

피타콜린서방정

(피타바스타틴칼슘, 페노피브레이트콜린)

복용이 편리한 복합이성지질혈청 치료제

진 문 의 약 품

피타콜린서방정

(피타바스타틴칼슘, 페노피브레이트콜린)

【현약약품 및 그 분량】 1정 중	
유효성분： 피타바스타틴칼슘(별규)..... 2.00mg	
페노피브레이트콜린(별규)..... 178.80mg(페노피브릭산으로서 135mg)	
첨가제(종물유래)： 유당수화물(소의 우유).....	
기타첨가제： 미결정셀룰로스, 스테아르산마그네슘, 스테아릴무마르산나트륨, 오파드라이노판(AMBI88A200034), 저지화도하드록시프로필셀룰로오스(LH-2), 클로이드성이산화규소, 크로스보빈, 탄산마그네슘, 포비론, 황색산화철, 히드록시프로필셀룰로오스, 히브로멜로오스	

【성상】
연한노란색의 타원형 사방형 필름코팅정

【효능·효과】
관상동맥질환(CHD) 고위험이 있는 성인환자에서 피타바스타틴 2mg 단일치료, 요법시 LDL-콜레스테롤을 수치는 적절히 조절되지만 트리글리세라이드 수치는 높고 LDL-콜레스테롤 수치는 낮은 복합형이성지질혈청의 치료

【용법·용량】
이 약을 투여하기 전에 크레아티닌키나제(CK) 수치를 측정해야 한다. 기저치는 이 약의 투여 동안에 CK 수치가 증가되었는지 여부를 판단하기 위해 참고치로 사용될 수 있다. 격렬한 운동 후 또는 CK 수치를 일으킬 수 있는 다른 잠재증이 있는 경우에는 CK 수치 해석이 어려우므로 CK를 측정하지 않는다. CK 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 결과 확인을 위해 5~7일 후에 이를 다시 측정해야 한다. 5~7일 후에야 CK 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 이 약으로 치료를 지속해서는 안된다.

이 약 투여 후 처음 12개월간은 3개월마다 CK 수치의 정기적인 모니터링을 실시할 것을 권장하며, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 이 약으로 치료를 시작하는 환자 또는 스타틴 용량을 증가하는 환자에게 근육병증의 위험성을 알려주어야 하며 이 약 투여 중에 정확히 설명할 수 없는 근육 통증, 입문, 근육 약화 또는 근경련 등이 있을 경우에는 즉시 의사와 상의할 것을 환자들에게 권고해야 한다. 또한 이러한 환자에서는 CK 수치를 측정해야 하며 CK 수치가 현재치에 증가한다(정상상한치의 5배 초과) 이 약의 투여를 중단해야 한다. 투여 중단은 CK 수치와 상관없이 근육 증상의 증중 여부와 일상의 불편함이 초래되었는지를 고려하여 결정해야 한다. 만약 유전적인 근질환이 의심되는 환자라면 이 약의 재투여는 권장되지 않는다. 이 약을 투여하기 전에 트랜스아미나제(AST, ALT)의 수치를 모니터링 해야 하며 이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월 마다, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 트랜스아미나제의 수치가 상승하는 환자들에게 투여를 기울여야하며 AST 또는 SGOT, ALT 또는 SGPT의 수치가 정상상한치의 3배를 초과하여 증가한다면 이 약의 투여를 중단해야 한다.

이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월 마다 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 제 2형 당뇨병 환자, 갑상선기능저하증, 신증후군, 이산단백혈증, 폐색성간질환, 알코올 중독 등과 같은 고지혈증의 이차 요인을 이 약 투여 전에 적절히 치료해야 한다. 환자는 치료를 시작하기 전에 표준콜레스테롤을 저하시켜야 하며 치료 중에도 이를 지속하여야 한다.

관상동맥으로 시 1회 1정을 식도와 무관하게 복용한다.

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

이 약은 기존 단일제 병용투여와 비교시 생물학적동등성이 확립되지 않았으므로 피타바스타틴과 페노피브레이트를 병용 투여하는 환자에서 이 약으로 전환하지 않는다.

신장애 환자: 이 약은 추정사구체과율이 60mL/min/1.73㎡ 미만인 중등증 내지 중증의 신장애 환자에게는 투여하지 않는다.

【사용상의 주의사항】

1. 경고

1) 피브레이트계 및 스타틴계 약물과 같은 지질저하제 복용 시, 신부전을 동반하거나 동반하지 않는 황문근육해종과 같은 드문 경우를 포함하여 근육격계 독성이 보고되었다. 스타틴계 및 피브레이트계 약물에 의 한 근육병증의 위험은 각 구성분의 용량 및 피브레이트계 약물의 특성과 관련이 있다. 황문근육해종은 골격근의 급성치 치명적인 상태로 치료기간 동안 언제든지 나타날 수 있고 다량의 근육이 파괴됨으로써 알 수 있는데, 이는 미오글로빈뇨를 초래하는 CK 수치기 보통 정상상한치의 30 또는 40배 증가하는 것과 관련이 있다.

또한 이러한 근육독성의 위험성은 피브레이트계 약물 및 스타틴계 약물을 함께 복용하였을 때 증가한다. 따라서 이 약 치료 시작 전에 유익성과 더불어 치료제 위험성을 면밀히 평가해야 하며 근육 독성과 관련 된 어떠한 증상이라도 나타날 경우에 환자를 모니터링 해야 한다. 증중, 입문, 근육 약화, 또는 근경련과 같이 설명할 수 없는 근육 징후를 나타내는 모든 환자에서 반드시 근육병증을 고려해야 하며 이러한 경우에 CK 수치를 반드시 측정해야 한다.

황문근육해종에 취약한 환자들에 대해서는 주의를 기울여야 한다. 아래와 같은 인자를 가진 경우, 이 약 투여를 시작하기 전에 CK 수치를 측정하여야 한다.

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

2) 이 약을 다른 피브레이트, 스타틴, 니아신 또는 다른 특정 제제(6. 상호작용 참고)와 함께 병용하는 경우, 근육독성 위험이 증가할 수 있다. 니아신(니코틴산) 또는 니아신을 함유하는 의약품의 지질조절 용량(≥ 1g/일)과 이 약의 병용요법을 고려하는 경우, 잠재적인 유익성 및 위험성을 주의 깊게 평가해야한다. 특히 치료 초기 수개월간 그리고 용량 증량 시 환자들의 근육통증, 입문 또는 근력 약화의 징후와 증상을 면밀히 관찰해야 한다.

2. 다음 환자에게 투여하지 말 것

- 이 약의 주성분 또는 이 약에 함유된 성분에 대하여 과민증이 있는 환자
- 피브레이트계 또는 케토프로핀으로 치료를 받는 동안 광알레르기 또는 광독성반응을 경험한 환자
- 활성 간질환 또는 원인이 밝혀지지 않는 이미전이효소 수치의 지속적인 상승이 있는 환자
- 당당질환이 있는 환자
- 중증의 고트리글리세라이드혈증으로 인한 급성 췌장염을 제외한 만성 또는 급성 췌장염 환자
- 중등도 ~ 중증의 신장애 환자 (추정사구체과율 < 60mL/min/1.73㎡)
- 피브레이트계, 스타틴계, 사이클로스포린과의 병용투여
- 만 18세 미만인 소아
- 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인, 수유부
- 담관간경화증 환자
- 근병증 환자, 스타틴 또는 피브레이트계 약물로 황문근육해증 또는 근병증의 병력이 있는 환자, 이전의 스타틴계제 약물 치료 중 CK 수치가 정상상한치의 5배 이상 증가한 환자
- 간질성 폐질환자
- 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해효소결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애 (glucose-galactose malabsorption) 등 의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여해서는 안된다.

3. 다음 환자에게는 신중히 투여할 것

- 근육병증/황문근육해종에 취약한 환자(1. 경고, 5. 일반적 주의 참조)
- 간장애 또는 그 병력이 있는 환자
- 알코올 과다섭취 환자
- 중증의 신장애 환자(추정사구체과율 60~89mL/min/1.73㎡) 또는 그 병력이 있는 환자
- 당뇨 환자
- 지질부민혈증(신증후군) 환자
- 담석의 병력이 있는 환자
- 혈액응고저지제를 투여중인 환자
- 갑상선기능저하증 환자
- 고혈압
- 정맥혈전색전증의 병력이 있는 환자

FIELD 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%/489/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4%/679/4895명; 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 재발 한 사례가 보고되었다.)

4. 이상반응

피타바스타틴칼슘 또는 페노피브레이트에 대한 안전성은 복합형 이성지질혈청 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 실험관계 질환에 대한 위험도에 따른 치료목표에 도달한 환자 216명을 대상으로 실시되었다.

1) 8주간의 치료기 동안 수집된 이상반응
이 기간 중 흔하게 보고된 이상반응은 비인두염(1.5%), 상기도감염(1.2%)이었다. 이 약과 관련된 이상반응은 ALT 증가 2건, AST 증가 2건, GGT 증가 1건, 간기능검사치 1건, 유식도 역류질환 1건, 소수 1건, 두통 12이며 모두 경증으로 나타났다.

〈표1〉 8주 치료기간 동안 1% 이상 보고된 이상반응

신체기관별 이상반응	이 약 투여군(N=172)	피타바스타틴칼슘2mg 투여군(N=171)	전체 투여군(N=343)
감염 및 감염증			
비인두염	1	4	5 (1.5%)
상기도감염	2	2	4 (1.2%)

2) 16주간 연장연구 동안 수집된 이상반응
이 기간 중 가장 흔하게 보고된 이상반응은 비인두염(2.8%), 어지러움(1.9%), CPK 증가(1.9%), 고혈압(1.9%), 만성설염(1.4%), 미란성위염(1.4%), 저혈당증(1.4%) 이었으며 나머지 이상반응 발생률은 모두 1% 미만이었다.

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

4) 고정용량 복합제인 이 약의 각각의 주성분에 대한 추가적인 정보
피타바스타틴칼슘 또는 페노피브레이트를 포함하는 의약품의 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.

신체기관	이상반응(페노피브레이트)	이상반응(피타바스타틴칼슘)	빈도
혈액 및 림프계 장애	헤모글로빈 감소 백혈구수 감소	혈소판 감소, 과립구 감소, 백혈구 감소, 호산구 증가, 백혈구 증가, 글로불린 상승, 림프시험 양성화	드물게
면역계 장애		빈혈	매우 드물게
면역계 장애	과민증		드물게
정신 및 신경계 장애	두통 피로 및 어지러움	빈혈 강직감, 졸음, 불면	흔하지 않게 드물게
혈관계 장애	혈전색전증(폐색전증, 심부정맥혈전증)**	간질성 폐질환	흔하지 않게
호흡기계, 흉부 및 종격동 장애	위장관계 증식병통, 오심, 구토, 설사, 평민)	구강, 소화불량, 복통, 복부팽만감, 변비, 구내염, 구토, 식욕부진, 설염	일 수 없음 흔하게
위장관계 장애	위장관계 증식병통, 오심, 구토, 설사, 평민)	구강, 소화불량, 복통, 복부팽만감, 변비, 구내염, 구토, 식욕부진, 설염	흔하지 않게
간담도계 장애	트랜스아미나제 증가 담석증	구강, 소화불량, 복통, 복부팽만감, 변비, 구내염, 구토, 식욕부진, 설염	드물게 흔하지 않게
간담도계 장애	혈당, 담석증의 합병증(당낭염, 담관염, 담석상충 등)	비리루빈 상승, 콜린에스테라제 상승	일 수 없음
내분비계 장애		ALT 상승, ALT 상승, γ-GT 상승, ALP 상승, LDH 상승	매우 드물게
		알도스테론 저하, 알도스테론 상승, 부신피질자코르몬 (ACTH) 상승, 코르티솔 상승	드물게
		테스토스테론 저하	매우 드물게
피부 및 피하조직장애	중증 피부 반응(다형 홍반, 스티븐스-존스 증후군, 독성 표피 괴사증후)	피부 과민증(발진, 가려움증, 두드러기)	일 수 없음 흔하지 않게
		탈모증	드물게
		광과민증	드물게
		근육장애 (근육통, 근육경련 및 약화)	흔하지 않게
근골격계 및 결합조직장애		신부전을 동반하거나 동반하지 않는 황문근육해종	드물게
		근군파열	일 수 없음
		황문근육해종****	일 수 없음
		근육병증	일 수 없음
		근경련, 미오글로빈 상승	드물게
		CPK상승, 근육통, 무력감	매우 드물게
신장 및 요로계 장애		빈뇨, BUN 상승, 혈청크레아티닌 상승	드물게
생식기계 및 유방장애	성기능 장애		흔하지 않게
	혈중 호모시스테인 수치 증가***		매우 흔하게
	혈뇨 증가		드물게
기타		두근거림, 피로감, 피부통통, 화끈거림, 과점통, 부종, 시야흐림, 관시증, 냉한, 노점혈, 노산치 상승, 혈청칼슘 및 인의 상승, 미각이상, 착색, 노	드물게
		전과감, 항핵항체의 양성화	매우 드물게
		발모	일 수 없음
		두드러기	드물게
		발진, 가려움증	매우 드물게
		홍반	일 수 없음
		혈관부종	

해장염
* 제 2형 당뇨병 환자 9795명을 대상으로 실시한 무작위배정, 위약 대조 임상시험인 FIELD 연구에서 위약군 보다 페노피브레이트군에서 해장염 발생이 통계적으로 유의하게 증가하였다(0.5% vs 0.8%; P=0.031).

혈전색전증

** FIELD 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%/489/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4%/679/4895명; p=0.074)가 보고되었다.

혈중 호모시스테인 수치 증가

*** FIELD 연구에서 페노피브레이트를 투여한 환자의 혈중 호모시스테인 수치가 평균 6.5 μmol/L 상승하고 있는 이는 페노피브레이트 중단 후에 회복되었다.

**** 이 약을 포함하여 스타틴 계열 약물 사용에 따라 나타나는 황문근육해증으로 인한 사망 사례가 드물게 보고되었다.

다음의 이상반응은 일부 스타틴계 약물에 보고된 것들이다.

- 신경성신경：수면장애(불면 및 악몽 포함), 기억상실, 우울
- 호흡기계：특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 예외적인 사례
- 비호생식기계：성적 기능이상
- 내분비계：당뇨병；빈도는 위험인지 존재여부에 따라 다르다. (공복혈당 5.6~6.9 mmol/L, BMI>30kg/㎡, 종성지질 수치 상승, 고혈압)
- 근골격계 및 결합조직 장애：면역개개성 과다성 근육병증
- 스타틴계 약물 투여와 관련하여 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증의 유발 또는 약화가 보고되었다. 피타바스타틴칼슘의 국내 시판 후 조사결과 국내에서 재심사를 위해 6년 동안 6,659명의 환자를 대상으로 실시한 사용성조사결과 유해사례의 발현율은 인과관계와 상관없이 4.14%(234명/5,659명, 315건)로 보고되었다.
- ① 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응을 발현율은 2.19%(124명/5,659명, 171건)로, ALT 증가 0.76%(43명/5,659명, 43건), 자색색소 빈혈 0.44%(25명/5,659명, 25건), AST증가 0.42%(24명/5,659명, 24건), CPK증가 0.16%(9명/5,659명, 9건), 근육통 0.12%(7명/5,659명, 7건)순으로 보고되었다. 그 밖에 보고된 약물유해반응을 신체기관별로 구분하면 다음과 같다.
 - 전신：열결핵, 부종, 팔부종, 과민성
 - 신경계：두통, 어지러움, 파부저림
 - 진상계：불면증, 수면장애, 식욕상실
 - 순환계：협상증상, 가슴불편감
 - 근골격계：무력증
 - 위장관계：복통, 소화불량, 구갈, 변비, 구역

- 간담도계：γ-GT증가
- 대사 및 영양：LDH증가, ALP증가
- 피부 및 부속기관：가려움증, 두드러기
- 혈액：혈소판감소증
- 요로계：혈중크레아티닌증가, BUN증가

- 예상하지 못한 유해사례의 발현율은 0.74%(42명/5,659명, 46건)이었고, 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 10.83% (34명/314명, 45건)이었고 저색소산빈혈이 6.37%(20명/314명, 20건)로 높게 관찰되었다.
- 시판 후 조사 기간동안 보고된 자발보고에서 황문근육해증이 1명에서 보고되었다.

- 일반적 주의
 - 투여 전 미리 식이요법을 실시하고 운동요법이나 고혈압, 흡연 등 허혈성 심장병에 대한 위험인지 경감 등도 충분히 고려한다.
 - 투여 중에 혈중 지질 농도를 정기적으로 검사하고 3개월 이내에 치료효과가 인정되지 않는 경우에는 투여를 중단한다.
 - 수술이 계획된 경우에는 며칠 전부터 이 약을 일시적으로 중단해야 한다. 주요한 임상적 또는 수술적 상황 이 발생된 경우에도 이 약을 일시적으로 중단해야 한다.
 - 간장애
피타바스타틴 또는 페노피브레이트를 투여받은 일부 환자에서 트랜스아미나제 수치 증가가 보고되었다. 이들 대부분은 경증으로 고정치로 및 관련되지 없이 회복되었다.
이를 투여하기 전에 트랜스아미나제의 수치를 모니터링 해야 하며 투여 후에는 매 3개월 마다, 그 이후에는 주기적으로 모니터링 한다. 트랜스아미나제의 수치가 상승하는 환자들에게 주의를 기울여야하며 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.

- 해장염
페노피브레이트를 투여하는 환자들에서 해장염이 보고되었다. 이는 중증의 고트리글리세라이드 혈중 환자에서의 치료 실패, 해장 효소가 투여한 환자 또는 담관 폐색을 동반하는 담도 결석 또는 담즙 침전물 형상으로 인한 이차적 현상으로 나타날 수 있다.
- 신장애
이 약은 중등도 ~ 중증의 신장애 환자에게 투여 금기이다.
이 약을 추정사구체과율을 60~89 mL/min/1.73㎡인 경증의 신장애 환자에게 투여 시 주의해야 한다.
페노피브레이트 단독투여 또는 스타틴과 병용투여한 환자들에서 혈중 크레아티닌의 가역적 상승이 보고되었다. 이 약을 장기적으로 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 측정은 이 약 투여 시작 후 처음 3개월간 실시하고 그 이후에는 주기적으로 실시하는 것이 권장된다.

- 간질성 폐질환
페노스타틴계 및 피브레이트계 약물을 투여 시, 특히 장기간 투여하는 경우에 간질성 폐질환이 보고되었다. 그 증상으로는 호흡곤란, 객담을 동반하지 않는 미끈거림 및 일반적인 건강악화(피로, 체중감소 및 발열)가 포함될 수 있다. 만약 환자에게 간질성 폐질환으로의 진행이 의심된다면, 이 약의 투여를 중단해야 한다.
- 당뇨
혈당을 상승시키는 약물인 스타틴류와 당뇨 고위험군 환자들은 당뇨 치료가 적절하더라도 고혈당을 유발할 수 있다. 그러나 스타틴으로 인한 혈관계 위험의 감소가 이러한 위험을 상회하므로 이는 스타틴 투여를 중단할 이유가 될 수 없다. 당도에 대한 위험요인(공복혈당 5.6~6.9mmol/L, BMI > 30kg/㎡, 트리글리세이드의 상승, 고혈압)이 있는 환자들은 치료지침에 따라 임상적으로 그리고 생화학적으로 모니터링 해야한다.

9. 정맥혈전색전증

FIELD 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%/489/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4%/679/4895명; 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.

10) 담석증

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

11) 페노피브레이트는 운전 및 기계 조작 능력에 영향을 미치지 않는다. 그러나 피타바스타틴 판 후 경험에 따르면 때때로 어지럼증이 보고되었다. 따라서 이 약을 투여중인 환자는 운전 및 기계 조작 시 어지럼증이 나타날 수 있음을 고려해야 한다.

12) 면역개개성 과다성 근육병증
스타틴제제를 복용 중이거나 중단한 환자에서 면역개개성 과다성 근육병증이 매우 드물게 보고되었다. 면역개개성 과다성 근육병증은 임상적 특징으로 지속적인 근육인 근육인 약화와 혈청 크레아티닌키나제(CK)의 증가를 나타내며, 투여 중지 이후에도 그 증상이 지속된다.

13) 신장 과민증：아나필락시스 및 혈관부종이 페노피브레이트 국외 시판후 조사에서 보고되었다. 일부 사례에서, 과민반응이 생명을 위협하였으나 응급치료를 요하였다. 환자에게 급성 과민반응의 증상이나 증후가 나타날 경우 즉각 치료를 받고 이 약의 투여를 중지한다.

지연성 과민증：페노피브레이트 투여 후 수일~수주 후 DRESS 증후군을 포함한 중증 피부부작용(SCAR)이 국외 시판후 조사에서 보고되었다. DRESS 사례는 피부반응(예, 발발 피부염) 및 호산구증가증, 발열, 전신성 장기 침범(systemic organ involvement)(신장, 간, 호흡기)의 조합과 관련되었다. SCAR이 의심될 경우 이 약은 투여를 중단하여야 하며 적절한 치료가 고려되어야 한다.

14) 드물게 스타틴계 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 페노피브레이트 간의 상호작용
피타바스타틴 2mg과 페노피브레이트 160mg을 건강한 지원자에게 투여하여 실시한 약물상호작용시험 결과, 페노피브레이트 존재 하에서 피타바스타틴의 C_{max} 는 약 1.3배로 증가하였다.

2) 피타바스타틴의 상호작용

① 사이클로스포린

피타바스타틴은 CYP450에 의해 거의 대사되지 않는다. (CYP2C9에 의해 약한 대사된다.) 사이클로스포린에 의해 피타바스타틴의 혈중 농도가 상승(C_{max} 6.6배, AUC 4.6배)하여 급격한 신기능 약화를 수반하는 황문근육해종 등의 중대한 이상반응이 발현하기 쉬우므로 사이클로스포린과 병용투여해서는 안된다.

② 피타바스타틴계 약물
피브레이트계 약물 (예, 젬피로브질, 베사피브레이트 등)과 병용투여시 신장애 유무에 관계없이 급격한 신기능약화를 수반하는 황문근육해증이 보고되고 있으므로 병용투여시 신장애에 주의하여야 하며, 자각증상(근육통, 무력감)의 발현, CPK 수치 상승, 혈 중 및 뇨 중 미오글로빈 상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능의 약화를 나타내는 경우에는 즉시 투여를 중지하여야 한다.

③ 니코틴산

니코틴산과 병용시 신장애가 있는 경우 급격한 신기능 약화를 수반하는 황문근육해증이 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 약화를 나타내는 경우에는 즉시 투여를 중지하여야 한다.

④ 콜레스테라민
콜레스테라민과 병용에 의해 이 약의 흡수가 저해되어 혈중 농도가 저하할 가능성이 있기 때문에 콜레스타라민의 투여 후 충분한 간격을 두고 이 약을 투여하는 것이 바람직하다.

⑤ 에라소포미신

에라소포미신과 병용투여시 급격한 신기능 약화를 수반하는 황문근육해증이 나타날 수 있다. 자각 증상(근육통, 무력감) 발현, CPK 상승, 혈중 및 뇨중 미오글로빈 상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능 약화를 보인 경우에는 즉시 투여를 중지하여야 한다.

⑥ 리람피라신과 병용시
피타바스타틴의 C_{max}가 2.0배, AUC가 1.3배로 상승했다는 보고가 있다.

3) 페노피브레이트콜린의 상호작용

① HMG-CoA 환원효소저해제

피브리산 유도제와 HMG-CoA 환원효소저해제의 병용 사용은 황문근육해종, 현재까지 상승된 크레아티닌키나제(CK) 레벨 및 급성 신부전의 높은 위험이 되는 미오글로빈뇨를 갖는 수많은 사례가 보고되었으며 HMG-CoA 환원효소저해제(로바스타틴 등)와 병용투여시 황문근육해종의 가능성이 증가할 수 있으므로 주의하고 가능한 병용투여를 피하는 것이 바람직하다.

쿠마린-형 혈액응고저지제를 증가시켜 프로트롬빈시간/INR을 연장시키므로 이 약과 경구 혈액응고저지제를 병용하는 경우 주의를 해야 한다. 혈액응고저지제의 용량은 출혈 합병증을 방지하는데 요구되는 프로트롬빈시간/INR을 유지할 수 있도록 강령해야 한다. 프로트롬빈시간/INR이 안정화 될 때까지 빈번한 프로트롬빈시간/INR 측정이 권장된다.

③ 세포노화세포 혈당강화제
세포노화세포 (예, 글리벵글리드, 글리메페리드)와 병용시 저혈당증(식은뻘, 강한 공복감, 심계항진 등)이 나타났다는 보고가 있으며, 병용하는 경우 혈당, 환자의 상태를 충분히 관찰하면서 투여한다.

④ 요산치료제
페노피브레이트는 요산배설작용이 있으므로 요산치료제와 병용 투여하는 경우에는 용량을 조절하는 등 신중히 투여한다.

⑤ 경구용 피임약
경구용 피임약(에스트로겐제제)은 혈중 지질농도를 증가시킬 수 있으므로 이 약과페노피브레이트와 병용투여하는 경우에는 의사와 상의한다.

⑥ 리레닌산소수해효소활인, MAO억제제 등 간독성의 위험이 있는 약물과 병용투여하지 않는다.
⑦ 면역억제요법 중인 장기이식 환자에서 페노피브레이트의 병용 투여시 드물게 혈청 크레아티닌치 상승을 수반하는 가역적인 신기능 손상이 보고되어 있으므로 이러한 경우에는 신기능을 면밀히 관찰하고 실험실적 검사 결과 이상이 확인되면 투여를 중지한다.

7. 임부 및 수유부에 대한 투여

1) 임부
이 약은 피타바스타틴칼슘을 함유하고 있으며 피타바스타틴칼슘은 임부에게 투여금기이다. 따라서 이 약은 임부에게 투여하지 않는다.
피타바스타틴칼슘
피타바스타틴칼슘은 임부에게 투여 금기이다. 임부에서의 안전성은 확립되지 않았다. 피타바스타틴칼슘을 모체에 투여하는 것은 태아에서 콜레스테롤 합성의 전구체인 메발론산염의 수준을 감소시킬 수 있다. 이러한 이유로 임부, 임신을 계획중인 여성 또는 임신이 의심되는 여성에게 피타바스타틴칼슘을 투