

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

PRATİN 2 mg film kaplı tablet

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Pitavastatin kalsiyum.....2,09 mg
(2 mg pitavastatine eşdeğer)

Yardımcı maddeler:

Laktoz monohidrat (inek sütü kaynaklı).....121,16 mg

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Film kaplı tablet

Beyaz, yuvarlak, bombeli film kaplı tablet

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

PRATİN, primer hiperkolesterolemisi (heterozigot ailesel hiperkolesterolemi dahil) ve kombine (karışık) dislipidemisi olan yetişkin hastalarda, adolesanlarda ve 6 yaş ve üzeri çocuklarda, diyet ve farmakolojik olmayan diğer tedbirlerle yetersiz yanıt alındığında, yükselmiş total kolesterol (TC), LDL-C, non-HDL-C, TC/HDL-C oranı, trigliseridler, apolipoprotein (Apo) B ve Apo-B/Apo-A1 oranlarını düşürmek ve HDL-C ve Apo-A1 konsantrasyonlarını arttırmak için endikedir.

Kardiyovasküler olaylardan koruma

Diğer risk faktörlerinin düzeltilmesine ilave olarak, kardiyovasküler olay riskinin yüksek olduğu düşünülen hastalarda majör kardiyovasküler olaylardan korunmada endikedir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/Uygulama sıklığı ve süresi:

Tedaviden önce hastalar kolesterol düşürücü bir diyet uyguluyor olmalıdır. Tedavi süresince tüm hastaların diyet kontrolünü sürdürmesi önemlidir.

Genellikle başlangıç dozu günde 1 mg'dır. Doz ayarlaması, 4 haftalık veya daha uzun intervaller şeklinde gerçekleştirilmelidir. Hastaya verilen doz; LDL-C düzeyleri, tedavi amacı ve hastanın tedaviye verdiği yanıt doğrultusunda kişiselleştirilmelidir. Maksimum günlük doz ise 4 mg'dır.

Yaşlılar:

70 yaşın üzerindeki hastalarda doz ayarlaması gerekmemektedir (Bölüm 5.1 ve 5.2'ye

bakınız).

6 yaş ve üzeri çocuklar ve adolesanlar:

PRATİN kullanımı çocuklarda yalnızca hiperlipidemi tedavisinde deneyimli hekimler tarafından yapılmalı ve gelişme düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

Heterozigot ailesel hiperkolesterolemisi olan çocuklarda ve adolesanlarda genellikle başlangıç dozu günde 1 mg'dır. Doz ayarlaması, 4 haftalık veya daha uzun intervaller şeklinde gerçekleştirilmelidir. Hastaya verilen doz; LDL-C düzeyleri, tedavi amacı ve hastanın tedaviye verdiği yanıt doğrultusunda kişiselleştirilmelidir. 6 yaş ila 9 yaş arası çocuklarda maksimum günlük doz 2 mg'dır. 10 yaş ve üzeri çocuklarda maksimum günlük doz 4 mg'dır (Bölüm 4.8, 5.1 ve 5.2'ye bakınız).

6 yaşından küçük çocuklar

Pitavastatinin 6 yaşın altındaki çocuklarda güvenliliği ve etkililiği belirlenmemiş olup herhangi bir veri mevcut değildir.

Uygulama Şekli:

Sadece oral kullanım içindir ve bir bütün olarak yutulmalıdır. PRATİN günün herhangi bir saatinde aç veya tok karnına alınabilir. Tabletler tercihen her gün aynı saatte alınmalıdır. Statin tedavisi geceleri uygulandığında lipid metabolizmasının sirkadien ritmi sebebiyle daha etkilidir.

Eğer çocuklar veya adolesanlar tableti yutamıyorsa, gerektiğinde tablet bir bardak suyun içinde çözünmeli ve sonrasında hemen içilmelidir. Doğru dozun alınması için, bardağın su ile tekrar doldurulup yıkanması sağlanmalı ve bu su derhal yutulmalıdır. Tabletler asitli meyve suları veya süt içinde çözünmemelidir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek yetmezliği:

Hafif dereceli böbrek yetmezliğinde doz ayarlaması gerekmez fakat pitavastatin dikkatle kullanılmalıdır. Böbrek yetmezliğinin tüm derecelerinde 4 mg dozun kullanılmasına ilişkin veriler sınırlıdır. Bu sebeple 4 mg doz YALNIZCA dereceli doz titrasyonunu takiben hasta yakın takip altında ise kullanılabilir. Ağır böbrek yetmezliği olan hastalarda 4 mg doz tavsiye edilmemektedir (Bölüm 4.4 ve 5.2'ye bakınız).

Karaciğer yetmezliği:

Hafif ve orta derecede karaciğer fonksiyon yetmezliği olan hastalarda 4 mg doz önerilmez. Hasta yakın takibe alınarak günde maksimum 2 mg doz uygulanabilir (Bölüm 4.4 ve 5.2'ye bakınız).

Pediyatrik popülasyon:

Pediyatrik popülasyon ile ilgili bilgiler yukarıda "Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi" başlığı altında verilmiştir.

Pitavastatinin 6 yaşın altındaki çocuklarda güvenliliği ve etkinliği belirlenmemiş olup herhangi bir veri mevcut değildir.

Geriatrik popülasyon:

Geriatrik popülasyon ile ilgili bilgiler yukarıda "Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi" başlığı altında verilmiştir.

70 yaşın üzerindeki hastalarda doz ayarlaması gerekmemektedir (Bölüm 5.1 ve 5.2'ye

bakınız).

4.3. Kontrendikasyonlar

PRATİN,

- Pitavastatine veya 6.1 bölümünde listelenmekte olan yardımcı maddelerden herhangi birine ya da diğer statinlere hipersensitivitesi olduğu bilinen hastalarda
- Aktif karaciğer hastalığı olanlarda veya serum transaminazlarında açıklanamayan sürekli yükselme olan (normal [ULN] üst limitinin 3 katını aşan seviyeler) hastalarda
- Ağır karaciğer yetmezliği olan hastalarda
- Miyopati hastalarda
- Eşzamanlı siklosporin kullanımında
- Gebelik sırasında, emzirirken ve çocuk doğurma ihtimali olan ve uygun korunma yöntemlerini kullanmayan kadınlarda kontrendikedir.

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Kas Etkileri

Diğer HMG-CoA redüktaz inhibitörlerinde (statinler) olduğu gibi miyalji, miyopati ve nadiren rabdomyoliz gelişme ihtimali vardır. Hastalardan, herhangi bir kas belirtisini bildirmeleri istenmelidir. Kreatin kinaz (CK) seviyeleri kas ağrısı, kas hassasiyeti veya güçsüzlüğü bildiren her hastada, bilhassa da ateş ve kırgınlıkla beraberse, ölçülmelidir.

Kreatin kinaz, zorlu egzersiz sonrasında veya CK artışı yaratabilen herhangi bir neden varlığında ölçülmemelidir. Çünkü bu tür durumlar bulgunun yorumlanması açısından karışıklık yaratır. CK konsantrasyonları yüksekse (>5x ULN), 5 ila 7 gün içinde doğrulamak için bir test daha yapılmalıdır.

Bazı statinlerin kullanımı sırasında ya da kullanımı sonrasında çok seyrek olarak immün aracılı nekrotizan miyopati (immune-mediated necrotizing myopathy-IMNM) raporlanmıştır. IMNM klinik olarak; statin tedavisinin kesilmesine rağmen gözlenen inatçı proksimal kas güçsüzlüğü ve artmış serum kreatin kinaz seviyeleri ile karakterizedir.

PRATİN fusidik asidin sistemik formülasyonları ile eş zamanlı olarak ya da fusidik asit tedavisi bittikten sonra 7 gün içerisinde birlikte kullanılmamalıdır. Sistemik fusidik asit kullanılmasının mutlaka gerekli görüldüğü hastalarda, statin tedavisi fusidik asit tedavi süresince bırakılmalıdır. Eş zamanlı fusidik asit ve statin kombinasyonu alan hastalarda rabdomyoliz (bazı fatal olgular da dahil) olguları raporlanmıştır (bkz. Bölüm 4.5). Hastalar kas güçsüzlüğü, ağrısı ya da hassasiyeti gibi semptomlar oluşursa bunlar için derhal medikal yardım almaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Statin tedavisi, fusidik asidin son dozundan 7 gün sonra yeniden başlatılabilir. Şiddetli enfeksiyonların tedavisi gibi uzun süreli sistemik fusidik asit tedavisinin gerekli olduğu istisnai durumlarda; PRATİN ve fusidik asidin eş zamanlı kullanılması sadece vaka bazında ve yakın medikal gözetim ile düşünülebilir.

Tedaviden Önce

Diğer statinlerde olduğu gibi PRATİN, rabdomyoliz açısından predispozan faktörlere sahip hastalarda dikkatli bir biçimde reçete edilmelidir. Aşağıdaki durumlarda referans değeri belirlemek amacıyla CK seviyesi ölçülmelidir:

- Renal bozukluk,
- Hipotiroidizm,
- Kişisel veya ailesel herediter kas hastalıkları hikayesi,
- Bir fibrat veya başka bir statin ile önceden kas toksisitesi hikâyesine sahip olmak,
- Karaciğer hastalığı veya alkol suistimali hikayesine sahip olmak,
- Rabdomiyoliz açısından diğer predispozan risk faktörleri olan yaşlı (70 yaş üzeri) hastalar

Bu tür durumlarda klinik takip önerilmektedir ve tedavinin riski, olası fayda açısından ele alınmalıdır. PRATİN ile tedavi CK değerleri $>5x$ ULN ise başlanmamalıdır.

Tedavi Sırasında

Hastalar açıklanamayan kas ağrılarını, kas güçsüzlüklerini veya krampları bir an önce bildirmeleri yönünde teşvik edilmelidir. CK seviyeleri ölçülmeli ve yükseldiği an ($>5x$ ULN) tedavi kesilmelidir. CK seviyeleri $\leq 5x$ ULN iken dahi kas belirtileri şiddetli ise tedavinin kesilmesi düşünülmelidir. Belirtiler düzelse ve CK normale dönerse PRATİN tedavisine 1 mg dozla ve yakın takip ile yeniden başlanması düşünülebilir.

Karaciğer Etkileri

Diğer statinlerde olduğu gibi PRATİN, karaciğer hastalığı hikayesi olanlarda veya düzenli olarak aşırı miktarda alkol tüketenlerde dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. PRATİN ile tedavi başlamadan evvel ve tedavi sırasında periyodik olarak, karaciğer fonksiyon testleri yapılmalıdır. Serum transaminazları (ALT ve AST) sürekli $3xULN$ 'ü aşan hastalarda PRATİN tedavisi kesilmelidir.

Renal etkiler

PRATİN, orta veya ciddi dereceli böbrek yetmezliği olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Doz artışı yalnızca yakın gözlem altında gerçekleştirilmelidir. Ciddi böbrek yetmezliği olan hastalarda 4 mg doz önerilmez (Bölüm 4.2'ye bakınız).

Diabetes Mellitus

Statin sınıfı ilaçlar ile tedavi edilen hastalarda HbA1c ve serum glukoz düzeylerinde artışlar gözlenmiştir. Diyabet açısından risk faktörleri taşıyan hastalarda statin sınıfı ilaçlar ile diyabet sıklığında artış bildirilmiştir. Ancak statinlerin vasküler riskleri azaltması, söz konusu riskten daha önemli olduğundan, bu durum statin tedavisini kesmek için bir sebep oluşturmamalıdır. Hiperglisemi riski taşıyan hastalar (açlık kan şekeri 5,6-6,9 mmol/L arasında, Beden Kitle Endeksi >30 kg/m², yüksek trigliserid değerleri, hipertansiyon) klinik ve biyokimyasal açıdan gözlem altında tutulmalıdır. Bununla birlikte, pazarlama sonrası güvenlik izlem çalışmalarında veya prospektif çalışmalarda (bkz. Bölüm 5.1) pitavastatin için doğrulanmış herhangi bir diyabet riski sinyali yoktur.

İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Bazı statinlerin kullanımı sonucu özellikle uzun süreli tedavi ile görülen, ender interstisyel akciğer hastalığı vakaları bildirilmiştir (Bölüm 4.8'e bakınız). Belirtileri arasında dispne, kuru öksürük ve genel sağlık durumunun kötüleşmesi (yorgunluk, kilo kaybı ve ateş) görülebilir. Bir hastanın interstisyel akciğer hastalığı geliştirdiğinden şüphe edildiği takdirde, statin tedavisi kesilmelidir.

Pediyatrik popülasyon

Pitavastatinin 6 yaş ve üzeri pediyatrik hastalarda kullanılmasının büyüme ve cinsel olgunlaşma üzerine uzun vadeli etkileri hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Adolesan kız

hastalara PRATİN ile tedavi sırasında uygun kontraseptif önlemler konusunda danışmanlık verilmelidir (bkz. Bölüm 4.3 ve 4.6).

Diğer etkiler

Eritromisin, diğer makrolid grubu antibiyotikler veya fusidik asit kullanımı süresince, PRATİN kullanımına ara verilmesi önerilir (Bölüm 4.5'e bakınız). PRATİN, miyopati yaptığı bilinen ilaçları (ör. fibratlar veya niasin) alan kişilerde dikkatli bir biçimde kullanılmalıdır (Bölüm 4.5'e bakınız).

Her bir PRATİN tablet 121,16 mg laktoz monohidrat içermektedir. Nadir kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktaz yetmezliği ya da glukoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Pitavastatin, organik anyon transport eden polipeptit (OATP)'i de içeren, çoklu hepatik taşıyıcılar ile insan hepatositleri içine aktif olarak taşınır. Bu durum şu etkileşimlere sebep olabilir:

Siklosporin: Kararlı durumda Pitavastatin ile birlikte tek doz siklosporin uygulanması, pitavastatin EAA'da 4,6 kat artışla sonuçlanır. Siklosporin kararlı durumunun Pitavastatin kararlı durumu üzerine etkisi bilinmemektedir. Siklosporin tedavisi gören hastalarda PRATİN kullanımı kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3).

Eritromisin: PRATİN ile birlikte uygulanması pitavastatin EAA'da 2,8 kat artışla sonuçlanır. Eritromisin veya diğer makrolid grubu antibiyotiklerin kullanımı süresince, PRATİN kullanımına geçici olarak ara verilmesi önerilir.

Gemfibrozil ve diğer fibratlar: Fibratların tek başına kullanılması zaman zaman miyopati ile alakalıdır. Fibratlar ve statinlerin eşzamanlı kullanımı miyopati ve rabdomiyolizdeki artış ile ilişkilendirilmektedir. PRATİN, fibratlarla birlikte dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır (bkz. Bölüm 4.4). Pitavastatinin gemfibrozil ile eşzamanlı uygulandığı farmakokinetik çalışmalarında pitavastatinin EAA değerlerinde 1,4 kat; fenofibrat ile eşzamanlı uygulandığı çalışmalarda ise pitavastatinin EAA değerlerinde 1,2 kat artış gözlenmiştir.

Niasin: Pitavastatin ve niasin etkileşimine dair çalışmalar gerçekleştirilmemiştir. Niasinin monoterapi olarak kullanımı miyopati ve rabdomiyoliz ile ilişkilendirilmektedir. Bu sebeple PRATİN, niasin ile birlikte dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır.

Fusidik asit: Sistemik fusidik asit ve statinlerin eş zamanlı uygulanması ile rabdomiyolizi de içeren miyopati riskinde artış meydana gelebilir. Bu etkileşimin mekanizması (farmakokinetik, farmakodinamik ya da her ikisinin bir arada olup olmadığı) henüz bilinmemektedir. Bu kombinasyonu alan hastalarda rabdomiyoliz (bazı fatal olgular da dahil) olguları raporlanmıştır. Sistemik fusidik asit tedavisinin gerekli olduğu durumlarda, PRATİN, fusidik asit kullanımı süresince bırakılmalıdır (bkz. Bölüm 4.4).

Glekaprevir ve Pibrentasvir: HMG-CoA redüktaz inhibitörleri ve glekaprevir/pibrentasvir'in eş zamanlı uygulanması HMG-CoA redüktaz inhibitörlerinin plazma konsantrasyonlarını yükseltebilir. Pitavastatin ile herhangi bir çalışma yapılmamıştır ancak aynı etkileşimin meydana gelmesi muhtemeldir. Glekaprevir/pibrentasvir ile tedavinin başlangıcında en düşük

PRATİN dozu önerilir ve bu kombinasyonu alan hastaların klinik olarak izlenmesi tavsiye edilir.

Rifampisin: Rifampisinin pitavastatin ile birlikte uygulanması hepatik geri alımdaki düşüşe bağlı olarak pitavastatin EAA'sında 1,3 kat artışla sonuçlanır.

Proteaz inhibitörleri ve non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri: Lopinavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, atazanavir veya efavirenz'in PRATİN ile eşzamanlı kullanımı, pitavastatinin EAA değerlerinde minör değişikliklere sebep olabilir. Ancak atazanavir+ritonavir, darunavir+ritonavir veya lopinavir+ritonavir kullanımı sırasında pitavastatin dozunun sınırlanmasına gerek yoktur.

Ezetimib ve glukuronid metaboliti, diyetel ve biliyer kolesterol emilimini inhibe eder. PRATİN ile birlikte uygulanması plazma ezetimib veya glukuronid metaboliti konsantrasyonları üzerine etkili değildir. Ezetimib, pitavastatin plazma konsantrasyonları üzerine herhangi bir etkiye sahip değildir.

CYP3A4 inhibitörleri: CYP3A4'nün bilinen inhibitörleri olan itrakonazol ve greyfurt suyu ile yapılan etkileşim çalışmaları, pitavastatinin plazma konsantrasyonları üzerine klinik olarak anlamlı herhangi bir etki göstermemiştir.

Bilinen bir P-gp substratı olan digoksin PRATİN ile etkileşime girmez. Birlikte uygulandıklarında ne pitavastatin ne de digoksin konsantrasyonlarında anlamlı değişiklik olmaz.

Varfarin: Varfarinin sağlıklı gönüllülerdeki kararlı hal farmakokinetik ve farmakodinamiği (INR ve PT) günde 4 mg PRATİN ile birlikte uygulanmasından etkilenmez. Ancak varfarin alan hastalar, tedavilerine pitavastatin eklendiğinde, diğer statin grubu ilaçlarda olduğu gibi, protrombin zamanı veya INR takibi yaptırmalıdır.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler

Pediyatrik popülasyon:

Etkileşim çalışmaları sadece yetişkinlerde gerçekleştirilmiştir. Pediyatrik popülasyondaki etkileşimlerin kapsamı bilinmemektedir.

4.6. Gebelik ve Laktasyon

Genel Tavsiye:

Gebelik kategorisi: X

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (kontrasepsiyon)

Çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar PRATİN tedavisi sırasında etkili doğum kontrol yöntemleri kullanılmalıdır. Eğer hasta hamile kalmayı planlıyorsa, hamile kalmadan en az 1 ay önce tedavi kesilmelidir.

Eğer hasta PRATİN kullanımı sırasında gebe kalırsa tedavi hemen kesilmelidir.

Gebelik dönemi:

PRATİN gebelik döneminde kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3). Gebelik döneminde uygulandığı takdirde ciddi doğum kusurlarına yol açtığından şüphelenilmektedir.

Kolesterol ve diğer kolesterol biyosentez ürünleri fetüs gelişimi için esansiyeldir. Bu durumda HMG-CoA redüktaz inhibisyonunun fetüs üzerindeki potansiyel olumsuz riski, gebelik süresince anneye statin tedavisinin sağlayacağı yararlardan daha fazladır. Hayvan çalışmaları reproduktif toksisite gerçekleştiğine dair kanıt sunmaktadır, ancak teratojenik potansiyel bulunmamaktadır (bkz. Bölüm 5.3).

Laktasyon dönemi:

PRATİN emzirme döneminde kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3). Pitavastatin sıçan sütüne geçmektedir ancak insan sütüyle atılıp atılmadığı bilinmemektedir.

Üreme yeteneği / Fertilite:

Veri bulunmamaktadır.

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

Pitavastatin kullanımının araç ve makine kullanımını etkilediğine dair herhangi bir advers olay paterni bildirilmese de pitavastatin tedavisi sırasında baş dönmesi ve somnolans görüldüğüne dair raporlar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

4.8. İstenmeyen etkiler

Kontrollü klinik çalışmalarda, önerilen dozlarda, pitavastatin ile tedavi edilen hastaların %4'ten azı advers olaylardan ötürü ilacı bırakmıştır. Kontrollü klinik çalışmalarda en yaygın olarak bildirilen pitavastatin ile ilişkili advers reaksiyon miyaljidir.

Advers reaksiyonların özeti

Dünya genelinde, önerilen dozlarla yapılan kontrollü klinik çalışmalarda ve uzatma çalışmalarında gözlenen advers reaksiyonlar ve sıklıkları, sistem organ sınıfına göre aşağıda sıralanmıştır. Advers reaksiyonların sıklık gruplandırması şöyledir: Çok yaygın ($\geq 1/10$); yaygın ($\geq 1/100$ ila $< 1/10$); yaygın olmayan ($\geq 1/1.000$ ila $< 1/100$); seyrek ($\geq 1/10.000$ ila $< 1/1.000$); çok seyrek ($< 1/10.000$); bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

Kan ve lenf sistemi hastalıkları

Yaygın olmayan: Anemi

Metabolizma ve beslenme hastalıkları

Yaygın olmayan: Anoreksi

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın olmayan: İnsomnia

Sinir sistemi hastalıkları

Yaygın: Baş ağrısı

Yaygın olmayan: Baş dönmesi, disguzi, somnolans

Göz hastalıkları

Seyrek: Görüş keskinliğinin azalması

Kulak ve iç kulak hastalıkları

Yaygın olmayan: Tinnitus

Gastrointestinal hastalıklar

Yaygın: Kabızlık, ishal, dispepsi, bulantı

Yaygın olmayan: Abdominal ağrı, ağız kuruluğu, kusma

Seyrek: Glosodini, akut pankreatit

Hepato-biliyer hastalıklar

Yaygın olmayan: Transaminazlarda (aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz) artış

Seyrek: Kolestatik sarılık

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Yaygın olmayan: Kaşıntı, döküntü

Seyrek: Ürtiker, eritem

Kas iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları

Yaygın: Miyalji, artralji

Yaygın olmayan: Kas spazmları

Bilinmiyor: İmmün aracılı nekrotizan miyopati (IMNM) (bkz. Bölüm 4.4)

Böbrek ve idrar yolu hastalıkları

Yaygın olmayan: Pollaküri

Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar

Yaygın olmayan: Asteni, kırıklık, yorgunluk, periferik ödem

Kontrollü klinik çalışmalarda, pitavastatin kullanan 2.800 hastadan 49'unda (%1,8) kan kreatin kinaz değerlerinin normal üst limitin (ULN) 3 katının üzerine yükseldiği gözlenmiştir. Klinik çalışma programında ULN değerinin 10 kat ve üzerine çıkmasının eşlik ettiği kas semptomları oldukça seyrek olmuş, klinik çalışma programında Pitavastatin 4 mg ile tedavi gören 2.406 hastanın yalnızca birinde (%0,04) gözlenmiştir.

Pediyatrik popülasyon

Klinik güvenilirlik veri tabanı, pitavastatin kullanan yaşları 6 ila 11 arasındaki 87 hasta ve yaşları 12 ila 17 arasındaki 55 hasta olmak üzere toplam 142 pediyatrik hasta için güvenilirlik verilerini içermektedir. Toplamda 91 hasta 1 yıl boyunca pitavastatin almış, bu hastaların 12'si 2,5 yıl ve 2'si 3 yıl boyunca pitavastatin kullanmıştır. Pitavastatin tedavisi gören hastaların %3'ünden azı advers olaylar sebebiyle ilacı bırakmıştır. Klinik programda pitavastatin ile ilişkili en sık raporlanan advers reaksiyonlar baş ağrısı (%4,9), miyalji (%2,1) ve abdominal ağrı (%4,9) olmuştur. Mevcut verilere dayanarak, advers reaksiyonların sıklığı, tipi ve ciddiyetinin çocuklarda ve ergenlerde erişkinlere benzer olması beklenmektedir.

Pazarlama Sonrası Deneyimler

Japonya'da yaklaşık 20.000 hasta üzerinde pazarlama sonrası prospektif bir gözlem çalışması iki yıl süreyle yürütülmüştür. Çalışmaya katılan 20.000 hastanın büyük çoğunluğu; 4 mg değil, 1 mg veya 2 mg pitavastatin ile tedavi edilmişlerdir. Hastaların %10,4'ü pitavastatin ile ilişkisi göz ardı edilemeyecek advers olaylar bildirmişlerdir ve %7,4'ü advers olaylara bağlı olarak tedaviyi bırakmışlardır. Miyalji oranı %1,08'dir. Tespit edilen advers olayların çoğu hafif şiddettedir. İki yıl boyunca advers olay oranları ilaç alerjisi hikayesi bulunan hastalarda (%20,4), hepatik veya renal hastalığı olan hastalarda (%13,5) daha yüksektir.

Önerilen dozlarla kullanımda ortaya çıkan, dünya çapında kontrollü klinik deneylerde tespit edilmeyen fakat pazarlama sonrası gözlem çalışmalarında tespit edilen advers reaksiyonlar ve sıklıkları şu şekildedir:

Hepato-biliyer hastalıklar

Seyrek: Hepatik fonksiyon anormallikleri, karaciğer bozukluğu

Kas iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları

Seyrek: Miyopati, rabdomiyoliz

Pazarlama sonrası gözlem çalışmasında hastaneye yatış gerektiren yalnızca iki rabdomiyoliz vakası rapor edilmiştir (hastaların %0,01'i).

Ayrıca, pitavastatin ile önerilen tüm kullanım dozları ile, miyalji ve miyopatiyi de kapsayan kas iskelet etkilerine dair talep edilmeden ulaşılan pazarlama sonrası raporlar mevcuttur. Akut börek yetmezliğini içeren veya içermeyen, fatal rabdomiyolizi de kapsayan; rabdomiyoliz raporları da ayrıca mevcuttur. Talep edilmeden ulaşılan raporlarda aşağıdaki istenmeyen etkiler de bildirilmiştir (sıklıklar, pazarlama sonrası çalışmalarda belirlenmiş olan sıklıklara göre verilmiştir):

Sinir sistemi hastalıkları

Yaygın olmayan: Hipoestezi

Gastrointestinal hastalıklar

Seyrek: Abdominal rahatsızlık

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Bilinmiyor: Anjiyoödem

Kas iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları

Bilinmiyor: Lupus-benzeri sendrom

Üreme sistemi ve meme hastalıkları

Seyrek: Jinekomasti

Statin grubu etkileri

Aşağıdaki advers olaylar, bazı statinlerin kullanımı sonucu bildirilmiştir:

- Uyku bozuklukları (kâbus görme dahil)
- Hafıza kaybı
- Seksüel disfonksiyon
- Depresyon
- Özellikle uzun süreli tedavi ile görülen, istisnai interstisyel akciğer hastalığı vakaları (bkz. Bölüm 4.4)
- Diabetes Mellitus: Sıklığı risk faktörlerinin (açlık kan şekeri $\geq 5,6$ mmol/L, Beden Kitle Endeksi >30 kg/m², yüksek trigliserid değerleri, hipertansiyon geçmişi) varlığı veya yokluğuna göre değişir.

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem

taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0800 314 00 08; faks: 0312 218 35 99).

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

Doz aşımının spesifik bir tedavisi yoktur. Hasta semptomatik olarak tedavi edilmelidir ve gerektiğinde destekleyici tedbirler alınmalıdır. Karaciğer fonksiyonu ve CK seviyeleri takip edilmelidir. Hemodiyalizin faydalı olma ihtimali olasılık dışıdır.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Lipid modifiye edici ajanlar, HMG-CoA redüktaz inhibitörleri
ATC Kodu: C10AA08

Etki mekanizması:

Pitavastatin, kolesterol biyosentezinde hız kısıtlayıcı bir enzim olan HMG-CoA redüktazı kompetitif olarak inhibe etmektedir ve karaciğerde kolesterol sentezini inhibe etmektedir. Sonuç olarak karaciğerde LDL reseptörlerinin ekspresyonu artar, kandan dolaşımda olan LDL'nin alınımı tetiklenir, kandaki total kolesterol (TC) ve LDL-kolesterol (LDL-C) konsantrasyonları azalır. Hepatik kolesterol sentezinin sürekli inhibisyonu kana VLDL sekresyonunu azaltır ve plazma trigliserid (TG) seviyelerini düşürür.

Farmakodinamik etkiler

Pitavastatin yükselmiş LDL-C, total kolesterol ve trigliseridleri düşürür, HDL-kolesterolü (HDL-C) artırır. Apo-B'yi düşürür ve Apo-A1'de değişken artışlar yaratır (Tablo 1'e bakınız). Ayrıca non-HDL-C ve yüksek TC/HDL-C ve Apo-B/Apo-A1 oranlarını düşürür.

Tablo 1: Primer hiperkolesterolemi hastalarında doz yanıtı (12 hafta boyunca çalışma başlangıcından ayarlanmış ortalama değişim yüzdesi)							
Doz	N	LDL-C	TC*	HDL-C	TG	Apo-B	Apo-A1
Plasebo	51	-4,0	-1,3	2,5	-2,1	0,3	3,2
1 mg	52	-33,3	-22,8	9,4	-14,8	-24,1	8,5
2 mg	49	-38,2	-26,1	9,0	-17,4	-30,4	5,6
4 mg	50	-46,5	-32,5	8,3	-21,2	-36,1	4,7
*ayarlanmamış							

Klinik etkililik ve güvenlilik

Primer hiperkolesterolemi ve karışık dislipidemisi olan toplam 1.687 hastada yapılan kontrollü klinik çalışmalarda 1.239 hasta terapötik dozlarda pitavastatin almıştır (ortalama başlangıç LDL-C yaklaşık 4,8 mmol/L) ve pitavastatin sürekli olarak LDL-C, TC, non-HDL-C, TG ve Apo-B konsantrasyonlarını düşürmüştür ve HDL-C ve Apo-A1 konsantrasyonlarını yükseltmiştir. TC/HDL-C ve Apo-B/Apo-A1 oranları düşmüştür. LDL-C, 2 mg pitavastatin alanlarda %38-39 ve 4 mg pitavastatin alanlarda %44-45 oranında düşmüştür. 2 mg pitavastatin kullanan hastaların çoğu LDL-C (<3 mmol/L) için Avrupa Ateroskleroz

Topluluğu (EAS) tedavi hedefine erişmiştir.

Primer hiperkolesterolemi ve karışık dislipidemisi (ortalama başlangıç LDL-C yaklaşık 4,2 mmol/L) olan ileri yaştaki (65 yaş ve üzeri) 942 hastada yapılan kontrollü klinik bir çalışmada 434 hasta 1 mg, 2 mg veya 4 mg pitavastatin almıştır ve LDL-C değerlerini sırasıyla %31, %39,0 ve %44,3 oranında düşürmüştür ve hastaların yaklaşık %90'ı EAS tedavi hedefine ulaşmıştır. Hastaların yüzde seksenden fazlası eş zamanlı ilaç almaktaydı. Ama advers olay insidansı tüm tedavi gruplarında benzerdi ve hastaların %5'ten daha azı advers olaylardan ötürü çalışmayı bırakmıştı. Güvenlilik ve etkililik bulguları farklı yaş alt-gruplarında (65-69, 70-74 ve 75 yaş üzeri) benzerdi.

İki veya daha fazla kardiyovasküler risk faktörle primer hiperkolesterolemi veya karışık dislipidemisi (ortalama başlangıç LDL-C'si 4,1 mmol/L) olan veya tip 2 diyabete ek olarak karışık dislipidemisi (ortalama başlangıç LDL-C'si 3,6 mmol/L) olan toplam 761 hastada yapılan (507'si pitavastatin 4 mg ile tedavi edilmiş) kontrollü klinik çalışmalarda yaklaşık olarak hastaların %80'i EAS hedefine erişmiştir (riske bağlı olarak 3 veya 2,5 mmol/L). LDL-C değerleri, söz konusu hasta gruplarında, sırasıyla %44 ve %41 oranında düşmüştür.

Primer hiperkolesterolemi ve karışık dislipidemide 60 haftaya kadar süren uzun vadeli çalışmalarda, LDL-C'de sürekli ve stabil düşüşlerle ve HDL-C konsantrasyonlarının artmayı sürdürmesi ile EAS hedefine ulaşma devam etmiştir. 12 haftalık statin tedavisini tamamlamış 1.346 hastanın dahil olduğu bir çalışmada (LDL-C'deki düşüş %42,3, EAS hedefine ulaşma %69, HDL-C yükselmesi %5,6), tedaviye 4 mg pitavastatin ile 52 hafta devam edilmesini takiben LDL-C'deki düşüş %42,9, EAS hedefine ulaşma %74 ve HDL-C yükselmesi %14,3'tür.

Japonya'da yürütülmüş 2 yıllık gözlem çalışması uzatılarak (LIVES-01, bkz. Bölüm 4.8) hiperkolesterolemisi olan ve 1 mg, 2 mg veya 4 mg pitavastatin ile 2 yıl süreyle tedavi gören 6.582 hasta, tedavilerine 3 yıl daha devam etmiştir (toplamda 5 yıl). Bu 5 yıl devam eden çalışma sırasında, LDL-C düşüşü (-%30,5) 3 aydan itibaren görülmeye başlanmıştır. HDL-C değerleri 3. ayda %1,7 oranında artmış, 5 yılda %5,7 yükselmiştir. Başlangıçta daha düşük HDL-C değerleri (<40 mg/dL) olan hastalarda HDL-C seviyelerinde artış daha fazla olmuştur; örneğin serum seviyeleri 3. ayda %11,9 iken 5 yıl sonra %28,9'a yükseldiği gözlenmiştir.

Ateroskleroz

Pitavastatin 4 mg veya 20 mg atorvastatin ile 8-12 ay boyunca tedavisinin, akut koroner sendrom için perkütanöz koroner girişim geçirecek 251 hastada, intravasküler ultrason kılavuzluğunda, koroner plak hacmi üzerindeki etkinliğin karşılaştırıldığı JAPAN-ACS çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada plak hacminde her iki tedavi için ortalama %17 oranında (pitavastatin ile -%16,9± 13,9 ve atorvastatin ile -%18,1±14,2) düşüş görülmüştür. Pitavastatin ve atorvastatin arasında eşit etkinlik kanıtlanmıştır. Her iki durumda da plak regresyonu, negatif damar remodelling ile ilişkili bulunmuştur (113,0'ten 105,4 mm³). Bu çalışmada plasebo kontrollü çalışmalardaki bulguların aksine, LDL-C düşüşü ve plak regresyonu arasında belirgin bir korelasyon olmamıştır.

Mortalite ve morbidite üzerine yararlı etkileri değerlendirilmemiştir.

Diabetes Mellitus

Açık etiketli, prospektif kontrollü çalışmada bozulmuş glukoz toleransı olan 1.269 Japon hasta yaşam tarzı değişikliklerine pitavastatin 1 mg/gün veya pitavastatin 2 mg/gün ilave edilerek ya da ilave edilmeyerek randomize edilmiştir. 2,8 yıl sonunda, kontrol grubundaki

hastaların %45,7'sinde diyabet gelişmiş, bu oran pitavastatin grubunda %39,9 olmuştur, risk oranı 0,82 [%95 GA 0,68-0,99].

En az 12 hafta süren, randomize, kontrollü, çift-körlü çalışmalara dahil edilen, diyabeti olmayan 4.815 hastanın meta-analizi gerçekleştirilmiştir (ağırlıklı ortalama takip süresi 17,3 haftadır [SS 17,7 hafta]). Çalışmada, pitavastatinin yeni diyabet gelişme riski üzerine nötr bir etkisi olduğu gösterilirken (kontrol grubundaki hastaların %0,98'i, pitavastatin grubundaki hastaların %0,50'sinde diyabet gelişmiştir, rölatif risk 0,70 [%95 GA 0,30-1,61]) kontrol grubundaki hastaların %6,5'i (103/1.579) plasebo ile, diğerleri atorvastatin, pravastatin ve simvastatin dahil diğer statinler ile tedavi edilmiştir.

Pediyatrik popülasyon

Yüksek-risk hiperlipidemisi olan (açlık plazma LDL-C seviyeleri ≥ 160 mg/dL (4,1 mmol/L) veya ek risk faktörlerinin mevcut olduğu durumlarda LDL-C ≥ 130 mg/dL (3,4 mmol/L)) çocuk ve adolesan hastalarda (6 yaş ve üzeri hastalar ile 17 yaşından küçük hastalar) gerçekleştirilen çift-körlü, randomize, çok merkezli, plasebo kontrollü NK-104-4.01EU isimli çalışmada, hastalar (n=106; 48 erkek ve 58 kız) 12 hafta boyunca pitavastatin 1 mg/gün, 2 mg/gün, 4 mg/gün veya plasebo almıştır. Çalışmaya başlarken hastaların çoğunluğuna heterozigot ailesel hiperkolesterolemi tanısı konmuş; hastaların ortalama %41'i 6 yaş ile 10 yaşından küçük ve sırasıyla %20, %9, %12 ve %9'u Tanner evre II, III, IV ve V olmuştur. Ortalama LDL-C, pitavastatin 1, 2 ve 4 mg ile sırasıyla %23,5, %30,1 ve %39,3 azaldı; plasebo için bu oran %1,0 olarak bulunmuştur.

NK-104-4.02EU isimli 52 haftalık, açık etiketli, uzatılmış, güvenlilik çalışmasında (12 haftalık plasebo kontrollü çalışmadan 87 hasta dahil; n = 113, 55 erkek ve 58 kız), yüksek riskli hiperlipidemisi olan çocuk ve adolesan hastalara (17 yaşında küçük, 6 yaş ve üzeri hastalar) 52 hafta boyunca pitavastatin verilmiştir. Tüm hastalar tedaviye günde 1 mg pitavastatin ile başlamış ve pitavastatin dozu, 4. ve 8. haftalarda ölçülen LDL-C seviyeleri esas alınarak optimum bir LDL-C tedavi hedefi < 110 mg/dL (2,8 mmol/L)'ye ulaşmak için 2 mg ve 4 mg'a titre edilmiştir. Çalışmaya başlarken hastaların ortalama %37'si 6 ile 10 yaş arasında ve sırasıyla ortalama %22, %11, %12 ve %13'ü Tanner evre II, III, IV ve V olmuştur. Hastaların çoğunluğunda (n = 103) pitavastatin dozu günde 4 mg'a kadar titre edildi. Ortalama LDL-C, 52. haftanın sonunda %37,8 azaldı. 52. haftada toplam 47 hastada (%42,0) American Heart Association (AHA) minimal LDL-C hedefi olan < 130 mg/dL'ye ve 23 hastada (%20,5) AHA ideal LDL-C hedefi olan < 110 mg/dL'ye ulaşıldı. 52. haftanın sonunda ortalama LDL-C'de düşüş: 6 yaş ve üzeri ile 10 yaşından küçük yaş aralığında %40,2 (n=42), 10 yaş ve üzeri ile 16 yaşından küçük yaş aralığında %36,7 (n=61) ve 16 yaş ve üzeri ile 17 yaşından küçük yaş aralığında %34,5 (n=9) oranında olmuştur. Hasta cinsiyetinin terapötik yanıt üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. Aynı zamanda 52. hafta sonunda ortalama TC %29,5 ve ortalama TG %7,6 azalmıştır.

6 yaşın altındaki çocuklarda ve her yaştaki çocuğun homozigot ailesel hiperkolesterolemi tedavisinde çalışma sonuçlarının sunulması yükümlülüğünden vazgeçilmiştir.

HIV popülasyonu

Pitavastatinin ve diğer statinlerin LDL-C üzerindeki etkililiği, HIV enfeksiyonu veya tedavisi ile ilişkili hiperkolesterolemisi olan hastalarda, HIV enfeksiyonsuz primer hiperkolesterolemi ve karma dislipidemi hastalarına kıyasla azalmıştır.

INTREPID çalışmasında HIV enfeksiyonu olan, dislipidemili toplam 252 hasta (her çalışma

kolunda n=126), 4 haftalık bir arınma/diyetle giriş periyodunun ardından 52 hafta boyunca 4 mg/gün pitavastatin veya 40 mg/gün pravastatin almak üzere randomize edilmiştir. Primer etkinlik sonlanım noktası 12. haftada değerlendirilmiştir.

12 ve 52. haftalarda açlık serum LDL-C konsantrasyonu pitavastatin tedavi grubunda sırasıyla %31 ve %30; pravastatin grubunda sırasıyla %21 ve %20 oranında azalmıştır (LS ortalama tedavi farkı 12. haftada -%9,8, P <0,0001 ve 52. haftada %8,4 P = 0,0007). TC, non-HDL-C ve Apo B ikincil etkinlik son noktaları için başlangıç seviyesinden 12. ve 52. haftalara kadar geçen ortalama yüzde değişiminde, her parametre için pitavastatin tedavi grubunda, pravastatin tedavi grubundakinden daha büyük bir azalma olduğu tespit edildi. Pitavastatin 4 mg ile yeni bir advers olay veya güvenlilik sinyali gözlenmedi. 52. haftada, pitavastatin grubunda 4 hastada (%3,2) ve pravastatin grubunda 6 hastada (%4,8) virolojik başarısızlık (HIV-1 RNA virüs yükü değerinin >200 kopya/mL olması ve başlangıç değerinden >0,3-log'luk bir artış olarak tanımlanmıştır) raporlanmış olup tedavi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

Emilim:

Pitavastatin üst gastrointestinal sistemden hızla emilir ve oral uygulama sonrasında 1 saat içinde pik plazma konsantrasyonlarına erişilir. Emilim yiyecekten etkilenmez. Değişmemiş ilaç enterohepatik dolaşıma girer ve jejunum ve ileumdan iyi bir şekilde emilir. Mutlak biyoyararlanımı %51'dir.

Dağılım:

Pitavastatin insan plazmasında %99'dan daha fazla, başlıca albumine ve alfa 1-asit glikoproteini olmak üzere, proteine bağlanır. Ortalama dağılım hacmi 133 L'dir. Pitavastatin, OATP1B1 ve OATP1B3'ü de kapsayan çoklu hepatik taşıyıcılar ile etki ve metabolizma bölgesi olan hepatositlere aktif olarak taşınır. Plazma EAA değeri, en düşük ve en yüksek değerler 4 kat fark edebilecek kadar çeşitlilik göstermektedir. SLCO1B1 (OATP1B1'i sentezleyen gen) ile yapılan çalışmalar, bu genin polimorfizminin EAA değerlerinde yüksek çeşitliliğe sebep olabileceğini göstermiştir. Pitavastatin, P-glikoprotein bir substratı değildir.

Biyotransformasyon:

Değişmemiş pitavastatin, plazmadaki baskın ilaç parçasıdır. Ana metabolit inaktif laktondur ve UDP glukuronosiltransferaz (UGT1A3 ve 2B7) tarafından ester tipi pitavastatin glukuronid konjugatı yoluyla oluşur. 13 insan sitokrom P450 (CYP) izoformları kullanılan *in vitro* çalışmalar CYP ile pitavastatin metabolizmasının minimal olduğunu göstermiştir. CYP2C9 (ve daha az miktarda CYP2C8) pitavastatinin minör metabolitlere metabolize olmasından sorumludur.

Eliminasyon:

Değişmemiş pitavastatin hızla karaciğerden safraya atılır ancak enterohepatik dolaşıma girer ve bu da etki süresine katkıda bulunur. Pitavastatinin %5'den azı idrarla atılır. Plazma eliminasyon yarılanma ömrü 5,7 (tek doz) ile 8,9 saat (kararlı durum) arasında değişir ve geometrik ortalama klirensi tek doz sonrası 43,4 L/saat'tir.

Besinlerin etkisi:

Pitavastatinin maksimum plazma düzeyi yağ oranı yüksek öğünle birlikte alındığında %43 oranında düşmüştür, ancak EAA değerinde değişiklik olmamıştır.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Cinsiyet:

Sağlıklı erkek ve kadın gönüllülerin karşılaştırıldığı bir farmakokinetik çalışmada, pitavastatin EAA kadınlarda 1,6 kat yüksektir. Bu durum klinik çalışmalarda kadınlar için pitavastatinin güvenilirlik ve etkililiğini etkilememiştir.

İrk:

Yaş ve vücut ağırlığı hesaba katıldığında Japon ve beyaz sağlıklı gönüllüler arasında pitavastatinin farmakokinetik profilinde bir fark bulunmamaktadır.

Böbrek yetmezliği:

Orta dereceli renal hastalığı olan ve hemodiyalizde olan hastalarda EAA değerlerindeki artış sırasıyla 1,8 ve 1,7 kattır (bkz. Bölüm 4.2).

Karaciğer yetmezliği:

Hafif (Child-Pugh A) hepatik bozukluğu olan hastalarda EAA sağlıklılara oranla 1,6 kat yüksektir. Orta (Child-Pugh B) hepatik bozukluğu olan hastalarda EAA sağlıklılara oranla 3,9 kat yüksektir. Hafif ve orta dereceli hepatik bozukluğu olan hastalarda doz kısıtlaması önerilir (bkz. Bölüm 4.2). Şiddetli hepatik bozukluğu olan hastalarda, PRATİN kontrendikedir.

Pediyatrik popülasyon:

Çocuklarda ve adolesanlarda farmakokinetik veriler sınırlıdır. NK-104-4.01EU çalışmasında (bkz. Bölüm 5.1) seyrek numuneleme, dozdan 1 saat sonra pitavastatin plazma konsantrasyonları üzerinde doza bağlı bir etki ortaya koymuştur. Ayrıca, dozdan 1 saat sonraki konsantrasyonun vücut ağırlığı ile ters orantılı olduğu ve çocuklarda yetişkinlerden daha yüksek olabileceğini gösteren belirtiler mevcuttu.

Geriyatrik popülasyon:

Sağlıklı genç ve yaşlı (65 yaş ve üzeri) gönüllülerin karşılaştırıldığı bir farmakokinetik çalışmada, pitavastatin EAA yaşlılarda 1,3 kat yüksektir. Bu durum klinik çalışmalarda ileri yaştakiler için pitavastatinin güvenilirlik ve etkililiğini etkilememiştir.

5.3. Klinik öncesi güvenilirlik verileri

Klinik öncesi veriler, güvenilirlik farmakolojisi, tekrarlayan doz toksisitesi, genotoksisite ve karsinojenik potansiyel, üreme toksisitesinin konvansiyonel çalışmalarında insanlar için özel bir zarar açığa çıkarmamıştır. Maymunlarda, maksimum günlük 4 mg doz uygulanan yetişkin insanlarda ulaşılandan daha yüksek maruziyetlerde renal toksisite belirtileri görülmüştür ve pitavastatinin üriner atılımının oynadığı rol, maymunlarda diğer hayvan türlerine oranla daha yüksektir. Karaciğer mikrozomları ile gerçekleştirilen *in vitro* çalışmalar maymuna özgü bir metabolitin bu durumda etkili olabileceğini göstermiştir. Maymunlarda gözlemlenen renal etkilerin insanlar için klinik açıdan anlamlı olması muhtemel değildir ancak renal advers reaksiyonlara dair potansiyel tamamen göz ardı edilemez.

Pitavastatin fertilité veya üreme performansı üzerine etkiye sahip değildir ve teratojenik potansiyel kanıtı yoktur. Ancak maternal toksisite yüksek dozlarda görülmüştür. Sıçanlarda yapılan bir çalışma 1 mg/kg/gün dozlarda (EAA bazında, insanlarda uygulanan maksimum

dozun yaklaşık olarak 4 katı), doğuma yakın zamanda veya doğumda fetal ve neonatal ölüme eşlik eden maternal mortaliteyi göstermiştir. Juvenil hayvanlarda çalışmalar yapılmamıştır.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı Maddelerin Listesi

Laktoz monohidrat (inek sütü kaynaklı)

L-Hidroksi propil selüloz LH-11

Magnezyum aluminometasilikat Tip 1B

Hidroksi propil metil selüloz 603w

Magnezyum stearat

Film Kaplama

Opadry 03O580007 White: Hipromelloz, Titanyum dioksit, Trietil sitrat, Kolloidal susuz Silika

6.2. Geçimsizlikler

Bilinen herhangi bir geçimsizliği bulunmamaktadır.

6.3. Raf ömrü

24 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel uyarılar

25°C'nin altındaki oda sıcaklığında ve ambalajında saklayınız.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

30 film kaplı tablet içeren beyaz opak PVC-PE-PVDC folyo/alüminyum blister ve karton kutu şeklinde ambalajlanmıştır.

6.6. Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel önlemler

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller, "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği" ve "Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği" ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

NOBEL İLAÇ SANAYİİ ve TİCARET A.Ş.

Ümraniye 34768 İSTANBUL

Tel: (216) 633 60 00

Fax: (216) 633 01-02

8. RUHSAT NUMARASI

2017/297

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 09.05.2017

Ruhsat yenileme tarihi: 06.04.2022

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ