

# 헵큐어 정 10 밀리그램

(아데포비어디피복실)

**[원료약품 및 그 분량]**

- 1)정(153.0mg) 중
- \*유리성분 : 아데포비어디피복실(별규) ..... 10.0mg
  - \*형제제(동률유래성분) : 유당수화물(기립동물 : 소, 사용부위: 우유)
  - \*기타 첨가제 : 이소말트, 코보빈, 전효화전분, 크로스카멜로오스나트륨, 펙크, 푸마리산스테아릴나트륨

**[형상]** 흰색 나지 화학성의 원형 정제

**[효능·효과]** 활동성 바이러스 복제가 확인되고, 혈청 이미노전달효소(ALT 또는 AST) 가 지속적으로 상승되거나 조직학적으로 활동성 질환이 확인된 만성 B형 간염 바이러스 감염증 환자의 치료(조직학적, 바이러스학적, 생화학적, 혈청학적 반응을 근거로 대상성 간기능을 나타내는 HBeAg+ 및 HBeAg- 만성 B형 간염 환자 및 대대상 혹은 비대대상 간기능을 나타내는 라이부딘 내성 B형 간염 환자)

**[용법·용량]**

1.성인

아데포비어디피복실로서 1일 1회 10 mg을 식사와 상관없이 경구투여한다.

2.신장에 환자

신장에 환자에게 이 약을 투여하였을 때 약물용의 유의성 있는 노출 증가가 관찰되었다. 그러므로 크레아티닌청소율이 50 mL/min 미만인 환자에서는 투여 간격을 아래 표와 같이 조절해야 한다.
이 투여 간격 조절 지령에 대한 안전성 및 유효성은 임상적으로 평가되지 않았으며, 치료 시작시에 이미 신장애가 있었던 환자의 자료로부터 얻은 것으로, 이 약으로의 치료 도중에 신장애가 발생한 환자에게 이 자제를 적용하는 것은 적절하지 않다. 그러므로 이들 환자에 대한 임상반응 및 신기능을 세심하게 모니터링 하도록 한다.

(표) 신장애 환자 투여간격 조절 지침

| 크레아티닌 청소율 (mL/min) | 투여용량 (mg) | 투여간격      |
|--------------------|-----------|-----------|
| 50 이상              | 10        | 24시간마다    |
| 30~49              | 10        | 48시간마다    |
| 10~29              | 10        | 72시간마다    |
| 혈액투석 환자            | 10        | 투석 후 7일마다 |

\*크레아티닌 청소율은 제지방 체중 또는 이상 체중을 이용한 Cockcroft-Gault method로 계산한 것이다.
크레아티닌청소율이 10 mL/min 미만으로 혈액투석을 하지 않는 환자에서는 아데포비어의 약동학은 평가된 바 없으므로 이 환자들에 대한 투여 지침은 없다.
**[사용상의 주의사항]**

- 경고
  - 이 약은 권장 용량을 초과하여 투여해서는 안된다.
  - 치료 중단 후 약의 약화
    - 이 약 투여중단을 비롯하여 B형 간염 치료를 중단한 환자에서 심각한 급성 간염 악화가 보고된 바 있다. 이 약 투여 중단 후 일정 기간 동안 정기적으로 환자의 간기능을 모니터링 하여야 하며 필요한 경우 B형 간염 치료를 재개할 수 있다.
    - 이 약의 임상시험에서, 이 약 투여 중단 후 25 %의 환자에서 간염의 악화(ALT의 정상 상한치의 10배 혹은 그 이상 상승)가 발생하였다. 이들 사례들은 대부분 약을 투여 중단 12주 이내에 발생하였다. 이들 악화는 일반적으로 HBeAg 혈청전환이 되지 않은 상태에서 발생하였고, 바이러스 부하가 재검인 동시에 혈청 ALT도 상승되었다. 대대상 간질환 HBeAg 양성 및 HBeAg 음성 환자를 대상으로 한 시험에서 간염 악화는 간 대상부전을 수반하지는 않았다. 이 약 10mg으로 치료받은 대대상 7기인 환자들에서 발생한 혈청 ALT 상승은 간 대상부전과 관련된 임상적 수지 실패할 수치 변화를 동반하지 않았다. 그러나 진행된 간질환 혹은 간질환 환자에서는 간 대상부전의 위험성이 높을 수 있다. 대부분의 사례가 자해한정적이며 치료를 재개하면 해를 뒀으나 치명적인 사례를 포함한 심각한 간염 악화로 보고되었다. 그러므로 투여를 중단한 후 몇 개월 동안은 환자를 주의 깊게 모니터링하여야 한다.
    - 진행된 간질환이나 간경화 환자는 치료 초기 동안 주의깊게 모니터링하여야 한다.
  - 신독성
    - 이 약의 장기 투여(일 1회 10 mg)로 신독성이 생길 수 있다. 정상적인 신기능을 가진 환자에서 신독성의 위험은 낮지만, 신기능 장애가 있거나 신기능 장애의 약이 있는 환자 또는 사이클로스포린, 테크로리부스, 아미노글리코사이드, 반코마이신 및 비스테로이드성진통제 등 신기능에 영향을 미칠 수 있는 약물을 병용투여하고 있는 환자에서는 특별히 중요하다. 이 약으로 치료를 사하기 전에 모든 환자들은 크레아티닌청소율을 계산하는 것이 권장된다.
    - 혈청 크레아티닌의 지속적인 증가 및 혈청 인산 가소트제지치는 신독성이 아데포비어디피복실 고용량을 투여하는 HIV 감염 환자(일 60 및 120 mg) 및 만성 B형 간염 환자(일 30 mg)에서 아데포비어디피복실 치료에 대해 치료 제한 독성이 있음이 나타났다.
    - 이 약으로 치료를 받은 모든 환자를, 특히 신장애나 그 병력이 있는 환자나 기이 신장애의 위험이 있는 환자들은 신기능을 모니터링 하는 것이 중요하다. 이러한 환자들에서는 혈청 크레아티닌 및 혈청 인 변화의 정기적인 모니터링이 권장된다. 치료 초기 또는 치료 도중에 신기능 부상을 나타내는 환자들은 응급치료가 필요할 수 있다. 이 약의 치료로 신독성이 나타난 환자에서는 이 약의 투여를 중단하기 전에 이 약 치료의 유의성 우위점을 추대하게 고려해야 한다.
    - 혈액 투석 및 신의 투석법에, 특히 복막 투석을 받고 있는 말기 신장 질환 환자에 대해서는 연구되지 않았다.
  - HIV 내성
    - 이 약으로의 치료를 시작하기 전에 모든 환자에 대해 HIV 항체 테스트를 실시해야 한다. 확인이 안되거나 치료를 받지 않고 있는 HIV에 감염된 만성 B형 간염 환자를 대상으로 이 약과 같이 HIV에 대해서도 활동을 나타내는 약으로 B형 간염을 치료할 경우 HIV 내성이 나타날 수 있다. 이 약은 환자의 HIV RNA를 억제하지 않는 것으로 나타났으나 HIV에 동시 감염된 만성 B형 간염 환자를 치료하기 위해 이 약을 사용한 자로는 제한적이다.
  - HIV 동시 감염
    - 이 약 10mg 투여가 HIV 복제 억제에 효과적이라는 것은 밝혀지지 않았다. HIV에 동시 감염된 환자는 이 약으로 HBV 감염 치료를 시작하기 전에 인공증 항바이러스 치료받으 HIV RNA를 혈청(400 copies/mL)하여 한다. HIV에 동시 감염되었으나 항바이러스 치료가 요구되지 않는 환자들에게만 만성 B형 간염 치료 목적으로 이 약을 단독 투여시 HIV 변이의 위험이 있다.
  - 유산산증 등 합병증을 동반한 중증 간대
    - 뉴클레오시드 유사체 단독투여 또는 다른 항레트로바이러스제를 병용투여했을 때 치명적인 사례를 포함한 유산산증과 지방증을 동반한 중증 간비대가 보고되었다. 아데포비어도 구조적으로 뉴클레오이드와 관련이 있으므로 이러한 위험이 배제될 수 없다. 이들 사례의 대부분은 여성에서 보고되었고 비만과 장기전에 걸린 뉴클레오이드에 대한 노출이 위험요소가 될 수 있다. 간질환에 대한 위험요소가 있는 환자에서 뉴클레오이드 유사체를 투여할 경우에는 특별히 주의하여야 하나, 위험요소가 없는 환자에서도 사례들이 보고되었다. 유산산증 또는 뚜렷한 지독성(눈에 띄는 아미노전달효소의 상승이 없이 나타나는 간대) 및 지방증 포함)을 의심할 만한 임상적 소견이 나타난 환자에 대해서는 이 약의 투여를 중단해야 한다.
  - 기타
    - 이 약의 투여가 다른 사람에게로의 B형 간염 전염 위험을 감소시키는 지는 증명되지 않았으므로 적절한 주의가 필요함을 환자에게 충고하여 한다.
    - 생체 내에서 아데포비어디피복실은 아데포비어로 대사되면서 생기는 pivalic acid는 자유 카르비틴과 축합하여 신장으로 배설된다. 따라서 이 약물 카르비틴 결핍증(천식환) 환자에게 투여시 주의하여야 한다. 카르비틴과의 결합에 대한 임상적 유의성은 알려지지 않았다. 발효로산과 같이 카르비틴 농도를 감소시킬 가능성이 있는 약물이나 pivalic acid를 분리하는 다른 약물과 이 약을 병용 투여한 자료는 없다. 만성 B형 간염 환자에게 이 약을 투여한 임상시험에서 혈청 카르비틴 수치의 변화는 이 약 투여군과 위약 투여군에서 비슷하였다. 따라서 이 약 투여시 일반적인 L-카르비틴 보조 요법이나 혈청 카르비틴 수치의 모니터링을 필요로 하지 않는다.
    - 이 약은 테노비르 또는 엔트라시타빈과 테노포비르의 복합제, 에마비렌스, 엔트라시타빈, 테노비르의 복합제와 같이 테노포비르를 포함하는 제제와 함께 투여하였는 안 된다.

2. 다음 환자에게는 투여하지 말 것

- 아데포비어 또는 이 약의 구성성분 또는 그 병력이 있는 환자
- 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해효소 결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(glucose-galactose malsabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다.

3. 다음 환자에게는 신중히 투여할 것

라이부딘 내성 B형 간염의 임상적 근거를 보이는 간ایش 전(n = 226) 및 후(n = 241) 만성 B형 간염 환자를 대상으로 각각 평균 치료기간 5주 및 99주로 203주까지 이 약으로 공개 임상시험을 진행하였다. 신장 기능장애에 대하여 사이클로스포린과 테크로리부스와의 병용투여, 치료초기 신장 기능부족, 고혈압, 당뇨, 장기 이식 등을 포함한 위험요소를 지닌 간ایش 전 후 환자들에서 신기능의 변화가 발생하였다. 따라서 신기능장애의 이러한 변화들에 대해 이 약이 미치는 영향은 평가하기가 어렵다. Kaplan-Meier estimate에 의해 볼 때, 간ایش 전 환자를 가운데 28주까지 12 %의 환자에서, 96주까지 28 %의 환자에서, 144주까지 30 %의 환자에서 초기보다 >0.5 mg/dL의 혈청 크레아티닌 상승이 관찰되었고, 42주 후 환자들 가운데 48주까지 18 %의 환자에서, 96주까지 35 %의 환자에서, 144주까지 35 %의 환자에서 초기보다 >0.5 mg/dL의 혈청 크레아티닌 상승이 관찰되었다. 치료 초기에 간 이식 전이었었던 환자들을 고려하면, 49주까지 혈청 크레아티닌이 최소 0.5mg/dL 증가한 것으로 확인된 환자들의 퍼센트(%)에 대한 Kaplan-Meier estimate가 간ایش 전보다 간ایش 후에서 더 높았다(52 vs 5 %). 최종 발병까지 간ایش 전 환자 중 1.3 %(22명 가운데 3명), 간ایش 후 환자 중 2.5 %(24명 가운데 6명)에서 ( 2.0 mg/dL )의 혈청 인 수치를 초과했다. 간ایش 전 후 환자들 가운데 4 %의 환자(74명 가운데 19명) 신장 반응으로 인해 이 약의 투여를 중단하였다. 이 약으로 치료 받은 간 이식 전후 환자에서 치료와 관련된 것으로 2 % 혹은 그 이상의 빈도나 빈번하게 보고된 이상반응은 다음과 같다.

- 전신 : 무력증, 두통, 발열
- 위장관계 : 복통, 구역, 구토, 위장장애(구토, 설사, 구부전, 소화불량)
- 대사 및 영양 : ALT 상승, 비정상적 간기능, 저인산혈증
- 호흡기계 : 기침 증, 인두염, 부비염
- 피부 및 피부 부속기관 : 가려움, 발진
- 비뇨기계 : 크레아티닌 상승, 신부전, 신기능 부족

4. 이상반응

1)49주간 이 약(n=24) 또는 위약(n=228)으로 이중맹검 치료를 받은 만성 B형 간염 환자 및 대대상 간질환 환자 522명을 대상으로 한 두 시험에서 보고된 이상반응을 평가하였다. 연장 치료에 의해, 이 약 10mg을 최소 1회 이상 투여한 총 492명의 환자들에 대한 평균 치료 기간은 49주였고, 최대 치료기간은 109.4주였다. 3% 이상 보고된 이상반응을 표 1에 나타내었고, 위약과 비교하여 이 약의 치료 동안 보고된 실험실적 검사수치 이상을 표 2에 요약하였다.

|              | 이 약 10mg (n = 294) | 위약 (n = 228) |
|--------------|--------------------|--------------|
| 무력증          | 13%                | 14%          |
| 두통           | 9%                 | 10%          |
| 복통           | 9%                 | 11%          |
| 구역           | 5%                 | 8%           |
| 위, 창자 내 가스팽만 | 4%                 | 4%           |
| 설사           | 3%                 | 4%           |
| 소화불량         | 3%                 | 2%           |

(표 1) 이 약으로 치료받은 환자에서 3% 이상 보고된 치료 관련 이상반응(0~48주)

|                 | 이 약 10mg (n = 294) | 위약 (n = 228) |
|-----------------|--------------------|--------------|
| ALT (≥ 5 ×ULN)  | 20%                | 41%          |
| 빌루 (≥ 3+)       | 11%                | 10%          |
| AST (≥ 5 ×ULN)  | 8%                 | 23%          |
| 크레아티닌치제 (4×ULN) | 7%                 | 7%           |
| 아밀라제 (≥ 2 ×ULN) | 4%                 | 4%           |
| 당뇨 (≥ 3+)       | 1%                 | 3%           |

(표 2) 이 약으로 치료받은 환자에서 1% 이상 보고된 실험실적 검사수치 이상
\* ULN = Upper limit of normal

- 임상 시험에서 실험실적 수치 이상이 이 약 치료군 및 위약군에서 비슷한 빈도로 발생하였으나, 간 이미노전달효소의 상승은 위약군에서 더 자주 발생하였다.
- 이 약을 연장 투여한 이들 두 공개임상시험에서, 크레아티닌의 증가가 이상반응으로 나타났다. HBeAg 음성 환자 125명에게 연장 투여했을 때(최대 228주) 혈청 크레아티닌이 초기값보다 최소 0.5 mg/dL 증가한 파형자는 5명이고 증가된 혈청 크레아틴 농도로 인해 시험을 중단하였다. HBeAg 양성 환자 65명에서 연장 투여했을 때(최대 234주) 혈청 크레아티닌이 초기값보다 최소 0.5 mg/dL 증가한 파형자는 6명이고 증가된 혈청 크레아티닌 농도로 인해 시험을 중단하였다.
- 정상 신기능을 가진 환자 가운데 초기보다 혈청 크레아티닌이 0.3 mg/dL 이상 상승된 환자는 48주까지 이 약을 투여 받은 환자의 4 %에서 그리고 위약을 투여 받은 환자의 2 %에서 관찰되었다. 48주까지 초기보다 혈청 크레아티닌이 0.5 mg/dL 이상 상승된 환자는 없었다. Kaplan-Meier estimate에 의해 볼 때, 96주까지 이 약 치료 환자의 10 % 및 2 %에서 혈청 크레아티닌이 각각 > 0.3 mg/dL 및 0.5 mg/dL 상승되었다(48주 이후부터의 위약 대조시험 결과는 없다). 492명 가운데 혈청 크레아티닌이 초기보다 > 0.3 mg/dL 상승된 29명 가운데 20명은 치료를 지속하여 회복되었다(초기보다 ≤ 0.2 mg/dL), 8명은 변화가 없었으며 1명은 치료를 중단한 후 회복되었다.
- 임상시험에서의 이상반응 보고로 추가하여 이 약의 일반 소 사용시 아래와 같은 이상반응이 발생할 수 있음이 확인되었다. 이러한 사례들은 알려지지 않은 환자로부터 자발적으로 보고된 것들로 발생 확률을 산정할 수 있다.
  - 근골격계와 결합조직: 골연화증(배통증)이 나타나며 드물게 골절을 초래함과 근육병증(두 사레 모두 근위요새관절과 관련된 있음)
  - 신장: 급요새관질환, 빈뇨나 증후군
  - 대사 및 영양: 저인산혈증
- 국내 시간 초 조사 결과
  - 국내에서 자살사를 위하여 6년 동안 4,158명의 환자를 대상으로 실시한 시간 초 조사 결과 유해사례 발현율은 인과관계와 상관없이 1.78 %/74명/4,158명, 118건로 보고되었다. 간부전 0.22 %/9명/4,158명, 9건), 기증증, 간신생물 각각 0.17 %/7명/4,158명, 7건), 복통 0.14 %/6명/4,158명, 7건), 소화불량, 무력증, 가래 증가 각각 0.12 %/5명/4,158명, 5건), 구역 0.10 %/4명/4,158명, 5건), 위장장애 공격성, 간경변증, 정맥류 각각 0.10 %/4명/4,158명, 4건)등의 순으로 조사되었다. 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 유해사례인 약물유해반을 발현율은 0.66 %/27명/4,158명, 40건으로 보고되었다. 복통, 소화불량, 무력증 각각 0.10 %/4명/4,158명, 4건), 구역, 복통 각각 0.07 %/3명/4,158명, 3건), 위장장애 공격성, 기침 증가, 발진 각각 0.05 %/2명 각각 0.02 %/1명/4,158명, 2건), 설사, 황달, 복수, 내성, 가래 증가, 단백뇨, 배뇨곤란, 요도질환, 고혈소혈증, 국소피부반응, 두통, 골수과다형성, 골수기능저해, 비장비대가 각각 0.02 % (1명)/4,158명, 1건)이었다.
  - 국내 시간 초 조사기간 동안 발생한 중대한 유해사례의 발현율은 인과관계와 상관없이 0.77 %/32명/4,158명, 49건)이었으며, 간부전 0.22 %/9명/4,158명, 9건), 간신생물 0.17 %/7명/4,158명, 7건), 간경변증, 정맥류 각각 0.10 %/4명/4,158명, 4건) 등 이었다. 이 약의 인과관계를 배제할 수 없는 유해사례인 약물유해반을 발현율은 0.02 %/1명/4,158명, 3건)로 발진, 황달, 복통 각각 1건)이었다.
  - 국내 시간 초 조사기간 동안 발생한 예상하지 못한 유해사례의 발현율은 인과관계와 상관없이 0.94 %/39명/4,158명, 61건)이었으며, 간신생물 0.17 %/7명/4,158명, 7건), 가래 증가 0.12 %/5명/4,158명, 5건), 간경변증, 정맥류 0.10 %/4명/4,158명, 4건) 등 이었다. 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 유해사례인 약물유해반을 발현율은 0.22 %/9명/4,158명, 17건)이었으며, 피로 0.07 %/3명/4,158명, 3건), 적혈구이상 0.02 %/1명/4,158명, 2건), 고지소혈증, 단백뇨, 내성, 배뇨곤란, 요도질환, 비장비대, 복수, 골수기능저해, 골수과다형성, 국소피부반응, 가래 증가, 황달 각각 0.02 %/1명/4,158명, 1건)로 보고되었다.

5. 일반적 주의

- 이 약의 최적 치료기간 및 치료반응과 간세포종양 또는 비대상성 간경화와 같은 장기적인 결과간의 상관관계는 알려져 있지 않다.
- 이 약이 기계조작 및 운전능력에 미치는 영향은 연구된 바 없으나 이 약의 약리작용에 근거하였는 이러한 능력에 영향을 미칠 것으로 예상되지는 않는다.
- 신독성이 있는 약물 또는 이 약과 같은 신장 물질잔달제(유기음이온은반체[<sup>+</sup>, hOAT])를 이용하여 배설되는 약물을 투여 받고 있는 환자에 대한 이 약의 연구는 이루어지지 않았다.
- 임상적 내성

아데포비어디피복실에 대한 내성은 바이러스 부하 반동을 일으킬 수 있으며, 이는 B형 간염의 약화를 일으킬 수 있고, 간기능이 악화된 상태에서는 간의 대상 부전을 야기하고 치명적 결과를 가져올 수 있다.
- 상호작용
  - 아데포비어는 신장으로 배설되므로 신기능을 감소시키는 약물 또는 양성 세뇨관 분비에 대해 경쟁적으로 작용하는 약물과 이 약을 병용투여 할 때 아데포비어 또는 병용투여되는 약물의 활동농도를 증가시킬 수 있다.
  - 라이부딘과 트리메토프림/설파메타자올, 아세트아미노논, 이부프로펜, 테노포비르를 제외하고는 신장으로 배설되는 약물이나 신기능에 영향을 미치는 것으로 알려진 약물과 이 약을 병용투여 하였을 때 신기능에 미치는 영향은 연구된 바 없다.
  - 이 약은 트리메토프림/설파메타자올, 아세트아미노논, 이부프로펜, 라이부딘의 약물동태를 변화시키지 않는다.
  - 신장으로 배설되는 약물 또는 신기능에 영향을 미치는 것으로 알려진 기타 약물과 이 약을 병용투여할 때 이상반응에 대해 주의 깊게 모니터링 하여야 한다.
  - 이부프로펜 800 mg을 1일 3회 투여하였을 때 아데포비어의 AUC는 약 23 %, Cmax는 약 33 %가 증가되었다. 이들 증가는 이 약의 신 클리어런스의 감소 보다는 생물학적 이용률이 더 높았던 것에 기인한 것으로 생각된다. 아데포비어 노출 증가의 임상적 유의성은 알려지지 않았다.
  - 아데포비어는 일반적으로 CYP-450 효소를 저해하지 않지만 아데포비어 CYP-450 효소를 유도할 가능성은 알려져 있지 않다.
  - 사이클로스포린 및 테크로리부스 농도에 대한 아데포비어의 영향은 알려져 있지 않다.
  - 이 약과 라이부딘 100mg을 병용투여했을때 각 약물의 약물동태 양상을 변화시키지는 않았다.

6. 임부 및 수유부에 대한 투여

- 임부
  - 아데포비어디피복실을 경구로 캡트에 35 mg/kg/day까지(사람의 치료용량인 10 mg/day에서 사람에게서보다 23배의 전신 노출을 나타내었다.) 혹은 토키에 20 mg/kg/day까지(사람의 치료용량인 10 mg/day에서 사람에게서보다 40배의 전신 노출을 나타내었다) 투여한 생식 시험에서 배아독성 또는 최(최)형성은 나타나지 않았다.
  - 모성독성과 관련된 용량으로(20 mg/kg/day, 전신 노출은 사람의 38배) 임신한 캡트에 아데포비어를 정맥투여 하였을 때, 배지독성 및 태자 기형 사례의 증가(전신독성, 혈청인 안구 돌출, 혈액알칼, 영인 괴리)가 관찰되었다. 임신한 캡트에 아데포비어 2.5 mg/kg/day를 정맥투여 하였을 때 발달과 주된 이상반응은 나타나지 않았(최대 전신 노출은 사람의 12배).
  - 임부들에 대상으로 임의적으로 잘 조절된 임상시험은 없다. 동물의 생식독성 시험결과로 인체에서의 반응을 항상 예측할 수 있는 것은 아니므로 주 의진에 고려하여 위약성이 위험성을 상회하여 명백하게 투여가 필요하다고 판단될 때에만 이 약을 투여하도록 한다.
- 진통 및 분만

임부를 대상으로 시험한 자료 및 HBV가 모체에서 태아로 전달되는 데 대한 이 약의 영향과 관련된 자료는 없다. 그러므로 B형 간염 바이러스가 신생아에게 획득되는 것을 방지하기 위하여 적절한 영아 면역을 실시해야 한다.
- 수유부

아데포비어가 모유로 이행되는지에 관해서 알려지지는 않았으나 이 약을 투여받은 경우에는 수유하지 않는 것이 바람직하다.
- 가임 여성

사람의 태아 발달에 대한 잠재적인 위험은 알려지지 않았으나, 이 약을 투여받고 있는 가임 여성은 효과적으로 피임하여야 한다.
- 소아 및 청소년(18세 미만) 환자에 대한 이 약의 안전성 및 유효성은 확립되어 있지 않다.

9. 고지자에 대한 투여

- 65세 이상의 환자들에 이 약에 대해 젊은 환자들과 다르게 반응하는지를 확인할 수 있을 만큼 충분한 수를 대상으로 한 임상시험이 실시되지는 않았다. 임상적으로 병합 질환 또는 기타 약물 치료로 인해 신기능 또는 심기능이 감소되어 있을 가능성이 있으므로, 고령자에게 이 약을 투여할 때에는 주의를 기울여야 한다.
- 고령자에 대한 이 약의 안전성 및 유효성은 확립되어 있지 않다.
10. 과량투여시의 조치
  - 만성 HBV 감염 치료 권장 용량의 25~50배에 해당하는 용량인 아데포비어디피복실 250mg 및 500mg을 1일 1회 14일간 HIV 양성인 파편 치료에 투여하였을 때, 경증~중등도의 위장장애 이상반응이 발생하였다.
  - 과량투여 발생시에는 독성 증상과 관련하여 환자를 모니터링해야 하며, 필요시 표준 보조 치료법을 실시한다. 아데포비어는 혈액투석으로 제거 될 수 있다. 아데포비어의 제증-교정 혈액투석 전신효율의 중앙값은 104mL/min이다. 이 약 10mg을 1회 투여한 후 4시간의 혈액 투석시 아데포비어의 약 35%가 제거되었다. 복막 투석에 의한 아데포비어의 제거는 연구되지 않았다.

11. 보관 및 취급상의 주의사항

- 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.
- 다른 용기에 바꾸어 넣는 것은 사노원인이 되거나 품질 유지면에서 바람직하지 않으므로 이를 주의한다.

12. 기타

- 동물에서의 독성

조직 변화 및/또는 BUN 및 혈청 크레아티닌의 증가로 특징지어지는 신 세뇨관 신장병증은 동물에서 아데포비어디피복실의 투여와 관련된 일차 응급 제한적 독성이었다. 사람의 권장 치료용량인 10 mg/day을 투여하였을 때 매 3 ~ 10배 정도 높은 전신 노출을 나타낸 동물에서 신독성이 관찰되었다.
- 발암성

마우스와 랫트를 대상으로 아데포비어의 발암성 시험을 실시하였다. 마우스에서는 1, 3, 10 mg/kg/day의 용량으로 실험하였는데 10 mg/kg/day에서도 치료와 관련된 종양 증가는 발견되지 않았으나 사람의 치료용량인 10 mg/day에서 사람에게서보다 10배의 전신 노출을 나타내었다). 랫드에서는 0.5, 1.5, 5 mg/kg/day의 용량으로 시험하였는데 치료와 관련된 종양 증가는 발견되지 않았다(5 mg/kg/day에서는 사람에게서보다 4배의 전신 노출을 나타내었다).
- 유전독성

아데포비어디피복실은 대사 활성계의 유무와 관계없이 in vitro시 마우스 림프종 세포 분석에서 유전독성이 있었다. 아데포비어는 in vitro시 사람 말초혈 림프구 분석에서 대사활성이 없이 염색체 이상을 유발하였다. 아데포비어는 in vivo시 마우스 미세핵 분석에서 2,000mg/kg 까지 도 염색체 이상을 유발하지 않았으며 대사활성계의 유무와 관계없이 *S.typhimurium* 및 *E.coli*균을 사용한 세균 복귀 돌연변이 분석(Ames test)에서도 돌연변이형성은 없었다.
- 생식독성

생식독성 시험에서 암컷 혹은 수컷 랫트에 30 mg/kg/day 용량까지 투여하였을 때 생식능력의 손실 근거는 나타나지 않았다(사람의 치료용량에서 사람에게서보다 19배의 전신 노출을 나타내었다).

[저장방법] 기밀용기, 실온(~30℃)보관

[포장단위] 30정/병

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| 제조의리자                       | 제조사                   |
| <b>에이치케이이노엔주식회사</b>         | <b>공립무약주식회사</b>       |
| 충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 239 | 경기도 화성시 향남읍 제왕동3길 120 |
| 고객상담센터:080-700-8802         |                       |
| http://www.inno-n.com       |                       |
|                             | FD-100506             |
|                             | LD-200327             |

- 본 약품들은 엄격한 품질관리를 필한 제품입니다. 만약, 유통과정 중 잘못된 인하여 사용기회가 경과되었거나 변질됨, 오염되었거나 손상된 약품들은 약국개설자 및 의약품판매업자를 통하여 교환하여 드립니다.
- 이 첨부문서 작성일자(2020년 03월 27일)이후 변경된 내용은 http://www.inno-n.com 또는 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr ➡ 의약품등 정보에서 확인할 수 있습니다.
- 부작용 피해구제 신청은 한국의약품안전관리원(https://www.drugsafe.or.kr ➡ 의약품 부작용 피해구제, 대표전화: 1644-6223)에 할 수 있습니다.
- 첨부문서에 기재되지 않은 부작용이 나타난 경우 의사나 약사 또는 한국의약품안전관리원(https://www.drugsafe.or.kr ➡ 의약품 이상사례 보고)에 알리도록 하십시오.
- 첨부문서를 주의깊게 읽고, 첨부문서를 보관하세요.
- 어린이 손에 닿지 않는 곳에 보관하세요.
- 처방된 증상, 처방된 환자 이외에는 사용하지 마세요.
- 사용기한이 지난 약품들은 사용하지 마세요.