# 의약품 품목허가 보고서

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 접수일자 | | 2018.03.13 | 접수번호 | 20180046845 |
| 신청구분 | | 자료제출의약품 | | |
| 신 청 인 (회사명) | | 한국애브비(주) | | |
| 제 품 명 | | 휴미라주40밀리그램바이알(아달리무맙,유전자재조합) | | |
| 주성분명<br>(원료의약품등록번호) | | 아달리무맙 | | |
| 제조/수입 품목 | | 수입 | | |
| 제형/함량 | | 제형 : 용액주사<br>함량 : 1 프리필드시린지(0.8mL) 중 아달리무맙 40밀리그램 | | |
| 최종 허가 사항 | 허가일자 | 2013.09.24. | | |
| | 효능·효과 | 붙임1. 참조 | | |
| | 용법·용량 | 붙임1. 참조 | | |
| | 사용상의 주의사항 | 붙임1. 참조 | | |
| | 저장방법 및 사용기간 | 저장방법 : 밀봉 용기, 냉장 보관(2~8℃), 차광보관<br>사용(유효)기간 : 제조일로부터 24개월 | | |
| | 허가조건 | 붙임 참조 | | |
| 국외 허가현황 | | - | | |
| 허가부서 | | 바이오심사조정과 | 허가담당자 | 신숙진, 남경탁, 최영주 |
| 심사부서 | | 유전자재조합의약품과 | 심사담당자 | (사전검토시)<br>김지영, 도희정, 서수경 |
| GMP*<br>평가부서 | | 해당사항 없음 | GMP 담당자 | 해당사항 없음 |

* 의약품 제조 및 품질관리 실시상황 평가에 필요한 자료

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

### 1.1 안전성·유효성 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 치료

**(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

**4. 소아 포도막염**

기존치료에 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없거나 해당 치료가 부적절한 2세 이상 소아의 특발성 관절염과 관련된 만성 비-감염성 전방 포도막염의 치료

○ 용법・용량

**성인**

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 약은 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.

충분한 반응이 나타나지 않는 환자는 40mg 매주 투여로 증량하여 유용한 효과를

얻을 수 있다. 투여 빈도증가 후 충분한 반응이 나타나지 않는 환자의 경우에는 이 약의 지속적 매주 투여의 유용성과 위험성을 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 40mg을 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 mg 을 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 프리필드시린지 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) | | | | | | | |
| 100 | 0.3 mL (15 mg) | 0.3mL (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 : 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.

### 4. 소아 포도막염

이 약의 권장 투여 용량은 체중을 기반으로 한다. 이 약은 메토트렉세이트와 병용하여 투여한다.

| 체중 (kg) | 용량 |
|---|---|
| 30 kg 미만 | 20mg 격주 투여 |
| 30 kg 이상 | 40mg 격주 투여 |

포도막염에 대하여 2세 미만의 소아에 대한 이 약의 사용경험은 없다.

○ 사용상의 주의사항

**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 때까지 이 약의 투여를 중단해야 하며, 적절한 항균 또는 항진균 치료를 시작해야 한다. 재발성 감염 병력 또는 감염되기 쉬운 기저상태(면역억제제를 병용 투여하는 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 가능하다는 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 투여받는 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 환자의 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-$\alpha$ 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 재활성화 될 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 탈수초성장애 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. 약물이상반응

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 이상사례 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 | 자주 | 양성종양, 악성흑색종을 제외한 피부암(기저세포암, 편평세포암을 포함) |

| | | |
|---|---|---|
| 및 폴립 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 피하 조직 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 | 주사부위반응(주사부위 홍반 포함) |
| | 자주 | 흉통, 부종 |
| | 때때로 | 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 소실된 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. 소아 포도막염 환자를 대상으로 58.4 환자-년 노출된 60명의 소아환자에서의 임상시험동안 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 지속시 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 신생물, 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 소아특발성관절염(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 본제와 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 본제와 인과관계를 배제할 수 없는 중대한 약물이상반응은 확인되지 않았다.

예상하지 못한 이상사례 발현율은 3.57%(1명/28명, 1건)이었고, 이 1건은 관절부기였으며, 이는 본제와 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 투여받고 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 투여시 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 단독 요법에 비해 추가적인 유익성이 없었다. 에타너셉트와 아나킨라의 병용 시 관찰된 이상사례특성 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), 판상 건선 및 포도막염 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 이상사례의 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. 펜형 제품의 경우 몸체에 있는 창(window)을 통해 확인한다. 주사 전 제품을 흔들거나 떨어뜨리지 않는다.
회색 뚜껑 및 자주색 뚜껑을 주사 직전에 제거한다.

3) 프리필드시린지

주사부위를 동봉된 알콜솜으로 닦는다. 주사바늘 덮개를 벗기고, 주사부위를 부드럽게 잡아 고정한 후 피부와 45도 각도로 주사한다.

4) 펜(pen)형

① 주사부위를 동봉된 알콜솜으로 닦는다. 회색 뚜껑 및 자주색 뚜껑을 주사 직전에 제거한다. 펜의 회색부분을 한손으로 잡는다. 펜의 회색 뚜껑(1) 및 자주색 뚜껑(2)에 손이 닿지 않도록 펜의 가운데를 손으로 잡는다. 회색 뚜껑(1)이 위로 향하도록 잡는다.

다른 손으로 회색 뚜껑(1)을 즉시 당겨서 제거한다. 작은 회색 주사바늘 커버와 덮개가 함께 제거되었는지 확인하며, 뚜껑을 다시 씌우면 안 된다. 주사침에서 몇 방울의 액이 나오는 것은 정상이다.

② 펜의 자주색 뚜껑(2)을 잡아당겨 벗긴 후 버린다. 자주색 작동 버튼이 노출되어 펜을 사용할 준비가 된다. 약물이 방출될 수 있으므로, 적절한 주사위치를 잡기 전까지 자주색 작동 버튼을 누르거나 뚜껑을 다시 씌우면 안 된다.

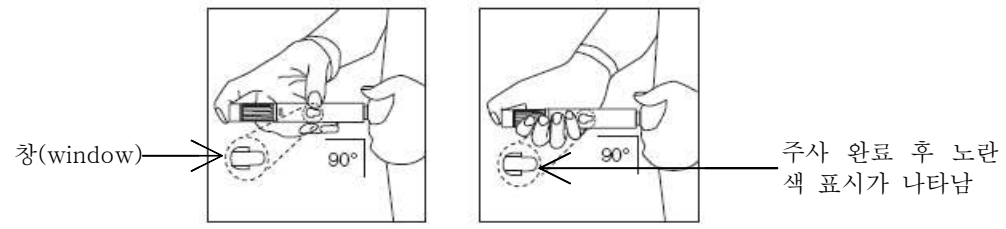
③ 한 손으로 주사부위의 깨끗한 피부를 아래 그림처럼 부드럽게 잡아 고정시킨다.

④ 펜의 흰색 끝부분을 창이 보이도록 하여 피부와 직각(90도)이 되도록 놓는다. 창으로 보여 지는 몇 방울의 기포는 정상이다.

⑤ 펜의 몸체를 잡고 주사부위에 가볍게 눌러 주사준비를 한 다음 집게손가락 또는 엄지손가락으로 주사기 윗부분의 자주색 버튼을 누른다. 바늘이 나올 때 나는 '딸깍' 소리가 들리고, 바늘에 찔리는 따끔함이 느껴진다.

⑥ 약 10초간 유지하여 완전히 주사되도록 한다.

⑦ 주사 동안 노란색 표시가 펜의 창내로 이동하며, 노란색 표시의 이동이 멈추면 주사가 끝난 것이다. 노란색 표시는 펜의 주사막대의 일부분이다. 노란색 표시가 창에 나타나지 않는다면, 주사막대가 적절히 이동하지 않은 것이고, 주사가 완전히 이루어지지 않은 것이다.




5) 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. 이 약은 1회에 한하여 25℃ 이하에서 14일간 보관할 수 있으며, 빛을 피하여 보관하여야 한다. 실온 보관되었던 제품은 다시 냉장 보관해서는 안 된다. 25℃ 이하에서 보관 시, 14일 내 사용되지 않은 약은 폐기하여야 한다.

**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

| |
|---|
| 밀봉 용기, 냉장 보관(2~8℃), 차광보관, 제조일로부터 24개월 |

## 1.3 허가조건

1. ~ 4. (기허가사항과 동일)

5. 약사법 제32조 및 의약품 등의 안전에 관한 규칙 제22조제1항제2호가목의 규정에 의한 재심사대상 의약품임
   - 대상 효능·효과 : 소아포도막염
   - 재심사기간 : 2018.04.06. ~ 2022.04.05.(4년)
   - 재심사신청기간 : 2022.04.06. ~ 2022.07.05.

6. ~ 8. (기허가사항과 동일)

**1.4 개량생물의약품 지정 여부** : 해당사항 없음

**1.5 중앙약사심의위원회 자문 결과** : 해당사항 없음

**1.6 사전검토** (해당하는 경우) :

○ 사전검토 결과 통지 : 바이오심사조정과-332(2018.02.22.)

질문 : 효능·효과, 용법·용량, 사용상의 주의사항 변경과 관련한 제출 자료의 타당성 여부

답변 : 보완 제출한 자료를 검토한 결과 신청사항의 변경은 타당하나, 효능효과 및 용법용량은 다음과 같이 시정이 필요할 것으로 판단됩니다.

## 1.7 검토이력

| 구 분 | 품목허가 변경 | 안전성·유효성 기준및시험방법 관련 자료 | 제조및품질관리기준 관련 자료 | 시험법 관련 자료 | RMP 관련 자료 | 기타 (의료기기) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 신청일자 | '18.03.13. | - | - | - | - | - |
| 보완요청 일자 | - | - | - | - | - | - |
| 보완접수 일자 | - | - | - | - | - | - |
| 최종처리 일자 | '18.04.06. | - | - | - | - | - |

# <붙임 2> 안전성·유효성 심사결과

## 【제출자료 목록】

○ 관련규정 : 생물학적제제등의 품목허가·심사규정(식품의약품안전처고시) 제6조

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

| 구분 \ 제출자료 | | 자료번호 주1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | 4 | | | | | | 5 | | | | 6 | | 7 | 8 |
| | | | 가 | | | | | | | | 나 | | | | | | | 가 | | | 나 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) | 6) | 7) | 8) | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) | 6) | 7) | 1) | 2) | 3) | 1) | 2) | 3) | 가 | 나 | 다 | 라 | 마 | 바 | 가 | 나 | 다 | 라 | 가 | 나 | | |
| 1. 새로운 효능효과 | 제출자료 | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | △ | × | ○ | × | ○ | ○ |
| | 제출여부 | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | ○ | ○ |
| 2. 새로운 용법용량 | 제출자료 | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | △ | △ | × | △ | × | ○ | × | ○ | ○ |
| | 제출여부 | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | ○ | ○ |
| 면제사유 | | 5. 약리작용에 관한 자료 가. 효력시험 자료로 기허가 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 및 행정사항]

- 소아 포도막염 추가

- 전방포도막염에 대한 임상시험 제출하였으나, 외삽자료를 근거로 제출한 임상시험보다 넓은 범위의 효능효과를 신청하였음. 추가적인 근거자료 제출 필요

- 제출된 임상시험의 선정제외기준을 포함한 디자인에 따라 수정한 효능효과, 용법용량으로 승인

- 성인 건선 매주 요법 추가

- 반응이 충분하지 않은 경우 매주요법으로 증량시 유익성 증가의 가능성 있음

## [약어 및 정의]

- AS: ankylosing spondylitis, 강직성 척추염
- CD: Crohn's disease, 크론병
- ERA: paediatric enthesitis-related arthritis, 소아 골부착부위염-관련 관절염
- nr-axSpA: on-radiographic axial spondyloarthritis, 방사선학적으로 확인되지 않는 축성 척추관절염
- pJIA: polyarticular juvenile idiopathic arthritis, 다관절형 소아 특발성 관절염
- Ps: plaque psoriasis, 판상 건선
- PsA: psoriatic arthritis, 건선성 관절염
- RA: Rheumatoid Arthritis, 류마티스관절염
- UC: ulcerative colitis, 궤양성 대장염
- UV: Uveitis, 포도막염

# 1. 기원 또는 발견 및 개발경위에 관한 자료

## 1.1. 제품정보

- 휴미라주40밀리그램바이알(허가일: 2013.09.24.)는 TNF-알파저해제인 아달리무맙 40mg/0.8mL를 함유
- 약물 치료군

- 면역 억제제, 종양 괴사 인자 알파 (TNF-$\alpha$) 저해제.

- 작용기전

- 휴미라(성분명 아달리무맙)는 TNF에 특이적으로 결합하여 TNF 수용체의 p55 및 p75 세포 표면과의 상호작용을 차단함으로써 TNF의 생물학적 기능을 중화하는 완전한 인간화 항체. TNF에 의해 유도되거나 조절되는 생물학적 반응(예, 백혈구 이동을 담당하는 부착 분자 수치 변화)을 조절함

## 1.2. 기원 및 개발경위

- 기허가사항과 동일

## 1.3. 신청 적응증 개요 및 치료법

- 질환 개요: 소아 포도막염

- 포도막염은 홍채, 모양체, 맥락막을 포함한 눈의 포도막을 감염시키는 것을 의미하며, 중증 염증, 시각 장애, 고통을 수반하는 증상을 동반하며 점점 쇠퇴하는 질환이다. 포도막염은 위치에 따라 전포도막염 (anterior uveitis), 중간포도막염(intermediate uveitis), 후포도막염 (posterior uveitis), 또는 전체포도막염 (panuveitis)(세 위치 전부 걸침)으로 분류되고, 후포도막염이나 전체포도막염의 경우 시각 장애나 시각 상실과 같은 위험이 있다. 또한, 포도막염은 또한 감염과정의 원인에 따라 전염성 또는 비감염성으로 분류할 수 있다.

- 비-감염성 포도막염은 희귀 질환이며  소아 환자에서 가장 흔하게 관찰되는 비-감염성 포도막염의 합병증에는 안압(intraocular pressure; IOP) 상승, 각막 혼탁, 백내장, 홍채의 후방부가 수정체에 유착됨, 망막 박리, 유리체 혼탁, 및 황반 부종이 포함된다. 이러한 질병들은 시력 손상이 발생하기 전까지 종종 증상이 없기 때문에, 이러한 합병증은 일반적으로 진단 및 치료 지연과 관련이 있다. 환자가 늦게 진단 받을수록, 시각적 결과가 더 악화될 수 있다.

- 소아 포도막염의 치료

- 소아 포도막염에 대한 현재 치료제는 코르티코스테로이드(corticosteroid, CS), 메토트렉세이트와 같은 면역조절제이지만, 성장 지연을 비롯한 CS와 관련된 장기적인 독성에 대한 위험이 있거나 면역조절제에 대한 내약성 문제가 있거나, 이러한 치료로 충분히 조절되지 않는 소아 포도막염 환자에 대한 의학적 요구가 있다.

## 1.4. 신청품목과 관련된 중요한 안전성 쟁점

- 사용상주의사항과 동일

## 1.5. 신청품목의 허가신청 전 민원이력에 관한 사항

- 사전검토 결과를 반영하였음.

  질문 : 효능·효과, 용법·용량, 사용상의 주의사항 변경과 관련한 제출 자료의 타당성 여부

  답변 : 보완 제출한 자료를 검토한 결과 신청사항의 변경은 타당하나, 효능효과 및 용법용량은 다음과 같이 시정이 필요할 것으로 판단됩니다.

## 2. 구조결정·물리화학적 성질 및 생물학적 성질에 관한 자료(품질에 관한 자료)

- 해당사항 없음

## 3. 안정성에 관한 자료

- 해당사항 없음

## 4. 독성에 관한 자료

- 해당사항 없음

## 5. 약리작용에 관한 자료

- 해당사항 없음

## 6. 임상시험성적에 관한 자료

- 임상시험자료의 신뢰성(GCP 준수)
  - 소아 포도막염 EMA 허가. 자료제출증명 제출

### 6.1. 임상시험자료집 개요

(1) 소아 포도막염 : 총 1건, 3상 1건(유럽 TOC 제출)

| 단계 | 대상환자 | 투여약물/투여용량/투여기간 | 평가항목 | 결과 |
|---|---|---|---|---|
| **소아 포도막염** | | | | |
| **1. [SYCAMORE] 소아 특발성 관절염과 관련된 포도막염의 치료를 위해 메토트렉세이트와 병용한 아달리무맙의 임상 유효성, 안전성 및 비용 효과성에 관한 무작위 배정, 대조 임상시험** | | | | |
| 3상 | 12주 이상의 MTX 치료에 불응성인 소아 특발성 관절염(JIA)과 관련된 활동성 전방 비감염성 포도막염이 있는 환자(2세 이상~18세 미만)<br>*Standardisationi of Uveitis Nomenclature (SUN) 기준 등급 ≥1+ 또는 그 이상인 전방 내의 지속적 세포 침윤<br><br>계획: 114명(아달리무맙 76명, 위약 38명)<br>분석: 90명(아달리무맙 60명, 위약 30명) | 아달리무맙 용량: 체중에 근거<br>▪체중 < 30 kg - 20 mg,<br>▪체중 ≥30 kg - 40 mg<br>Q2W, 피하주사<br><br>투여기간: 18개월<br><br>*병용요법:<br>-MTX 10-20 mg/m$^2$ (max. 25mg)를 반드시 받아야 함<br>-안정적 용량의 low dose 스테로이드 허용 | -1차 평가변수: 치료실패까지의 시간 (실패율의 상대 감소율 50%)<br>*치료 실패를 결정하는 기준에는 염증 악화, 지속적으로 개선이 나타나지 않음, 또는 부분적인 개선; 동반이환의 악화 또는 발병; 허용되지 않거나 사전에 명시된 허용 기준을 따르지 않는 병용 약물의 사용; 및 장기가 동안 치료가 중지된 경우가 포함 | **<유효성>**<br>아달리무맙은 위약에 비해 치료 실패 시까지의 시간을 유의하게 지연(치료 실패까지의 중앙값은 아달리무맙군 미도달, 위약군 24.1주)<br>아달리무맙은 위약에 비해 위험비(hazard ratio; HR)를 75%까지 통계학적으로 유의하게 감소 (HR = 0.25 [95% CI: 0.12, 0.49]; P < 0.0001)<br><br>**<안전성>**<br>-이상사례 또는 중대한 이상사례의 빈도 면에서 아달리무맙군과 위약군 간에 임상적으로 유의한 차이 없음 |

- 소아 특발성 관절염(juvenile idiopathic arthritis; JIA)과 관련된 비-감염성 전방 포도막염을 앓고 있는 소아 환자들에 대한 18개월, 이중 눈가림, 위약-대조, 다기관 임상시험(SYCAMORE)에서 얻은 유효성 및 안전성

| |
|---|
| 자료. 이 임상시험은 브리스톨 대학 병원의 영국 국립 보건원 재단 신탁(University Hospitals Bristol National Health Service Foundation Trust; 영국, 브리스톨)이 의뢰한 연구자-주도 임상시험(investigator-initiated study; IIS)이다.<br>- 성인 포도막염 환자들에서 수행된 시험 M10-877 (VISUAL-I)과 시험 M10-880 (VISUAL-II)에서 얻은 유효성 자료를 소아 포도막염 집단에 외삽.<br>- 다른 소아 집단들에서 얻은 약동학(pharmacokinetic; PK) 자료를 소아 포도막염 환자에게 외삽 |

• 참고자료

- 본 허가 신청은 한 건의 임상시험이 제출되었다. 그러나, 2016년 6월 01일부터 등록 후 60개월차까지 다수의 환자들이 JIA-관련 포도막염(등록 전 발병 및 신규 발병)을 보고했던 애브비의 JIA 등록연구(STRIVE) (시험 P10-262 7차 중간 보고서 표 13)에서 일부 한정적인 정보가 이용가능하다. 이러한 환자들 중 42명(56.0%)이 등록 연구 참여 시 포도막염을 앓고 있었다. JIA 등록 연구(STRIVE)에서 JIA-관련 포도막염을 앓고 있었고 아달리무맙으로 치료 받은 환자 중 대다수(92.7%; 38/41명)는 포도막염이 안구의 전방 층에 국한되어 있었다. 이는 SYCAMORE 임상시험에 참여하기 위한 활동성 전방 포도막염에 대한 요건과 일치한다.

[유효성] JIA 등록 연구(STRIVE)에서, 5년간의 유효성 자료가 수집되었다. 42개월까지의 대부분의 방문들에서, JIA-관련 포도막염 환자 중 51.6% 이상이 포도막염 증상을 나타내지 않았거나 포도막염이 안정화되었다.

[안전성] JIA 등록연구(STRIVE)에서 시험 참여 시에 포도막염을 앓고 있었던 42명의 환자들에서, 전체적인 AEs 발생률은 35.7%였고, 3명의 환자가 SAEs를 보고했다. 시험대상자의 19.0%에서 감염이 보고되었다. 어느 시험에서도 사망, 악성종양, 또는 탈수초 사례는 없었다. 새로운 안전성 징후는 확인되지 않았다. 애브비가 의뢰한 3건의 3상 JIA 임상시험에 등록된 포도막염 병력이 있는 시험대상자 21명에서, 예상치 못한 AEs는 보고되지 않았다. 진행 중인 JIA 등록연구(STRIVE)에 참여한 포도막염 환자 42명을 포함하는 JIA 환자들을 최대 7년 동안 아달리무맙으로 치료했을 때 어떠한 특정한 안전성 우려 사항도 밝혀지지 않았다.

(2) 성인 건선 매주 요법 추가 : 총 3건, 2상 2건, 2/3상 1건(기제출. 유럽 TOC 제출)

| 단계 | 대상환자 | 투여약물/투여용량/투여기간 | 평가항목 | 결과 |
|---|---|---|---|---|
| **성인 건선 매주 요법** | | | | |
| **1. [M02-528] Adalimumab (D2E7)의 안전성과 치료 효과를 중등도부터 중증의 만성 판상 건선 환자를 대상으로 조사한 2상 멀티센터 연구** | | | | |
| 2상 | 표면적 (BSA)의 적어도 5%를 침범한 중등도에서 중증의 만성 판상 건선 환자<br><br>계획: 150 명<br>분석: 148명; | adalimumab 40mg QW, Q2W (W0에 adalimumab 80mg loading dose) 및 위약<br><br>투여기간: 12주 | 1차 평가변수: Week12에 ≥PASI 75 반응 (기저치 대비 건선중증도 지수[PASI]의 최소 75% 감소)을 달성한 피험자의 비율 | **<유효성>**<br>-12주째 ≥PASI 75 반응: 40mg Q2W, 40mg QW 군 모두 위약군에 비해 유의하게 개선됨 ($p<0.001$)<br><br>**<안전성>**<br>-위약군, adalimumab 40mg Q2W군에서 전반적으로 유사 |
| **2. [M02-529] Adalimumab (D2E7)의 안전성과 치료 효과를 중등도에서 중증의 만성 판상 건선 환자를 대상으로 조사한 2상 다기관 확장 연구** | | | | |
| 2상 | 중등도에서 중증의 만성 판상 건선 (일년 이상 총 체표면적 (BSA)의 적어도 5%를 침범) 환자<br><br>계획: 148명 | M02-528연구에서 adalimumab을 투여 받았던 환자 : M02-528연구에서 지정되었던 adalimumab 용량 지속 (40mg Q2W 또는 QW)<br><br>M02-528연구에서 위약을 투여 | 1차 평가변수: Week12x에 ≥PASI 75 반응 (즉, M02-528 연구의 기저치 대비 PASI 점수의 최소 75% 감소) 을 달성한 피험자의 비율 | **<유효성>**<br>-4주의 adalimumab 치료 (Week 12x) 동안, adalimumab 40mg Q2W군과 QW군은 ≥PASI 75 반응을 달성한 피험자의 비율에 있어서 QW군에서 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 받았던 피험자들은 M02-529 연구의 Week 0x에 (M02-528 연구의 Week 12와 같음) adalimumab을 로딩 용량으로 80mg 투여 받고 이후 Week 1x부터 adalimumab 40mg Q2W<br><br><u>Week 12x 이후 < PASI 50 반응자는 adalimumab QW(구조 대상)</u><br><br>*M02-529 연구 Week 0x = M02-528 연구 Week 12<br><br><u>투여기간:</u><br>12-주의 맹검 치료 기간 (Week 0x에서 Week 12x)과 36주의 오픈-라벨 치료 기간 | | 높게 나타남<br><br>-구조대상(30명, 위약→Q2W군 18명, Q2W군 12명)에서 절반 이상이 ≥PASI50 달성<br><br>**<안전성>**<br>-AE: adalimumab 40mg 격주 치료군과 adalimumab 40mg 매주 치료군의 맹검 기간과 오픈-라벨 기간에서 모두 유사하게 나타남 |
| **3. [M03-658] Adalimumab에 관한 선행 임상 연구에 참여한 피험자들을 대상으로 한 중등도에서 중증에 이르는 만성 판상 건선에 대한 다기관 공개 연장 연구** | | | | |
| 2 / 3상 | 중등도에서 중증의 만성 판상 건선<br>*이전 건선 시험에 참여했던 피험자들 중에서 적절한 반응의 부재 또는 재발로 인해 조기 종료한 피험자들 또는 이전 시험을 마친 환자들<br><br>총 계획: 1500명;<br>총 등록 수: 1469명;<br>총 분석 수: 1468명 | -이전 3상 건선 연구의 선행 용량<br><br>-O 기간(공개연구; OL): 최소 104주 ~ 최대 252주에 이르는 공개연구 기간.<br>-W 기간(중단): W 기간은 재발까지의 (PGA ≥ 3) 최대 52주의 치료 중단 기간(O 기간 마지막 두 번의 방문에서 PGA 0 또는 1을 받은 피험자, 40mg 격주 치료를 W기간을 시작하기 적어도 12주 전에 받았어야함)<br>-R 기간 (재치료): 재치료의 16주에 이르는 기간<br><br>투여기간: 252주 | -O 기간:<br>• 각 방문 시 PGA에서 “Clear 또는 Minimal”를 달성한 피험자의 비율<br>• 각 방문 시 PASI 50/75/90/100을 달성한 피험자의 비율...<br>- 기간:<br>• 재발 (PGA ≥ 3)한 피험자의 비율<br>• 재발까지 걸린 시간...<br>-R 기간:<br>• 각 방문 시 PGA에서 “Clear 또는 Minimal”를 재달성한 피험자의 비율... | **<유효성>**<br>-첫 adalimumab 투여 기준 Week 120 때, PGA “Clear 또는 Minimal” 반응비율 46.3% (LOCF). Week 120 때에 PASI 75 반응비율 57.3% (LOCF)<br>-치료 용량 증가 이후, PASI 75 반응률은 12주에 26.6%, 24주에 38.1%<br>-349명의 치료 용량 증가 피험자 중, 167명은 PASI 75를 달성하여 다시 격주 치료로 치료 용량을 감소. 이들 중, 대략 40% (167 중 65명)은 치료 용량 재-증가의 필요 없이 O 기간을 마침<br><br>**<안전성>**<br>-특이사항 없음 |

### 6.3.3. 유효성 결과에 대한 요약 및 결론

(1) 소아 포도막염

- SYCAMORE 임상시험에서, 아달리무맙의 우월한 유효성으로 인해 시험이 중단되기 전까지 총 90명의 시험대상자가 최대 18개월 동안 아달리무맙(+ MTX) 또는 위약(+ MTX)으로 치료를 받았다. 이 시험에 참여한 시험대상자들은 JIA-관련 포도막염을 앓고 있었고 MTX를 이용한 12주 이상의 치료에 실패했었다. 이러한 소아 환자들을 최대 18개월 동안 MTX와 병용하여 아달리무맙 고정-용량 용법으로 치료한 것은 치료 실패 위험을 75%로 감소시켜, 유효한 것으로 입증되었다. 위약을 투여 받은 시험대상자들에 비해 아달리무맙을 투여 받은 시험대상자들 중 치료 실패를 경험한 시험대상자가 더 적었고, 아달리무맙은 위약과 비교했을 때 치료 실패 시까지의 시간을 지연시켰다.
- JIA 등록 연구(STRIVE)에서, 5년간의 유효성 자료가 수집되었다. 42개월까지의 대부분의 방문들에서, JIA-관련 포도막염 환자 중 51.6% 이상이 포도막염 증상을 나타내지 않았거나 포도막염이 안정화되었다(시험 P10-262 7차 중간 보고서 표 14). 42개월차 이후에는, 표본 크기가 너무 작아 자료를 해석할 수 없었다.

### 6.3.4. 안전성 결과에 대한 요약 및 결론

(1) 소아 포도막염

- SYCAMORE 임상시험 조기 중단 당시 치료기간 18개월차에 도달하지 못한 아달리무맙군 시험대상자들은 18개월 치료를 완료하기 위해서 라벨이 공개된 아달리무맙으로 계속 치료를 받고 있다. JIA 등록연구인 시험 P10-262 (STRIVE) (이후 JIA 등록연구[STRIVE]로 칭함)은 소아 포도막염 환자에서 아달리무맙의 안전한 사용을 추가적으로 뒷받침하며, 이 시험은 미국(US) 식품의약품청과 유럽 의약품국에서 애브비에 부여한 시판 후 허가 조건이다. 본 등록연구에 대한 환자 등록은 2008년에 시작되었으며, 현재 완료되었다(시험 P10-262 [STRIVE] 7차 중간 보고서 섹션 6.1 및 섹션 10.6.1). 환자들을 최대 10년 동안 추적관찰하여(등록연구 시험군 내), 연구된 집단에서 아달리무맙의 안전성에 대한 장기 자료를 제공할 예정이다. 본 등록연구에서는 42명의 환자가 베이스라인에서 JIA-관련 포도막염을 앓고 있었다.
- 2015년 12월 31일까지, 총 577명의 소아 환자가 JIA (pJIA 및 ERA), CD, 및 Ps에 대한 임상시험들에서 연구되었다. 허가 이후 소아 환자들(< 18세)에 대하여 추정된 전세계적인 시판 후 아달리무맙 노출은 JIA의 경우 30,426 PY, Ps의 경우 8,677 PY, 및 CD의 경우 41,256 PY이다. 이러한 환자 집단들에서 아달리무맙의 안전성 양상은 잘 확립되어 있다. 진행 중인 JIA 등록연구(STRIVE)에 참여한 포도막염 환자 42명을 포함하는 JIA 환자들을 최대 7년 동안 아달리무맙으로 치료했을 때 어떠한 특정한 안전성 우려 사항도 밝혀지지 않았다.

### 6.4. 가교자료

- 해당사항 없음

### 6.5. 임상에 대한 심사자의견

- 소아 포도막염의 경우, 직접 수행된 임상시험은 신청사항의 일부에 해당하며, 나머지는 기존 성인에서의 자료와 소아 기타 적응증에서의 자료를 외삽하여 인정받고자 하였음. 해당 자료를 효능효과 부여하는데 적용하기에 어려움이 있다고 판단됨

## 7. 외국의 사용현황에 관한 자료

- 미국: 2002.12.31 허가, last update: 2017.04.28.
- 유럽: 2003.08.09 허가, last update: 2017.11.08.

| |
|---|
| 1) 소아 포도막염 적응증 추가 : 유럽 허가일: 2017.09.05 |
| 2) 건선의 용법용량 변경 : 유럽 허가일: 2015.11.19. |

## 8. 국내유사제품과의 비교검토 및 당해 의약품등의 특성에 관한 자료

- 제출완료