

에스포젠주 10000 IU/mL

Espogen Inj. (유전자재조합 인에리스로포이에틴)

원료약품의 본 랑

규격	이 약 1mL중 인에리스로포이에틴[유전자재조합] (별규)	함유량
10000 IU/mL		10000 IU

성 상

무색 또는 미황색을 띠는 투명한 액이 들어있는 무색 투명한 바이알

효능 · 효과

만성 신부전 환자에게 나타나는 빈혈
- 중후성 빈혈
- 수혈이 필요한 빈혈

용법 · 용량

만성 신부전 환자

: 재조합 인에리스로포이에틴으로서 주3회, 1회 50단위/kg을 서서히 피하 주사 또는 1~2분에 걸쳐 정맥 주사하거나 주 1회 150 단위/kg을 서서히 피하주사 또는 1~2분에 걸쳐 정맥 주사한다. 이후에 용량 증감은 초기 반응에 따라 결정된다. 2~4주내에 0.3~0.5g/dl/week 의 헤모글로빈 증가가 없다면, 용량을 25~50%씩 늘려 투여하고 만일 목표치를 초과했거나 과다상승(3g/dl/month)하면 25% 감량한다. 또한 주 3회 1회당 50단위/kg투여 4주 후 헤모글로빈의 증가율이 2g/dl 이상일 때는 1주일에 3회 중 1회를 생략함으로써 용량을 조절할 수 있다. 빈혈 개선효과가 얻어지면, 주 2~3회 투여를 유지시키거나, 주당 2~3회 투여량을 합친 용량을 주 1회로 투여할 수 있다. 빈혈 개선효과와 목표치는 헤모글로빈 농도가 10g/dl(헤마토크리트로 30%) 전후로 한다. 최적 헤모글로빈의 수준은 10~12g/dl가 가장 적절한 것으로 알려져 있으며, 12g/dl를 넘지 않도록 한다. 12g/dl에 다다르거나 이상이 되면 용량을 25% 감량하여 투여한다. 헤모글로빈 수준이 낮을 때(6g/dl) 치료를 시작한 환자는 헤모글로빈 8g/dl 이상에서 치료를 시작한 환자에 비해 더 높은 유지용량을 필요로 하며, 나이에 따라서도 용량을 적의 증감하여야 한다. 어떠한 경우에도 최대투여용량이 주 3회시 1회당 200단위/kg, 주 1회시 1회당 600단위/kg 초과해서는 안 된다. 철분 상태는 치료 전 또는 치료기간 중에 측정해야 하고 만일 필요하다면 철분을 투여해야 한다. 알루미늄 중독 혹은 감염된 환자의 경우에는 반응이 떨어질 수 있다. 투석받지 않는 환자의 경우에도 유지량은 빈혈 증상의 정도나 나이에 따라 결정하여야 하나, 주당 70~150단위/kg을 투여 시 6개월 이상 헤마토크리트가 36~38%로 유지됨이 보고된 바 있다.

1. 경고

- 적혈구 수혈이 필요하지 않은 최소의 헤모글로빈 농도를 유지할 수 있는 용량으로 투여할 것.
- 이 약 투여시 혈중 헤모글로빈 농도가 12g/dl를 초과하는 경우 중대한 심혈관계 부작용 및 사망의 위험성을 증가시킨다.
- 방사선 요법을 받고 있는 진행성 두경부암 환자, 화학요법을 받고 있는 전이성 유방암 환자, 화학요법 또는 방사선요법을 받지 않은 활동성 중앙환자에서 이 약의 투여로 헤모글로빈 농도가 12g/dl를 초과하는 경우, 사망의 위험성이 증가하고 중앙의 진행시간을 단축시킨다.
- 수술 전 동종 적혈구 수혈의 감소를 목적으로 에리스로포에틴 제제를 투여 받은 환자에서 심부 정맥 혈전증의 빈도가 높게 나타났다.

2. 다음 환자에게 투여하지 말 것.

- 에리스로포이에틴제제 치료 후에 순수적혈구형성부전이 발생한 환자는 이 약이나 다른 에리스로포이에틴 제제를 투여하지 말 것
- 이 약 또는 다른 에리스로포이에틴제제에 과민증 환자
- 조절 불가능한 고혈압 환자
- 포유동물세포기원 악물 또는 사람혈청알부민에 과민증 환자

3. 다음 환자에게는 신중히 투여할 것

- 고혈압 환자가 이 약 투여에 의해 혈압상승이 인정되는 경우가 있고 고혈압성 뇌병증이 나타날 수 있다)
- 악물과민증의 병력이 있는 환자
- 알레르기 쇼인이 있는 환자
- 심근경색, 폐경색, 뇌경색 환자 또는 이러한 질환의 병력이 있는 환자(혈액전조도가 상승한다는 보고가 있고, 혈전색전증을 악화 또는 일으킬 수 있다. 또한 특히 자기혈액정정을 위해 사용하는 경우와 수술 후에는 혈액응고능이 항진할 수 있으므로 관찰을 충분히 한다.)
- 뇌실내 출혈 및 뇌실질내 출혈이 있는 미숙아(뇌출혈이 악화될 수 있다)
- 혈형성 혈관질환 환자
- 발작의 병력이 있는 환자
- 간질 환자
- 철소판증가증 환자
- 만성 간부전 환자

4. 이상반응

- 속 : 드물게 속 및 아나필락시스 과민반응(두드러기, 호흡곤란, 입술부종, 인두부종 등)을 일으킬 수 있으므로 관찰을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하는 등 적절한 처치를 한다.

2) 순환기계

- 혈압상승, 누관(stistula) 등 혈관접촉부위의 혈전증, 폐파로 심계항진이 나타날 수 있다.
- 고혈압성 뇌병증·뇌출혈 : 급작형 혈압상승에 의해 두통, 의식장애, 경련 등을 나타내는 고혈압성 뇌병증이 관찰되고 뇌출혈에 이르는 경우가 있으므로 혈압, 헤마토크리트 등의 추이를 충분히 주의하면서 투여한다.
- 심근경색·폐경색·뇌경색 : 심근경색·폐경색·뇌경색이 나타날 수 있으므로 관찰을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하는 등 적절한 처치를 한다.

3) 발작

임상시험 중 에리스로포이에틴제제를 투여받은 환자에서 발작이 관찰되었다. 성인 투석환자 중 이 약 투여 초기 90일 동안이 이후의 기간에 비해 발작의 발현율이 높았다(환자의 거의 2.5%). 투여 초기 90일 동안에는 혈압과 신장계 중상에 대한 충분한 관찰이 필요하며 환자는 이 기간에 온전이나 중장비를 다루는 등의 활동은 삼가하도록 주의한다. 발작과 헤마토크리트치 상승 비율간의 상관관계가 확실하지는 않으나 2주간 헤마토크리트치 상승이 4포인트를 초과하는 경우 투여 용량을 감량하는 것이 좋다.

4) 간경

- 간기능장애·황달 : 에리스로포이에틴제제에 의해 AST(GOT), ALT(GPT), γ-GTP의 상승을 수반하는 간기능장애, 황달이 보고되고 있으므로 관찰을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하는 등 적절한 처치를 한다.
- 간기능이상, AST(GOT), ALT(GPT), γ-GTP, LDH, Al-P, 빌리루빈상승이 나타날 수 있다.

- 피부 : 때때로 가려움, 피부발진, 여드름 등이 나타날 수 있다.

- 소화기계 : 때때로 구역, 구토, 식욕부진, 설사가 나타날 수 있다.

7) 혈액

- 때때로 백혈구 증가, 호산구 증가, 드물게 혈소판 증가가 나타날 수 있다.
 - 미숙아에서 때때로 과립구감소, 구루병이 나타날 수 있다.
 - 만성신부전환자들에게서 수개월에서 수년간 에리스로포이에틴제제로 치료 후 드물게 순수적혈구형성부전적(아구감소증)이 보고되었다.
- 감각기계 : 어지러움, 입안의 쓴맛, 두통, 편두통, 발열, 열감, 화끈거리는 느낌, 전신권태감, 관절통, 근육통, 팔면이 나타날 수 있다.
 - 중추신경계 : 때때로 두통, 편두통, 피로, 오한, 어지러움, 발열, 미열, 화끈거리는 느낌, 전신권태가 나타날 수 있다.

10) 기타

- 인저출혈(당막증혈전증, 당막정맥혈전증 등), 비종증대, 고출혈, 때때로 혈청칼륨, BUN, 크레아티닌 및 요산의 상승, 부종, 경련, 인검부종이 나타날 수 있다.
- 국내에서 총 2,064명을 대상으로 사용성적조사를 실시한 결과 75명(3.6%)의 환자에서 이상반응이 보고되었으며, 가장 발현빈도가 높은 이상반응은 혈압 상승(28건)이었고 호흡곤란, 혈전증, 두통, 혈청칼륨상승, 가려움, 오심 등이 보고되었다. 중대한 이상반응으로는 이식동정맥폐색, 뇌출혈이 각 1건씩 보 고되었도 예상하지 못한 이상반응은 경미한 박리성피부염(인과관계 불명), 기침, 혈뇨가 보고되었다.

- 이 약은 일반적으로 좋은 내성을 나타낸다. 보고된 유해반응은 종종 환자 자신의 질환 후유증으로서 반드시 이 약 투여에 의한 것은 아니다.

① 만성 신부전 환자

만성 신부전 환자 300여명이 참가한 위약대조이중맹검시험에서 이 약 투여 환자의 5% 이상에서 보고된 반응은 다음 표와 같다.

부작용	투여군(N=200)	대조군(N=135)
고혈압	24.0%	18.5%
두통	16.0%	11.9%
관절통	11.0%	5.9%
구역	10.5%	8.9%
부종	9.0%	10.4%
피로	9.0%	14.1%
설사	8.5%	5.9%
구토	8.0%	5.2%
홍통	7.0%	8.8%
피부반응(투여부위)	7.0%	11.9%
무력	7.0%	11.9%
어지러움	7.0%	12.6%
발진	6.8%	2.3%

만성 신부전 환자에 대한 이중맹검시험에서 유의성 있는 것으로 밝혀진 부작용은 다음과 같다.

부작용	투여군(N=200)	대조군(N=135)
경련	1.1%	1.1%
CVA/TIA	0.4%	0.6%
MI	0.4%	1.1%
사망	0%	1.7%

투석환자(567명)를 대상으로 한 임상시험에서 가장 자주 보고되는 유해반응은 고혈압(0.75%), 두통(0.40%), 빈맥(0.31%), 구역·구토(0.26%), 혈액응고(0.25%), 숨이 찰(0.14%), 고칼륨혈증(0.11%) 및 설사(0.11%)였다. 보고된 다른 반응들은 환자 1인당 1건당 0.10%이하의 비율로 일어났다.

이 약 투여 수시간내에 일어나는 반응은 드물고 미약하며 일시적이었으며, 투석환자의 주사부위의 자상(刺傷), 관절통 및 근육통과 같은 독감과 같은 증상도 포함되었다. 현재까지 분석된 연구에서 이 약은 투여경로에 상관없이 일반적으로 좋은 내성을 나타내었다.

② 임 환자

131명의 임환자를 대상으로 3개월간 실시된 위약대조이중맹검시험에서 10% 이상의 환자에게 나타난 부작용은 다음 표와 같다.

부작용	투여군(N=63)	대조군(N=68)
발열	29%	19%
설사	21%	7%
구역	17%	32%
구토	17%	15%
부종	17%	1%
무력	13%	16%
피로	13%	15%
숨이 찰	13%	9%
감각이상	11%	6%
상기도감염	11%	4%
어지러움	5%	12%
상체통증	3%	16%

이 약 투여군과 위약 투여군 사이에 통계적으로 유의성 있는 약간의 차이가 있으나 이 약 투여군에서 보고된 전체적인 부작용들은 임의 진행증상과 일치되었다. 32주 동안 927U/kg 정도의 고용량을 투여받은 임상시험(N=72)에서도 보고된 부작용들이 임의 진행증상과 일치하였다. 생존률에 대한 비교자료와 사망, 질환의 진행 또는 부작용으로 인해 치료를 중단한 환자의 비율이 이 약 투여군 22%, 위약 투여군 13%, p=0.25)에 대한 근거에 의하면, 이 약과 위약 투여군의 임상결과가 유사하게 나타났다. 동물중앙 모델로부터 유용한 자료와 이 약 투여후 임상생검표본에서 채취한 고형종양세포의 증식을 측정한 결과는 이 약이 중앙증식을 촉진하지 않는다는 것을 보여준다.

그럼에도 불구하고 이 약이 특히 골수압과 같은 종양형의 성장을 촉진시킬 수 있다는 가능성을 배제할 수 없다. 현재 이러한 사실을 평가하기 위해 무작위 제4상 비교임상시험을 진행하고 있다. 위약 투여군과 비교해 보면, 이 약 투여에 의해 말초백혈구 수의 변화는 없었다.

5. 일반적 주의

- 이 약의 투여는 빈혈에 수반하여 일상생활활동에 지장을 초래하고 있는 신성빈혈환자 및 암 환자에게 한정한다. 더욱이 투여대상이 신성빈혈 환자인 경우 헤모글로빈농도 10g/dL(헤마토크리트치 30%)미만, 암 환자인 경우 혈청 에리스로포이에틴치 200mU/mL 이하를 기준으로 한다.
- 종양성장에 대한 효과 : 에리스로포이에틴은 적혈구 생성을 일시적으로 촉진하는 성장인자이다. 에리스로포이에틴 수용체는 여러 가지 종양세포의 표면에 나타날 수 있다. 모든 종식인자와 같이 에리스로포이에틴 역시 특정 악성종양의 성장을 촉진할 수 있다. 다른 에리스로포이에틴제제에 있어, 두 편의 조절된 임상 연구에서 에리스로포이에틴이 두경부암 및 유방암 등의 다양한 암환자에게 투여한 결과 기대하지 않았 많은 치사율이 나타났다.
- 심장질환(허혈성 심장질환, 울혈성 심부전을 가지고 있는 1265명의 투석환자를 대상으로 실시한 임상시험)유지목표 헤마토크리트치 42±3% 또는 30±3%)에서 42%의 헤마토크 리트치 유지를 목표로 한 시험군(634명 중 221명 사망, 사망률 35%)이 30%의 헤마토크리트치 유지를 목표로 한 시험군(631명 중 185명 사망, 사망률 29%) 보다 사망률이 증가하였다. 사망률이 증가된 이유는 알 수 없으나, 심근경색 (3.1% ; 2.3%), 혈관 혈전증(39% ; 29%), 기타 혈전증(22% ; 18%)도 42%의 헤마토크리트치 유지 목표 시험군에서 더 높게 나타났다. 관상동맥우회술을 받고 만성신부전을 갖지 않은 성인 환자의 위약-시험과 대조시험에서도 에리스로포이에틴제제 투여군 126명 중 7명이 사망하였으나 위약 투여군에서는 사망증례가 없었다. 사망제 중 4례는 혈전증과 관련이 있었다. 혈전증의 위험이 있는 환자에서는 에리스로포이에틴제제의 치료효과와 치료에 따른 위험의 증가를 비교하여 투여하도록 한다
- 이 약 투여시 신성 빈혈임을 확인하고 다른 빈혈증(심혈성빈혈, 범혈구감소증, 알루미늄중독증, 비타민 B12 및 엽산결핍성빈혈)에는 투여하지 않는다. 엽산 및 비타민 B12 결핍은 이 약의 효과를 감소시킬 수 있으므로 주의한다.
- 속 등의 반응을 예측하기 위해 충분한 문진을 한다. 더욱이 투여개시시 또는 휴약후의 최초투여시에는 이 약 소량을 정맥내에 주입하여 이상반응이 발견되면 약물음을 확인한 후 전량을 투여하는 것이 바람직하다.
- 이 약 투여중에는 헤모글로빈 농도 또는 헤마토크리트치를 정기적(투여주기에는 주 1회, 유지투여기에는 2주에 1회 정도)으로 관찰하며 필요이상의 조절(헤모글로빈 농도도 12g/dl 이상 또는 헤마토크리트치로 36% 이상이) 되지 않도록 충분히 주의한다. 필요 이상의 조절이 인정된 경우는 휴약 등 적절한 처치를 한다.
- 이 약 투여로 혈압상승 및 고혈압성 뇌병증이 나타날 수 있으므로 혈압, 헤마토크리트치, 헤모글로빈 농도 등의 변화에 대해 관찰을 충분히 한 후 투여한다. 특히 헤마토크리트치, 헤모글로빈 농도는 천천히 상승하도록 주의한다. 또한 투여중지 이후에도 헤마토크리트치가 상승하는 경우가 있으므로 관찰을 충분히 한다. 따라서 이 약을 투여받는 환자 특히, 심혈관계 질환 환자는 고혈압이 발생 될 소지가 있는 환자의 경우에는 혈압을 주의감게 모니터링한다.
- 이 약 투여로 헤마토크리트치가 급속히 상승하는(2주간 4% 이상의 증가) 환자는 헤마토크리트치의 과도한 증가가 고혈압을 악화시킬 가능성이 있으므로 투여량의 감소등 용량 조절을 고려한다.
- 이 약의 임상시험에 참가했던 만성 신부전 환자에서 발작이 관찰되었다. 투석을 받는 환자에서는 다른 시기보다 치료 첫 90일 동안 발작발생의 빈도수(환자의 약 2.5%)가 더 높았다. 화학요법을 받는 암환자에서는 이중맹검위약대조시험에서 이 약 투여군 3.2%(N=263)와 위약 투여군 2.9%(N=268)에서 발작이 보고되었다. 이 약 투여군 1.6%(N=163)에서는 발작이 유의적인 혈압상승 및 헤마토크리트치의 증가와 관련되어 나타났다. 그러나 이 약을 투여받은 두 환자 모두 발작과 관련될 수 있는 중추신경계 질환을 갖고 있었다. 따라서 이 약을 투여받은 환자들은 혈압 및 이미 알려진 신경증상을 면밀히 모니터링한다.
- 이 약 투여로 특히 만성 신부전 환자에서 고혈증혈증이 나타날 수 있으므로 이 약으로 치료하는 동안 정기적으로 혈중 칼륨 농도를 모니터링하며 식사관리를 적절히 시행한다. 고칼륨혈증이 나타나면 칼륨 농도가 정상단계가 될 때까지 치료를 중지한다.
- 이 약 투여로 단락(shunt)폐색 및 혈액투석장치내의 전혈이 생기는 경우가 있으므로 단락 또는 혈액투석장치내의 혈류량을 충분히 주의한다. 이러한 경우에는 단락의 고정, 항응고제의 중량 등 적절한 처치를 한다.
- 철의 존재가 이 약의 효과발현에 영향을 미칠 수 있으므로, 치료전과 치료하는 동안 혈상태를 모니터링하여 철 결핍시에는 철제제를 투여한다.
- 이 약은 근근적으로 적혈구생성을 촉진하는 성장인자이다. 그러나 이 약이 특히 골수압과 같은 종양에 대한 성장인자로 작용할 가능성을 배제할 수는 없다.
- 만성신부전 환자들에게서 수개월에서 수년간 이 약 또는 에리스로포이에틴제제로 치료후 드물게 순수적혈구형성부전(적아구감소증)이 보고되었다. 순수적혈구형성부전의 사례는 주로 피하주사의 관련이 있었으므로 만성 신부전 환자에게 이 약은 가능한 정맥주사 한다. 순수적혈구형성부전이 나타난 환자중 대부분에게서 에리스로포이에틴 항체가 관찰되었다. 갑작스럽게 이 약의 효과감소가 나타난 환자에게는 무반응에 대한 전향적인 원인(예를 들면, 철, 엽산 혹은 비타민 B12 결핍, 알루미늄중독, 감염 혹은 면역, 실험, 약물) 유무를 검사하도록 한다. 만약 원인이 밝혀지지 않은 경우, 골수검사 실시를 고려한다. 순수적혈구형성부전으로 진단되면, 즉시 이 약의 투여를 중단하고, 에리스로포이에틴 항체 검사를 고려한다. 항-에리스로포이에틴 항체는 다른 에리스로포이에틴제제의 교차반응하므로 다른 제제로 전환하지 않도록 한다. 순수적혈구형성부전의 다른 원인들을 제거하고, 적절한 치료법을 시행하도록 한다.

6. 상호작용

- 시클로스포린이 적혈구와 결합되어 있으므로 이 약과 병용투여시 시클로스포린의 혈중농도를 모니터링하여 HCT가 증가함에 따라 시클로스포린의 용량조절이 필요할 수 있다.
- 조혈약과 병용투여시 이 약의 효과가 증가할 수 있다.

7. 일부 및 수유부에 대한 투여

- 젖트를 대상으로 한 동물시험에서 1주일 용량으로 사람의 1주 용량의 20배를 투여했을 때 태자 체중의 감소, 골화 지연 및 사망률의 증가가 나타났다.
- 토끼를 대상으로 한 동물시험에서 임신 6~18일 사이에 체중 kg당 500단위의 높은 용량을 투여했을 때 부작용이 나타나지 않았다.
- 임산중의 투여에 대한 안전성이 확립되어 있지 않으므로, 임부 또는 임신할 가능성이 있는 부인에게 투여하지 않는 것이 바람직하다. 그러나 투여해야만 할 경우에는 치료상의 유익성이 위험성을 상회한다고 판단되는 경우에만 투여한다.
- 이 약의 유즙으로의 이행여부가 확실하지 않으므로 수유부에 투여하지 않는 것이 바람직하다.
- 사람의 임신 및 수유기에 이 약을 투여한 적절한 임상경험은 없다.

8. 소아에 대한 투여

소아에 대한 안전성 및 유효성은 확립되어 있지 않다.

9. 고령자에 대한 투여

일반적으로 고령자에서는 생리기능이 저하되어 있고 고혈압 등 순환기계 질환이 합병되는 경우가 많으므로 이 약 투여시 혈압 및 헤모글로빈 농도 또는 헤마토크리트치 등을 수회 측정하여 투여량 및 투여횟수를 적절히 조절한다.

10. 과량투여시의 처리

이 약물에 대한 반응은 투여용량에 따라 개인별로 차이가 있다. 과량투여시 고혈압, 적혈구증가증이 나타날 수 있다. 적혈구증가(헤모글로빈 수치)가 과도하게 높아짐이 나타나면 정맥결찰술을 시행할 수 있다.

11. 적응상의 주의

- 이 약 투여시 다른 제제와의 혼합 주사를 피한다.
- 혈액투석 환자의 경우에는 혈액투석 이후에 주사하는 것이 바람직하다. 독감유사증상이 있는 환자에 투여시 5분 이상 천천히 주사하는 것이 바람직하다.
- 정맥내 점적주입하지 않는다.

포 장 단 위 10000IU/1mL X 자사표정단위

저 장 방 법 밀봉용기, 2~8℃ 냉장보관

사 용 기 간 24개월

※ 본 약약품은 엄격한 품질관리를 필한 제품입니다. 유통중 유효기간이 경과하였거나, 변질, 변색 또는 오손된 제품이 발견된 경우에는 구입한 약국이나 본사 영업부에서 교환하여 드립니다.

고객상담실 : 080-023-5757

※ 첨부문서 최종개정연월 : 2009.07



엘지생명과학
전북 익산시 용제동 601번지