

KGMP

전문의약품

분류번호 : 당뇨병 치료제(396)

Ver.00

다누비아정 25mg, 50mg, 100mg

(시타글립틴염산염수화물)

※ 의약품을 사용하기 전에 첨부문서를 주의 깊게 읽고, 의약품과 함께 보관하십시오.

【원료약품 및 그 분량】 1정 중

■ 다누비아정25밀리그램
· 유효성분 : 시타글립틴염산염수화물(별규) 28.34mg
(시타글립틴(으)로서 25밀리그램)

· 기타첨가제 : 라우릴황산나트륨, 무수인산수소칼슘, 미결정셀룰로오스, 스테아르산마그네슘, 스테아릴푸마르산나트륨, 저지 환도히드록시프로필셀룰로오스, 크로스카멜로오스나트륨, 탭탈드노란색(21Y134), 포비돈

■ 다누비아정50밀리그램
· 유효성분 : 시타글립틴염산염수화물(별규) 56.69mg
(시타글립틴(으)로서 50밀리그램)

· 기타첨가제 : 라우릴황산나트륨, 무수인산수소칼슘, 미결정셀룰로오스, 스테아르산마그네슘, 스테아릴푸마르산나트륨, 저지 환도히드록시프로필셀룰로오스, 크로스카멜로오스나트륨, 탭탈드노란색(21Y133), 포비돈

■ 다누비아정100밀리그램
· 유효성분 : 시타글립틴염산염수화물(별규) 113.37mg
(시타글립틴(으)로서 100밀리그램)

· 기타첨가제 : 라우릴황산나트륨, 무수인산수소칼슘, 미결정셀룰로오스, 스테아르산마그네슘, 스테아릴푸마르산나트륨, 저지 환도히드록시프로필셀룰로오스, 크로스카멜로오스나트륨, 탭탈드노란색(21Y132), 포비돈

【성상】

흰색 노란 주황색의 원형 필름코팅제

【효능·효과】

이 약은 제2형 당뇨병 환자의 혈당조절을 향상시키기 위해 식이요법 및 운동요법의 보조제로 투여한다.

- 이 약은 단독요법으로 투여한다.
- 이전 당뇨병 약물치료를 받은 경험이 없으며 단독요법으로 충분한 혈당조절이 어려운 경우 메트포르민과 병용투여한다.
- 설폰닐우레아 또는 메트포르민 또는 차아졸리딘디온 또는 인슐린 단독요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우 이 약을 병용투여한다.
- 설폰닐우레아 및 메트포르민 병용요법, 또는 차아졸리딘디온 및 메트포르민 병용요법, 또는 인슐린 및 메트포르민 병용요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우, 이 약을 병용투여한다.

【용법·용량】

이 약은 단독요법 또는 병용요법 시 1일 1회 100 mg를 투여하여 1일 최대용량은 100 mg이다. 이 약은 식사와 관계없이 복용할 수 있다. 설폰닐우레아 또는 인슐린과 병용투여시에는 설폰닐우레아 또는 인슐린 유발 저혈당 발생의 위험을 감소시키기 위해 설폰닐우레아 또는 인슐린의 강さを 고려할 수 있다 (사용상의 주의사항, 5. 일반적 주의 항 참조).

○ 신장애환자

신기능에 따른 용량조절이 필요하므로 이 약 투여 전 및 투여 후 주기적으로 신장기능의 평가가 권장된다.

- 경증의 신장애환자(사구체여과율(eGFR) ≥ 60 mL/min/1.73 m² 및 < 90 mL/min/1.73 m²에서는 용량조절이 필요하지 않다.
- 중등도의 신장애환자(사구체여과율(eGFR) ≥ 45 mL/min/1.73 m² 및 < 60 mL/min/1.73 m²에서는 용량조절이 필요하지 않다.
- 중등도의 신장애환자(사구체여과율(eGFR) ≥ 30 mL/min/1.73 m² 및 < 45 mL/min/1.73 m²에서는 1일 1회 50 mg를 투여한다.
- 중증의 신장애환자(사구체여과율(eGFR) ≥ 15 mL/min/1.73 m² 및 < 30 mL/min/1.73 m²) 또는 혈액투석이나 복막투석을 요하는 말기신장애환자(ESRD)(사구체여과율(eGFR) < 15 mL/min/1.73 m²에서는 1일 1회 25 mg를 투여한다. 이 약은 투석 시점과 관계없이 투여할 수 있다.

【사용상의 주의사항】

1. 경고

1) 과민반응

시판 후 이 약을 투여한 환자에서 중증의 과민반응이 보고되었으며, 이 반응은 아나필락시스, 혈관부종 및 스티븐스-존슨증후군을 포함한 비리성 피부질환을 포함한다. 이것은 불특정 다수의 인구집단으로부터 자발적으로 보고되었기 때문에, 발생 빈도를 신뢰성 있게 예측하거나 약물 노출과의 인과관계를 확립하는 것은 일반적으로 가능하지 않다. 이 반응의 시점은 약물 치료 개시 후 첫 3개월 이내에 발생하였으며, 첫 용량 이후에 보고된 것도 있다. 만약 과민반응이 의심되는 경우, 이 약을 중단하고 발생의 다른 잠재적인 이유를 평가하고 다른 당뇨병 치료요법을 실시한다(2. 다음 환자에는 투여하지 말 것 및 4. 이상반응, 2) 시판 후 이상반응 항 참조).

2) 제작용

시타글립틴을 투여한 환자에서 치명적/비치명적 출혈성 또는 괴사성 혈장염을 포함하는 급성 혈장염이 보고되었다(4. 이상반응 참조). 이 약 투여 시작 후 혈장염 증상이 나타나지 주의를 기울여야 한다. 만약 혈장염이 의심될 경우 이 약을 다른 의약품과 함께 사용하는 약물의 투여를 중단해야 한다.

2. 다음 환자에는 투여하지 말 것.

- 제형 당뇨병 또는 당뇨병성 케톤산증 환자
- 이 약이나 이 약의 성분에 대해 아나필락시스 또는 혈관부종과 같은 과민성이 알려진 환자(1. 경고 항 참조)
- 다음 환자에는 신중히 투여할 것.
1) 신장애환자 : 이 약은 신장으로 배설된다. 정상 신기능을 가진 환자에서와 유사한 혈당농도에 도달하기 위해서 사구체여과율(eGFR) < 45 mL/min/1.73 m²를 가진 환자 및 혈액투석 또는 복막투석을 요하는 말기신장애환자(ESRD)환자에서는 저용량이 권장된다(용법·용량, 신장애 환자 참조).

4. 이상반응

1) 임상시험

임상시험은 광범위하고 다양한 조건 하에서 실시되므로 임상시험에서 관찰된 이상반응 발생률은 다른 약물의 임상시험에서의 비율과 직접적으로 비교될 수 없음. 실제 사용환경 하에서 관찰된 비율을 반영할 수 없다. 이 약의 임상시험에서 이 약을 단독요법 또는 병용요법(메트포르민 또는 피오글리타존 또는 로시글리타존 및 메트포르민)으로 투여한 경우 이상반응 및 저혈당의 발생빈도는 위약에서 보고된 것과 전반적으로 유사하였다. 이상반응에 의해 치료를 중단한 경우도 위약군과 유사하였다.

클리메페리드 또는 클리메페리드 또는 메트포르민 병용요법시 이 약 투여군의 이상반응 발생빈도가 위약군보다 높았다(표 3). 이는 이 약 투여군에서 저혈당 발생빈도가 높았던 것에 일부 기인한다. 이상반응에 의한 치료중단은 위약군과 유사하였다.

18주 및 24주간 진행된 2건의 위약대조 단독요법 연구에 매일 이 약 100 mg 및 200 mg를 투여한 군이 포함되었다. 5건의 위약대조 추가 병용요법 연구는 각각 메트포르민, 피오글리타존, 로시글리타존 및 메트포르민, 클리메페리드(±메트포르민), 또는 인슐린(±메트포르민)의 안정된 용량에 이 약 100 mg 또는 위약을 매일 병용투여하였다. 이 임상시험들에서 저혈당을 제외하고 인과관계 평가와 관계없이 이 약 100 mg를 18주간 투여받은 환자 중 5% 이상의 빈도로 보고되고 위약보다 빈번히 보고된 이상반응은 표 1과 같다. 저혈당의 발생빈도는 표 3과 같다.

표 1. 이 약 단독요법 또는 병용요법(피오글리타존 또는 로시글리타존 및 메트포르민, 또는 클리메페리드(±메트포르민)과)의 위약대조 임상시험 : 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되고 위약보다 빈번히 보고된 저혈당을 제외한 이상반응¹⁾

이상반응	환자수 (%)	
단독요법 (18 또는 24주)	이 약 100 mg (443명)	위약 (363명)
비인두염	23 (5.2)	12 (3.3)
피오글리타존과의 병용요법 (24주)	이 약 100 mg + 피오글리타존 (175명)	위약 + 피오글리타존 (178명)
상기도감염	11 (6.3)	6 (3.4)

두통	9 (5.1)	7 (3.9)
로시글리타존 및 메트포르민과의 병용요법 (18주)	이 약 100 mg + 로시글리타존 + 메트포르민 (181명)	위약 + 로시글리타존 + 메트포르민 (97명)
상기도감염	10 (5.5)	5 (2.2)
비인두염	11 (6.1)	4 (4.1)
클리메페리드(±메트포르민)와의 병용요법 (24주)	이 약 100 mg + 클리메페리드(± 메트포르민) (222명)	위약 + 클리메페리드(± 메트포르민) (219명)
비인두염	14 (6.3)	10 (4.6)
두통	13 (5.9)	5 (2.3)

¹⁾ ITT (Intent-to-treat) 피합자군

24주간 이 약과 메트포르민을 추가 병용투여한 환자에서 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되고 위약보다 빈번히 보고된 이상반응은 없었다. 24주간 이 약과 안정된 용량의 인슐린(±메트포르민)을 추가 병용투여한 환자에서 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되고 위약보다 빈번히 보고된 저혈당을 제외한 이상반응은 없었다(저혈당은 표 3 참조). 또 다른 24주간 인슐린 강화 기간(±메트포르민) 동안 이 약을 추가 병용투여한 환자에서 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되고 위약보다 빈번히 보고된 이상반응은 없었다(이 약 5.2%, 위약 3.3%).

54주간 이 약과 로시글리타존 및 메트포르민을 추가 병용투여한 환자에서 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되고 위약보다 빈번히 보고된 이상반응은 : 상기도감염 (이 약 15.5%, 위약 6.2%), 비인두염 (11.0%, 9.3%), 말초부종 (8.3%, 5.2%) 및 두통 (5.5%, 4.1%)였다.

2개의 단독요법 임상시험, 메트포르민 추가 병용요법 임상시험 및 피오글리타존 추가 병용요법 임상시험의 종합분석 결과, 이 약을 투여한 환자에서 특정 위장관 이상반응의 발생은 다음과 같다: 복통(이 약 100 mg 2.3%, 위약 2.1%), 구역(이 약 100 mg 1.4%, 위약 0.6%), 설사(이 약 100 mg 3.0%, 위약 2.3%) 24주간 식사된 위약 대조 요인설계 임상시험(factorial trial)에서 이 약과 메트포르민을 추가 병용투여한 환자에서 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되거나 위약보다 빈번히 보고된 이상반응은 표 2와 같다.

표 2. 이 약과 메트포르민의 초기병용요법 : 인과관계 평가와 관계없이 5% 이상의 빈도로 보고되고 이 약 단독요법, 메트포르민 단독요법, 위약보다 빈번히 보고된 이상반응¹⁾

이상반응	환자수(%)			
	위약 (176명)	이 약 100 mg 1일 1회 (179명)	메트포르민 500 또는 1000 mg 1일 2회 ¹⁾ (364명)	이 약 50 mg 씩 1일 2회 + 메트포르민 500 또는 1000 mg (372명)
상기도감염	9 (5.1)	8 (4.5)	19 (5.2)	23 (6.2)
두통	5 (2.8)	2 (1.1)	14 (3.8)	22 (5.9)

¹⁾ ITT (Intent to treat) 피합자군

* 메트포르민 저용량, 고용량을 투여한 환자의 통합자료
이 약의 투여로 혈당치수 또는 ECG(QTc 간격)에서 임상적으로 유의한 변화는 관찰되지 않았다.

· 제작용

시타글립틴 100 mg 일일 군(N=5429) 또는 이에 상응하는 대조군(혈당대조 또는 위약)(N=4817)에 무작위 배정된 10,246명 환자에 대한 19개 이중맹검 임상시험의 결과를 취합 분석하였을 때, 각 군에서의 급성 혈장염의 발생률은 100 환자-년당 1.56%(54/3,453명) [64건]이었다(시타글립틴 군에서는 4708 환자-년수 4명의 환자에서, 대조군에서는 3942 환자-년수 4명의 환자에서 발생). TECOS 시험관계 안전성 임상시험에서, 급성 혈장염의 발생률은 시타글립틴 군에서 100 환자-년수(patient-years)당 0.11(23/7,332명, 25건), 위약 군에서 100 환자-년수(patient-years)당 0.06(12/7,339명, 17건)으로 보고되었다. (1. 경고, 2. 제작용 항, TECOS 시험관계 안전성 임상시험 항 참조)

TECOS 시험관계 안전성 임상시험 (TECOS: Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes with Sitagliptin) 이 약의 시험관계 안전성 임상시험의 ITT(Intent-to-treat)군에 이 약을 매일 100 mg (또는 투여받지 않음)을 투여한 환자 7,339명(이 약 3,669명, 위약 3,670명)을 포함하여, 이 임상시험에서 이 약 또는 위약은 당화혈색소(HbA1c) 및 시험관계(CV) 위험 인자와 관련된 각각의 일반적인 치료에 추가를 투여했다. 이 약 투여 시 주요한 시험관계 질환이나 심부전으로 인한 입원 위험을 높이지 않았다(10. 기타항 참조). 보고된 중대한 이상반응의 발생빈도는 이 약 투여군에서 12.7%, 위약 투여군에서 12.4%로 유사하였다.

중증의 저혈당의 발생빈도는 이 약 투여군에서 2.2%(160명, 100 환자-년수(patient-years)당 0.78), 위약 투여군에서 1.9%(143명, 100 환자-년수(patient-years)당 0.70)로 보고되었다. 인슐린 및/또는 설폰닐우레아를 투여 받은 환자들 중, 중증의 저혈당 발생빈도는 이 약 투여군에서 2.7%(138/5,021명), 위약 투여군에서 2.5%(125/4,931명)였고, 인슐린 및/또는 설폰닐우레아를 투여받지 않은 환자들 중, 중증의 저혈당 발생빈도는 이 약 투여군에서 1.0%(22/2,311명), 위약 투여군에서 0.7%(18/2,408명)였다. 확인된 급성 혈장염의 발생빈도는 이 약 투여군에서 0.3%, 위약 투여군에서 0.2%였다.

· 저혈당

모든 연구 (9개)에서 저혈당 이상반응은 모든 증상이 있었던 저혈당 보고에 근거하였다. 혈당측정치가 꼭 수반되었던 것은 아니었으나 대부분의 저혈당 보고 (74%)는 혈당측정치 시 70 mg/dL 이하였다. 이 약을 설폰닐우레아 또는 인슐린과 병용투여했을 때, 환자 이상의 저혈당 이상반응을 나타낸 환자의 비율은 위약군보다 높았다(표 3 참조).

표 3. 이 약을 클리메페리드(±메트포르민) 또는 인슐린(±메트포르민)과 추가 병용투여한 위약대조 임상시험 : 인과관계 평가와 관계없이 보고된 저혈당의 발생률¹⁾

클리메페리드 또는 클리메페리드 및 메트포르민과의 병용요법 (24주)	이 약 100 mg + 클리메페리드(± 메트포르민) (222명)	위약 + 클리메페리드(± 메트포르민) (219명)
총 발생률 (%)	27 (12.2)	4 (1.8)
비율(보고된/환자-년수) ¹⁾	0.59	0.24
중증의 저혈당 (%)	0 (0.0)	0 (0.0)
안정된 용량의 인슐린 또는 안정된 용량의 인슐린 및 메트포르민과의 병용요법 (24주)	이 약 100 mg + 안정된 용량의 인슐린(± 메트포르민) (322명)	위약 + 안정된 용량의 인슐린(± 메트포르민) (319명)
총 발생률 (%)	50 (15.5)	25 (7.8)
비율(보고된/환자-년수) ¹⁾	1.06	0.51
중증의 저혈당 (%)	2 (0.6)	1 (0.3)
용량 조절 중인 인슐린 또는 용량 조절 중인 인슐린 및 메트포르민과의 병용요법 (24주)	이 약 100 mg + 용량 조절 중인 인슐린(± 메트포르민) (329명)	위약 + 용량 조절 중인 인슐린(± 메트포르민) (329명)
총 발생률 (%)	83 (25.2)	121 (36.8)
비율(보고된/환자-년수) ¹⁾	1.7	3.6
중증의 저혈당 (%)	10 (3.0)	13 (4.0)

¹⁾ 저혈당 이상반응은 모든 증상이 있었던 저혈당 보고에 근거하였으며 혈당 측정이 반드시 수반되는 것은 아니었다; ITT (Intent to treat) 군

²⁾ 총 발생수에 근거한 환자 여러 군을 보고할 수 있음

* 중증의 저혈당은 의학적인 처치를 필요로 하거나 의식이 저하한 수준이거나 의식을 잃거나 발작하는 경우로 정의되었다.

2개의 단독요법 임상시험, 메트포르민 추가 병용요법 임상시험 및 피오글리타존 추가 병용요법 임상시험의 종합분석 결과, 이 약 100 mg를 투여한 환자에서 이상반응으로서의 저혈당의 발생빈도는 위약의 경우와 유사했다(이 약 100 mg 1.2%, 위약 0.9%). 이 약과 로시글리타존 및 메트포르민 추가 병용요법 임상시험에서 저혈당의 18 주까지 발생빈도는 이 약 투여군에서 2.2%, 위약 투여군에서 0.0%였다. 54주까지 발생빈도는 각각 3.9%와 1.0%였다.

24주간 실시된 위약 대조 요인설계 임상시험(factorial trial)에서 이 약과 메트포르민을 초기병용투여시 저혈당의 발생빈도는 위약군에서 0.6%, 이 약 단독투여군에서 0.6%, 메트포르민 단독투여군에서 0.8%, 이 약과 메트포르민 병용투여군에서 1.6%였다.

· 실험실적 검사

이 약 100 mg를 투여한 군에서 실험실적 이상반응의 발생률은 8.2%이고, 위약을 투여받은 군에서는 9.8%이었다. 임상시험에서 호중구의 증가에 기인한 백혈구치의 약간의 증가(위약 투여군과 약 200 cells/μL 차이; 평균기준치 약 6600 cells/μL)가 관찰되었다. 이런 차이는 많은 연구에서 나타났으나 모든 연구에서 나타난 것은 아니며, 임상검사의 변화가 임상적으로 관련이 있는 것으로는 여겨지지 않는다.

12주간의 연구에서 9명의 만성 신장애환자와 37명의 중등도의 신장애환자가 이 약 50 mg으로 무작위 배정되었고 같은 정도의 신장애를 가진 14명의 환자는 위약으로 배정되었다. 혈청 크레아티닌의 평균(표준오차) 증가는 이 약 투여군에서 0.12 mg/dL(0.04), 위약투여군에서 0.07 mg/dL(0.07)이었다. 위약과 비교 시 혈청크레아티닌 증가의 임상적 유의성은 알려지지 않았다.

· 국내임상시험결과

다국기, 이중맹검, 무작위배정, 위약대조, 병행군 연구로 530명의 아시아에서 실시된 가교임상시험에서 이 약의 안전성과 유효성이 평가되었으며, 이 중 한국인은 95명이었다. 한국인에서 이 약의 안전성 프로파일은 위약과 전반적으로 유사하였으며, 이전의 임상시험에서 보고된 결과와 유사한 차이를 나타내지 않았다.

2) 시판 후 이상반응

다음은 이 약의 시판 후 추가로 확인된 이상반응이다. 이 이상반응은 불특정 다수의 인구집단에서 자발적으로 보고된 것이기 때문에, 발생빈도를 신뢰성 있게 예측하거나 약물 노출과의 인과관계를 확립하는 것은 일반적으로 가능하지 않다. 아나필락시스, 혈관부종, 발진, 두드러기, 피부발진 및 스티븐스-존슨 증후군을 포함한 비리성 피부질환을 포함하는 과민반응(1. 경고 항 참조), 간혹소치 상승, 치명적/비치명적 출혈성 또는 괴사성 혈장염을 포함하는 급성 혈장염(1. 경고, 2. 제작용 항 참조); 급성신부전(때로 투석을 요함)을 포함한 신기능 약화; 상기도감염; 비인두염; 말초 부종; 두통; 중증 및 장애훈을 동반하는 관절염(5. 일반적 주의, 2) 중증 및 장애훈을 동반하는 관절통 항 참조); 수포성 유사천포창(5. 일반적 주의, 3) 수포성 유사천포창 항 참조); 근육통; 사지통; 등통증; 간질성 폐질환; 소양증; 혈소판감소증이다. 시판 후 상승증에 속하여 나타나는 혈당과 복통 시 혈당근증환자가 보고되었다. (국내 신약정보 분석·평가 참조)

3) 국내 시판 후 조사결과

① 국내에서 재상사를 위하여 6년동안 3,453명을 대상으로 실시한 사용성적조사 결과 유효사례의 발생률은 인과관계와 상관없이 4.87%(168/3,453명)[232건]으로 보고되었다. 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응 발현율은 1.56%(54/3,453명) [64건]으로 '저혈당' 0.93%(9/3,453명)[9건], '소화불량', '어지러움'이 각각 0.12% (4/3,453명)[4건], 'ALT 증가', 'AST 증가', '설사', '구역', '두통'이 각각 0.09%(3/3,453명)[3건] 등으로 보고되었다. 중대한 유효사례는 인과관계와 상관없이 0.12% (4/3,453명)[5건]로 '폐렴', '당뇨합병증', '대사성산증', '낙상', '심장정지'가 각각 0.03%(1/3,453명)[1건]로 보고되었다. 이 약 중대한 약물유해반응은 '당뇨합병증' 0.03% (1/3,453명)[1건]로 보고되었다.

예상하지 못한 유효사례는 인과관계와 상관없이 3.04%(105/3,453명)[137건]로 보고되었고, '소화불량' 0.32%(11/3,453명)[12건], '어지러움' 0.23%(8/3,453명)[9건], '혈중트리아글리세리드 증가', '유방이 각 0.17%(6/3,453명)[6건] 등이 보고되었고, 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 예상하지 못한 약물유해반응은 0.93%(32/3,453명) [36건]로 '소화불량', '어지러움'이 각각 0.12% (4/3,453명)[4건], '혈중트리아글리세리드 증가', '저밀도지질단백증', '고혈당'이 각각 0.06%(2/3,453명)[2건] 등의 순으로 보고되었다.

② 이 약에 대한 국내 재상사 유해사례 및 자발적 부작용 보고자료를 국내 시판 약에 대한 모든 약물을 대상으로 보고된 유해사례 보고자료와 재상사 종료시점에서 통합 평가한 결과, 다른 모든 약약품에서 보고된 약작용에 비해 이 약에서 통계적으로 유의하게 많이 보고된 유해사례 중 새로 확인된 것들은 다음과 같다. 다만, 이 결과가 해당성분과 다음의 유효사례 간에 인과관계가 입증된 것을 의미하는 것은 아니다.

- 위장관계 장애 : 소화불량, 위염
- 대사 및 영양 질환 : 체중감소
- 일반적 시험관계 질환 : 고혈압
- 대사 및 영양 질환 : 고나트륨혈증
- 정신질환 : 발기부전

5. 일반적 주의

1) 저혈당을 일으키는 것으로 알려진 약과의 병용투여 : 다른 혈당저하제와의 병용투여가 전혈당으로 그들일지, 이 약과 인슐린 또는 설폰닐우레아를 병용 투여 시 저혈당이 관찰될지(4. 이상반응 항 참조), 설폰닐우레아 또는 인슐린에 의한 저혈당의 위험을 감소시키기 위해 설폰닐우레아 또는 인슐린의 강량을 고려할 수 있다(용법·용량 항 참조).

2) 중증 및 장애훈을 동반하는 관절통 DPP-4 저해제를 복용한 환자의 시판 후 조사에서 중증 및 장애훈을 동반하는 관절통이 보고되었다. 약물 투여 이후 증상의 발생시기는 1일 투여 후 수년 후까지 다양하였다. 약물 투여 중지 시에 증상은 완화되었다. 일부 환자에서는 동일한 약 또는 다른 DPP-4 저해제를 다시 복용시 증상의 재발이 나타났다. 중증 관절통의 원인으로 DPP-4 저해제를 고려하여 적절한 경우 투여를 중지한다.

3) 수포성 유사천포창 DPP-4 저해제를 복용한 환자의 시판 후 조사에서 입원할 필요로 하는 수포성 유사천포창이 보고되었다. 환자들은 일반적으로 DPP-4 저해제 투여중지 시 국소 또는 전신 면역억제제 치료로 회복되었다. 환자들에게 이 약을 복용하는 동안 수포 또는 지루병이 발생하면 즉시 의사에게 보고하도록 알려야 한다. 만약, 수포성 유사천포창이 의심되는 경우, 이 약을 중단하고 진단 및 적절한 치료를 위해 피부과 전문의에게 의뢰해야 한다.

6. 상호작용

약물상호작용 연구에서 시타글립틴은 다음 약물의 약동학에 임상적으로 유의한 영향을 미치지 않았다: 메트포르민, 로지글리타존, 클리메페리드, 실바스타틴, 파로린 및 경구피임약. 이 시험에 근거하여 CYP3A4, CYP2C8, CYP2C9 및 유기 인산염은 수송체의 기질에 작용하지 않을 것으로 예상된다. 제2형 당뇨병환자(1일 2회) 복용하는 메트포르민과 이 약의 병용투여는 이 약의 약동학을 유의하게 변화시키지 않는다.

사이클로스포린: 강력한 p-glycoprotein의 억제제인 사이클로스포린 600 mg과 병용하여 단독투여 시 시타글립틴의 AUC(29%)와 C_{max}(68%)가 증가되었다. 시타글립틴의 약동학의 변화는 임상적으로 유의하지 않을 것으로 여겨진다. 사이클로스포린 또는 다른 p-glycoprotein 억제제와 병용투여 시 유의한 상호작용은 없을 것으로 예상된다.

다국산 : 이 약 100 mg과 10일간 병용투여 시 다국산의 혈당 AUC(11%)와 C_{max}(18%)가 약간 증가되었다. 다국산 투여 시 적절한 모니터링을 하여야 하며 이 약의 임상적 용량조절은 필요치 않다.

7. 임부, 수유, 소아 및 고령자에 대한 투여

- 임부에 대한 투여
임부를 대상으로 한 대조시험 결과는 없으므로 임부에서의 사용은 권장되지 않는다.
- 수유부에 대한 투여
이 약은 젖에서 우유와 혈청에 4:1의 비율로 분비되는 것으로 보고되었으므로 수유부는 투여하지 않는다.
- 소아에 대한 투여
18세 미만의 소아 및 청소년에서의 안전성 및 유효성은 확립되지 않았다.

고령자에 대한 투여
허가 전 임상시험에서 총 피합자(3884명) 중 65세 이상이 725명, 75세 이상 67명이었다. 65세 이상 고령자에서의 안전성과 유효성은 젊은 환자에서와 유사하였다. 이 환자군과 젊은 환자군 사이에 반응성에 차이는 없었으나 일부 고령자가 이 약에서 중증의 저혈당 수 있을지를 배제할 수 없다. 이 약은 대체로 신장기능에 영향을 미치지 않을 것으로 예상된다. 고령자는 신장기능이 감소되기 사유으로 고령자에서의 용량 설정시 주의해야 하며, 이 약 투여 전 및 투여 후 주기적으로 신장기능을 평가하는 것이 권장된다.

8. 과량투여에의 대처

이 약의 임상시험에서 건강한 성인을 대상으로 이 약을 800 mg까지 단회투여 한 결과, 이 약 800 mg를 투여한 한 연구에서 평균 QTc의 증가가 최대 8.0 msec까지 관찰되었으나 임상적으로 관련이 있는 것으로 여겨진다. 사례에서 800 mg를 초과하여 투여한 경험은 없다. 과량투여 시에는 일반적인 대증치료를 들면 흡수되지 않은 약물을 위장관으로부터 제거하고 심전도를 포함한 임상모니터링을 실시하여, 환자의 상태에 따라 보조적인 치료를 실시한다. 이 약은 투석으로 일부 제거될 수 있다. 임상시험에서 투여량이 약 13.5%가 3~4시간 이상의 혈액투석 시에 제거되었다. 장시간의 혈액투석이 임상적으로 적절하다면 고려되어야 한다. 이 약이 복막투석으로 제거되는지는 알려지지 않았다.

9. 의약품동등성시험 정보^{*)}

1) 의약품적 정보

가. 시험약 시타비아정100밀리그램(시타글립틴염산염수화물)[대화제약(주)]과 대조약 자누비아정100밀리그램(시타글립틴염산염수화물)[한화제약(주)]을 2x2 교차시험으로 각 1명씩 건강한 성인에게 공복 시 단회 경구투여하여 32명의 혈당 시타글립틴을 측정하고, 비교평가항목치(AUC, C_{max})를 로그변환하여 통계처리하였을 때, 평균치의 90%신뢰구간이 log 0.8에서 log 1.25 이내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

구분	비교평가항목		참고평가항목	
	AUC _{0-∞} (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
대 자누비아정100밀리그램 조 (시타글립틴염산염수화물) 약 [한화제약(주)]	3174±479	403.2 ±110.4	2.25 (0.67 ~ 5.00)	8.08 ±0.78
시 타비아정100밀리그램 시험 (시타글립틴염산염수화물) 약 [대화제약(주)]	3254±479	419.8 ±142.2	2.00 (0.33 ~ 5.00)	8.31 ±0.88

90% 신뢰구간* (기준 : log 0.8 ~ log 1.25)	log 0.9973 ~ 1.0545	log 0.9319 ~ 1.1331	-	-
(AUC, C _{max} , t _{1/2} ; 평균값 ± 표준편차, T _{max} ; 중앙값(범위), n = 32)				
AUC : 투약시간부터 최종혈중농도 정량시간 1까지의 혈중농도-시간곡선 하면적				
C _{max} : 최고혈중농도				
T _{max} : 최고혈중농도 도달시간				
t _{1/2} : 말단 소실 반감기				
* 비교평가항목들을 로그변환한 평균치 차의 90%신뢰구간				