

페바로에프정

피타바스타틴칼슘, 페노피브레이트

[원료약품 및 그 분량] 1정(697.8 밀리그램) 중

- 유효성분 : 피타바스타틴칼슘 (별규) ----- 20 mg
페노피브레이트(미분화) (별규) ----- 160.0 mg
- 첨가제 - 동물유래 : 유당수화물(기원 소, 사용무(우유))
- 기타첨가제 : 라우릴황산나트륨, 메글루민, 마질정셀룰로오스, 스테아르산마그네슘, 오파드 라하(셀03628796), 전분글리콜스타트룸, 글로시이성산하수소, 크로스보비온, 포비돈, 히드록시프로필셀룰로오스, D-만니톨

[성상]

흰색의 장방형 필름코팅정

[효능·효과]

관상동맥심질환(CHD) 고위험이 있는 성인환자에서 피타바스타틴 2 mg 단일치료 요법시 LDL-콜레스테롤 수치는 적절히 조절되지만 트리글리세라이드 수치는 높고 HDL-콜레스테롤 수치는 낮은 복합형이상지질혈증의 치료

[용법·용량]

이 약을 투여하기 전에 크레아티닌아제(Cr) 수치를 측정해야 한다. 기저치는 이 약의 투여 동안에 Cr 수치가 증가하였는지 여부를 판단하기 위해 참고치로 사용될 수 있다. 격렬한 운동 후 또는 Cr 상승을 일으킬 수 있는 다른 잠재요인이 있는 경우에는 Cr 수치 해석이 어려우므로 Cr를 측정하지 않는다. Cr 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였던 결과 확인을 위해 5~7일 후에 이를 다시 측정해야 한다. 5~7일 후에도 Cr 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 이 약으로 치료를 시작해서는 안된다.

이 약 투여 후 처음 12개월간은 3개월마다 Cr 수치의 정기적인 모니터링을 실시할 것을 권장하며, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 이 약으로 치료를 시작하는 환자 또는 스타틴 용량을 조정하는 환자에게 근육병증의 위험성을 알려주어야 하며 이 약 투여 중에 정확히 설명할 수 없는 근육 통증, 압통, 근육 약화 또는 근경련 등이 있을 경우에는 즉시 의사와 상의할 것을 환자들에게 권고해야 한다. 또한 이러한 경우에는 Cr 수치를 측정해야 하며 Cr 수치가 한 차례 증가한다면 정상상한치의 5배 초과로 Cr 수치가 상승하는 경우에는 Cr 수치 해석이 어려우므로 Cr 수치를 측정하지 않는다. Cr 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였던 결과 확인을 위해 5~7일 후에 이를 다시 측정해야 한다. 5~7일 후에도 Cr 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 이 약으로 치료를 시작해서는 안된다.

이 약을 투여하기 전에 트랜스아미나제(ALT, AST)의 수치를 모니터링 해야 하며 이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월마다, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 트랜스아미나제의 수치가 상승하는 환자들에게 투여를 기술폐야하며 AST 또는 SGOT, ALT 또는 SGPT의 수치가 정상상한치의 3배를 초과하여 증가한다면 이 약의 투여를 중단해야 한다.

이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월마다 크레아티닌 청소율을 측정하여 체계적으로 평가할 것을 권장하며, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 크레아티닌 수치가 정상상한치의 50%를 초과하는 경우, 이 약의 투여를 중단해야 한다.

조절되지 않는 제2형 당뇨병, 갑상선기능저하증, 신중후군, 이상단백혈증, 폐쇄성심질환, 알코올 중독 등 다른 고지혈증의 이차적 요인이 이 약 투여 전에 적절히 치료해야 한다. 환자의 치료를 시작하기 전에 표준콜레스테롤 저지식을 해야하며 치료 중에도 이를 지속하여야 한다. 권장용량으로서 1일 1회 1정을 식사 직후 복용한다.

치료에 대한 반응으로 혈청 지질수치중 콜레스테롤(TC), LDL-C, 트리글리세라이드(TG)를 관찰해야 한다.

이 약은 기존 단일제 병용투여와 비교시 생물학적동등성이 확인되지 않았으므로 피타바스타틴과 페노피브레이트를 병용투여 하는 환자에서 이 약으로 전환하지 않는다. 신장애 환자 : 이 약은 추정사구체여과율이 60 mL/min/1.73m² 미만인 중등증 내지 중증의 신장애 환자에서는 투여하지 않는다.

[사용상의 주의사항]

1. 경고

1) 피바스테이트 및 스타틴계 약물과 같은 지질저하제 복용 시, 신부전을 동반하거나 동반하지 않는 횡문근융해증과 같은 모든 경우를 포함하여 근육격계 독성이 보고되었다. 스타틴계 및 피바스테이트계 약물에 의한 근육병증의 위험은 각 구성분의 용량 및 피바스테이트계 약물의 특성과 관련이 있다. 횡문근융해증은 골격근의 급성의 치명적인 상태로 치료하기 동안 언제든지 나타날 수 있고 근육의 강도와 파괴로써 알 수 있는데, 이는 미오글로빈뇨증을 초래하는 Cr 수치기 보통 정상상한치의 30 또는 40배 증가하는 것과 관련이 있다.

또한 이러한 근육독성의 위험성은 피바스테이트계 약물 및 스타틴계 약물을 함께 복용하였을 때 증가한다. 따라서 이 약 치료 시작 전에 유익성과 더불어 치료적 위험성을 면밀히 평가해야 하며 근육 독성과 관련된 어떠한 증상이라도 나타날 경우에 환자를 모니터링 해야 한다. 통증, 압통, 근육 약화, 또는 근경련과 같이 설명할 수 없는 근육 징후를 나타내는 모든 환자에서 반드시 근병증을 고려해야 하며 이러한 경우에 Cr 수치를 반드시 측정해야 한다.

횡문근융해증에 취약한 환자들에 대해서는 투여를 기술폐야한다. 아래와 같은 인자를 가진 경우, 이 약 투여를 시작하기 전에 Cr 수치를 측정하여야 한다.

- 65세 이상의 고령자
- 여성
- 신장애
- 조절되지 않는 갑상선기능저하증
- 저알부민혈증
- 유전적인 근질환 병력 또는 가족력이 있는 경우
- 스타틴계 또는 피바스테이트계 약물로 인한 근육독성의 병력이 있는 경우
- 알코올 중독

2) 이 약을 다른 피바스테이트, 스타틴, 니아신 또는 다른 특정 제제(6. 상호작용 참고)와 함께 복용하는 경우, 근육독성 위험이 증가할 수 있다. 니아신(니코틴산) 또는 니아신을 함유하는 약물의 지질조절 용량은 >1g/일과 이 약의 병용요법을 고려하는 경우, 잠재적인 유익성을 주의 깊게 평가해야 한다. 특히 치료 초기 수개월간 고지혈증 치료 용량 증량 시 환자들의 근육통증, 압통 또는 근육 약화의 징후와 증상을 면밀히 관찰해야 한다.

2. 다음 환자에는 투여하지 말 것

- 1) 이 약의 구성분 또는 이 약에 함유된 성분에 대하여 과민증이 있는 환자
- 2) 피바스테이트계 또는 케토프로펜으로 치료를 받는 동안 광알레르기 또는 광독성반응을 경험한 환자
- 3) 혈청 간질환 또는 원인미 밝혀지지 않은 아미노산뇨소 수치의 지속적 상승이 있는 환자
- 4) 담낭질환이 있는 환자
- 5) 중증의 고트리글리세라이드혈증으로 인한 급성 췌장염을 제외한 만성 또는 급성 췌장염 환자
- 6) 중등도~중증의 신장애 환자(추정사구체여과율 < 60mL/min/1.73m²)
- 7) 피바스테이트계, 스타틴계, 사이클로스포린과의 병용투여
- 8) 만 18세 미만의 소아
- 9) 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인, 수유부
- 10) 담관간경화증 환자
- 11) 근병증 환자, 스타틴 또는 피바스테이트계 약물로 횡문근융해증 또는 근병증의 병력이 있는 환자. 이전의 스타틴계열 약물 치료 중 Cr 수치가 정상상한치의 5배 이상 증가한 환자
- 12) 간질성 폐질환자
- 13) 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해효소결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(glucose-galactose malabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에서는 투여해서는 안된다.

3. 다음 환자에는 신중히 투여할 것

- 1) 근육통증/횡문근융해증에 취약한 환자(1. 경고, 5. 일반적 주의 참조)
- 2) 간장애 또는 그 병력이 있는 환자
- 3) 알코올 과다섭취 환자
- 4) 경증의 신장애 환자(추정사구체여과율 60~69mL/min/1.73m²) 또는 그 병력이 있는 환자
- 5) 당뇨환자
- 6) 저알부민혈증(신중후군) 환자
- 7) 담석의 병력이 있는 환자
- 8) 혈액응고저지제를 투여중인 환자
- 9) 갑상선기능저하증 환자
- 10) 고령자
- 11) 정맥혈전색전증의 병력이 있는 환자

FELD 연구에서, 폐색전증의 발생에 대해 통계적으로 유의한 증가(위약 투여군 0.7% vs 페노피브레이트 투여군 1.1%, p=0.022)가 보고되었으며, 심부정맥혈전증에 대해서는 통계적으로 유의하지 않은 증가(위약 투여군 1.0%/48명/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4%/49명/4895명; p=0.074)가 보고되었다. 정맥혈전증의 발생 위험성의 증가는 증가된 호모시스테인의 농도, 혈전에 대한 위험 인자와 다른 정의되지 않은 인자들과 관련이 있을 수 있다. 이에 대한 임상적 유의성은 명확하지 않다. 그러므로 폐색전증의 병력이 있는 환자에서는 주의하도록 한다.

12) 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증 환자(같은 종류 또는 다른 종류의 스타틴계 약물을 투여했을 때 재발한 사례가 보고되었다.)

4. 이상반응

피타바스타틴칼슘/페노피브레이트에 대한 안전성은 복합형 이상지질혈증 환자 343명을 대상으로 한 피타바스타틴칼슘 대조 임상시험에서 평가되었다. 이 임상시험은 8주간의 치료기와 16주의 연장기로 구성되어 있으며, 16주의 연장기 투여는 8주간의 치료기를 완료하고 LDL-C 및 non-HDL-C 수치가 실험관내 질환에 대한 위험도에 따른 치료목표에 도달한 환자 269명을 대상으로 실시되었다.

1) 8주간의 치료기 동안 수집된 이상반응
이 기간 중 흔하게 보고된 이상반응은 빈두(염증)(5%), 상기도염(1.2%)이었다. 피타바스타틴칼슘/페노피브레이트와 관련된 이상반응은 ALT 증가 2건, AST 증가 2건, GGT 증가 1건, 간기능검사상 1건, 위식도 역류질환 1건, 오심 1건, 두통 12건이 모두 경증으로 나타났다.

<표> 8주 치료기간 동안 1% 이상 보고된 이상반응

전문약품

신체기관별 이상반응	피타바스타틴칼슘/페노피브레이트 2/160mg 투여군 (N=172)	피타바스타틴칼슘 2mg 투여군 (N=171)	전체 투여군 (N=343)
감염 및 감염증			
빈두(염증)	1	4	5 (1.5 %)
상기도 감염	2	2	4 (1.2%)

2) 16주진 연장연구 동안 수집된 이상반응
이 기간 중 가장 흔하게 보고된 이상반응은 빈두(염증)(2.8%), 어지러움(1.9%), CPK 증가(1.9%), 고혈압(1.9%), 만성염증(1.4%), 미란성염(1.4%)이었으며 나머지 이상반응 발생률은 모두 1% 미만이었다.

3) 특정 이상반응
치료기에서 CPK 항목의 경우 피타바스타틴칼슘/페노피브레이트 투여군은 평균적으로 35.66±116.02 IU/만큼, 피타바스타틴칼슘 단일 투여군은 11.07±83.98 IU/만큼 상승하였고, AST 항목의 경우 피타바스타틴칼슘/페노피브레이트 투여군은 평균 4.54±17.93 IU/만큼, 피타바스타틴칼슘 단일 투여군은 0.47±9.24 IU/만큼 상승하였다.

4) 고정용량 복합제인 이 약의 각각의 주성분에 대한 추가적인 정보
피타바스타틴칼슘 또는 페노피브레이트를 포함하는 약품의 사용과 관련된 추가적인 이상반응은 임상시험 및 시판 후 임상에서 관찰되었으며, 아래에 나열된 이상반응은 이 약 복용 시에도 발생할 가능성이 있다. 발생빈도는 피타바스타틴과 페노피브레이트 각각의 이상반응 빈도를 토대로 하였다.

<표> 피타바스타틴칼슘 및 페노피브레이트 단일제 투여후 발생한 이상반응

신체기관	이상반응 (페노피브레이트)	이상반응 (피타바스타틴칼슘)	빈도
혈액 및 림프계 장애	헤모글로빈 감소 백혈구 수 감소		드물게
		혈소판 감소, 과립구 감소, 백혈구 감소, 호산구 증가, 백혈구 증가, 글로불린 상승, 콜레스테롤 상승	드물게
면역계 장애	과민증	빈혈	매우 드물게
			드물게
정신 및 신경계 장애	두통		흔하지 않게
	피로 및 어지러움		드물게
		경각감, 졸음, 불면	드물게
		두통, 두통감, 경직감, 마비, 어지러움	매우 드물게
혈관계 장애	혈전색전증 (폐색전증, 심부정맥혈전증)**		흔하지 않게
호흡기계, 흉부 및 순환계 장애	간질성 폐질환		알 수 없음
위장관계 장애	위장관계 증상 (복통, 오심, 구토, 설사, 팽만)		흔하게
	췌장염*		흔하지 않게
		구갈, 소화불량, 복통, 복부팽만감, 변비, 구내염, 구토, 식욕부진, 설염	드물게
		구역, 위궤궤감, 설사	매우 드물게
	트랜스아미나제 증가		흔하게
	담석증		흔하지 않게
간담도계 장애	황달, 담석증의 합병증 (담낭염, 담관염, 담석사통 등)		알 수 없음
		빌리루빈 상승, 콜린에스테라제 상승	드물게
		AST 상승, ALT 상승, γ-GT 상승, ALP 상승, LDH 상승	매우 드물게
내분비계 장애		알도스테론 저하, 알도스테론 상승, 부신피질자극호르몬 (ACTH) 상승, 코르티솔 상승	드물게
		테스토스테론 저하	매우 드물게
피부 및 파호조각장애	중증 피부 반응 (조각 흉반, 스티븐스-존슨 증후군, 독성 표피 괴사증)		알 수 없음
	피부 과민증 (발진, 가려움증, 두드러기)		흔하지 않게
	탈모증		드물게
	광과민증		드물게
근골격계 및 결합조직장애	근육장애 (근육통, 근육염, 근경련 및 약화)		흔하지 않게
	신부전을 동반하거나 동반되지 않는 횡문근융해증		드물게
		근육파열	알 수 없음
		횡문근융해증****	알 수 없음
		근육병증	알 수 없음
		근경련, 미오글로빈 상승	드물게
신장 및 요로계 장애		CPK 상승, 근육통, 무력감	매우 드물게
		빈뇨, BUN 상승, 혈청크레아티닌 상승	드물게
생식기계 및 유방장애	성기능 장애		흔하지 않게
검사	혈중 호모시스테인 수치 증가***		매우 흔하게
	혈뇨 증가		드물게
기타		두근거림, 피로감, 피부동통, 화끈거림, 관절통, 부종, 시야흐림, 광시증, 난청, 노점혈, 노인성 상실, 팔꿈치 관절 및 인의 상승, 미각이상, 착색	드물게
		견대감, 항핵체형의 양성화	매우 드물게
		탈모	알 수 없음
		두드러기	드물게
과민증	발진, 가려움증		매우 드물게
	홍반		알 수 없음
	혈관부종		-

해정명

* 제 2형 당뇨병 환자 9795명을 대상으로 실시한 무작위배정, 위약 대조 임상시험인 FELD 연구에서 위약군보다 페노피브레이트군에서 혈당 상승이 통계적으로 유의하게 증가하였다(0.5% vs 0.8%; P=0.03).

혈전색전증

* FELD 연구에서 폐색전증의 발생에 대해 통계적으로 유의한 증가(위약 투여군 0.7%/32/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.1%/53/4895명; p=0.022)가 보고되었으며, 심부정맥혈전증에 대해서는 통계적으로 유의하지 않은 증가(위약 투여군 1.0%/48명/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4%/49명/4895명; p=0.074)가 보고되었다.

혈중 호모시스테인 수치 증가

*** FELD 연구에서 페노피브레이트를 투여한 환자의 혈중 호모시스테인 수치가 평균 6.5 μmol/L 상승하였고 이는 페노피브레이트 중증 후에 회복되었다.

횡문근융해증

**** 피타바스타틴칼슘을 포함하여 스타틴 계열 약물 사용에 따라 나타나는 횡문근융해증으로 인한 사망 사례가 드물게 보고되었다.

다량의 이상반응은 일부 스타틴계 약물에서 보고된 것들이다.

- 신경장애: 수면장애(불면 및 악몽 포함), 기억상실, 우울
- 소화기계: 특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 예외적인 사례
- 비노생식기계: 성기능이상
- 내분비계: 당뇨병, 빈뇨는 위험인자 존재여부에 따라 다르다. (공복혈당 5.6~6.9 mmol/L, BMI>30kg/m², 중성지방수치 상승, 고혈압)
- 근육격계 및 결합조직 장애: 면역매개성 과다성 근육병증
- 스타틴계 약물 사용과 관련하여 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증의 유발 또는 악화

가 보고되었다.

- 피타바스타틴칼슘의 국내 시판 조제결과 국내에서 제삼사를 위해 6년 동안 5,659명의 환자를 대상으로 실시한 사용성적조사결과 유해사례의 빈발율은 인과관계와 상관없이 4.14%(234명/5,659명, 315건)로 보고되었다.
- ① 피타바스타틴칼슘과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응 발현율은 2.89%(24명/5,659명, 17건), AUC중가 0.78%(43명/5,659명, 43건), 자색소신 병합 0.44%(25명/5,659명, 25건), AST중가 0.42%(24명/5,659명, 24건), CPK중가 0.10%(69명/5,659명, 92건), 근육통 0.12%(7명/5,659명, 72건)으로 보고되었다. 그 밖에 보고된 약물유해반응을 신약시험단계로 구분하면 다음과 같다.
- 전신 열감부종, 부종, 팔부종, 과민성
 - 신장계: 두통, 어지러움, 피부자민
 - 정신계: 불안, 수면장애, 식욕상실
 - 순환계: 협상성심, 가슴불편감
 - 근골격계: 무력증
 - 위장관계: 복통, 소화불량, 구갈, 변비, 구역
 - 간담도계: γ-GT중가
 - 대사 및 영양: LDH중가, ALP중가
 - 피부 및 부속기관: 가려움증, 두드러기
 - 혈액: 혈소판감소증
 - 요로계: 혈중크레아티닌증가, BUN중가
- ② 예상하지 못한 유해사례의 발현율은 0.28%(42명/5,659명, 46건)이었고, 이 중 피타바스타틴칼슘과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 협상성심 0.07%(4명/5,659명, 4건), 피부자민 및 가슴불편감 각각 0.02%(1명/5,659명, 1건)이었다.
- ③ 신장에 한하여서 유해사례 발현율은 14.01%(44명/314명, 62건)으로 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 이 중 피타바스타틴칼슘과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 10.83%(34명/314명, 45건)이었고 자색소신병합이 6.37%(20명/314명, 20건)로 높게 관찰되었다.
- ④ 시판 조제 조사 기간(중간 보고된 자발보고에서 월평균 500명에서 1명에서 보고되었다.

5. 일반적 주의

- 1) 투여 전 미리 식이요법을 실시하고 운동요법이나 고혈압, 흡연 등 허혈성 심질환에 대한 위험인자 검강 등도 충분히 고려한다.
- 2) 투여 중에 혈중 지질 농도를 정기적으로 검사하고 3개월 이내에 치료효과가 인정되지 않는 경우에는 투여를 중단한다.
- 3) 수술이 계획된 경우에는 며칠 전부터 이 약을 일시적으로 중단해야 한다. 주요한 임상적 또는 수술적 상황이 발생한 경우에도 이 약을 일시적으로 중단해야 한다.
- 4) 간장애 피타바스타틴 또는 페노피brate를 투여받은 일부 환자에서 트랜스아미라제 수치 증가가 보고되었다. 이들 대부분은 경증으로 고지치로 및 관련조치 없이 회복되었다. 이 약을 투여하기 전에 트랜스아미라제의 수치를 모니터링 해야 하며 투여 첫번째에 때 3개월마다, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 트랜스아미라제의 수치가 상승하는 환자들 에게 주의를 기울여야 하며, AST, SGOT, ALT 또는 SGPT의 수치가 정상상한치의 3배를 초과하여 증가한다면 이 약의 투여를 중단해야 한다. 간염을 나타내는 증상(예: 황달, 가려움증)이 나타나고 실험실적 검사로 진단이 확정되면, 이 약의 투여를 중단해야 한다. 이 약은 과도한 알코올 복용 환자에게 투여 시 주의해야 한다.
- 5) 췌장염 피타바스타틴을 투여하는 환자들에서 췌장염이 보고되었다. 이는 중증의 고트리글리세 라이드 혈중 환자에서의 치료(예: 제2, 제3, 제4형 호산구) 중(한 환자) 또는 담낭 파색을 동반하는 담도 결석 또는 담낭 침전물 형성으로 인한 이차적 현상으로 나타났다 수 있다.

6) 신장애

- 이 약은 중등도~중증의 신장애 환자에게 투여 금기이다. 이 약을 투정사구체여과율 60~89mL/min/1.73m² 인 경증의 신장애 환자에게 투여 시 주의해야 한다. 페노피brate 단독투여 또는 스타틴과 병용투여 환자들에서 혈중 크레아티닌의 가역적 상승이 보고되었다. 이 약을 정기적으로 투여하는 환자의 경우 혈중 크레아티닌 농도가 상승할 수 있으므로 지속적으로 이에 대해 모니터링 하도록 한다. 크레아티닌 수치가 정상상한치의 50%를 초과하는 경우, 이 약의 투여를 중단해야 한다. 크레아티닌 측정에는 이 약 투여 시작 후 처음 3개월간 실시하고 그 이후에는 주기적으로 실시하는 것이 권장된다.

7) 간질성 폐질환

- 일부 스타틴계 및 피brate계 약을 투여 시, 특히 장기간 투여하는 경우에 간질성 폐질환 환이 보고되었다. 그 증상으로는 호흡곤란, 객담을 동반하지 않는 미생검 및 일반적 인 건강악화로, 폐종양소 및 발열이 포함될 수 있다. 만약 환자에게 간질성 폐질환의 진단이 의심된다면, 이 약의 투여를 중단해야 한다.

8) 당뇨

- 혈당을 상승시키는 약물인 스타틴류와 당뇨 고위험군 환자들은 당뇨 치료에 적절하더라도 고혈당을 유발할 수 있다. 그러나 스타틴으로 인한 혈관계 위험의 감소가 이러한 위험을 상회하므로 이는 스타틴 투여를 중단할 이유가 될 수 없다. 당뇨에 대한 위험요인(공복 혈당 5.6~6.9mmol/L, BMI > 30kg/m², 트리글리세이드의 상승, 고혈압)이 있는 환자들은 치료조치에 따라 임상적으로 그리고 생화학적으로 모니터링 해야한다.

9) 정맥혈전색전증

- FIELD 연구에서, 폐색전증의 발생에 대해 통계적으로 유의한 증가(약 0.7% vs 페노피brate를 투여한 11% p=0.022)가 보고되었으며, 심부정맥혈전증에 대해서는 통계적으로 유의하지 않은 증가(약 0.7% vs 페노피brate를 투여한 1.4% p=0.074)가 보고되었다. 정맥혈전증의 발생 위험성의 증가는 증가된 호모스티스타인의 농도, 혈전에 대한 위험 인자와 다른 정의되지 않은 인자들과 관련이 있을 수 있다. 이에 대한 임상적 유의성은 명확하지 않다. 그러므로 폐색전증의 병력이 있는 환자에서는 주의하도록 한다.

10) 담석증

- 페노피brate는 담석 내로 콜레스테롤 분비를 증가시킬 수 있으며, 이는 담석증을 유발시킬 수 있다. 만약 담석증이 의심된다면, 담낭 시험(gallbladder studies)으로 확인한 후, 담석이 발견되면 이 약 투여를 중단해야 한다.

- 11) 페노피brate는 온전 및 기체 조작 능력에 영향을 미치지 않는다. 그러나 피타바스타틴 시판 후 경험에 따르면 때때로 어지러움이 보고되었다. 따라서 이 약을 투여중인 환자는 온전 및 기체 조작 시 어지러움이 나타날 수 있음을 고려해야 한다.

12) 면역개성 과민성 근육병증

- 스타틴제제를 복용 중이거나 중단한 환자에서 면역개성 과민성 근육병증이 매우 드물게 보고되었다. 면역개성 과민성 근육병증은 임상적 특징으로 지속적인 근육인 약화와 혈청 크레아티닌아제(CK)의 증가를 나타내며, 투여 중지 이후에도 그 증상이 지속된다.
- 13) 신장 과민증: 아니콜릭시스 및 혈관부종이 페노피brate의 국외 시판후 조사에서 보고되었다. 일부 사례에서, 과민반응이 생명을 위협하였으며 응급치료를 요하였다. 환자에게 급성 과민반응의 증상이나 증후가 나타날 경우 즉각 진찰을 받고 이 약의 투여를 중지한다.

- 자전성 과민증: 페노피brate를 투여 후 수일~수주 후, DRESS 증후군을 포함한 중증 과민반응(SCAR)이 국외 시판후 조사에서 보고되었다. SCAR에는 피부반응(예: 발진, 발진, 발진) 및 호산구증가증, 발열, 전신성 장기 침범(systemic organ involvement)(신장, 간, 호흡기)의 조합과 관련되었다. SCAR의 의심될 경우 이 약은 투여를 중단하여야 하며 적절한 치료가 고려되어야 한다.
- 14) 드물게 피타바스타틴 약물이 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증을 유발하거나 악화시킬 수 있다. 이 약은 이러한 상태의 환자에게 주의해서 사용해야 한다. 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증이 유발되거나 악화된 경우 투여를 중단해야 한다.

6. 상호작용

- 1) 피타바스타틴과 페노피brate 간의 상호작용 피타바스타틴 2mg과 페노피brate 160mg을 건강한 자원자에게 투여하여 실시한 약물상호작용시험 결과, 페노피brate를 동시에 투여하여 피타바스타틴의 Cmax, ss는 약 1.3배로 증가하였다.
- 2) 피타바스타틴의 상호작용
- ① 사이클로스포린 피타바스타틴은 CYP450에 의해 거의 대사되지 않는다. (CYP2C9에 의해 약간 대사된다.) 사이클로스포린에 의해 피타바스타틴의 혈중 농도가 상승(Cmax 6.6배, AUC 4.6 배)하여 급격한 신기능악화를 수반하는 혈문공혈증 등의 중대한 이상반응이 발현하기 있으므로 사이클로스포린과 병용투여해서는 안된다.
- ② 피brate계 약물(예, 겐피브로질, 베사피brate 등)과 병용투여 시 신장애 유무에 관계없이 급격한 신기능악화를 수반하는 혈문공혈증이 보고되고 있으므로 병용투여 시 주의하여야 하며, 자각증상(근육통, 무력감)의 발현, CPK 수치 상승, 혈 중 및 뇨 중 미오글로빈 상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능의 악화를 나타내는 경우에는 즉각 투여를 중지하여야 한다.
- ③ 니코틴산 니코틴산과 병용시 신장애가 있는 경우 급격한 신기능 악화를 수반하는 혈문공혈증이 나타나기 쉬우므로 병용투여시 주의하여야 하며 자각증상(근육통, 무력감)의 발현, CPK 수치 상승, 혈 중 및 뇨 중 미오글로빈상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능의 악화를 나타내는 경우에는 즉각 투여를 중지하여야 한다.
- ④ 콜레스테라민 콜레스테라민과 병용에 의해 피타바스타틴의 흡수가 저해되어 혈중 농도가 저하될 가능성이 있기 때문에 콜레스테라민의 투여 후 충분한 간격을 두는 이 약을 투여하는 것이 바람직하다.
- ⑤ 에라시로마신 에라시로마신과 병용투여시 급격한 신기능 악화를 수반하는 혈문공혈증이 나타날 수 있다. 자각 증상(근육통, 무력감) 발현, CPK 상승, 혈중 및 뇨 중 미오글로빈 상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능 악화를 동반한 경우에는 즉시 투여를 중지하여야 한다.
- ⑥ 리판타신과 병용시 피타바스타틴의 Cmax가 2배로, AUC가 1.3배로 상승했다는 보고가 있다.
- 3) 페노피brate의 상호작용
- ① HMG-CoA 환원효소 억제제 피바스타틴 유도체와 HMG-CoA 환원효소억제제와의 병용 사용은 혈문공혈증, 현재까지 상승된 크레아티닌아제(CK) 레벨 및 급성 신부전의 높은 원인이 되는 바이오글로빈 상승을 갖는 수많은 사례가 보고되었으므로 HMG-CoA 환원효소억제제와 피바스타틴 병용 병용투여시 혈문공혈증의 가능성이 증가할 수 있으므로 주의하고 기능하한 병용투여를 피하는 것이 바람직하다.
- ② 경구 혈액응고조제제 경구인-형 혈액응고조제제를 중강식자 프로트롬빈산/INR을 연장시키므로 페노피brate의 경구 혈액응고조제제를 병용하는 경우 주의를 해야 한다. 혈액응고조제제의 용량의 출혈 합병증을 방지하는데 요구되는 프로트롬빈산/INR을 유지할 수 있도록 감량해야 한다. 프로트롬빈산/INR이 안정화될 때까지 빈번한 프로트롬빈산/INR 측정이 권장된다.
- ③ 설보닐요제 혈당강화제 설보닐요제에, 글리베헤라민, 글리페리드와 병용시 저혈당증(은맥, 강한 공복감, 심계항진 등)이 나타났다는 보고가 있으며, 병용하는 경우 혈당치, 환자의 상태를 충분히 관찰하면서 투여한다.
- ④ 요산치로제 페노피brate는 요산배설작용이 있으므로 요산치로제와 병용 투여하는 경우에는 용량을 조절하는 등 신중히 투여한다.
- 5) 경구용 피판타 경구용 피판타(에스트로겐제제)는 혈중 지질농도를 증가시킬 수 있으므로 페노피brate와 병용투여하는 경우에는 의사와 상의한다.

- ⑥ 말라신산수소파해칼린, MAO 억제제 등 간독성의 위험이 있는 약물과 병용투여하지 않는다.
- ⑦ 면역억제제인 중이 장기이식 환자에서 페노피brate의 병용 투여시 드물게 혈청 크레아티닌치 상승을 수반하는 가역적인 신기능 손상이 보고되어 있으므로 이러한 경우에는 신기능을 면밀히 관찰하고 실험실적 검사 결과 이상이 확인되면 투여를 중지한다.
- 4) 음식물 상호작용 음식물이 페노피brate의 생체이용률을 증가시키기 때문에 이 약은 반드시 음식과 함께 복용하여야 한다. 따라서 이 약은 사후 즉시 복용하여야 권장된다.

7. 임부 및 수유부에 대한 투여

- 1) 임부 이 약은 피타바스타틴칼슘을 함유하고 있으며 피타바스타틴칼슘은 임부에 투여금기이다. 따라서 이 약은 임부에 금기 투여하지 않는다. 피타바스타틴칼슘 피타바스타틴칼슘은 임부에 투여 금기이다. 임부에서의 안전성은 확립되지 않았다. 피타바스타틴칼슘에 투여하는 것은 태아에서 콜레스테롤 합성의 전구체인 메틸콜렌산염의 수준을 감소시킬 수 있다. 이러한 이유로 인해, 임신을 계획중인 여성 또는 임신이 의심되는 여성에게 피타바스타틴칼슘을 투여해서는 안된다. 임신 기간 동안 임신이 아니라고 판명될 때까지 피타바스타틴칼슘 투여를 반드시 중단해야 한다. 페노피brate 임신한 여성에게 피노피brate 투여에 대한 적절한 자료는 없다. 임신중(특히 임신 3개월 이후)에 투여시 태아에 축적되어 태아독성을 유발할 위험성이 있으므로 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인에게는 투여하지 않는다.
- 2) 수유부 동물실험임각 쥐에서 페노피brate의 모유로의 이행이 보고되었다. 페노피brate, 피타바스타틴칼슘 그리고/또는 그 대체제가 사육 유즙으로 분비되는지 여부는 알려지지 않았으므로 수유부에게 이 약을 투여하지 않는다.
- 3) 생식 이 약이 생식에 미치는 영향에 대한 임상적 자료는 없다.

8. 소아에 대한 투여

- 이 약은 소아에서의 안전성 및 유효성이 확립되지 않았으므로 투여하지 않는다.

9. 고령자에 대한 투여

- 고령자에서 이 약의 용량 조절은 필요하지 않다. 그러나 신기능이 감소하여 투정사구체여과율이 60mL/min/1.73m² 미만인 환자에게는 이 약을 투여하지 않는다.

10. 과량투여의 처리

- 이 약에 대한 독해제는 알려져 있지 않다. 이 약의 과량투여가 의심된다면 필요에 따라 증상에 따른 치료와 적절한 지지요법을 실시한다. 피타바스타틴칼슘 피타바스타틴칼슘 과량투여에 대해 입증되지 않은 사례들만 보고되었다. 대부분의 경우, 피타바스타틴칼슘의 과량투여와 관련된 증상들은 보고된 바 없다. 과량투여에 대한 특별한 치료는 없으며 피타바스타틴칼슘의 높은 단백질결합률로 인해 혈액투석을 실시할 필요는 없다. 페노피brate 피노피brate 과량투여에 대해 입증되지 않은 사례들만 보고되었다. 대부분의 경우, 페노피brate의 과량투여와 관련된 증상들은 보고된 바 없다. 페노피brate는 단백질결합률이 높으므로 혈액 투여에 의해 제거되지 않는다.

11. 보관 및 취급상의 주의사항

- (1) 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.
- (2) 약품을 원래 용기에서 꺼내어 다른 용기에 보관하는 것은 약품의 용에 의한 사고 발생이나 약품의 품질 저하의 원인이 될 수 있으므로 원래의 용기에 보관한다.

12. 전문가를 위한 정보

1) 약리작용

- 이 약은 피타바스타틴칼슘과 페노피brate를 포함하고 있다.
- 피타바스타틴칼슘은 HMG-CoA 환원효소 억제제에서 HMG-CoA 환원효소 억제를 통해 메틸콜렌산의 합성을 저해하여 체내 LDL-콜레스테롤 생성을 억제한다.
 - 페노피brate는 피바스타틴 유도체로 중강식지질을 감소시키고 LDL-콜레스테롤의 밀도를 더 낮으면서 크기는 더 큰 입자로 만든다.

2) 임상시험 정보

- 시행한 페타바스타틴피타바스타틴.페노피brate((주)에이프로젠)바이오리크스와 대조약 피타바스타틴(한림제약)을 2x2 교차시험으로 각 1명 및 1000명씩 건강한 성인에게 식후 시 단회 경구 투여하여 45 명의 혈중 피타바스타틴과 페노피brate(피타바스타틴)의 혈장대사현황을 측정하고, 비교평가항목(AUC, Cmax)를 로그변환하여 통계처리하였을 때, 기하평균비율의 90% 신뢰구간이 80.00~125.00% 이내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

구분		비교평가항목		참고평가항목	
		AUC ₀₋₂₄ (ng · hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
대조약	스타틴칼슘 [한림제약(주)]	102.2±38.56	23.01±11.97	3.00 (1.00~4.57)	15.38±4.92
	피타바스타틴 (피타바스타틴, 페노피brate) [(주)에이프로젠 바이오리크스]	102.0±29.86	25.45±10.55	3.00 (1.00~4.50)	14.43±2.70
기하평균비율의 90% 신뢰구간 (기준: 80.00~125.00%)		97.90 ~ 105.22%	104.38 ~ 121.27%	—	—

(AUC, Cmax, t1/2: 평균값±표준편차, Tmax: 중앙값(범위), n=45)
AUC: 투약시간당 단위 최종혈중농도 정량시간 (n)에서의 혈중농도 - 시간곡선하면적
Cmax: 최고혈중농도
Tmax: 최고혈중농도 도달시간
t1/2: 말단 소실 반감기

구분		비교평가항목		참고평가항목	
		AUC ₀₋₂₄ (μg · hr/mL)	C _{max} (μg/mL)	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
대조약	스타틴칼슘 [한림제약(주)]	203.9±64.20	12.32±2.045	4.50 (4.00~7.00)	19.96±4.69
	피타바스타틴 (피타바스타틴, 페노피brate) [(주)에이프로젠 바이오리크스]	165.6±57.81	10.88±2.533	4.50 (3.00~6.07)	21.81±6.98
기하평균비율의 90% 신뢰구간 (기준: 80.00~125.00%)		87.26 ~ 94.66%	82.52 ~ 91.91%	—	—

(AUC, Cmax, t1/2: 평균값±표준편차, Tmax: 중앙값(범위), n=45)
AUC: 투약시간당 단위 최종혈중농도 정량시간 (n)에서의 혈중농도 - 시간곡선하면적
Cmax: 최고혈중농도
Tmax: 최고혈중농도 도달시간
t1/2: 말단 소실 반감기

- 주, 이 약은 (주)에이프로젠바이오리크스의 피타바스타틴피타바스타틴.페노피brate(피타바스타틴)와 동일한 효력을 사용하여 동일한 제조방법으로 전 공정을 (주)에이프로젠바이오리크스에 위탁 제조하고 있다.
- 3) 독성시험 정보 개의 경구 투여시험(3mg/kg/일 이상을 3개월, 1mg/kg/일 이상을 12개월간)에서 피타바스타틴에 대한 백색변의 발현이 나타났다. 다른 동물(들), 원숭이에서는 나타나지 않았다.

[저장방법]

- 기밀용기 실온(~30℃) 보관

[포장단위]

- 30 정형, 100 정형

[사용기한]

- 외부포장장조

[제조자] (주)에이프로젠바이오리크스

- 경기도 화성시 민곡로 99명연 두마리길 16

[제조의뢰자] 안국약품(주)

- 경기도 화성시 향남읍 제왕관길 40

본 제품은 공정거래위원회가 고시한 소비자분쟁해결기준에 의거 정당한 소비자피해에 대해 보상해 드립니다. 유통 도중 사용기한이 경과되었거나 변질, 변패 또는 오손된 제품은 교환하여 드리오니 당사 사명을 통하여 폐사로 송부하여 주시기 바랍니다. (안국약품) · 소비자 상담: 080-001-4125

※ 이 첨부서는 작성일자2026년 05월 14일 01:08 변경된 내용은 홈페이지(www.ahn-gook.com)에서 확인할 수 있습니다. ※ 자세한 목록 하가 또는 신고사항은 약품통합정보시스템 (http://redrug.mfds.go.kr) 참조 ※ 부작용 피하구제 신청 : 한국약약품 안전관리원 1. 신청방법 : 1644-6223 또는 14-3300, karp.drugsafe.or.kr 2. 신청대상 : 약약품 부작용으로 사망, 장애, 질병 피해를 입은 환자 및 유족 3. 보상신청 : 사망원인보상금, 장애비, 장애일시보상금, 진료비

