

|                                                    |                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <div><div></div><span><b>리피탐정</b>10mg</span></div> | <div><div></div><span><b>전문의약품</b></span></div>  |
| <div><div></div><span>(아토르바스타틴칼슘수화물)</span></div>  | <div><div></div><span><b>동맥경화증제</b></span></div> |
|                                                    |                                                  |

|                                                                  |         |
|------------------------------------------------------------------|---------|
| <div><div></div><span><b>【원료약품 및 그 분량】</b> - 1정 중 -</span></div> |         |
| 아토르바스타틴칼슘수화물(별규).....                                            | 10.85mg |
| (아토르바스타틴으로서 10mg)                                                |         |

【성 성】 흰색의 타원형 필름코팅정

- 【효능·효과】
- 다수의 심혈관계 질환에 대한 위험성 감소
1) 관상동맥 심질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 관상동맥 심질환의 다중위험요소(55세 이상, 흡연, 고혈압, 낮은 HDL-콜레스테롤치 또는 조 기 관상동맥 심질환의 가족력 등)가 있는 성인 환자의 가. 심근경색증에 대한 위험성 감소
나. 뇌졸중에 대한 위험성 감소
다. 혈관재상술 및 만성 안정형 협심증에 대한 위험성 감소
2) 관상동맥 심질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 관상동맥 심질환의 다중위험요소(만약병증, 일부민노, 흡연, 또는 고혈압 등)가 있는 제2형 당뇨병 환자의 가. 심근경색증에 대한 위험성 감소
나. 뇌졸중에 대한 위험성 감소
3) 관상동맥 심질환에 대한 임상적 증거가 있는 성인 환자의 가. 비치명적 심근경색증에 대한 위험성 감소
나. 치명적 및 비치명적 뇌졸중에 대한 위험성 감소
다. 혈관재상술에 대한 위험성 감소
라. 총혈색성수분으로 인한 입원에 대한 위험성 감소
마. 협심증에 대한 위험성 감소
  - 원발성 고콜레스테롤혈증(이형집합 가족형 및 비가족형) 및 복합형(혼합형) 이형집합혈증(Fredrickson Type IIa 및 IIb형) 환자의 상승된 총 콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, 아포-B 단백질, 트리글리세라이드 수치를 감소시키고 HDL-콜레스테롤치를 증가시키는 식이요법의 보조제
  - 혈청 트리글리세라이드가 상승된 환자(Fredrickson Type IV)의 식이요법 보조제
  - 식이요법에 적절히 반응을 하지 않는 원발성 이상베타리포단단단혈증(Fredrickson Type II)
  - 동형집합 가족형 고콜레스테롤혈증 환자의 총 콜레스테롤, LDL-콜레스테롤치를 감소시키기 위해 다른 지질저하제에, LDL-apheresis)와 병용하여, 이런 지질저하제로의 치료가 불가능한 경우
  - 식이요법에 불구하고 여전히 아래의 기준에 해당하는 이형집합 가족형 고콜레스테롤혈증을 가진 만10세~만17세의 소아환자(여성의 경우 초경 이후의 환자)의 총콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, 아포-B 단백질 수치를 감소시키는 식이요법의 보조제
가. LDL-콜레스테롤이 여전히 190 mg/dL 이상 (≥ 190 mg/dL) 이거나,
나. LDL-콜레스테롤이 여전히 160 mg/dL 이상 (≥ 160 mg/dL) 이고, 조 기 심혈관 질환의 가족력이 있는 경우 또는 해당 소아환자에서 두 가 지 이상의 다른 심혈관계 질환의 위험인자가 있는 경우

#### 【용법·용량】

아토르바스타틴을 투여전 및 투여중인 환자는 표준 콜레스테롤 저하식을 하여 하며, 하루 중 아무때나 음식물과 상관없이 투약할 수 있다.

- 원발성 고콜레스테롤혈증(이형집합 가족형 및 비가족형) 및 복합형(혼합형) 이형집합혈증 환자(Fredrickson Type IIa 및 IIb형)
이 약의 권장 초회 용량은 1일 1회 10 mg이나, 더 많은 LDL-콜레스테롤치 감소가 요구되는 환자의 경우 1일 1회 20 mg 또는 40 mg (45% 이상의 LDL-콜레스테롤치 감소가 요구될 때는 경우에 한함)으로 시작할 수 있다.
이 약은 1일 1회 10 mg ~ 80 mg의 용량범위로 투여하며, 하루 중 아무때나 음식물과 상관없이 투여할 수 있다.
이 약의 초회용량 및 유지용량은 치료목표 및 반응 등을 고려하여 환자의 특성에 따라 개별화되어야 하며, 투여시작 및/또는 용량적정 후, 2 ~ 4주 안에 지질수치 들을 분석하고, 이에 따라 용량을 조정해야 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 지료반응을 모니터링하기 위해 총콜레스테롤 수치를 사용한다.
- 이형집합 가족형 고콜레스테롤혈증 소아환자 (만10세~만17세)
권장 초회용량은 1일 10 mg이며, 권장 최대용량은 1일 20 mg이다. (소아 환자에게서 20 mg보다 고용량을 투여한 임상자료는 없다.) 투여용량은 개 개의 환자에게 권장되는 치료목표에 따라 적절히 증가한다. 용량은 4주 또 는 그 이상의 간격을 두고 조절하여야 한다.
- 동형집합 가족형 고콜레스테롤혈증 환자
이 약의 투여용량은 1일 1회 10 mg ~ 80 mg으로, 다른 지질저하 치료법(예, LDL apheresis)과 병행하거나, 이런 지질저하 치료법이 불가능한 경 우에 이 약을 투여한다.
- 신부전환자:
신부전질환은 아토르바스타틴의 혈장농도나 LDL-콜레스테롤 저하효과에 영향을 미치지 않으므로 용량을 조절할 필요가 없다.
- 노인환자:
70세 이상의 노인 환자군에 대한 유효성과 안전성은 보통 성인 환자군 의 경우와 유사하다.

#### 【사용상의 주의사항】

- 경고
현저한 크레아티닌아제(CK) 레벨 상승이 나타나거나 근육병증으로 진단되거나 의심되는 경우 아토르바스타틴 치료를 중단해야 한다. 또한 급성 및 심각하게 여겨지는 근육병증 또는 횡문근융해에서 이차적으로 신부전으로 발전할 수 있는 위험요소(예, 중증 금강삼염, 저혈압, 주요 외과수술, 외상, 중증 대사, 내분비, 전해혈 장애 및 저체중)에 있는 간 집)를 갖는 환자는 아토르바스타틴 치료를 일시적으로 보류 또는 중단 해야 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 아마노전달효소의 상승이 정상상한치의 3배 이상 상승된 환자
- 간질환 환자
- 일부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성 및 수유부
- 10세 미만의 소아
- 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해효소 결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(galactose-galactose malabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다.(유당함유 제제에 한함)

#### 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.
(1) 신기능 손상 또는 신장애 병력이 있는 환자
(2) 갑상선기능저하증 환자
(3) 유전성 근육이상의 개인병력 또는 가족력이 있는 환자
(4) 스타틴제열이나 피브레이트(fibrate)계열 사용자 근육 독성의 병력이 있는 환자
- 간질환의 병력 또는 상당량의 알코올을 섭취하는 경우
- 70세를 초과하는 고령자도 횡문근융해의 소인이 있는 환자

#### 4. 이상반응

- 아토르바스타틴은 일반적으로 내약성이 좋다. 이상반응은 대체로 경미하고 일시적이었다. 이 약과 연관된 이상반응으로 인하여 임상시험 중 투여를 중단한 사례는 2% 미만의 환자에서 발생하였다. 아토르바스타틴에 대한 위약 대조 임상시험에서 16,066명의 환자가(약 투여군 8,756명 대 위약 투여군 7,311명)가 중앙값 53주의 기간 동안 약물을 투여 받았으며, 위약 투여군의 4.0 %와 아토르바스타틴 투여군의 5.2 %에서 이상반응으로 인해 투여를 중단하였다.
- 임상시험 및 시판후 조사에 기초하여 이 약의 이상반응은 다음과 같다. 이상반응에 대한 발현빈도는 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)
(1) 전신 : 때때로 무력감, 권태감, 기승통증, 말초부종, 피로, 발열
(2) 감염 : 자주 코인두염
(3) 대장계 : 자주 고혈당증, 때때로 저혈당증, 체중증가, 식욕부진
(4) 소화기계 : 자주 변비, 복부팽만감, 소화불량, 구역, 설사, 때때로 복

- 통, 구토, 트림, 헤장염
(5) 호흡기계 : 자주 인두 · 후두 통증, 코피
(6) 정신계 : 때때로 불면증, 악몽
(7) 신경계 : 자주 두통, 때때로 어지러움, 지각이상, 감각저하, 말각이상, 기억상실, 드물게 말초신경병증
(8) 근골격계 및 결합조직 : 자주 근육통, 관절통, 사지통, 근 · 골격계 통증, 근육경련, 관절경화, 등통증, 때때로 목통증, 근육파괴, 파열에 의한 합병증, 드물게 근육병증, 근육염, 횡문근융해, 혈종장애, 빈도불응-면역매개성 괴사성 근육병증
(9) 혈액 및 림프계 : 드물게 혈소판감소증
(10) 면역계 : 자주 알레르기 반응, 매우 드물게 아나필락시스
(11) 간 · 담도계 : 때때로 간염, 드물게 담낭정체, 매우 드물게 간부전
(12) 눈 : 때때로 시야흐림, 드물게 시각장애
(13) 귀 : 때때로 이명, 매우 드물게 청력소실
(14) 피부 및 피하조직 : 때때로 두드러기, 피부발진, 가려움, 탈모, 혈관부종, 드물게 혈관신성성 부종, 다형홍반을 포함한 물집피부염, 피부부적응성후천(스티븐스-존슨 증후군), 독성피피괴사용해(리델증후군)

- (15) 생식기계: 매우 드물게 여성형 유방
(16) 기타 : 자주 간기능 검사이상, 혈중 CK 증가, 때때로 요중 백혈구 양성
- 아토르바스타틴 위약대조 임상연구 중 다음과 같은 추가 이상반응이 나타났다. 아래에 기술된 모든 이상반응이 아토르바스타틴과 인과관계가 있는 것은 아니다.
(1) 정신계 : 악몽
(2) 눈 : 시야 흐림
(3) 귀 : 이명
(4) 소화기계 : 구토, 복부 이상, 간염, 췌장염, 담즙울체, 담즙울체성 황달, 간기능 검사치이상(혈청 ALT 수치의 상승), 위장염, 장염, 입 안건조, 직장출혈, 식도염, 트림, 설염, 구강궤양, 구내염, 담낭염, 구수염, 위 · 십이지장궤양, 연하곤란, 흑색변, 치은출혈, 이급수증(배설 뒤 남는 통증)

- (5) 호흡기 : 기관지염, 비염, 폐렴, 호흡곤란, 천식, 코피
(6) 신경계 : 감각이상(지각이상), 말초신경병증, 현기증, 광민감반응, 졸음, 건망증, 비정상감, 성상감각, 감정불안증, 운동협조실조, 사경, 안면마비, 과운동증, 우울증, 긴장환진
(7) 근골격계 및 결합조직 : 근육경련, 근육파괴, 근통, 관절통, 관절염, 정맥관염, 건협박염, 근육력증, 근육통증, 목의 통증, 건구욕, CK 상승, 혈중 미오글로빈상승
(8) 피부 및 피하조직 : 가려움, 발진, 탈모증, 점측성피부염, 피부건조, 발한, 여드름, 두드러기, 습진, 지루, 피부궤양
(9) 대변생식기계 : 발기불능, 요로감염, 빈뇨, 방광염, 혈뇨, 배뇨곤란, 신장결석, 이각노, 부고환염, 유방성선암, 질출혈, 일부민노, 유방 비대, 자궁경부 보비물, 신장염, 요실금, 요저류, 급박보, 비정상 사정, 자궁출혈, 착색보
(10) 대사 및 영양장애 : 저혈당증, 고혈당증, 식욕부진, 식욕증진
(11) 전신이상 및 투여부위 이상 : 권태감, 맥관신경성 부종, 홍통, 혈심증, 안면부종, 열, 경부강직, 전신부종
(12) 특수감각 : 악시, 이명, 안구건조, 굴절이상, 안출혈, 청각상실, 녹내장, 착후각, 마각상실, 마각각증
(13) 혈액 및 림프계 : 혈소판감소증, 백혈구감소, 빈혈
(14) 내분비계 : 테스토스테론 저하, 코르티코스테라제 상승, TSH 상승, ACTH 상승, 알도스테론 저하, 여성형 유방
(15) 신장 : 칼륨상승, BUN상승
(16) 기타 : 뇌경색, 심계항진, 빈맥
(17) 검사 : 소변 중 백혈구 양성
- 소아환자 (10세 ~ 17세)(아토르바스타틴정제 10, 20 mg에 해당)
이형집합 가족형 초혈증증을 가진 10 ~ 17세 소아환자를 대상으로 한 6개월 동안의 임상시험에서 나타난 이상반응 프로파일은 일반적으로 위약군에서 나타난 것과 유사하였다. 약물과의 인과관계와 상관없이 약 중증 모두에서 가장 흔하게 나타난 이상반응은 감염이었다.
- 혈청 CK 수치(정상범위의 3배 이상)의 증가를 보인 경우는 임상연구에서 다른 HMG-CoA 환원효소 억제제에 비해 3.1% 발생했으나 비하여 아토르바스타틴은 2.5% 발생하였다. 정상치 정상범위의 10배 이 상의 수치를 보인 경우는 아토르바스타틴 투여 환자 중 0.4 %에서 나타났다. 이 환자 중 0.1 %는 근육통, 민감성(tenderness) 또는 쇠약 증 등을 보였다.
- 국내에서 시판후 6년동안 실시한 사용성적 조사결과는 다음과 같다.
(1) 일반사용성적조사 : 11,535명을 대상으로 실시한 시판후 조사결과 이상반응의 발현빈도들은 인과관계와 상관없이 1.78 %[205례/11,535례]로 보고되었다. 이중 시판전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응으로 과중성지방혈증 7례, 안면홍조 4례, 비단백질소증가, 고요산혈증이 각각 3례, 치은비후 1례 보고되었다.
(2) 장기사용성적조사 : 12주 이상 이 약을 복용한 2,625명을 대상으로 실시한 시판후 장기조사결과 이상반응의 발현빈도들은 인과관계와 상관없이 3.70 %[97례/2,625례]로 보고되었다. 이중 시판전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응으로 고요산혈증 7례, 안면홍조, 저체온증, 비단백질소증가가 각각 1례씩 보고되었다.
- 일부 스타틴계열 약물과 관련하여 다음과 같은 이상반응이 보고된 바 있다.
(1) 정신신경계 : 수면장애(불면 및 악몽 포함), 기억상실, 우울
(2) 호흡기계 : 특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 예외적 사례
(3) 비노생식기계 : 성적 기능이상
(4) 내분비계 : 당뇨병 : 빈도는 위험인자 존재여부에 따라 다르다. (공복혈당 5.6~6.9 mmol/L, BMI)30kg/㎡, 중성지방수치 상승, 고혈압)
(5) 스타틴 사용과 관련하여 시판 후 인지장제가 드물게 보고되었다. (예, 기억력감퇴, 건망증, 기억상실증, 기억장애, 혼동) 이러한 인지장애는 모든 스타틴 계열 약물에서 보고되었다. 이러한 보고들은 일반적으로 심각하지 않고 증상 지속후 후 기억력회복, 증상 발생 시점(일주일~수 년) 및 증상개선(증간값이 3주)은 편차이 있다.

- 국내 자발적 위약대조 보고자료(1989~2013년)를 분석한 결과, 유해 사례가 보고된 다른 의약품에서 발생한 유해사례에 비해 통계적으로 유의하게 많이 보고된 유해사례는 다음과 같이 나타났다. 다만, 이로 시 곧 해당성분과 다음의 유해사례 간에 인과관계가 입증된 것을 의미하는 것은 아니다.
· AST증가
- 일반적 주의
(1) 성별 : 여성의 경우 아토르바스타틴의 농도는(Cmax)는 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-콜레스테롤 저하효과에 영향을 미치지 않았다.
- 간부전 : 아토르바스타틴의 혈장농도는 만성 알콜성간질환(Child-Pugh Class B) 환자의 경우 현저하게(Cmax가 약 16배, AUC가 약1배) 증가하였다.
- 간염 : 이 약의 투여 후 전격성 간염 등의 간염이 나타날 수 있으므로 구역, 구토, 권태감 등의 증상이 발생하는 경우에는 투여를 중지하고 의사에게 알려야한다.
- 가임여성 : 이 약을 투여 받는 가임여성은 이 약물을 투여받는 동안 적절한 피임법을 사용해야 한다.
- 간질성 폐질환 : 일부 스타틴계열 약물과 관련하여 특히 투여시 간질성 폐질환과 같은 이례적인 사례가 보고된 바 있다. 발현되는 임상으로는 호흡곤란, 비생산성 기침 및 일반적인 건강의 악화(피로, 체중 감소 및 발열)가 포함될 수 있다. 환자가 간질성 폐질환으로의 발현이 의심될 경우에는 스타틴 약물 치료를 중단하여야 한다.
- 근육병증/횡문근융해 : 미오글로빈혈증에 이차적으로 급성 신부전을 동반하는 횡문근병증에 대해 병력이 있고/또는 현저한 CK 상승이 있는 환자는 근육병증을 고려해야 한다. 특히 무거운 혹은 열을 동반한 수영 도지 등은 근육통, 긴장감, 근육허약이 나타나는 환자는 즉시 보고하도록 환자에게 교육하여야 한다.
이 계열에서 약물치료 동안 근육병증의 위험은 시룰로소포린, 피브린 이 계열에서 약물치료 후 근육병증의 위험은 시룰로소포린, 피브린 산 유도체, 에트리트로마신, 클레라트로마신, 텔라프레비르, 보세프 레비르, HIV 프로테아제 억제제 병용요법 (사쿠나비르와 리토나비르, 로피나비르와 리토나비르, 티프라나비르와 리토나비르, 다루나비르와 리토나비르, 포스프레나비르, 포스포프나비르와 리토나비르 포함), 니코틴산, 아졸계 항진균제와 병용되어 사용된다. 피브린산비르, 혹은 이 지질변화용량의 니코틴산과 아토르바스타틴의 병용투여를 고려하는 의사는 치료상의 유의성이 위험성을 상화하는지를 주의깊게 고려

- 허여야 하고, 근육통증, 근긴장 또는 근육허약(특히, 투여초기 1달 및 두 가지 약물 중 한 약물의 용량증량을 위한 적정기간)과 관련된 증 상 및 증후를 주의깊게 모니터링해야 하며 아토르바스타틴의 저장용량의 시작용량 및 유지용량의 감소가 고려되어야 한다. 주기적인 CK치 측정이 고려되어야 하지만, 모니터링이 심각한 근육병증의 발생을 막는다는 확신은 없다.
횡문근융해를 포함한 근육병증의 사례가 이 약과 콜키신과의 병용투여에서 보고되었고, 이 약과 콜키신과 같이 처방 시 주의가 요구된다.
- 간기능 이상 : 다른 지질저하 치료제와 마찬가지로 스타틴은 간기능의 생화학적 이상과 연관되어 있다. 임상시험에서 혈청 아마노전달효소의 계속적인 증가(정상상한치(ULN)의 3배 이상 증가가 2번이상 나타났다)가 아토르바스타틴 투여 환자의 0.7 %에서 나타났다(10 mg 투여군 0.2 %, 20 mg투여군 0.2 %, 40 mg투여군 0.6 %, 80 mg 투여군 2.3%).
이 약 투여 후 간기능 이상, 황달, 전격성 간염, 간염 등의 이상반응이 나타나 수 있으므로 정기적으로 검사를 실시하는 등 충분히 관찰하여 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 한다. 치료 시작 전 간기능 검사를 해야 하며, 그 이후 임상적으로 간손상의 징후를 보이는 환자의 경우 간기능 검사를 반복하여 실시하여야 한다. 시판후조사에서 스타틴을 투여하는 환자에서 치명적 그리고 비-치명적 간부전이 드물게 보고되었다. 이 약으로 치료하는 동안 임상적 증상과 함께 중증 간손상 그리고/또는 고빌리루빈혈증 또는 황달이 나타나는 경우, 즉시 치료를 중단한다. 대체 병인이 발견되지 않는다면 이 약을 다시 투여하지 않아야 한다.
아토르바스타틴은 알코올남용자(과다복용자) 또는 간질환의 병력이 있는 사람의 경우 신중하게 투여하여야 한다. 활동성 간질환 환자 또는 설명되지 않는 혈청트랜스 아마니체치의 상승이 지속되는 환자에는 아 토르바스타틴을 투여하지 않는다.
- 내분비 기능 : 이 약을 포함한 HMG-CoA 환원효소 저해제에서 HbA1c 및 공복 혈청 당 레벨의 증가가 보고되었다. 그러나, 스타틴계열의 투여로 인한 혈관위험의 감소의 유의성이 고혈당의 위험성을 상화한다.
- 출혈성 뇌졸중 : 관상동맥 심질환의 병력은 없으나 최근 6개월내 뇌졸중이나 일과성 허혈발작을 경험했던 4,731명의 환자를 대상으로 아 토르바스타틴 80 mg을 시작용량으로 투여한 임상시험에 대한 하나의 임상시험 후 분석(post - hoc analysis)에서, 위약군과 비교하여 아 토르바스타틴 80 mg 투여군에서 출혈성 뇌졸중의 발현이 높다는 보고가 있었다(아토르바스타틴 투여군 55명 대 위약군 33명). 이는 임상시험 당시 당시 이미 출혈성 뇌졸중이 있던 환자군에서 그 위험성이 높 아진 것으로 보여진다(아토르바스타틴 투여군 7명 대 위약 투여군 2 명). 그러나 아토르바스타틴 80 mg 투여 환자에서 전체 뇌졸중(265 명 대 311명) 발생 빈도와 관상동맥 심질환의 발현빈도(23명 대 204명)은 위약군 보다 더 적게 나타났다.
- CK치 측정 : CK는 근육인 운동 후 또는 CK치를 증가시키는 다른 요인이 존재하는 경우 측정해서는 안된다. CK치가 기저치에서 현저 히 상승한 경우, 이 레벨은 5 ~ 7일 안에 결과를 확인하기 위해 재 측정해야 한다.
- 이 약 치료 중 특히 권태감 또는 발열을 동반한 근육통증, 압통 또는 근육약화가 생기면 즉시 의약가에 알리도록 해야 한다.
이 약 투여 중 이러한 증상이 나타나면 경우 CK 레벨을 측정해야 한 다. 이 레벨이 현저히 상승한 경우[정상상한치(ULN)의 5배 초과] 치 료는 중단되어야 한다.
근육중상이 증종이고 매일 불편한 경우, CK 레벨이 정상상한치 5배 이하라도 치료 중단을 고려해야 한다.
중상이 해소되고 CK 레벨이 정상으로 돌아온 경우, 면밀한 모니터 링을 하면서 이 약의 재투여 또는 다른 대체 치료 도입을 고려 해야 한다.
이 약은 임상적으로 CK 레벨의 현저한 상승이 나타난 경우 또는 횡문 근육이 진단되거나 의심될 경우 중단해야한다.
- 피부점막안종후군(스티븐스-존슨 증후군), 독성피피괴사용해(리델증 후군), 다형홍반 : 피부점막안종후군(스티븐스-존슨 증후군), 독성피 피괴사용해(리델증후군), 다형홍반 등의 수포성 발진이 나타났다는 보 고가 있다. 이러한 증상이 나타나는 경우 투여를 중단한다.
- 당뇨병 : 향후 당뇨병이 발생할 위험성이 높은 몇몇 환자들에서 적 절한 당뇨병 치료를 요하는 과혈당증을 유발할 수 있다는 몇 가지 증 거가 제시되었다. 그러나 스타틴 제제의 혈관성 위험성 감소효과는 이 러한 위험성을 상화하므로 스타틴 치료 중단/의 사유가 될 수 없다. 위험성이 있는 환자(공복혈당 5.6~6.9 mmol/L, BMI)30kg/㎡, 중성지 방수치 상승, 고혈압)들은 진료지침에 따라 임상적 및 실험실적 수치 모니터링을 실시해야 한다.

#### 6. 상호작용

- 강력한 CYP3A4 억제제 : 이 약은 CYP3A4에 의하여 대사된다. 강력한 한 CYP3A4 억제제와 이 약의 병용은 아토르바스타틴의 혈장 농도를 증가시킬 수 있다. 상호작용 범위와 효과의 증가는 CYP3A4에 변동 성 효과에 의존한다.
(1) 에트리트로마신, 클레라트로마신 : 건강인의 경우 아토르바스타틴과 CYP3A4 억제제로 알려진 에트리트로마신(1일 4회 500 mg) 또는 클레라트로마신(1일 2회, 1일 500 mg)과 병용시 아토르바스타틴 혈장농도가 증가하였다. 그러므로 클레라트로마신 또는 클레라트로마신을 투여하는 환자에서 이 약 20 mg 이상을 투여 하는 경우 주의해야 한다.
(2) 프로테아제 억제제와의 병용 : 아토르바스타틴 AUC는 이 약 단독 투여와 비교하여 간염C 프로테아제 억제제 텔라프레비르와 마찬가지로 몇몇 HIV 프로테아제 억제제와 이 약의 병용 투여로 현저하 게 증가되었다. 그러므로 HIV 프로테아제 억제제 티라나비르와 리토나비르 병용요법 또는 간염C 프로테아제 억제제 텔라프레비르를 투여하는 환자에게 이 약의 병용은 피해야 한다.
HIV 프로테아제 억제제 로피나비르와 리토나비르 병용요법으로 투여하는 환자에게 이 약을 처방할 때 주의하여야 하고 가장 낮은 용량을 사용해야 한다. HIV 프로테아제 억제제 사쿠나비르와 리토나비르 병용요법, 다루나비르와 리토나비르 병용요법, 포스프 레나비르, 또는 포스프레나비르와 리토나비르를 병용요법으로 투 여받는 환자에는, 이 약 용량이 20 mg을 넘어서는 안되며 주의하 여 사용해야 한다.
네플리나비르를 투여받는 HIV 환자에서, 이 약의 치료는 40 mg을 제한되고, 이 약의 필요 최소 용량이 적용될 수 있게 적절한 임상 평가가 권장된다.
보세프레비르 800mg, 1일 3회와 이 약 40mg, 1일 1회를 7일간 병용투여시 이 약의 AUC, Cmax는 각각 2,30배, 2,66배 증가하 였다. 보세프레비르를 투여받는 환자는 이 약 용량이 1일 40mg 를 초과해서는 안된다.
- 이트라코나졸 : 아토르바스타틴 AUC는 이트라코나졸 200 mg과 이 약 40 mg 병용 투여로 현저하게 증가되었다. 그러므로 이트 라코나졸을 투여하는 환자에서 이 약 20 mg 이상을 투여하는 경 우 주의하여야 한다.
- 이 약은 P-글리코프로테인의 기질이므로 P-글리코프로테인의 저해제 (예, 시룰로소포린)와 병용투여시 이 약의 생체 이용률을 증가시켜 근 질화와 같은 이상반응의 위험성을 증가시킨다.
- 이 약을 CYP3A4 억제제(시룰로소포린, 마크로라이드계 항생제 및 아 졸계 항진균제)와 투여할 경우 이 약의 혈장농도가 증가할 수 있으므 로 신중하게 투여하여야 한다.
- 리팜피신 또는 다른 CYP3A4 유도제 : 이 약을 CYP3A4 유도제와 병용 투여시(예, 에파비렌즈, 리팜피신) 아토르바스타틴의 혈중 농도를 감소시킬 수 있다. 리팜피신의 이중 상호작용의 기전 때문에(CYP3A4 유도 및 hepatocyte uptake transporter OATP1B1 억제), 아토르바스타틴과 리팜피신을 병용 투여하는 경우 동시에 투여하는 것이 권장되고, 리팜 피신 투여 후 아토르바스타틴을 늦게 투여하면 아토르바스타틴의 혈 중 농도가 유의하게 감소한다.
- 이 약과 혈압강하제 또는 혈당강하제 또는 에스트로겐 대체요법을 병 용한 임상연구에서 임상적으로 유의할 만한 상호작용은 관찰되지 않았 다. 아직 모든 특이한 제제와의 상호작용에 대해 연구된 것은 아니 다.
- 약물수송체 저해제 : 아토르바스타틴과 그 대사체인 OATP1B1수송체 의 기질이다. OATP1B1 저해제(예, 시룰로소포린)는 아토르바스타틴의 생체이용률을 증가 시킬 수 있다. 아토르바스타틴 10 mg과 시룰로스 포린 5.2 mg/kg/day와의 병용투여는 아토르바스타틴의 AUC를 8.7배 증가시켰다. 아토르바스타틴을 시룰로소포린과 병용투여시 아토르바스타틴의 투여용량은 10 mg을 초과해서는 안된다.
- 다독산 : 아토르바스타틴 10 mg과 다독산을 수회용량 병용시 항정장 태의 혈청 다독산의 농도는 영향을 받지 않았다. 그러나 80 mg 아 토르바스타틴을 다독산과 수회용량 병용 투여 후 항정장태의 혈청 다독 산 농도는 약 20 %정도 증가되었다. 다독산 투여 환자의 경우 적절한 모니터링하여야 한다.
- 경구피임제 : 노르에티드레논 및 에티날레스트라디올을 함유하는 경구 피임제와 이 약의 병용투여시 노르에티드레논 및 에티날레스트라디올 의 AUC가 약 30 %, 20 %씩 각각 증가하였다. 따라서, 아토르바스타틴을 투여받는 여성이 경구피임제 선택시 이 사항을 고려하여야 한다.
- 콜레스테롤 : 콜레스테롤과 병용투여시 아토르바스타틴의 혈장농도가 약 25 %정도 낮아졌다. 그러나 이 약물들을 단독으로 투여하는 경우보 다 아토르바스타틴과 콜레스테롤을 병용투여하는 경우 LDL-콜레스테롤 저하효과는 증가하였다.
- 제산제 : 이 약과 수산화마그네슘 그리고 수산화알루미늄을 함유하

는 경구용 제산제(antacid) 헥타액과 병용투여시 아토르바스타틴 혈장농도가 약 35 % 정도 감소하였다. 그러나 LDL-콜레스테롤의 감 소에는 영향이 없었다.

- 와로파린 : 아토르바스타틴과 와로파린과의 상호작용에 관한 연구가 진행되었다. 그러나 임상적으로 유의적인 상호작용은 없었다.
- 안티피린 : 이 약과 안티피린의 수회 용량 병용투여는 안티피린의 청 소율에 거의 영향을 미치지 않으므로 같은 CYP-450 동종효소를 경 유하여 대사되는 약제들과의 상호작용은 기대되지 않는다.
- 시메티딘 : 시메티딘과 이 약의 상호작용연구에서 상호작용은 확인 되지 않았다.
- 아지트로마이신 : 아토르바스타틴(1일 1회 10 mg)과 아지트로마이신 (1일 1회 500 mg)의 병용투여는 아토르바스타틴의 혈장농도에 영 향을 주지 않았다.
- 알로디핀 : 건강한 지원자에 대한 약물-약물 상호작용시험에서 아 토르바스타틴 80 mg과 알로디핀 10 mg 병용투여시 아토르바스타틴의 노출이 18 % 증가하였으나, 임상적으로 의미있는 결과는 아니었다.
- 테르페나딘 : 아토르바스타틴과 테르페나딘의 병용투여시 테르페나딘 의 약물동태에 임상적으로 유의적인 영향이 없었다.
- 딜리타제 : 아토르바스타틴(40 mg)과 딜리타제(240 mg)를 병용 투여 시 아토르바스타틴의 혈중 농도가 더 높게 나타났다.
- 자용주스 : 자용주스는 하나이상의 CYP3A4를 억제하는 성분을 함유 하고 있으며, 이는 자용주수 섭취량이 지나칠 경우(하루 1.2 L 이상) 아 토르바스타틴의 혈중 농도를 증가시킬 수 있다.
- 푸시단산 : 비록 아토르바스타틴과 푸시단산과의 약물상호작용에 대 한 시험은 실시되지 않았지만, 이 두 약물을 병용투여한 시판 후 경 험에서 횡문근융해와 같은 중증의 근육 이상이 보고되었다. 이런 환자는 면밀히 모니터링하여야 하고, 아토르바스타틴 투여의 일시적인 중 단이 필요할 수 있다.
- 니코틴산 : 니코틴산과 병용하는 경우 골격근 효과의 위험이 증가될 수 있으므로 이 약의 용량을 고려해야 한다.
- 콜키신 : 비록 아토르바스타틴과 콜키신의 약물상호작용에 대한 시험 은 수행되지 않았지만, 횡문근융해를 포함한 근육병증의 사례가 이 약 과 콜키신과의 병용투여에서 보고되었고, 이 약과 콜키신과 같이 처 방 시 주의가 요구된다.
- 젬피브로질 : HMG-CoA 환원효소 억제제는 젬피브로질과 병용 시 근육병증/횡문근융해 증가된 위험으로 인해, 젬피브로질과 이 약의 병용은 피해야 한다.
- 기타 : 임상시험에서 아토르바스타틴은 혈압강하제 및 에스트로겐 대체요법 약물들과 임상적으로 유의한 상호작용 없이 병용투여 되 었다. 특정 약물과의 약물상호작용에 대한 연구는 시행되지 않았다.
- 다른 피브레이트계 약물 : 다른 피브레이트계 약물과 병용투여했을 때 근병증 위험이 있다고 알려져 있기 때문에 주의하여 투여해야 한다.

#### 7. 임부 및 수유부에 대한 투여

- 이 약의 임신 중 사용은 금기이다. 가임여성은 적절한 피임방법을 강구 하여야 한다. 이 약은 임신할 가능성이 없는 경우 및 태아에 대한 잠재 적 위험성을 알려준 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·유 효성은 연구되지 않았으며, 심혈관계 결과에 대한 장기적인 영향은 알려지지 않았다.
소아환자에 관한 약동학 자료는 없다.

#### 9. 고령자에 대한 투여

- 65세 이상의 건강한 노인의 경우 아토르바스타틴의 혈장농도는 젊은 성 인군에 비해 더 높게 나타났다(Cmax 40 %증가, AUC 30 %증가), LDL-콜레스테롤 저하효과는 젊은 성인군과 유사하였다.
고령자는 심근병증에 취약하므로, 이 약은 고령자에게 주의하여 처방 해야 한다.

#### 10. 과량투여시의 처리

- 아토르바스타틴 과량복용에 적용할 수 있는 특별한 처치방법은 없다. 과량복용 시 환자는 반드시 증상적으로 치료하여야 하며 필요시 대증요법을 시행하여야 한다. 간기능 검사 및 혈청 CK치를 모니터링하여야 한다. 광범위하게 혈당강화제 경혈을 하기 때문에 혈액투석은 아토르바스타틴의 청소율을 유의하게 증가시키지 않는다.

#### 11. 보관 및 취급상의 주의사항

- 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.
(1) 약품을 원래 용기에서 꺼내어 다른 용기에 보관하는 것은 약약품 오 용에 의한 사고 발생이나, 약약품 품질 저하의 원인이 될 수 있으므로 원래의 용기에 넣고 꼭 닫아 보관한다.

#### 12. 기타

- 발암성, 변이성, 수태능 : 아토르바스타틴은 kg당 mg으로 환산한 체중 기준으로 인체의 최고용량 (80 mg/day)의 63배 용량, 즉 AUC 수치 0~24를 기준으로 8~16배 고용량을 사용한 랫트 시험에서 발암성이 없 었다. kg당 mg으로 환산한 체중기준으로 인체상에 최고용량보다 250 배 높은 용량을 투여한 2년간의 사후 시험 결과는 최고용량 사용군 에서 수컷은 간세포종종, 암컷은 간세포암의 발생율이 증가하였다. 전 신노출은 AUC0~24 에 기준 6~11배 높았다. 이 계열의, 화학적으로 유 사한 모든 다른 약물은 마우스 및 랫트에 kg당 mg으로 환산한 체중 기 준으로 해당 임상적최경장용량의 12~125 배 반복투여에서 중량을 유 발하였다. 4종의 시험판내 실험 및 1종의 인체내 시험에서 이 약은 대사 활동의 일부에 관계없이 돌연변이 가능성을 보이지 않았다. 아토르바스 타틴은 Salmonella typhimurium 및 Escherichia coli를 이용한 Ames test 및 Chinese 헥스터 폐세포를 이용한 시험판내 HGPRT forward mutation assay에서 음성이었다. 아토르바스타틴은 시험판내 Chinese 헥스터 폐세포실험에서 염색체 이상을 유의적으로 증가시키지 않았고, 생체내 마우스 수컷실험에서 음성이었다. 아토르바스타틴을 최고 175 mg/kg/day까지 투여한 수컷 랫트 혹은 최고 225 mg/kg/day까지 투 여한 암컷 랫트에서 수태능, 태생 성능에 부정적인 영향은 없었다. 이 용량은 kg당 mg으로 환산한 인체상 최고경장용량의 100~140배 용 량이었다. 수컷 랫트에 대한 생식독성실험에서 11주 동안 100 mg/kg/day 투여 시 정자수 감소, 정자운동량 감소 및 정자이상성이 증가되었으 나, 40, 120 mg 용량의 아토르바스타틴을 2년간 개체 투여 시 정자 속은 정맥 파라미터, 생산 기관의 조직병리에 부정적인 영향은 없었다.
- 중추신경계 독성 : 이 계열의 화학적으로 유사한 약물(니콜라티마투여 량의 약 30배)에 해당하는 약물을 투여한 개에서 용량 의존적으로 시 신경변성(망막출수 성유의 광각변성)을 유발한다.
(1) 120 mg/kg/일(인체최대투여용량의 약 16배)로 3개월 간 투여 한 암컷 개에서 뇌출혈이 관찰되었다. 280 mg/kg/day까지 용량 을 증가시켜 투여한 암컷 개에서 11주 후에 뇌출혈 및 시신경 공포 형성이 관찰되었다.
- 2년간 시험의 수컷 개(2마리 : 10 mg/kg/day, 120 mg/kg/day)에서 단회 간장경변증이 관찰되었다.
- 중추신경계 혈관성상(혈관주위 출혈, 부종 및 혈관주위 공간에서 의 단백질 침윤)이 이 계열의 다른 약물들이 투여된 개에서도 관찰된다.

#### 【저장방법】 기밀용, 실온(1~30℃)보관

#### 【사용기한】 제조일로부터 36개월