

의약품을 복용하기 전에 **첨부문서**를 주의깊게 읽고, **첨부문서**를 **의약품과 함께 보관**하여 주십시오.

고지혈증 치료제

아로반[®] 20mg

(아토르바스타틴칼슘삼수화물)

Arovan Tab. 20mg

【원료약품 및 그 분량】 1정 중

아토르바스타틴칼슘삼수화물(IP)21.7mg

(아토르바스타틴으로서 20mg)

※ 동물유래성분: 유당수화물(기원동물: 소, 사육부위: 우유)

【성 상】 흰색의 원형 필름코팅정

【효능·효과】

1. 다음의 심장혈관 질환에 대한 위험성 감소

- 관상동맥 심장 질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 관상동맥 심장 질환의 다중위험요소(55세 이상, 흡연, 고혈압, 낮은 HDL-콜레스테롤 수치 또는 조기 관상동맥 심장 질환의 가족력 등)가 있는 성인 환자의
(1) 심근경색증에 대한 위험성 감소
(2) 뇌졸중에 대한 위험성 감소
(3) 혈관질환 및 만성 안정형 협심증에 대한 위험성 감소
- 관상동맥 심장 질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 관상동맥 심장환의 다중위험요소(당막병증, 알부민뇨, 흡연, 또는 고혈압 등)가 있는 제2형 당뇨병 환자의
(1) 심근경색증에 대한 위험성 감소
(2) 뇌졸중에 대한 위험성 감소
- 관상동맥 심장 질환에 대한 임상적 증거가 있는 성인 환자의
(1) 비지명적 심근경색증에 대한 위험성 감소
(2) 지명적 및 비지명적 뇌졸중에 대한 위험성 감소
(3) 혈관질환에 대한 위험성 감소
(4) 골혈삼투압으로 인한 입원에 대한 위험성 감소
(5) 협심증에 대한 위험성 감소

2. 고지혈증

- 일반성 고콜레스테롤혈증(이형지방 가축형 및 비가축형) 및 혼합형 이상지질혈증(Fredrickson Type IIa 및 IIb형) 환자의 상승된 총 콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, apo-B 단백질, 트리글리세리드 수치를 감소시키고 HDL-콜레스테롤치를 증가시키는 식이요법의 보조제
(1) 식이요법에 적절히 반응을 하지 않는 일반성 이상베타리피로페타일혈증(Fredrickson Type III)
(2) 혈청 트리글리세리드가 상승된 환자(Fredrickson Type IV)의 식이요법보조제
- 형질정립 가축형 고콜레스테롤혈증 환자의 총 콜레스테롤, LDL-콜레스테롤치를 감소시키기 위해 다른 지질저하제(예, LDL-apheresis)와 병용(함께 복용(사용))하거나, 다른 지질저하제로의 치료가 불가능한 경우
- 식이요법에도 불구하고 여전히 아래의 기준에 해당하는 이형지방 가축형 고콜레스테롤혈증을 가진 10~17세의 소아환자(여성의 경우 초경 이후의 환자)의 총콜레스테롤, LDL-콜레스테롤치를, apo-B 단백질 수치를 감소시키는 식이요법의 보조제
가. LDL-콜레스테롤이 여전히 190mg/dL 이상 (≥190mg/dL) 이거나
나. LDL-콜레스테롤이 여전히 160mg/dL 이상(≥160mg/dL)이고, 조기 심장혈관 질환의 가족력이 있는 경우 또는 해당 소아환자에서 두 가지 이상의 다른 심장혈관 질환의 위험인자가 있는 경우

【용법·용량】

아토르바스타틴을 투여전 및 투여중단 환자는 표준 콜레스테롤 저하식을 하여야 하며, 하루 중 아무 때나 음식물과 상관없이 투약할 수 있다.

1. 고지혈증

권장 초회 용량(처음 투여량)은 1일 1회 아토르바스타틴으로서 10mg이나, 더 많은 LDL-콜레스테롤치 감소가 요구되는 환자의 경우 1일 1회 20mg 또는 40mg(45세 이상의 LDL-콜레스테롤치 감소가 요구에 한함)으로 시작할 수 있다. 이 약은 1일 1회 10~80mg의 용량 범위로 투여한다.

이 약의 초회용량(처음 투여량) 및 유지용량은 치료목표 및 반응 등을 고려하여 환자의 특성에 따라 개별화되어야 하며, 투여시작 및/혹은 용량적정 후, 2~4주안에 지질수치들을 분석하고, 이에 따라 용량을 조절해야 한다. 치료의 목표는 LDL-콜레스테롤치를 저하시키는 것이므로, 치료의 시작 및 치료반응 평가시 LDL-콜레스테롤치를 이용하는 것을 권장한다. 다만, LDL-콜레스테롤 수치를 이용할 수 없는 경우에는 치료반응을 모니터링하기 위해 총 콜레스테롤 수치를 사용한다.

- 동형지방립 가축형 고콜레스테롤혈증 환자
○ 약의 투여용량은 1일 1회 10~80mg으로, 다른 지질저하 치료법(예, LDL apheresis)과 병행하거나, 이런 지질저하 치료법이 불가능한 경우에 이 약을 투여한다.
- 이형지방립 가축형 고콜레스테롤혈증 소아환자(10~17세)
권장 초회용량은 이 약으로서 1일 10mg이며, 권장 최대용량은 1일 20mg이다(소아 환자군에서 이 약 20mg의 임상적 효능은 없었다). 투여용량은 개개의 환자에서 권장되는 치료목표에 따라 적절히 증가한다. 용량은 4주 또는 그 이상의 간격을 두고 조절하여야 한다.
 - 신장예(신장장애) 환자:
신장질환은 아토르바스타틴의 혈장농도나 LDL-콜레스테롤 저하효율에 영향을 미치지 않으므로 용량을 조절할 필요가 없다.
 - 고령자(노인):
70세 이상의 고령 환자군에 대한 유효성과 안전성은 보통 성인 환자군의 경우와 유사하다.

【사용상의 주의사항】

1. 경고

현저한 크레아티닌아제(CK) 레벨 상승이 나타나거나 근육병증으로 진단되거나 의심되는 경우 아토르바스타틴 치료를 중단해야 한다. 또한 급성 및 심각한여 여겨지는 근육병증 또는 횡문근융해에서 이차적으로 신부전으로 발전할 수 있는 위험요소(예, 중증(심한중상) 급성전염, 저혈압, 주요 외과수술, 외상, 중증(심한중상) 대사, 내분비, 전해질 장애 및 재되어지 않는 간질)를 갖는 환자는 아토르바스타틴 치료를 일시적으로 보류 또는 중단해야 한다(일반적 주의 근육병증/횡문근융해 참조).

2. 다음 환자에는 투여하지 말 것.

- 이 약 및 이 약의 구성성분에 과민반응 환자
- 활동성 간질환 환자 또는 혈청 아미노전달효소치의 상승이 정상상한치의 3배 이상 상승된 환자
- 근질환 환자
- 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성 및 수유부
- 10세 미만의 소아
- 이 약은 유당(젖당)을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당(젖당)분해효소 결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(glucose-galactose malabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다.

3. 다음 환자에는 신중히 투여할 것.

- 알코올 중독자 또는 간질환의 병력이 있는 환자 (이상반응 항 참조)
- 다음과 같은 횡문근융해에 대한 소인이 있는 환자에 대해서는 투여를 시작하기 전에 CK 수치를 측정하여 신중히 투여해야 한다.
- 신기능 손상 또는 신장애(신장장애) 병력이 있는 환자
- 감각샘기능저하증 환자
- 유전성 근육이상의 개인병력 또는 가족력이 있는 환자
- 스타틴제일이나 피브레이트(fibrate)계열 사용시 근육 독성의 병력이 있는 환자
- 간질환의 병력 또는 상당량의 알코올을 섭취하는 경우
- 70세를 초과하는 고령자(노인)로 횡문근융해의 소인이 있는 환자

4. 이상반응

- 아토르바스타틴은 일반적으로 내약성(약에 대한 내성)이 좋다. 이상반응은 대체로 경미하고 일시적이다. 이 약과 연관된 이상반응으 인하여 임상시험 중 투여를 중단한 사례는 2% 미만의 환자에서 발생하였다. 아토르바스타틴에 대한 위약(속임약) 대조 임상시험에서 16,066명의 환자가 이 약 투여군 8,755명 대 위약(속임약) 투여군 7,311명)가 중앙값 53주의 기간 동안 약물을 투여 받았으며, 위약(속임약) 투여군의 4.0%와 아토르바스타틴 투여군의 5.2%만이 이상반응으로 인해 투여를 중단하였다.
- 임상시험 및 시판후 조사에 기초하여 이 약의 이상반응은 다음과 같다. 이상반응에 대한 발현(드러냄)빈도는 다음과 같다. ; 매우 자주 (≥1/10), 자주 (≥1/100, <1/10), 때때로(≥1/1,000, <1/100), 드물게(≥1/10,000, <1/1,000), 매우 드물게(<1/10,000)
- 신기능 손상 또는 신장애(신장장애) 병력이 있는 환자
- 감각샘기능저하증 환자
- 유전성 근육이상의 개인병력 또는 가족력이 있는 환자
- 스타틴제일이나 피브레이트(fibrate)계열 사용시 근육 독성의 병력이 있는 환자
- 간질환의 병력 또는 상당량의 알코올을 섭취하는 경우
- 70세를 초과하는 고령자(노인)로 횡문근융해의 소인이 있는 환자
- 신경계: 자주 두통, 때때로 어지러움, 지각이상, 감각저하, 미각이상, 기억상실, 드물게 말초신경병증
- 근골격계 및 결합조직: 자주 근육통, 관절염, 사지부종, 근- 골격계 통증, 근육경련, 관절염(증가?), 동통증, 때때로 목통증, 근육피로, 파열에 의한 합병증; 드물게 근육병증, 근육염, 횡문근융해, 힘줄손상, 빈도불명-면역매개성 과다성 근육병증
- 혈액 및 림프계: 드물게 혈소판감소증
- 면역계: 자주 알레르기 반응, 매우 드물게 아나필락시스
- 간- 담도계: 때때로 간염, 드물게 담낭염증, 매우 드물게 간부전
- 눈: 때때로 시야흐림, 드물게 시각장애
- 귀: 때때로 이명(귀울림), 매우 드물게 청력소실

- 파부 및 피하조직: 때때로 두드러기, 피부발진, 가려움, 탈모, 혈관부종, 드물게 혈관신경성 부종, 다형홍반을 포함한 물집피부염, 피부정맥화후후군(스트리븐스-존슨 증후군), 독성피부괴사증후군(리엔증후군)
- 생식기계: 매우 드물게 여성형 유방
- 검사: 자주 간기능 검사이상, 혈중 CK 증가, 때때로 요중 백혈구 양성
- 아토르바스타틴 위약(속임약)대조 임상연구 중 다음과 같은 추가 이상반응이 나타났다. 아래에 기술 된 모든 이상반응이 아토르바스타틴과 인과관계가 있는 것은 아니다.
(1) 정신장애: 약물
(2) 눈: 시야 흐림
(3) 귀: 이명(귀울림)
(4) 소화기계: 구토, 복부 이상, 간염, 췌장염, 담낭울체, 담낭울체성황당, 간기능 검사지시약(혈청 ALT 수치의 상승), 위장염, 장염, 입 안건조, 직장출혈, 시도염, 트림, 설염(허염), 구강개양, 구내염(입안염), 담낭(쓸개)통, 구순염(입술염), 위- 십이지장장애, 연하곤란(삼킴곤란), 흑색변, 치은(잇몸)출혈, 이금후증(메실 뒤 남는 통증)
- 호흡기계: 기관지염, 비염, 폐렴, 호흡곤란, 천식, 코피
- 신경계: 감각이상(지각이상), 말초신경병증, 현기증, 광민감반응, 졸음, 경만증, 비정상성, 근육과소, 감정불안증, 운동형조실조, 사 경, 안면마비, 파손증상, 우울증, 긴장형진
- 중금속과제 및 결합조직: 근육경련, 근육피로, 근염, 근질환, 관절염, 점액낭염, 건열막염, 근육력증, 목의 통증, 근육축, CK 상승, 혈 중 미오글로빈 상승소
- 피부 및 피하조직: 가려움, 발진, 탈모증, 접촉성피부염, 피부부종, 발한(땀)이나, 여드름, 두드러기, 습진, 지루, 피부개양
- 비뇨생식기계: 방기불능, 요로감염, 빈뇨, 방광염, 혈뇨, 배뇨곤란, 신장결석, 야간뇨, 부고환염, 유방섬유양, 질출혈, 알부민뇨, 유방 비대, 자궁경부 비탈음, 신장염, 요실금, 요주류, 급박성 심장상, 자궁출혈, 작색뇨
- 대사 및 영양장애: 저혈당증, 고혈당증, 식욕부진 식욕증진
- 전신이상성 투여부위 이상: 권태감, 맥관신경성 부종, 흉통, 협심증, 안면부종, 열, 경부강직, 전신부종
- 특수감각: 야시, 이명(귀울림), 안구건조, 굴절이상, 안출혈, 청각상실, 녹내장, 착후각, 미각상실, 미각도착(음식을 제대로 못느낌)
- 혈액 및 림프계: 혈소판감소증, 백혈구감소, 빈혈
- 내분비계: 테스토스테론 저하, 코르티스테라제 상승, TSH 상승, ACTH 상승, 알도스테론 저하, 여성형 유방
- 검사: 갈락토상, BUN상승
- 기타: 비정색, 심계항진(두근거림), 빈맥(빠른맥)
- 검사: 소변 중 백혈구 양성

- 소아환자 (10세~17세)(아토르바스타틴제형 10, 20mg에 해당)
이형지방립 가축형 고지혈증을 가진 10~17세 소아환자를 대상으로 한 6개월 동안의 임상시험에서 나타난 이상반응 프로파일은 일반적으로 위약(속임약)군에서 나타난 것과 유사하였다. 약물과의 인과관계와 상관없이 양쪽 그룹 모두에서 가장 흔하게 나타난 이상반응은 감 염이었다.
- 혈청 CK 수치(정상범위의 3배 이상)의 증가를 보인 경우는 임상연구에서 다른 HMG-CoA 환원효소 억제제의 경우 3.1% 발생한데 비 하여 아토르바스타틴은 2.5% 발생하였다. 경성지 상환병력의 10배 이하의 수치를 보인 경우는 아토르바스타틴 투여 환자 중 0.4%에서 나타났다. 이 환자 중 0.1%는 근육통, 민감성(tenderness) 또는 쇠약 증을 보였다.
- 국내에서 시판후 6년동안 실시한 사용성적 조사결과와 다음과 같다.
(1) 일반성용성적조사 : 11,535명을 대상으로 실시한 시판후 조사결과 이상반응의 발현(드러냄)빈도율은 인과관계와 상관없이 1.78%(205명/11,535명)로 보고되었다. 이중 시판전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응으로 과중성지방혈증 7개, 안면 홍조 4개, 비단백질소증가, 고요산혈증(이하 각각 3개), 치은비루 1개가 보고되었다.
- 장기사용성적조사 : 12주 이상 이 약을 복용한 2,625명을 대상으로 실시한 시판후 장기조사결과 이상반응의 발현(드러냄)빈도율은 인과관계와 상관없이 3.70%(97명/2,625명)로 보고되었다. 이중 시판전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응으로 고요산 혈증 7개, 안면홍조, 지체운동, 비단백질소증가 각각 1례씩 보고되었다.
- 임부 사용성적결과 약물과 관련하여 다음과 같은 이상반응이 보고된 바 있다.
(1) 정신신경계: 수면장애(불면 및 야몽 포함), 기억상실, 우울
- 호르몬계: 특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 예외적 사례
- 비뇨생식기계: 성직 기능이상
- 내분비계: 당뇨병: 빈도는 위험인자 존재여부에 따라 다르다. (공복혈당 5.6~6.9mmol/L, BMD30kg/㎡, 중성지방수치 상승, 고혈압)
- 스타틴 사용과 관련하여 시판 후 인지장애가 드물게 보고되었고, 기억력감퇴, 긴장증, 기억상실증, 기억장애, 혼동), 이러한 인지 장애는 모든 스타틴 계열 약물에서 보고되었다. 이러한 보고들은 일반적으로 심각하지 않고 약물 사용중단 후 가역적이며, 증상발생 시점(인일~수 년) 및 증상개전(증간값이 3주)은 편차가 있다.

- 국내 자발적 유해사례 보고자료(1989~2013년)를 분석한 결과, 유해사례가 보고된 다른 의약품에서 발생한 유해사례에 비해 통계적으 로 유의적 관계 없이 보고된 유해사례는 다음과 같이 나타났다. 다만, 이로서 곧 해당성분과 다음의 유해사례 간에 인과관계가 입증된 것을 의미하는 것은 아니다.
 - AST증가
- 일반적 주의

- 성별: 여성의 경우 아토르바스타틴의 농도는(Cmax는 약 20% 높고 AUC는 약 10% 더 낮음) 남성과 차이가 있다. 이러한 차이점은 임상적 유의성이 없었으며 남성과 여성간에 지질에 대한 효과는 임상적으로 별 차이가 없었다.
- 신부전: 신장질환은 아토르바스타틴의 혈장농도 혹은 LDL-콜레스테롤을 저하하고 에 영향을 미치지 않았다.
- 간부전: 아토르바스타틴의 혈장농도는 만성 알콜성간질환(Childs-Pugh class B) 환자의 경우 현저하게(Cmax가 약 16배, AUC가 약 11배) 증가하였다.
- 간염: 이 약의 투여 후 전적성 간염 등의 반응이 나타날 수 있으므로 구역, 구토, 권태감 등의 증상이 발생하는 경우에는 투여를 중지하 고 의사에게 알려야한다.
- 가임여성: 이 약을 투여 받는 가임여성은 이 약물을 투여받는 동안 적절한 피임법을 사용해야 한다.
- 간질성 폐질환: 일부 스타틴계열 약물과 관련하여 특히 장기 투여시 간질성 폐질환과 같은 희귀적인 사례가 보고된 바 있다. 발현되는 양상으로는 호흡곤란, 비정상성 기침 및 일반적인 건강의 악화(피로, 체중감소 및 발열)가 포함될 수 있다. 환자가 간질성 폐질환으로의 발전이 의심될 경우에는 스타틴 약물 치료를 중단하여야 한다.
- 근육병증/횡문근융해 : 미오글로빈뇨에 이차적으로 급성 신부전을 동반하는 횡문근융해가 이 약 및 이 계열의 다른 약물에서 드물게

보고되었다. 신기능 부전에 대한 병력은 횡문근융해 발현(드러냄)의 위험인자가 될 수 있다. 이런 환자들은 골격근 효과에 대한 면밀한 모니터링이 도움이 될 수 있다.

다른 스타틴과 마찬가지로 아토르바스타틴은 때때로 CK가 정상상한치의 10배 이상 증가와 결합된 근육통증 또는 근육약화로 정의되는 근육병증이 나타날 수 있다. 시클로스포린 및 강력한 CYP3A4 억제제(예, 클레리트로마신, 이트라코나졸 및 HIV프로tease 억제제)와 같은 특정한 약물과 아토르바스타틴의 고용량 병용(함께 복용(사용))은 근육병증/횡문근융해의 위험을 증가시킨다. 스타틴 사용과 관련된 자가면역 근육병증인 면역매개성괴사성근육병증이 드물게 보고되었다. 면역매개성괴사성근육병증은 근육위 약 및 혈중 CK의 증가가 나타나며 스타틴 투여 중지 이후에도 그 증상이 지속된다. 또한 근육병증에서 유의한 감명을 동반하지 않는 과다성 근육병증을 보이며 면역억제제 투여 시 증상이 개선된다.

근육통, 확산, 근긴장, 근육허약 그리고/또는 현저한 CK 상승이 있는 환자는 근육병증을 고려해야 한다. 특히 무기력 혹은 열을 동반한 설명되지 않는 근육통, 근긴장, 근육허약이 나타나면 환자는 즉시 보고하도록 환자에게 교육하여야 한다.

이 계열에서 약물치료 동안 근육병증의 위험은 시클로스포린, 피브린산 유도제, 에트리로마신, 클레리트로마신, 텔라프레비르, 보세프레비르, HIV 프로테아제 억제제 병용(함께 복용(사용))요법 (사쿠나비르와 리토나비르, 로피나비르와 리토나비르, 티프라나비르와 리토나비르, 다루나비르와 리토나비르, 포삼프레나비르, 포삼프레나비브와 리토나비르 포함), 니코틴산, 아졸계 항진균제와 병용(함께 복용(사용))투여 시 증가된다. 피브릭산유도제, 혹은 지질변화용량의 니코틴산과 아토르바스타틴의 병용투여를 고려하는 의사는 치료상의 유의성이 위험성을 상회(우울)하는지를 주의깊게 고려하여야 하고, 근육통증, 근긴장, 또는 근육허약(특히, 투여초기 1달 및 두 가지 약물 중 한 약물의 용량증량을 위한 적정기간)과 관련된 증상 및 증후를 주의깊게 모니터링해야 하며 아토르바스타틴의 저용량의 시작용 량 및 유지용량의 감소가 고려되어야 한다. 아토르바스타틴과 류시드산(정구제)은 병용투여하지 않는다. 주어진인 CK 측정의 결과되어 아 하지만, 모니터링이 심각한 근육병증의 발생을 막는다는 확신은 없다.

횡문근융해를 포함한 근육병증의 사례가 이 약과 콜키신과의 병용(함께 복용(사용))투여에서 보고되었고, 이 약과 콜키신과 같이 처방 시 주의가 요구된다.

- 간기능 이상: 다른 지질저하 치료제와 마찬가지로 스타틴은 간기능의 생화학적 이상과 연관되어 있다. 임상시험에서 혈청 아미노전달 효소치의 계속적인 증가(정상상한치(ULN)의 3배 이상 증가가 2번이상 나타나면)가 아토르바스타틴 투여 환자의 0.7%에서 나타났다(10 mg투여군 0.2%, 20mg투여군 0.2%, 40mg투여군 0.6%, 80mg투여군 2.3%).
- 이 약 투여 후 간기능 이상, 황달, 전적성 간염, 간염 또는 이상반응이 나타날 수 있으므로 정기적으로 검사를 실시하는 등 충분히 관찰 하여 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 한다.
- 치료 시작 전 간기능 검사를 해야 하며, 그 이후 임상적으로 간손상의 증후를 보이는 환자의 경우 간기능 검사를 반복하여 실시하여야 한다. 시판후조사에서 스타틴을 투여하는 환자에서 지명적 그리고 비-지명적 간부전(이 드물게 보고되었다. 이 약으로 치료하는 동안 임상적 증상과 함께 중증(심한중상) 간손상 그리고/또는 고빌리루빈혈증 또는 황달이 나타나는 경우, 즉시 치료를 중단한다. 대체 병인(병의 원인)이 발견되지 않는다면 이 약을 다시 투여하지 않아야 한다.
- 아토르바스타틴은 약코콜나졸(다만과복용) 또는 간질환의 병력이 있는 사람의 경우 신중하게 투여하여야 한다. 활동성 간질환 환자 또는 설명되지 않는 혈청트빌로 아마치제와의 상승이 지속되는 환자에는 아토르바스타틴을 투여하지 않는다.
- 내분비 기능: 이 약을 포함한 HMG-CoA 환원효소 억제제에서 HbA1c 및 공복 혈청 당 레벨의 증가가 보고되었다. 그러나, 스타틴계제 의 투여로 인한 혈관위험의 감소의 유의성이 고혈당의 위험성을 상회한다.
- 출혈성 뇌졸중: 관상동맥 심질환의 병력은 없으나 최근 6개월내 뇌졸중이나 일과성 허혈발작을 경험했던 4,731명의 환자를 대상으로 아토르바스타틴 80mg을 시작용량으로 투여한 임상시험에 대한 하나의 임상시험 후 분석(post - hoc analysis)에서, 위약군과 비교하 여 아토르바스타틴 80mg 투여군에서 출혈성 뇌졸중의 발현(드러냄)이 높다는 보고가 있었다(아토르바스타틴 투여군 55명 대 위약군 33명). 이는 임상시험 시작 당시 이미 출혈성 뇌졸중이 있던 환자군에서 그 위험성이 높아진 것으로 보여진다(아토르바스타틴 투여군 7명 대 위약 투여군 2명). 그러나 아토르바스타틴 80mg 투여 환자에서 전체 뇌졸중(265명 대 311명) 발생 빈도와 관상동맥 심질환의 발 생(123명 대 204명)은 위약군 보다 더 적게 나타났다.
- CK 측정: CK는 격심한 운동 후 또는 CK를 증가시키는 다른 요인이 존재하는 경우 측정해서는 안된다. CK가 기저치에서 현저히 상 승한 경우, 이 레벨은 5~7일 안에 결과를 확인하기 위해 재측정해야 한다.
- 이 약 치료 중 특히 권태감 또는 발열을 동반한 근육통증, 알부민, 또는 근육약화가 생기면 즉시 의사에게 알리도록 해야 한다.
- 이 약 투여 중 이러한 증상이 나타날 경우 CK 레벨을 측정해야 한다. 이 레벨이 현저히 상승한 경우(정상상한치(ULN)의 5배 초과) 치 료는 중단되어야 한다.

- 근육중상이 증종이고 매일 불편한 경우, CK레벨이 정상상한치 5배 이하라도 현저 증단을 고려하여야 한다. 증상이 해소되고 CK 레벨이 정상으로 돌아온 경우, 면밀한 모니터링을 하면서 이 약의 재투여 또는 다른 대체 스타틴 도입을 고려해야 한다.
 - 이 약은 임상적으로 CK 레벨의 현저한 상승이 나타난 경우 또는 횡문근융해가 진단되거나 의심될 경우 중단해야 한다.
- 경구피부정맥화후후군(스트리븐스-존슨 증후군), 독성피부괴사증후군(리엔증후군), 다형홍반 : 피부정맥화후후군(스트리븐스-존슨 증후군), 독성피부괴사증후군(리엔증후군), 다형홍반 등의 수포성 발진이 나타났다는 보고가 있다. 이러한 증상이 나타나는 경우 투여를 중단한다.
- 당뇨병: 향후 당뇨병이 발생할 위험성이 있는 몇몇 환자들에서 적절한 당뇨병 치료를 요하는 고혈당증을 유발할 수 있다는 몇 가지 증거가 제시되었다. 그러나 스타틴 제제의 혈관성 위험성 감소과는 이러한 위험성을 상회(우울)하므로 스타틴 치료 중단이 사유가 될 수 없다. 위험성이 있는 환자(공복혈당 5.6~6.9mmol/L, BMD30kg/㎡, 중성지방수치 상승, 고혈압)들은 진료지침에 따라 임상적 및 실험실적 수치 모니터링을 실시해야 한다.

6. 상호작용

- 강력한 CYP3A4 억제제 : 이 약은 CYP3A4에 의하여 대사된다. 강력한 CYP3A4 억제제와 이 약의 병용은 아토르바스타틴의 혈장 농도를 증가시킬 수 있다. 상호작용 범위와 의의 증가는 CYP3A4에 변동성 효과에 의존한다.
(1) 에트리로마신, 클레리트로마신 : 건강인의 경우 아토르바스타틴과 CYP3A4 억제제로 알려진 에트리로마신(1일 4회 500mg) 또는 클레리트로마아신(1일 2회, 1일 500mg)과 병용(함께 복용(사용))시 아토르바스타틴 혈장농도가 증가하였다. 그러므로 클레리트로 마이신을 투여하는 환자에게 이 약 20mg 이상을 투여하는 경우 주의해야 한다.
- 프로테아제 억제제와의 병용(함께 복용(사용)) : 아토르바스타틴 AUC는 이 약 단독투여와 비교하여 간염C 프로테아제 억제제 텔라프 레비르와 마찬가지로 몇몇 HIV 프로테아제 억제제와 이 약의 병용(함께 복용(사용)) 투여로 현저하게 증가되었다. 그러나 HIV 프 로테아제 억제제 티프라나비르와 리토나비르 병용(함께 복용(사용))요법 또는 간염C 프로테아제 억제제 텔라프레비르를 투여하는 환 자에게 이 약의 병용(함께 복용(사용))은 피해야 한다. HIV 프로테아제 억제제 로피나비르와 리토나비르 병용(함께 복용(사용)) 요법으로 투여하는 환자에게 이 약을 처방할 때 주의하여야 하고 가장 낮은 용량을 사용해야 한다. HIV 프로테아제 억제제 사쿠나비르와 리토나비르 병용(함께 복용(사용))요법, 다루나비르와 리토나비르 병용(함께 복용(사용))요법, 포삼프레나비르, 또는 포삼프레나비르와 리토나비르를 병용(함께 복용(사용))요법으로 투여받는 환자에는, 이 약 용량이 20mg을 넘어서는 안되며 주의하여 사용해야 한다. 텔라프레비르 투여 받는 HIV 환자에서, 이 약의 치료는 40mg을 제한하고, 이 약의 필요 최소 용량이 저용될 수 있게 적절한 임상평가가 권장된다. 보 세프레비르 800mg, 1일 3회와 이 약 40mg, 1일 1회를 7일간 병용(함께 복용(사용))투여시 이 약의 AUC, Cmax는 각각 2.30배, 2.66 배 증가하였다. 보세프레비르를 투여받는 환자는 이 약 용량이 1일 40mg을 초과해서는 안된다.
- 이트라코나졸 : 아토르바스타틴 AUC는 이트라코나졸 200mg과 이 약 40mg 병용(함께 복용(사용)) 투여로 현저하게 증가되었다. 그러 므로 이트라코나졸을 투여받는 환자에서 이 약 20mg 이상을 투여하는 경우 주의해야 한다.
- 이 약은 P-글리코프로테인의 기질이므로 P-글리코프로테인의 저해제(예, 시클로스포린)와 병용투여시 이 약의 생체 이용율을 증가시 켜 근질환과 같은 이상반응의 위험성을 증가시킨다.
- 이 약을 CYP3A4 억제제(시클로스포린, 다마로라이드계 항생제 및 아졸계 항진균제)와 투여할 경우 이 약의 혈장농도가 증가할 수 있 으므로 신중하게 투여하여야 한다.
- 리팜피신 또는 다른 CYP3A4 유도제 : 이 약을 CYP3A4 유도제와 병용(함께 복용(사용)) 투여시(예, 에파비렌즈, 리팜피신) 아토르바스 타틴의 혈청 농도를 감소시킬 수 있다. 리팜피신의 이중 상호작용의 기전 때문에(CYP3A4 유도 및 hepatocyte uptake transporter OATP1B1 억제), 아토르바스타틴과 리팜피신을 병용(함께 복용(사용)) 투여하는 경우 동시에 투여하는 것이 권장되며, 리팜피신 투여 후 아토르바스타틴을 늦게 투여하면 아토르바스타틴의 혈청 농도가 유의하게 감소한다.
- 이 약과 혈당강화제 또는 혈당강화제 또는 에스트로겐 대체요법과 병용(함께 복용(사용))한 임상연구에서 임상적으로 유의할 만한 상호 작용은 관찰되지 않았다. 아직 모든 포비한 제제와의 상호작용에 대해 연구된 것은 아니다.
- 약물수송체 저해제 : 아토르바스타틴과 그 대사체는 OATP1B1수송체의 기질이다. OATP1B1 저해제(예, 시클로스포린)는 아토르바스타틴의 생체이용율을 증가 시킬 수 있다. 그 대사체는 OATP1B1수송체의 기질이다. 5.2mg/kg/day의 병용(함께 복용(사용))투여는 아토르바 스타틴의 AUC를 8.7배 증가시켰다. 아토르바스타틴을 시클로스포린과 병용(함께 복용(사용))투여시 아토르바스타틴의 투여용량은 10 mg을 초과해서는 안된다.
- 디곡신 : 아토르바스타틴 10mg과 디곡신을 수회용량 병용(함께 복용(사용)) 시 항정상태의 혈청 디곡신의 농도는 영향을 받지 않는다. 그 러나 80mg 아토르바스타틴을 디곡신과 수회용량 병용(함께 복용(사용)) 투여 후 항정상태의 혈청 디곡신 농도는 약 20%정도 증가되 나, 디곡신 투여 환자의 경우 적절한 모니터링을 하여야 한다.
- 경구피임제 : 노르에티스테르 및 에티닐에스트라디올을 함유하는 경구피임제와 이 약의 병용투여시 노르에티스테르 및 에티닐에스트 라디올의 AUC가 약 30%, 20%씩 각각 증가하였다. 따라서, 아토르바스타틴을 투여받는 여성이 경구피임제 선택시 이 사항을 고려하여 야 한다.
- 콜레스테롤 : 콜레스테롤과 병용(함께 복용(사용))투여시 아토르바스타틴의 혈장농도가 약 25%정도 낮아졌다. 그러나 이 약물들은 단독 으로 투여하는 경우보다 아토르바스타틴과 콜레스테롤을 병용(함께 복용(사용))투여하는 경우 LDL-콜레스테롤을 저하하고는 증가하였다.
- 제산제 : 이 약과 수산화마그네슘 그리고 수산화알루미늄을 함유하는 경구용 제산제(antacid) 형태(콜레와 병용(함께 복용(사용))투여시 아토르바스타틴 혈장농도가 약 35% 정도 감소하였다. 그러나 LDL-콜레스테롤의 감소에는 영향이 없었다.
- 와로파린 : 아토르바스타틴과 와로파린과의 상호작용에 관한 연구가 진행되었다. 그러나 임상적으로 유의적인 상호작용은 없었다.
- 안티피린 : 이 약과 안티피린의 수회 용량 병용(함께 복용(사용))투여는 안티피린의 정소율에 거의 영향을 미치지 않으므로 같은 CYP- 450 동종효소를 공유하여 대사되는 약제들과의 상호작용은 기대되지 않는다.
- 시메티딘 : 시메티딘과 이 약의 상호작용과에서 상호작용은 확인되지 않았다.
- 아지트로마신 : 아토르바스타틴(1일 1회 10mg)과 아지트로마신(1일 1회 500mg)의 병용(함께 복용(사용))투여는 아토르바스타틴의 혈장농도에 영향을 주지 않았다.
- 알로디린 : 건강한 자에게에 대한 약물-약물 상호작용시험에서 아토르바스타틴 80mg과 알로디린 10mg 병용(함께 복용(사용))투여시 아 토르바스타틴의 노출이 18% 증가하였으나, 임상적으로 의미있는 결과는 아니었다.
- 테르페나딘 : 아토르바스타틴과 테르페나딘의 병용(함께 복용(사용))투여시 테르페나딘의 약물동태에 임상적으로 유의적인 영향이 없었다.
- 딜티아졸 : 아토르바스타틴(40mg)과 딜티아졸(240mg)을 병용(함께 복용(사용)) 투여시 아토르바스타틴 의 혈청 농도가 더 높게 나타났다.
- 자몽주스 : 자몽주스는 허니마우스의 CYP3A4를 억제하는 성분을 함유하고 있으며, 이는 자몽주스 섭취량이 지나칠 경우(하루 1.2L이 상) 아토르바스타틴의 혈청 농도를 증가시킬 수 있다.
- 류시드산(정구제) : 비록 아토르바스타틴과 류시드산의 약물상호작용에 대한 시험은 실시되지 않았지만, 이 두 약물을 병용(함께 복용(사용))투여한 시판 후 경험에서 횡문근융해와 같은 중증(심한중상)의 근육이상이 보고되었다. 이런 환자는 면밀히 모니터링하여야 하 고, 아토르바스타틴 투여를 일시적으로 중단한다.
- 니코틴산 : 니코틴산과 병용(함께 복용(사용))하는 경우 골격근 효과의 위험이 증가될 수 있으므로 이 약의 감량을 고려해야 한다.
- 콜키신 : 비록 아토르바스타틴과 콜키신의 약물상호작용에 대한 시험은 수행되지 않았지만, 횡문근융해를 포함한 근육병증의 사례가 이 약과 콜키신과의 병용(함께 복용(사용))투여에서 보고되었고, 이 약과 콜키신과 같이 처방 시 주의가 요구된다.
- 젬피프로질과 HMG-CoA 환원효소 억제제는 젬피프로질과 병용(함께 복용(사용)) 시 증가된 근육병증/횡문근융해 위험으로 인해, 젬 피프로질과 이 약의 병용(함께 복용(사용))은 피해야 한다.
- 기타 : 임상시험에서 아토르바스타틴을 혈당강화제 및 에스트로겐 대체요법 약물들과 임상적으로 유의한 상호작용 없이 병용(함께 복 용(사용))투여 되었다. 특정 약물과의 약물상호작용에 대한 연구는 시행되지 않았다.
- 다른 피브레이트계 약물 : 다른 피브레이트계 약물과 병용(함께 복용(사용))투여해야 할 때 근병증 위험이 있다고 알려져 있기 때문에 주의 하여 투여해야 한다.

7. 임부 및 수유부에 대한 투여

- 이 약의 임신 중 사용은 금기이다. 가임여성들은 적절한 피임방법을 구하여야 한다. 이 약은 임신할 가능성이 없는 경우 및 태아에 대한 잠재적 위험성을 알려진 후에만 가임 연령의 여성에게 투여한다.
- 이 약의 수유 중 사용은 금기이다. 이 약이 모유 중으로 분비되는지에 대해서는 알려져 있지 않다. 수유중인 유아에 이상반응이 나타날 수 있으므로, 아토르바스타틴을 복용중인 여성은 수유를 해서는 안 된다.

8. 소아에 대한 투여

- 18세 미만의 소아에 대하여 52주 이상 투여기간 동안의 안전성-유효성은 연구되지 않았으며, 심혈관계 결과에 대한 장기적인 영향은 알려지지 않았다.

2. 소아환자에 관한 약학적 자료는 없다.

9. 고령자(노인)에 대한 투여

65세 이상의 건강한 노인의 경우 아토르바스타틴의 혈장농도는 젊은 성인군에 비해 더 높게 나타났으나(Cmax 40%증가, AUC 30%증가), LDL-콜레스테롤을 저하하고는 젊은 성인군과 유사하였다.

고령자(노인)는 심근병증에 취약하므로, 이 약은 고령자(노인)에게 주의하여 처방해야 한다.

10. 광광투여시의 처리

아토르바스타틴 광광복용에 적용할 수 있는 특별한 처리방법은 없다. 광광복용 시 환자는 반드시 증상적으로 치료하여야 하며 필로씨 대 조요법(증상별로 치료하는 방법)을 시행하여야 한다. 간기능 검사 및 혈청 CK치를 모니터링하여야 한다. 광범위하게 혈장단백 결합을 하 기 때문에 혈액투석은 아토르바스타틴의 정소율을 유의하게 증가시키지 않는다.

11. 보관 및 취급상의 주의사항

- 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.
- 의약품을 원래 용기에서 꺼내어 다른 용