무맙 : 위약 =2:1 무작위배정하여 80mg(W0)-40mg 격주 SC(W1~15) • 공개라벨기(W17-W18) 이중눈가림기의 위약투여 환자가 아달리무맙으로 스위치	• 1차 유효성 평가 결과 위약군 대비 W16에 아달리무맙 투여군은 손 및/또는 발 증상과 관련된 PGA 0 또는 1 달성 환자 비율이 통계적으로 유의하게 높았음(아달리무맙 : 위약 =30.6% : 4.3%, respectively; P = 0.014). • 다른 2차 평가변수들도 아달리무맙에 우호적인 결과가 나왔으며 특히 베이스라인 대비 NAPSI의 평균 변화는 아달리무맙 군이 위약군에 비해 통계적으로 유의하게 높은 변화를 보였음.
M04-724	공개라벨, 다국가 시험 (3b상)	• 중등도에서 중증의 활성 건선성 관절염 환자에게 불충분한 표준치료에 아달리무맙을 추가시 유효성 평가, 442명 • 아달리무맙 단독 vs. 아달리무맙 + DMARDs의 유효성 프로파일 비교	• W12에 베이스라인 대비 NAPSI 점수의 변화는 ITT 군에서 -8.9의 개선을 보였음. DMARD 병용여부, 이전 TNF 저해제 투여 여부에 따른 유의한 차이는 보이지 않았음.
P12-165	시판 후 임상	• 일상적인 치료 환경에서 중등도에서 중증 판상 건선 환자에서 두피 및 손발톱 치료에 대한 아달리무맙의 영향 평가, 555명 관찰 연구. 3개월 간격으로 12개월째까지 방문.	• 12개월 후 손발톱 건선은 84.0%, 두피 건선은 93.8%가 50% 이상의 개선으로 정의되는 good clinical response 반응 보였음. 새로운 안전성 신호 관찰되지 않았음.
M13-674	3상, 다기관, 이중	• 손발톱 건선 치료를 위한 아달리무맙의 안전성 및 유효성 평가	• 아달리무맙은 성인 만성 판상 건선 환자의 손발톱 건선 치료에 있어 위약에 비해 모든 1차 평가변수 및 ranked 2차 평가변수에서 임

	눈가림, 무작위배정, 평행군, 위약 대조	• 이중 눈가림, 위약 대조 투여기(Period A : 26주) : 아달리무맙(W0 80mg- W1~25 40mg 격주 SC) 또는 위약 • 공개라벨 연장기(Period B : 26주) - 추적관찰기(70일) : 아달리무맙 40mg 격주 SC(W27~51)	상적으로 유의미하고 통계적으로 유의한 차이를 보였음. • 1차 평가변수인 26주째 mNASPI75 달성 환자의 비율은 아달리무맙 투여군은 46.6%, 위약군은 3.4%(차이 43.2%, p=0.001)으로 통계적으로 유의한 차이를 보였음.

6.2. 임상약리

- 해당사항 없음

6.3. 유효성 및 안전성

6.3.1. 유효성·안전성시험 개요

- 임상시험자료집 개요 참조

6.3.2. 핵심임상시험(Pivotal studies)

- 임상시험자료집 개요 참조

6.3.3 유효성 결과에 대한 요약 및 결론

- 전신치료 또는 광선요법이 필요한 성인의 중등도에서 중증의 만성 판상 건선의 치료

  : 성인의 건선 적응증과 관련한 핵심 임상시험(M03-656과 M04-716)등에 참여한 시험대상자의 선정제외기준을 포함한 디자인 검토, 허가 후 축적된 안전성 정보를 바탕으로 아달리무맙의 안전성 위험이 기존 치료제인 CsA나 MTX 같은 전신약제보다 유리할 수 있음을 입증하여 1차 치료제로서 사용가능하다고 판단하였음.

- 전신치료가 필요한 성인의 중등도에서 중증의 손발톱건선의 치료

  : 비핵심임상시험 중의 NAPSI 결과, 핵심임상시험에서의 mNAPSI 결과를 통해 아달리무맙의 손발톱 건선에 대한 임상적 유효성을 입증하였음. 다만 손발톱 건선은 판상 건선 환자의 대부분이 가지고 있는 증상으로서 별도의 적응증으로 추가하는 것이 적절하지 않음.

6.3.4. 안전성 결과에 대한 요약 및 결론

- 전반적으로 이전에 보고된 안전성 프로파일과 유사하다고 판단됨.

6.4 가교자료

- 해당사항 없음

6.5. 임상에 대한 심사자의견

- 건선 1차 치료제로서의 임상적 유익성 및 안전성 프로파일에 대한 타당성 인정됨
- 손발톱 건선의 추가와 관려하여 제출한 비핵심임상시험 중의 NAPSI 결과, 핵심임상시험에서의 mNAPSI 결과를 통해 아달리무맙의 손발톱 건선에 대한 임상적 유효성을 입증하였음. 다만 손발톱 건선은 판상 건선 환자의 대부분이 가지고 있는 증상으로서 별도의 적응증으로 추가하는 것은 적절하지 않음.

7. 외국의 사용현황에 관한 자료

- 유럽, 미국 허가현황 제출

: EMA (손발톱 건선) 2017.03.24., (건선의 1차 치료 요법) 2016.04.04.

FDA (손발톱 건선) 2017.3.27., (건선의 1차 치료 요법) 2008.1.18

: EMA 및 FDA 2017.6.14. 버전의 허가사항 제출

8. 국내유사제품과의 비교검토 및 당해 의약품등의 특성에 관한 자료

- 건선을 적응증으로 허가받은 생물의약품인 레미케이드, 스텔라라, 코센틱스와의 비교표 제출