

AUTORIZAȚIE DE PUNERE PE PIAȚĂ NR. 13105/2020/01-02-03-04-05-06-07
NR. 13106/2020/01-02-03-04-05-06-07
NR. 13107/2020/01-02-03-04-05-06-07
NR. 13108/2020/01-02-03-04-05-06-07
NR. 13109/2020/01-02-03-04-05-06-07

Anexa 2

Rezumatul caracteristicilor produsului

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Zykalor 5 mg comprimate
Zykalor 10 mg comprimate
Zykalor 15 mg comprimate
Zykalor 20 mg comprimate
Zykalor 30 mg comprimate

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Zykalor 5 mg comprimate: fiecare comprimat conține aripiprazol 5 mg.
Zykalor 10 mg comprimate: fiecare comprimat conține aripiprazol 10 mg
Zykalor 15 mg comprimate: fiecare comprimat conține aripiprazol 15 mg
Zykalor 20 mg comprimate: fiecare comprimat conține aripiprazol 20 mg
Zykalor 30 mg comprimate: fiecare comprimat conține aripiprazol 30 mg

Excipienți cu efect cunoscut: lactoză monohidrat

Zykalor 5 mg comprimate: fiecare comprimat conține lactoză monohidrat 67,74 mg.
Zykalor 10 mg comprimate: fiecare comprimat conține lactoză monohidrat 62,33 mg
Zykalor 15 mg comprimate: fiecare comprimat conține lactoză monohidrat 93,42 mg
Zykalor 20 mg comprimate: fiecare comprimat conține lactoză monohidrat 124,76 mg
Zykalor 30 mg comprimate: fiecare comprimat conține lactoză monohidrat 186,99 mg

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Comprimat

ZYKALOR 5 mg comprimate:

Comprimate de culoare albastră, rectangulare, cu dimensiunile de aproximativ 8,0 x 4,5 mm

ZYKALOR 10 mg comprimate:

Comprimate de culoare roz, rectangulare, cu o linie mediană pe una dintre fețe și dimensiunile de aproximativ 8,5 x 4,0 mm.

Comprimatul poate fi divizat în doze egale.

ZYKALOR 15 mg comprimate:

Comprimate de culoare galbenă, rotunde, cu diametrul de aproximativ 7,0 mm.

ZYKALOR 20 mg comprimate:

Comprimat de culoare albă până la alb închis, rotund, cu diametrul de aproximativ 8,0 mm, cu o linie mediană pe una dintre fețe.

Comprimatul poate fi divizat în doze egale

ZYKALOR 30 mg comprimate:

Comprimat de culoare roz, rotund, cu diametrul de aproximativ 9,5 mm, cu o linie mediană pe una dintre fețe.

Comprimatul poate fi divizat în doze egale

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Zykalor este indicat pentru tratamentul schizofreniei la adulți și adolescenți cu vârsta de 15 ani și peste.

Zykalor este indicat pentru tratamentul episoadelor maniacale moderate până la severe în tulburarea bipolară de tipul I și pentru prevenirea unui nou episod maniacal la adulți care au avut episoade predominant maniacale și au răspuns la tratamentul cu aripiprazol (vezi pct. 5.1).

Zykalor este indicat pentru tratamentul cu durată de până la 12 săptămâni al episoadelor maniacale moderate până la severe în tulburarea bipolară de tipul I la adolescenți cu vârsta de 13 ani și peste (vezi pct. 5.1).

4.2 Doze și mod de administrare

Doze

Adulți

Schizofrenie: doza inițială recomandată pentru Zykalor este de 10 sau 15 mg pe zi, cu o doză de întreținere de 15 mg pe zi, administrată zilnic după o schemă terapeutică în priză unică, fără legătură cu mesele. Zykalor este eficient într-un interval de doze cuprins între 10 și 30 mg pe zi. Nu s-a demonstrat creșterea eficacității la doze mai mari decât doza zilnică de 15 mg, cu toate că unii pacienți pot prezenta beneficii la o doză mai mare. Doza zilnică maximă nu trebuie să depășească 30 mg.

Episoade maniacale în tulburarea bipolară I: doza recomandată pentru inițierea tratamentului cu Zykalor este de 15 mg, administrată după o schemă terapeutică în priză zilnică unică indiferent de orarul meselor sub formă de monoterapie sau ca terapie asociată (vezi pct. 5.1). Unii pacienți pot beneficia de o doză mai mare. Doza zilnică maximă nu trebuie să depășească 30 mg.

Prevenirea recurenței episoadelor maniacale în tulburarea bipolară de tipul I: pentru prevenirea recurenței episoadelor maniacale la pacienții la care s-a administrat aripiprazol în monoterapie sau în terapie asociată, se continuă tratamentul cu aceeași doză. În funcție de starea clinică, trebuie luată în considerare ajustarea dozei zilnice, inclusiv reducerea dozei.

Copii și adolescenți

Schizofrenia la adolescenți cu vârsta de 15 ani și peste: doza recomandată de Zykalor este de 10 mg pe zi, administrată o dată pe zi conform schemei terapeutice, indiferent de orarul meselor. Tratamentul trebuie inițiat cu doza de 2 mg (utilizând aripiprazol sub formă de soluție orală 1 mg/ml) timp de 2 zile, doza fiind ajustată apoi la 5 mg pentru încă 2 zile, pentru a obține doza zilnică recomandată de 10 mg. Când este necesar, creșterile dozelor următoare trebuie administrate în trepte de 5 mg, fără a depăși doza maximă zilnică de 30 mg (vezi pct. 5.1).

Zykalor este eficace într-un interval de doze cuprins între 10 și 30 mg pe zi. Nu s-a demonstrat creșterea eficacității la doze mai mari decât doza zilnică de 10 mg, cu toate că unii pacienți pot prezenta beneficii la o doză mai mare.

Zykalor nu este recomandat pentru utilizare la pacienți cu schizofrenie cu vârsta sub 15 ani, din cauza datelor insuficiente privind siguranța și eficacitatea (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Episoadele maniacale din tulburarea bipolară de tip I la adolescenți cu vârsta de 13 ani și peste: doza recomandată pentru Zykalor este de 10 mg pe zi, administrată după o schemă terapeutică în priză unică, fără legătură cu mesele. Tratamentul trebuie început cu o doză de 2 mg (utilizând aripiprazol sub formă de soluție orală 1 mg/ml) timp de 2 zile, crescând apoi doza la 5 mg pentru încă 2 zile, pentru a ajunge la doza zilnică recomandată de 10 mg.

Tratamentul trebuie să aibă durata minimă necesară pentru controlul simptomelor, fără a depăși 12 săptămâni. Nu a fost demonstrată o eficacitate crescută la doze mai mari de o doză zilnică de 10 mg, iar administrarea unei doze zilnice de 30 mg este asociată cu o incidență semnificativ mai mare a reacțiilor adverse importante, inclusiv evenimente asociate SEP, somnolență, fatigabilitate și creștere în greutate (vezi pct. 4.8). Dozele mai mari de 10 mg/zi trebuie, prin urmare, să fie utilizate numai în cazuri excepționale și cu monitorizare clinică atentă (vezi pct. 4.4, 4.8 și 5.1).

Pacienții mai tineri au un risc crescut de a dezvolta reacții adverse asociate cu administrarea de aripiprazol. Prin urmare, Zykalor nu este recomandat pentru utilizare la pacienți cu vârsta sub 13 ani (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Iritabilitate asociată cu tulburarea autistă: siguranța și eficacitatea Zykalor la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost încă stabilite. Datele disponibile în prezent sunt descrise la pct. 5.1, dar nu se poate face nicio recomandare privind dozele.

Ticuri asociate cu sindromul Tourette: siguranța și eficacitatea Zykalor la copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 6 și 18 ani nu au fost încă stabilite. Datele disponibile în prezent sunt descrise la pct. 5.1, dar nu se poate face nicio recomandare privind dozele.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență hepatică

Nu este necesară ajustarea dozelor la pacienții cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată. La pacienții cu insuficiență hepatică severă, datele disponibile sunt insuficiente pentru a stabili recomandări. La acești pacienți, stabilirea schemei terapeutice trebuie efectuată cu precauție. Cu toate acestea, doza zilnică maximă de 30 mg trebuie utilizată cu precauție la pacienții cu insuficiență hepatică severă (vezi pct. 5.2).

Pacienți cu insuficiență renală

Nu este necesară ajustarea dozelor la pacienții cu insuficiență renală.

Persoane vârstnice

Nu s-a stabilit siguranța și eficacitatea utilizării aripiprazol în tratamentul schizofreniei și a tulburării bipolare de tipul I la pacienții cu vârsta de 65 ani și peste. Din cauza sensibilității mai mari a acestei populații, trebuie luată în considerare o doză inițială mai mică, atunci când factorii clinici justifică acest lucru (vezi pct. 4.4).

Sex

Nu este necesară ajustarea dozelor la pacienții de sex feminin, comparativ cu pacienții de sex masculin (vezi pct. 5.2).

Statutul de fumător

Având în vedere calea de metabolizare a aripiprazolului, la fumători nu este necesară ajustarea dozei (vezi pct. 4.5).

Ajustări ale dozelor din cauza interacțiunilor

În cazul administrării concomitente de inhibitori potenți ai CYP3A4 sau CYP2D6 cu aripiprazol, doza de aripiprazol trebuie redusă. Atunci când inhibitorul CYP3A4 sau CYP2D6 este retras din terapia cu administrare concomitentă, doza de aripiprazol trebuie crescută (vezi pct. 4.5).

În cazul administrării concomitente de inductori potenți ai CYP3A4 cu aripiprazol, doza de aripiprazol trebuie crescută. Atunci când inductorul CYP3A4 este retras din terapia cu administrare concomitentă, doza de aripiprazol trebuie redusă la doza recomandată (vezi pct. 4.5).

Mod de administrare

Zykalor se administrează oral.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În timpul tratamentului antipsihotic, îmbunătățirea stării clinice a pacientului se poate produce după câteva zile până la câteva săptămâni. Pacienții trebuie monitorizați atent pe parcursul acestei perioade.

Risc suicidar

Apariția comportamentului suicidar este inerent în cazul afecțiunilor psihotice și a tulburărilor de dispoziție și în unele cazuri s-a raportat precoce după inițierea sau schimbarea terapiei antipsihotice, inclusiv a tratamentului cu aripiprazol (vezi pct. 4.8). Terapia antipsihotică trebuie însoțită de supraveghere atentă a pacienților cu risc crescut.

Tulburări cardiovasculare

Aripiprazolul trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare (antecedente de infarct miocardic sau boală cardiacă ischemică, insuficiență cardiacă sau tulburări de conducere), boală cerebrală vasculară, afecțiuni care ar putea predispuce pacienții la hipotensiune arterială (deshidratare, hipovolemie și tratament cu medicamente antihipertensive) sau hipertensiune arterială, inclusiv forma cu evoluție accelerată sau malignă.

Au fost raportate cazuri de tromboembolism venos (TEV) după administrarea medicamentelor antipsihotice. Deoarece pacienții tratați cu antipsihotice prezintă adesea factori de risc dobândiți pentru TEV, toți factorii de risc posibili pentru TEV trebuie identificați înaintea și în timpul tratamentului cu aripiprazol și trebuie luate măsurile preventive necesare.

Prelungirea intervalului QT

În cadrul studiilor clinice cu aripiprazol, incidența intervalului QT prelungit a fost comparabilă cu cea observată în cazul administrării placebo. Aripiprazolul trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu istoric familial de QT prelungit (vezi pct. 4.8).

Dischinezie tardivă

În cadrul studiilor clinice în care s-a administrat tratament cu aripiprazol timp de cel mult 1 an, au existat raportări mai puțin frecvente de dischinezie cauzată de tratament. Dacă apar semne și simptome de dischinezie tardivă la un pacient căruia i s-a administrat tratament cu aripiprazol, trebuie avută în vedere

reducerea dozei sau întreruperea administrării. (vezi pct. 4.8) Aceste simptome se pot agrava temporar sau pot chiar apărea după întreruperea tratamentului.

Alte simptome extrapiramidale (SEP)

În cadrul studiilor clinice cu aripiprazol efectuate la copii și adolescenți, au fost observate acatizie și parkinsonism. Dacă apar semne și simptome ale altor SEP la un pacient căruia i se administrează aripiprazol, trebuie avute în vedere reducerea dozei și monitorizarea clinică atentă.

Sindromul neuroleptic malign (SNM)

SNM cuprinde un complex de simptome cu potențial letal, asociat cu administrarea medicamentelor antipsihotice. În studiile clinice, în timpul tratamentului cu aripiprazol s-au raportat cazuri rare de SNM. Manifestările clinice ale SNM sunt hiperpirexia, rigiditatea musculară, alterarea statusului mental și semne de instabilitate neuro-vegetativă (puls neregulat sau tensiune arterială oscilantă, tahicardie, diaforeză și tulburări ale ritmului cardiac). Alte semne pot include creșterea concentrației plasmatice a creatinfosfokinazei, mioglobinurie (rabdomioliză) și insuficiență renală acută. Cu toate acestea, s-au raportat creșteri ale concentrației plasmatice a creatinfosfokinazei și rabdomioliză, nu neapărat în asociere cu SNM. Dacă un pacient prezintă semne și simptome caracteristice pentru SNM sau prezintă febră mare inexplicabilă, fără alte manifestări clinice de SNM, trebuie întreruptă administrarea tuturor medicamentelor antipsihotice, inclusiv a aripiprazolului

Convulsii

În studiile clinice, în timpul tratamentului cu aripiprazol s-au raportat cazuri mai puțin frecvente de convulsii. Ca urmare, aripiprazolul trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu antecedente de tulburări convulsive sau cu afecțiuni asociate cu convulsiile (vezi pct. 4.8).

Pacienți vârstnici cu psihoze asociate demenței

Mortalitate crescută

În cadrul a trei studii clinice controlate cu placebo (n= 938; vârstă medie: 82,4 ani; interval: 56-99 ani), în care s-a administrat aripiprazol la pacienții vârstnici cu psihoză asociată cu boala Alzheimer, pacienții tratați cu aripiprazol au prezentat un risc crescut de deces, comparativ cu placebo. La pacienții tratați cu aripiprazol, rata de deces a fost de 3,5 %, comparativ cu 1,7 % în grupul la care s-a administrat placebo. Deși cauzele de deces au variat, majoritatea au fost de etiologie cardiovasculară (de exemplu: insuficiență cardiacă, moarte subită) sau infecțioasă (de exemplu, pneumonie) (vezi pct. 4.8).

Reacții adverse cerebrovasculare

În aceleași studii clinice, la pacienți (vârsta medie: 84 ani; interval: 78-88 ani) s-au raportat reacții adverse cerebrovasculare (de exemplu: accident vascular cerebral, accident vascular cerebral ischemic tranzitor), incluzând decese. În ansamblu, în aceste studii, la 1,3 % dintre pacienții tratați cu aripiprazol s-au raportat reacții adverse cerebrovasculare, comparativ cu 0,6 % dintre pacienții cărora li s-a administrat placebo. Această diferență nu a fost semnificativă statistic. Cu toate acestea, într-unul dintre aceste studii, un studiu cu doză fixă, la pacienții tratați cu aripiprazol a existat o relație semnificativă dependentă de doză a reacțiilor adverse cerebrovasculare (vezi pct. 4.8).

Aripiprazolul nu este indicat pentru tratamentul pacienților cu psihoze asociate demenței.

Hiperglicemie și diabet zaharat

La pacienții cărora li s-au administrat medicamente antipsihotice atipice, inclusiv aripiprazol, s-a raportat hiperglicemie, în unele cazuri marcată și asociată cu cetoacidoză sau comă hiperosmolară sau deces. Factorii de risc care pot predispuce pacienții la complicații severe includ obezitatea și antecedentele familiale de diabet zaharat. În studiile clinice cu aripiprazol, nu au existat diferențe semnificative în ceea ce privește frecvența reacțiilor adverse asociate hiperglicemiei (inclusiv diabet zaharat) sau a valorilor anormale ale glicemiei în analizele de laborator, comparativ cu placebo. Nu sunt disponibile estimări precise ale riscului privind reacțiile adverse asociate hiperglicemiei la pacienții tratați cu aripiprazol și alte

medicamente antipsihotice atipice, care să permită comparații directe. Pacienții tratați cu orice medicamente antipsihotice, incluzând aripiprazol, trebuie supravegheați pentru a se observa semnele și simptomele de hiperglicemie (cum sunt: polidipsie, poliurie, polifagie și slăbiciune), iar pacienții cu diabet zaharat sau cu factori de risc pentru diabet zaharat trebuie monitorizați periodic pentru depistarea înrăutățirii controlului glicemic (vezi pct. 4.8).

Hipersensibilitate

Similar altor medicamente, în cazul administrării aripiprazolului pot să apară reacții de hipersensibilitate, caracterizate prin simptome alergice (vezi pct. 4.8).

Creștere ponderală

Creșterea ponderală este observată frecvent la pacienții cu schizofrenie și manie în tulburarea bipolară din cauza comorbidităților, administrării antipsihoticelor cunoscute prin faptul că provoacă creștere ponderală, stilului de viață dezordonat, și ar putea duce la complicații severe. Creșterea ponderală a fost raportată după punerea medicamentului pe piață, la pacienții cărora li s-a prescris aripiprazol. Atunci când este întâlnită, aceasta apare de obicei la pacienții cu factori de risc semnificativi, cum sunt antecedente de diabet zaharat, afecțiuni ale tiroidei sau adenom de glandă pituitară. În cadrul studiilor clinice nu s-a demonstrat că aripiprazol induce o creștere ponderală relevantă clinic la adulți (vezi pct. 5.1). În cadrul studiilor clinice la pacienți adolescenți cu manie în cadrul tulburării bipolare, s-a demonstrat că administrarea aripiprazolului este asociată cu creștere ponderală după 4 săptămâni de tratament. Creșterea ponderală trebuie monitorizată la pacienții adolescenți cu manie în cadrul tulburării bipolare. În cazul în care creșterea ponderală este semnificativă clinic, trebuie luată în considerare reducerea dozei (vezi pct. 4.8).

Disfagia

Tratamentul antipsihotic, inclusiv cu aripiprazol, s-a asociat cu afectarea motilității esofagiene și aspirație. Aripiprazolul trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu risc de pneumonie de aspirație.

Dependență patologică de jocuri de noroc și alte tulburări de control al impulsurilor

Pacienții pot prezenta impulsuri crescute, în special pentru jocurile de noroc, și incapacitatea de a controla aceste impulsuri în timpul administrării de aripiprazol. Alte impulsuri raportate includ: impulsuri sexuale crescute, cumpărat compulsiv, hiperfagie sau mâncat compulsiv și alte comportamente impulsive și compulsive. Este important ca medicii prescriptori să întrebe pacienții sau îngrijitorii acestora în mod specific despre dezvoltarea de impulsuri de joc de noroc, impulsuri sexuale, cumpărat compulsiv, hiperfagie sau mâncat compulsiv sau alte impulsuri noi sau crescute pe durata tratamentului cu aripiprazol. Trebuie menționat că simptomele legate de controlul impulsurilor pot fi asociate cu tulburarea de fond; totuși, în unele cazuri, s-a raportat încetarea impulsurilor la reducerea dozei sau la întreruperea administrării medicamentului. Tulburările de control al impulsurilor pot determina vătămarea pacientului și a altor persoane dacă nu sunt recunoscute. Dacă un pacient dezvoltă astfel de impulsuri pe durata administrării de aripiprazol, luați în considerare reducerea dozei sau oprirea administrării medicamentului (vezi pct 4.8).

Pacienți care prezintă comorbiditate ADHD - tulburare de tip hiperactivitate cu deficit de atenție)

Cu toate că frecvența tulburării bipolare de tip I asociată cu ADHD este mare, datele cu privire la siguranță în cazul utilizării concomitente a aripiprazol cu medicamente cu efect stimulant sunt foarte limitate; prin urmare, se recomandă prudență maximă atunci când aceste medicamente sunt administrate concomitent.

Căderi

Aripiprazolul poate cauza somnolență, hipotensiune arterială posturală, instabilitate motorie și senzorială, care pot duce la căderi. Trebuie exercitată precauție în tratamentul pacienților aflați la risc crescut și trebuie luată în considerare o doză inițială scăzută (de exemplu, pacienți vârstnici sau slăbiți; vezi pct. 4.2).

Zykalor conține lactoză monohidrat. Pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la galactoză, deficit de lactază (Lapp) sau sindrom de malabsorbție la glucoză-galactoză nu trebuie să utilizeze acest medicament.

Zykalor conține sodiu mai puțin de 1 mmol (23 mg) per comprimat, adică practic „nu conține sodiu”.

4.5. Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Deoarece aripiprazolul este un antagonist al receptorilor α_1 -adrenergici, poate să potențeze efectul anumitor medicamente antihipertensive.

Deoarece efectele principale ale aripiprazolului se exercită la nivelul sistemului nervos central, este necesară prudență când aripiprazolul este administrat în asociere cu alcool etilic sau cu alte medicamente cu efecte asupra sistemului nervos central, caz în care se produce același tip de reacții adverse, cum este sedarea (vezi pct. 4.8).

Se impune prudență atunci când aripiprazolul este administrat concomitent cu alte medicamente despre care se cunoaște faptul că provoacă o prelungire a intervalului QT sau dezechilibru electrolitic.

Potențialul altor medicamente de a influența efectul aripiprazol

Un inhibitor al secreției gastrice acide, famotidina, antagonist al receptorilor H_2 , reduce viteza absorbției aripiprazolului, dar acest efect nu este considerat a fi relevant din punct de vedere clinic.

Aripiprazolul este metabolizat prin multiple căi metabolice care implică enzimele CYP2D6 și CYP3A4, dar nu și enzimele CYP1A. Prin urmare, nu este necesară ajustarea dozei la fumători.

Chinidină și alți inhibitori ai CYP2D6

În cadrul unui studiu clinic la care au participat subiecți sănătoși, un inhibitor potent al CYP2D6 (chinidina) a crescut ASC a aripiprazolului cu 107%, în timp ce C_{max} a rămas neschimbată. Valorile ASC și C_{max} ale dehidro-aripiprazolului, metabolitul activ, au scăzut cu 32% și, respectiv, cu 47%. Doza de Zykalor trebuie redusă la aproximativ jumătate din doza prescrisă atunci când acesta se administrează concomitent cu chinidină. Deoarece se anticipează că alți inhibitori puternici ai CYP2D6, cum sunt fluoxetina și paroxetina, pot avea efecte similare, trebuie efectuate reduceri similare ale dozei.

Ketoconazol și alți inhibitori ai CYP3A4

În cadrul unui studiu clinic la subiecți sănătoși, un inhibitor potent al CYP3A4 (ketoconazolul) a crescut ASC și C_{max} ale aripiprazolului cu 63% și, respectiv, cu 37%. ASC și C_{max} ale dehidro-aripiprazolului au crescut cu 77% și, respectiv, cu 43%. La pacienții care metabolizează lent prin intermediul CYP2D6, administrarea concomitentă a inhibitorilor puternici ai CYP3A4 poate determina concentrații plasmatiche mai mari de aripiprazol, comparativ cu cele ale pacienților care metabolizează rapid prin intermediul CYP2D6. În cazul în care se are în vedere administrarea concomitentă a ketoconazolului sau a altor inhibitori puternici ai CYP3A4 cu aripiprazol, beneficiile concomitente trebuie să depășească posibilele riscuri pentru pacient. Dacă se administrează ketoconazol concomitent cu aripiprazol, doza de aripiprazol trebuie redusă la aproximativ jumătate din doza recomandată. Deoarece se așteaptă ca alți inhibitori puternici ai CYP3A4, cum sunt: itraconazolul și inhibitorii proteazei HIV, să prezinte efecte similare, trebuie efectuate reduceri similare ale dozei.

După întreruperea administrării unui inhibitor al CYP2D6 sau CYP3A4, dozele de aripiprazol trebuie crescute la valorile anterioare administrării tratamentului concomitent.

Atunci când aripiprazolul se administrează concomitent cu inhibitori slabi ai CYP3A4 (de exemplu, diltiazem) sau ai CYP2D6 (de exemplu, escitalopram), ar putea apărea o creștere moderată a concentrațiilor plasmatiche ale aripiprazolului.

Carbamazepină și alți inductori ai CYP3A4

După administrarea concomitentă a carbamazepinei, un inductor puternic al CYP3A4, și aripiprazol oral la pacienți cu schizofrenie sau tulburare schizoafectivă, mediile geometrice ale valorilor C_{max} și ASC ale aripiprazolului au fost cu 68% și, respectiv, cu 73% mai mici, comparativ cu valorile obținute în cazul monoterapiei cu aripiprazol (30 mg). În mod similar, după administrarea concomitentă a carbamazepinei, mediile geometrice ale valorilor C_{max} și ASC ale dehidro-aripiprazolului au fost cu 69% și, respectiv, cu 71% mai mici, comparativ cu valorile obținute după monoterapia cu aripiprazol.

În cazul administrării concomitente de aripiprazol cu carbamazepină, doza de aripiprazol trebuie dublată. În cazul administrării concomitente de aripiprazol cu alți inductori ai CYP3A4 (cum sunt: rifampicina, rifabutina, fenitoina, fenobarbitalul, primidona, efavirenzul, nevirapina și sunătoarea) este posibil să apară efecte similare, de aceea trebuie aplicate creșteri similare ale dozei. După întreruperea administrării inductorilor potenți ai CYP3A4, doza de aripiprazol trebuie redusă la doza recomandată.

Valproat și litiu

Atunci când fie litiul, fie valproatul au fost administrate concomitent cu aripiprazol, nu s-a observat nicio modificare semnificativă clinic a concentrațiilor de aripiprazol și prin urmare, nu este necesară nicio ajustare a dozei la dministrarea valproatului sau litiului împreună cu aripiprazol.

Potențialul aripiprazolului de a influența efectele altor medicamente

În cadrul studiilor clinice, administrarea de doze de aripiprazol de 10 – 30 mg pe zi nu a prezentat un efect semnificativ asupra metabolizării substraturilor CYP2D6 (raport dextrometorfan/3-metoximorfinan), CYP2C9 (warfarină), CYP2C19 (omeprazol) și CYP3A4 (dextrometorfan). În plus, *in vitro*, aripiprazolul și dehidro-aripiprazolul nu au prezentat potențial de modificare a metabolizării mediate pe calea CYP1A2. De aceea, este puțin probabil ca aripiprazolul să determine interacțiuni medicamentoase importante din punct de

vedere clinic, mediate de către aceste enzime.

Atunci când aripiprazolul s-a administrat concomitent, fie cu valproat, litiu sau lamotrigină, nu s-a observat nicio modificare importantă clinic a concentrațiilor de valproat, litiu sau lamotrigină.

Sindromul serotoninergic

Au fost raportate cazuri de sindrom serotoninergic la pacienți tratați cu aripiprazol, iar posibile semne și simptome ale acestui sindrom pot să apară în special în cazurile de utilizare concomitentă cu alte medicamente serotoninergice, cum sunt inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei / inhibitori ai recaptării serotoninei/noradrenalinei (ISRS/IRSN), sau cu alte medicamente cunoscute a crește concentrațiile plasmatiche ale aripiprazol (vezi pct. 4.8).

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Sarcina

Nu există studii adecvate, controlate, privind utilizarea aripiprazolului la femeile gravide. S-au raportat malformații congenitale; cu toate acestea, relația cauzală cu aripiprazolul nu a putut fi stabilită.

Studiile la animale nu au putut exclude potențialul toxic asupra dezvoltării (vezi pct. 5.3). Pacientele trebuie sfătuite să-și informeze medicul dacă rămân gravide sau intenționează să rămână gravide în timpul tratamentului cu aripiprazol. Din cauza informațiilor insuficiente privind siguranța la om și a preocupărilor legate de studiile privind funcția de reproducere la animale, acest medicament nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care beneficiile așteptate justifică clar riscul potențial pentru făt.

Nou-născuții expuși la medicamente antipsihotice (inclusiv aripiprazol) în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină prezintă risc de reacții adverse, incluzând simptome extrapiramidale și/sau de întrerupere, care pot varia după naștere din punct de vedere al severității și duratei. S-au raportat agitație, hipertonie, hipotonie, tremor, somnolență, insuficiență respiratorie sau tulburări de alimentare.

Prin urmare, nou-născuții trebuie monitorizați cu atenție.

Alăptarea

Aripiprazol/metaboliții acestuia se excretă în laptele uman. Trebuie luată decizia fie de a întrerupe alăptarea, fie de a întrerupe/de a se abține de la tratamentul cu aripiprazol având în vedere beneficiul alăptării pentru copil și beneficiul tratamentului pentru femeie.

Fertilitatea

Aripiprazolul nu a afectat fertilitatea, conform datelor provenite din studiile de toxicitate asupra funcției de reproducere.

4.7 Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje

Aripiprazolul are influență mică sau moderată asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje, din cauza potențialelor efecte asupra sistemului nervos și a celor vizuale, cum sunt sedarea, somnolența, sincopa, vederea încețoșată, diplopie (vezi pct. 4.8).

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță

Cele mai frecvente reacții adverse raportate în studiile clinice controlate cu placebo sunt: acatizie și greață, fiecare apărând la mai mult de 3 % dintre pacienții tratați cu aripiprazol pe cale orală.

Lista reacțiilor adverse sub formă de tabel

Incidența reacțiilor adverse la medicament (RAM) asociate cu tratamentul cu aripiprazol este descrisă tabelar mai jos. Tabelul se bazează pe evenimentele adverse raportate în timpul studiilor clinice și/sau a utilizării după punerea pe piață.

Toate reacțiile adverse sunt clasificate pe aparate, sisteme și organe și după frecvență; foarte frecvente ($\geq 1/10$), frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$), mai puțin frecvente ($\geq 1/1000$ și $< 1/100$), rare ($\geq 1/10000$ și $< 1/1000$), foarte rare ($< 1/10000$) și cu frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile). În cadrul fiecărui grup de frecvență, reacțiile adverse sunt prezentate în ordine descrescătoare a gravității.

Frecvența reacțiilor adverse raportate în timpul utilizării după punerea pe piață nu poate fi stabilită, întrucât acestea provin din raportări spontane. În consecință, aceste evenimente adverse sunt clasificate drept „cu frecvență necunoscută”.

	Frecvente	Mai puțin frecvente	Cu frecvență necunoscută
Tulburări hematologice și limfatice			Leucopenie Neutropenie Trombocitopenie
Tulburări ale sistemului imunitar			Reacții alergice (de exemplu, reacție anafilactică, angioedem, inclusiv tumefiere a limbii, edem al limbii, edem al feței, prurit alergic, urticarie)
Tulburări endocrine		Hiperprolactinemie Scădere a prolactinei sanguine	Comă diabetică hiperosmolară Cetoacidoză diabetică

Tulburări metabolice și de nutriție	Diabet zaharat	Hiperglicemie	Hiponatremie Anorexie
Tulburări psihice	Insomnie Anxietate Neliniște	Depresie Hipersexualitate	Tentativă de suicid, idei de suicid și sinucid finalizat (vezi pct. 4.4) Dependență patologică de jocuri de noroc Tulburări de control al impulsurilor Hiperfagie Cumpărat compulsiv Poriomanie Agresivitate Agitație Nervozitate
Tulburări ale sistemului nervos	Acatizie Tulburare extrapiramidală Tremor Cefalee Sedare Somnolență Amețeli	Dischinezie tardivă Distonie Sindromul picioarelor neliniștite	Sindrom neuroleptic malign (SNM) Convulsii de tip grand mal Sindrom serotoninergic Tulburări de vorbire
Tulburări oculare	Vedere încețoșată	Diplopie Fotofobie	Criza oculogiră
Tulburări cardiace		Tahicardie	Moarte subită inexplicabilă Torsada vârfurilor Aritmii ventriculare Stop cardiac Bradicardie
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială ortostatică	Trombembolism venos (inclusiv embolie pulmonară și tromboză venoasă profundă) Hipertensiune arterială Sincopă

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Sughit	Pneumonie de aspirație Laringospasm Spasm orofaringian
Tulburări gastro-intestinale	Constipație Dispepsie Greață Hipersecreție salivară Vărsături		Pancreatită Disfagie Diaree Disconfort abdominal Disconfort gastric
Tulburări hepatobiliare			Insuficiență hepatică Hepatită Icter
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat			Erupții cutanate tranzitorii Reacții de fotosensibilitate Alopecie Hiperhidroză Reacție la medicament cu eozinofilie și simptome sistemice (RMESS)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv			Rabdomioliză Mialgii Rigiditate

Tulburări renale și ale căilor urinare			Incontinență urinară Retenție urinară
Condiții în legătură cu sarcina, perioada puerperală și perinatală			Sindrom neonatal de sevraj (vezi pct. 4.6)
Tulburări ale aparatului genital și sânului			Priapism
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Fatigabilitate		Tulburări de reglare a temperaturii (de exemplu, hipotermie, pirexie) Dureri toracice Edeme periferice

Investigații diagnostice			Scădere în greutate Creștere în greutate Creșterea valorii alanin aminotransferazei Creșterea valorii aspartat aminotransferazei Creșterea valorii gama glutamil transferazei Creșterea valorii fosfatazei alcaline Interval QT prelungit Creșterea valorii glicemiei Creștere a procentului de hemoglobină glicozilată Fluctuații ale glicemiei Creșterea valorii creatin fosfokinazei
---------------------------------	--	--	---

Descrierea reacțiilor adverse selectate

Adulți

Simptome extrapiramidale (SEP):

Schizofrenie – în cadrul unui studiu controlat pe termen lung, cu durata de 52 săptămâni, pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol au prezentat o incidență globală a SEP mai mică (25,8%), incluzând parkinsonism, acatizie, distonie și diskinezie, comparativ cu cei cărora li s-a administrat haloperidol (57,3%). În cadrul unui studiu pe termen lung controlat cu placebo, cu durata de 26 săptămâni, incidența SEP a fost de 19% la pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol și de 13,1% la pacienții cărora li s-a administrat placebo. În cadrul unui alt studiu controlat pe termen lung, cu durata de 26 săptămâni, incidența SEP a fost de 14,8% la pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol și de 15,1% la pacienții cărora li s-a administrat olanzapină.

Episoade maniacale în tulburarea bipolară de tipul I – în cadrul unui studiu controlat cu durata de 12 săptămâni, incidența SEP a fost 23,5% la pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol și de 53,3% la pacienții cărora li s-a administrat haloperidol. În cadrul unui alt studiu cu durata de 12 săptămâni, incidența SEP a fost de 26,6% la pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol și de 17,6% la cei cărora li s-a administrat tratament cu litiu. În faza de menținere pe termen lung din cadrul unui studiu controlat cu placebo, cu durata de 26 săptămâni, incidența SEP a fost de 18,2% la pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol și de 15,7% la pacienții cărora li s-a administrat placebo.

Acatizie

În cadrul studiilor controlate cu placebo, incidența acatiziei la pacienții cu boală bipolară a fost de 12,1% la pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol și de 3,2% la pacienții cărora li s-a administrat placebo. La pacienții cu schizofrenie, incidența acatiziei a fost de 6,2% în grupul de tratament cu aripiprazol și de 3% în grupul la care s-a administrat placebo.

Distonie

Efect specific clasei de medicamente: în timpul primelor zile de tratament, la indivizii susceptibili pot apărea simptome de distonie, contracții neobișnuite, prelungite ale grupelor musculare. Simptomele de distonie includ: spasm al musculaturii gâtului, care progresează uneori până la contracturi ale gâtului, dificultate la deglutiție, dificultate la respirație și/sau protruzia limbii. Deși aceste simptome pot apărea la

doze mici, ele apar mai frecvent și cu severitate mai mare în asociere cu medicamente antipsihotice de primă generație cu acțiune intensă și la doze mai mari. Se observă un risc crescut de distonie acută la bărbați și la grupele de vârstă mai tânără.

Prolactină

În studiile clinice pentru indicațiile aprobate și după punerea pe piață, s-au observat atât cazuri de creștere, cât și de reducere a concentrațiilor serice de prolactină comparativ cu nivelul inițial la administrarea de aripiprazol (vezi pct 5.1).

Teste de laborator

Comparația între aripiprazol și placebo, în ceea ce privește procentul pacienților care pot prezenta modificări semnificative clinic ale valorilor investigațiilor paraclinice de rutină și ale parametrilor lipidici (vezi pct. 5.1), nu au evidențiat diferențe importante din punct de vedere medical. Creșteri ale concentrațiilor plasmatiche ale CPK (creatinfosfokinazei), în general tranzitorii și asimptomatice, au fost observate la 3,5% dintre pacienții cărora li s-a administrat tratament cu aripiprazol, comparativ cu 2,0% dintre pacienții cărora li s-a administrat placebo.

Copii și adolescenți

Schizofrenie la pacienți adolescenți cu vârsta de 15 ani și peste

În cadrul unui studiu clinic controlat cu placebo, pe termen scurt, în care au fost incluși 302 adolescenți (cu vârsta cuprinsă între 13 și 17 ani) cu schizofrenie, frecvența și tipul reacțiilor adverse au fost similare cu cele de la adulți, cu excepția următoarelor reacții care au fost raportate mai frecvent la adolescenții tratați cu aripiprazol decât la adulții tratați cu aripiprazol (și mult mai frecvent decât în cazul administrării placebo): somnolența/sedarea și tulburarea extrapiramidală au fost raportate foarte frecvent ($\geq 1/10$), iar xerostomia, creșterea apetitului alimentar și hipotensiunea arterială ortostatică au fost raportate frecvent ($\geq 1/100$ și $< 1/10$). Profilul de siguranță în cadrul unui studiu deschis, de extensie, cu durata de 26 săptămâni, a fost similar cu cel observat în cadrul studiului clinic controlat cu placebo, pe termen scurt. Profilul de siguranță într-un studiu pe termen lung, dublu-orb, controlat cu placebo a fost de asemenea similar, cu excepția următoarelor reacții adverse, care au fost raportate mai frecvent decât la pacienții copii și adolescenți cărora li se administra placebo: scăderea în greutate, creșterea insulinemiei, aritmia și leucopenia au fost raportate frecvent ($\geq 1/100$ și $< 1/10$).

La populația globală de adolescenți cu schizofrenie (cu vârsta cuprinsă între 13 și 17 ani) cu expunere de până la 2 ani, incidența concentrațiilor serice de prolactină mici la fete (< 3 ng/ml) și băieți (< 2 ng/ml) a fost de 29,5% și, respectiv, de 48,3%.

La populația de adolescenți (cu vârsta cuprinsă între 13 și 17 ani) cu schizofrenie, expuși la aripiprazol în doză de 5 până la 30 mg timp de maximum 72 luni, incidența concentrațiilor serice de prolactină mici la fete (< 3 ng/ml) și băieți (< 2 ng/ml) a fost de 25,6% și, respectiv, de 45%.

În cadrul a două studii pe termen lung la pacienți adolescenți (13-17 ani) cu schizofrenie și tulburare bipolară tratați cu aripiprazol, incidența concentrațiilor mici de prolactină serică la fete (< 3 ng/ml) și băieți (< 2 ng/ml) a fost de 37,0 % și, respectiv, 59,4 %.

Episoade maniacale în tulburarea bipolară de tipul I la adolescenți cu vârsta de 13 ani și peste

Frecvența și tipul reacțiilor adverse la adolescenți cu tulburare bipolară I au fost similare celor întâlnite la adulți, cu excepția următoarelor reacții: foarte frecvent ($\geq 1/10$) somnolență (23,0 %), tulburări extrapiramidale (18,4 %), acatizie (16,0 %) și fatigabilitate (11,8 %); și frecvent ($\geq 1/100$ și $< 1/10$) durere abdominală superioară, frecvență cardiacă crescută, greutate corporală crescută, apetit alimentar crescut, spasme musculare și diskinezie.

Următoarele reacții adverse au avut o posibilă relație doză-răspuns; tulburare extrapiramidală (incidențele au fost de 9,1% pentru doza de 10 mg, 28,8% pentru doza de 30 mg, 1,7% pentru placebo); și acatizie (incidențele au fost de 12,1% pentru doza de 10 mg, 20,3% pentru doza de 30 mg, 1,7% pentru placebo).

Modificările medii privind greutatea corporală la adolescenții cu tulburare bipolară de tipul I la 12 și 30 săptămâni au fost de 2,4 kg și 5,8 kg în cazul administrării de aripiprazol și de 0,2 kg și, respectiv, de 2,3 kg în cazul administrării de placebo.

La copiii și adolescenți, somnolența și fatigabilitatea au fost observate mai frecvent la pacienții cu tulburare bipolară comparativ cu pacienții cu schizofrenie.

La copiii și adolescenții (cu vârsta cuprinsă între 10 și 17 ani) cu tulburare bipolară, în cazul expunerii cu durată de până la 30 săptămâni, incidența concentrațiilor serice de prolactină scăzute la fete (< 3 ng/ml) a fost de 28%, iar la băieți (< 2 ng/ml) de 53,3%.

Dependență patologică de jocuri de noroc și alte tulburări de control al impulsurilor

La pacienții tratați cu aripiprazol, pot apărea dependență patologică de jocuri de noroc, hipersexualitate, cumpărat compulsiv și hiperfagie sau mâncat compulsiv (vezi pct. 4.4).

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată direct la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România
Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1
Bucuresti 011478- RO
e-mail: adr@anm.ro
Website: www.anm.ro

4.9 Supradozaj

Semne și simptome

În cadrul studiilor clinice și din experiența după punerea pe piață, supradozajul accidental sau intenționat acut cu aripiprazol utilizat în monoterapie a fost identificat la pacienți adulți, cu doze estimative raportate de până la 1260 mg, fără evenimente letale. Semnele și simptomele observate, care pot fi importante din punct de vedere medical, au inclus letargie, creștere a tensiunii arteriale, somnolență, tahicardie, greață, vărsături și diaree. În plus, la copii s-a raportat supradozaj accidental numai cu aripiprazol (în doze de până la 195 mg), fără evenimente letale. Semnele și simptomele raportate, care pot fi grave din punct de vedere medical, includ somnolență, pierdere tranzitorie a conștienței și simptome extrapiramidale.

Managementul supradozajului

Abordarea terapeutică a supradozajului trebuie concentrată pe tratamentul de susținere a funcțiilor vitale, menținerea permeabilității căilor respiratorii, oxigenoterapie și ventilație și tratament simptomatic. Trebuie avută în vedere posibilitatea implicării mai multor medicamente. De aceea, monitorizarea cardiovasculară trebuie începută imediat și trebuie să includă monitorizarea continuă electrocardiografică pentru a detecta posibilele aritmii. După orice supradozaj confirmat sau suspectat cu aripiprazol, supravegherea medicală și monitorizarea atentă trebuie să continue până la recuperarea clinică a pacientului.

Administrarea de cărbune activat (50 g), după o oră de la ingestia aripiprazolului, scade C_{max} a aripiprazolului cu aproximativ 41 % și ASC cu aproximativ 51 %, sugerând că acesta poate fi eficace în tratamentul supradozajului.

Hemodializă

Cu toate că nu există informații cu privire la efectul hemodializei în tratamentul supradozajului cu aripiprazol, este puțin probabil ca hemodializa să fie utilă în tratamentul supradozajului, deoarece

aripiprazolul se leagă în proporție mare de proteinele plasmatică.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1. Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: alte antipsihotice, codul ATC: N05AX12

Mecanism de acțiune

Se presupune că eficacitatea aripiprazolului în schizofrenie și în tulburarea bipolară tip I este mediată prin intermediul unei combinații de efect agonist parțial la nivelul receptorilor dopaminergici D2 și serotoninergici 5HT1A și de efect antagonist la nivelul receptorilor serotoninergici 5HT2A. Aripiprazolul a demonstrat proprietăți antagoniste pe modele animale de hiperactivitate dopaminergică și proprietăți agoniste pe modele animale de hipoactivitate dopaminergică. *In vitro*, aripiprazolul a demonstrat afinitate mare de legare pentru receptorii dopaminergici D2 și D3, serotoninergici 5HT1a și 5HT2a și afinitate moderată pentru receptorii dopaminergici D4, serotoninergici 5HT2c și 5HT7, alfa-1 adrenergici și histaminergici H1. De asemenea, aripiprazolul a demonstrat afinitate moderată de legare pentru situsul de recaptare al serotoninei și afinitate ne semnificativă pentru receptorii muscarinici. Interacțiunea cu alți receptori în afara subtipurilor de receptori dopaminergici și serotoninergici poate explica unele dintre celelalte efecte clinice ale aripiprazolului.

Doze de aripiprazol cuprinse între 0,5 și 30 mg administrate o dată pe zi timp de 2 săptămâni la subiecți sănătoși a determinat o reducere dependentă de doză a legării de raclopridă marcată cu 11C, un ligand al receptorului dopaminergic D2/D3, de la nivelul nucleului caudat și putamen, detectat prin tomografie cu emisie de pozitroni.

Eficacitate și siguranță clinică

Adulți

Schizofrenie

În cadrul a trei studii clinice pe termen scurt (4-6 săptămâni) controlate cu placebo, în care au fost incluși 1228 pacienți adulți cu schizofrenie, prezentând simptome pozitive sau negative, administrarea aripiprazolului s-a asociat cu o ameliorare mai mare, semnificativă din punct de vedere statistic, a simptomelor psihotice, comparativ cu placebo.

Aripiprazolul este eficace în menținerea ameliorării clinice în timpul continuării terapiei la pacienții adulți care au demonstrat un răspuns inițial la tratament. În cadrul unui studiu clinic controlat cu haloperidol, procentul pacienților care au răspuns la medicament și au menținut răspuns terapeutic la 52 săptămâni a fost similar în ambele grupuri (aripiprazol 77% și haloperidol 73%). Frecvența generală de terminare a tratamentului a fost semnificativ mai mare la pacienții cărora li s-a administrat aripiprazol (43%), comparativ cu cei tratați cu haloperidol (30%). Scorurile reale înregistrate pe scalele utilizate în cadrul evaluărilor criteriilor finale secundare, incluzând Scala simptomelor pozitive și negative pentru schizofrenie (Positive And Negative Syndrom Scale (PANSS)) și Scala Montgomery-Asberg de evaluare a depresiei (Depression Rating Scale (MADRS)), au evidențiat o îmbunătățire semnificativă față de haloperidol.

Într-un studiu controlat cu placebo, cu durata de 26 săptămâni, la pacienți adulți cu schizofrenie cronică stabilizați clinic, aripiprazolul a determinat o reducere semnificativ mai mare a frecvenței recăderilor: 34% în grupul tratat cu aripiprazol și 57% în grupul la care s-a administrat placebo.

Creștere ponderală

În cadrul studiilor clinice, aripiprazolul nu a dovedit că induce creșteri ponderale relevante din punct de vedere clinic. În cadrul unui studiu clinic multinațional, dublu orb, controlat cu olanzapină, cu durata de 26 săptămâni, efectuat pentru indicația de schizofrenie, în care au fost incluși 314 pacienți adulți și al cărui criteriu final principal de evaluare a fost creșterea ponderală, un număr semnificativ mai mic de pacienți au prezentat o creștere ponderală de cel puțin 7% față de valoarea inițială (o creștere de cel puțin 5,6 kg pentru o valoare medie a greutateii inițiale de aproximativ 80,5 kg) în cazul administrării aripiprazolului (n = 18, sau 13% dintre pacienții care au putut fi evaluați), comparativ cu olanzapina (n = 45, sau 33% dintre pacienții care au putut fi evaluați).

Parametrii lipidici

Într-o analiză cumulată a parametrilor lipidici din cadrul studiilor clinice controlate cu placebo la adulți, nu s-a demonstrat că aripiprazolul induce modificări relevante din punct de vedere clinic ale concentrațiilor plasmatică de colesterol total, trigliceride, lipoproteine cu densitate mare (HDL) și lipoproteine cu densitate mică (LDL).

Prolactină

Nivelurile de prolactină au fost evaluate în cadrul tuturor studiilor clinice cu toate dozele de aripiprazol (n = 28.242). Incidența hiperprolactinemiei sau creșterea concentrațiilor serice de prolactină la pacienții tratați cu aripiprazol (0,3 %) a fost similară cu cea înregistrată pentru placebo (0,2 %). La pacienții cărora li s-a administrat aripiprazol, perioada mediană până la debut a fost de 42 de zile și durata mediană a fost de 34 de zile.

Incidența hiperprolactinemiei sau scăderea concentrațiilor serice de prolactină la pacienții tratați cu aripiprazol a fost de 0,4 %, comparativ cu 0,02 % la pacienții tratați cu placebo. La pacienții cărora li s-a administrat aripiprazol, perioada mediană până la debut a fost de 30 de zile și durata mediană a fost de 194 de zile.

Episoade maniacale în tulburarea bipolară de tipul I

În cadrul a două studii clinice controlate cu placebo, cu doză flexibilă, cu monoterapie, cu durata de 3 săptămâni, care au inclus pacienți cu episod maniacal sau mixt în cadrul tulburării bipolare de tipul I, aripiprazolul a demonstrat eficacitate superioară față de placebo în ceea ce privește reducerea simptomelor maniacale după 3 săptămâni. Aceste studii au inclus pacienți cu sau fără manifestări psihotice, cu sau fără ciclizare rapidă.

În cadrul unui studiu controlat cu placebo, cu monoterapie, cu doză fixă, cu durata de 3 săptămâni, care a inclus pacienți cu un episod maniacal sau mixt în cadrul tulburării bipolare de tipul I, aripiprazolul a eșuat în a demonstra eficacitate superioară față de placebo.

În cadrul a două studii clinice controlate cu placebo și controlate activ, cu monoterapie, cu durata de 12 săptămâni, la pacienți cu episod maniacal sau mixt în cadrul tulburării bipolare de tipul I, cu sau fără manifestări psihotice, aripiprazolul a demonstrat eficacitate superioară comparativ cu placebo în a treia săptămână și o menținere a efectului comparativ cu litiu sau haloperidol în săptămâna a 12-a. În săptămâna a 12-a, aripiprazolul a demonstrat, de asemenea, că determină remisia simptomatologiei maniacale la un procent de pacienți comparabil cu cel observat în cazul administrării de litiu sau haloperidol.

În cadrul unui studiu clinic controlat cu placebo, cu durata de 6 săptămâni, care a inclus pacienți cu un episod maniacal sau mixt în cadrul tulburării bipolare de tipul I, cu sau fără manifestări psihotice, care au fost parțial non-responsivi la tratamentul cu litiu sau cu valproat timp de 2 săptămâni la concentrațiile serice terapeutice, adăugarea aripiprazolului ca terapie adjuvantă a avut ca rezultat o eficacitate superioară în reducerea simptomelor maniacale, comparativ cu monoterapia cu litiu sau cu valproat.

În cadrul unui studiu clinic controlat cu placebo, cu durata de 26 săptămâni, care a fost urmat de o perioadă de extensie de 74 săptămâni, efectuat la pacienții cu episoade maniacale aflați în remisie după tratamentul cu aripiprazol, în timpul unei faze de stabilizare înainte de randomizare, aripiprazolul a demonstrat superioritate comparativ cu placebo în prevenirea recurenței tulburării bipolare, în principal în prevenirea recurenței maniei, dar a eșuat în a demonstra superioritatea față de placebo în prevenirea recurenței depresiei.

În cadrul unui studiu clinic controlat cu placebo, cu durata de 52 săptămâni, efectuat la pacienți cu tulburare bipolară de tipul I cu episod maniacal curent sau mixt, la care s-a obținut o remisie susținută (YMRS [Young Mania Rating Scale – Scala Young de evaluare a maniei] și MADRS cu scoruri totale \leq 12) și cărora li s-a administrat aripiprazol (10 mg pe zi până la 30 mg pe zi) ca terapie adăugată la tratamentul cu litiu sau valproat timp de 12 săptămâni consecutive, adăugarea de aripiprazol a demonstrat superioritate comparativ cu placebo, cu o scădere a riscului cu 46% (rata de risc de 0,54) în prevenirea recurenței tulburării bipolare și cu o scădere a riscului cu 65% (rata de risc de 0,35) în prevenirea recurenței episodului maniacal, comparativ cu terapia la care s-a adăugat placebo, dar a eșuat în a demonstra superioritate comparativ cu placebo în prevenirea recurenței episodului depresiv. Adăugarea de aripiprazol a demonstrat superioritate față de placebo în ceea ce privește criteriul secundar de evaluare - scorul privind severitatea bolii bipolare - Impresie clinică globală - versiunea bipolară (CGI-BP) Scorul de severitate a bolii (SOI; manie) [Clinical Global Impression - Bipolar version (CGI-BP) Severity of Illness score (SOI; mania)].

În cadrul acestui studiu clinic, de tip deschis, pacienții au fost repartizați de către investigatori în grupul cu monoterapie fie cu litiu, fie cu valproat, pentru a determina lipsa de răspuns parțial. Pacienții au fost stabiliți timp de cel puțin 12 săptămâni consecutive, utilizându-se aripiprazol în asociere cu același stabilizator de dispoziție.

Pacienții stabiliți au fost apoi repartizați randomizat pentru a continua tratamentul cu același stabilizator de dispoziție, în regim dublu orb, în grupul cu administrare de aripiprazol sau placebo. În faza de randomizare au fost evaluate patru subgrupuri de stabilizatori de dispoziție: aripiprazol + litiu; aripiprazol + valproat; placebo + litiu; placebo + valproat. Ratele Kaplan-Meier pentru recurența oricărui episod de modificare a dispoziției pentru grupul cu tratament adăugat au fost de 16% la pacienții cărora li s-a administrat aripiprazol + litiu și de 18% la pacienții cărora li s-a administrat aripiprazol + valproat, comparativ cu 45% la pacienții cărora li s-a administrat placebo + litiu și 19% la pacienții cărora li s-a administrat placebo + valproat.

Copii și adolescenți

Schizofrenie la adolescenți

În cadrul unui studiu controlat cu placebo cu durata de 6 săptămâni, în care au fost incluși 302 pacienți adolescenți cu schizofrenie (cu vârsta cuprinsă între 13 și 17 ani), prezentând simptome pozitive sau negative, administrarea de aripiprazol a fost asociată cu ameliorări mai mari, semnificative din punct de vedere statistic, ale simptomelor psihotice, comparativ cu administrarea de placebo.

În cadrul unei sub-analize la pacienți adolescenți cu vârsta cuprinsă între 15 și 17 ani, reprezentând 74% din populația totală înrolată, menținerea efectului a fost observată pe parcursul studiului de extensie în regim deschis, cu durata de 26 săptămâni.

Într-un studiu randomizat, dublu-orb, controlat cu placebo, cu durata de 60 până la 89 de săptămâni, la subiecți adolescenți (n = 146; cu vârste de 13-17 ani) cu schizofrenie, s-a observat o diferență semnificativă statistic în ceea ce privește rata de recidivă a simptomelor psihotice între grupul cu aripiprazol (19,39 %) și cel cu placebo (37,50 %). Estimarea punctuală a ratei de risc (RR) a fost de 0,461 (interval de încredere 95%, 0,242-0,879) la populația completă. În analizele pe subgrupuri, estimarea punctuală a RR a fost de 0,495 pentru subiecții cu vârsta cuprinsă între 13 și 14 ani, comparativ cu 0,454 pentru subiecții cu vârsta cuprinsă între 15 și 17 ani. Cu toate acestea, estimarea RR pentru grupul mai tânăr (13-14 ani) nu a fost exactă, reflectând numărul mai mic de subiecți în acel grup (aripiprazol, n = 29; placebo, n = 12), iar intervalul de încredere pentru această estimare (cuprins între 0,151 și 1,628) nu a

permis formularea de concluzii cu privire la prezența unui efect al tratamentului. În schimb, intervalul de încredere de 95% pentru RR din subgrupul cu vârste mai mari (aripiprazol, n = 69; placebo, n = 36) a fost cuprins între 0,242 și 0,879 și, astfel, s-a putut concluziona că există un efect al tratamentului la pacienții cu vârste mai mari.

Episoade maniacale în tulburarea bipolară de tip I la copii și adolescenți

Aripiprazolul a fost studiat în cadrul unui studiu controlat cu placebo cu durata de 30 săptămâni, în care au fost incluși 296 copii și adolescenți (cu vârsta cuprinsă între 10 și 17 ani), care au îndeplinit criteriile DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale) pentru tulburarea bipolară de tipul I, cu episoade maniacale sau mixte, cu sau fără caracteristici psihotice și care au avut scorul Y-MRS ≥ 20 la momentul inițial. Dintre pacienții incluși în analiza primară privind eficacitatea, 139 pacienți au fost diagnosticați cu ADHD asociată (Attention deficit hyperactivity disorder - tulburare hiperkinetică cu deficit de atenție).

Aripiprazolul a fost superior față de placebo în ceea ce privește modificările scorului Y-MRS total în săptămâna 4 și în săptămâna 12, față de momentul inițial. Într-o analiză post-hoc, îmbunătățirea față de placebo a fost mai importantă la pacienții cu comorbiditate asociată ADHD, comparativ cu grupul fără ADHD, în cazul în care nu a existat nicio diferență comparativ cu placebo. Prevenirea recurenței nu a fost stabilită.

Cele mai frecvente evenimente adverse rezultate ca urmare a tratamentului la pacienții cărora li s-a administrat doza de 30 mg au fost tulburarea extrapiramidală (28,3%), somnolență (27,3%), cefalee (23,2%) și greață (14,1%). Creșterea ponderală medie în cadrul perioadei de tratament cu durata de 30 săptămâni a fost de 2,9 kg, comparativ cu 0,98 kg la pacienții cărora li s-a administrat placebo.

Iritabilitate asociată cu tulburarea autistă la copii și adolescenți (vezi pct. 4.2)

Aripiprazolul a fost studiat la pacienți cu vârsta cuprinsă între 6 și 17 ani în cadrul a două studii clinice controlate cu placebo, cu durata de 8 săptămâni [o doză flexibilă (2-15 mg pe zi) și o doză fixă (5, 10, sau 15 mg pe zi)] și în cadrul unui studiu deschis cu durata de 52 săptămâni. În cadrul acestor studii, doza inițială a fost de 2 mg pe zi, crescută la 5 mg pe zi după o săptămână, și apoi crescută săptămânal cu 5 mg, până la doza țintă. Peste 75% dintre pacienți au avut vârsta mai mică de 13 ani. Aripiprazolul a demonstrat eficacitate superioară din punct de vedere statistic comparativ cu placebo, pe subscala de iritabilitate a listei de verificare a comportamentului aberant (Aberrant Behaviour Checklist Irritability subscale). Cu toate acestea, relevanța clinică a acestei constatări nu a fost stabilită. Profilul de siguranță a inclus creșterea ponderală și modificări ale concentrațiilor serice de prolactină. Durata studiului de siguranță pe termen lung a fost limitată la 52 săptămâni. În cadrul studiilor cumulate, incidența concentrațiilor serice de prolactină mici la fete (< 3 ng/ml) și băieți (< 2 ng/ml) la pacienții tratați cu aripiprazol a fost de 27/46 (58,7%) și, respectiv, 258/298 (86,6%). În studiile clinice controlate cu placebo, creșterea medie în greutate a fost de 0,4 kg în cazul administrării placebo și de 1,6 kg în cazul administrării aripiprazolului.

Aripiprazolul a fost studiat, de asemenea, în cadrul unui studiu cu tratament de întreținere, controlat cu placebo, pe termen lung. După o perioadă de stabilizare cu durata cuprinsă între 13 și 26 săptămâni în care s-a administrat tratament cu aripiprazol (2-15 mg/zi), la pacienții care au prezentat un răspuns stabil, fie s-a menținut tratamentul cu aripiprazol, fie s-a administrat placebo pentru următoarele 16 săptămâni. Ratele Kaplan-Meier de recădere în săptămâna 16 au fost de 35% pentru aripiprazol și de 52% pentru placebo; rata de risc pentru recădere pe parcursul celor 16 săptămâni (aripiprazol/placebo) a fost 0,57 (diferență nesemnificativă din punct de vedere statistic). Creșterea medie în greutate pe parcursul fazei de stabilizare (cu durata de până la 26 săptămâni) în cadrul căreia s-a administrat tratament cu aripiprazol a fost de 3,2 kg, iar o creștere medie ulterioară de 2,2 kg pentru aripiprazol, comparativ cu 0,6 kg pentru placebo, a fost observată în faza a doua (cu durata de 16 săptămâni) a studiului. Simptomele extrapiramidale au fost raportate în special în timpul fazei de stabilizare, la 17% dintre pacienți; tremorul a reprezentat 6,5% dintre aceste simptome.

Ticuri asociate cu sindromul Tourette la copii și adolescenți (vezi pct. 4.2)

Eficacitatea aripiprazolului a fost studiată la copii și adolescenți cu sindrom Tourette (aripiprazol: n = 99, placebo: n = 44) în cadrul unui studiu randomizat, dublu-orb, controlat cu placebo, cu durata de 8 săptămâni, în care s-a utilizat un protocol cu grup de tratament cu doză fixă bazată pe greutate, într-un interval de doze cuprins între 5 mg pe zi și 20 mg pe zi și cu o doză inițială de 2 mg. Pacienții au avut vârsta cuprinsă între 7 și 17 ani și au prezentat un punctaj mediu de 30 al Scorului total al ticurilor pe Scala Yale privind severitatea globală a ticurilor (Total Tic Score on the Yale Global Tic Severity Scale - TTS-YGTSS) la evaluarea inițială. În săptămâna 8, aripiprazolul a demonstrat o îmbunătățire a modificării scorului TTS-YGTSS față de evaluarea inițială, de 13,35 pentru grupul la care s-a administrat doza mică (5 mg sau 10 mg) și de 16,94 pentru grupul la care s-a administrat doza mare (10 mg sau 20 mg), comparativ cu o îmbunătățire de 7,09 la grupul la care s-a administrat placebo.

Eficacitatea aripiprazolului la copii și adolescenți cu sindrom Tourette (aripiprazol: n = 32, placebo: n = 29) a fost evaluată, de asemenea, în cazul administrării unei doze flexibile, într-un interval cuprins între 2 mg pe zi și 20 mg pe zi, cu o doză inițială de 2 mg, în cadrul unui studiu cu durata de 10 săptămâni, randomizat, dublu-orb, controlat cu placebo, desfășurat în Coreea de Sud. Pacienții au avut vârsta cuprinsă între 6 și 18 ani și au prezentat un punctaj mediu de 29 al TTS-YGTSS la evaluarea inițială. Aripiprazolul a arătat o îmbunătățire de 14,97 a punctajului TTS-YGTSS ca modificare față de evaluarea inițială la nivelul Săptămânii 10, comparativ cu o îmbunătățire de 9,62 la grupul cu administrare de placebo.

În ambele studii de scurtă durată, nu s-a stabilit relevanța clinică a constatărilor referitoare la eficacitate, luând în considerare magnitudinea efectului terapeutic comparativ cu efectul substanțial al placebo și efectele neclare privind funcționarea psihosocială. Nu sunt disponibile date cu privire la eficacitatea și siguranța pe durată îndelungată a aripiprazolului în această tulburare fluctuantă.

Agencia Europeană pentru Medicamente a suspendat temporar obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu aripiprazol la una sau mai multe subgrupe de copii și adolescenți în tratamentul schizofreniei și în tratamentul tulburării afective bipolare (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Aripiprazolul este bine absorbit, concentrațiile plasmatice maxime fiind atinse în decurs de 3-5 ore după administrarea dozei. Aripiprazolul prezintă o metabolizare pre-sistemică minimă. Biodisponibilitatea orală absolută a comprimatelor este de 87%. Alimentele cu conținut mare de lipide nu influențează farmacocinetica aripiprazolului.

Distribuție

Aripiprazolul se distribuie larg în organism, având un volum aparent de distribuție de 4,9 l/kg, ceea ce indică o distribuție extravasculară în procent crescut. La concentrații terapeutice, aripiprazolul și dehidro-aripiprazolul se leagă în proporție de peste 99% de proteinele plasmatice, în special de albumină.

Metabolizare

Aripiprazolul este metabolizat în proporție mare la nivel hepatic, în principal prin trei căi de metabolizare: dehidrogenare, hidroxilare și N-dezalchilare. Pe baza studiilor *in vitro*, enzimele CYP3A4 și CYP2D6 sunt responsabile de dehidrogenarea și hidroxilarea aripiprazolului, iar N-dezalchilarea este catalizată de CYP3A4. Aripiprazolul este partea de medicament care predomină în circulația sistemică. La starea de echilibru, dehidro-aripiprazolul, metabolitul activ, reprezintă aproximativ 40% din ASC a aripiprazolului în plasmă.

Eliminare

Pentru aripiprazol, timpul mediu de înjumătățire plasmatică prin eliminare este de aproximativ 75 ore la persoanele care metabolizează rapid prin intermediul CYP2D6 și de aproximativ 146 ore la persoanele care metabolizează lent prin intermediul CYP2D6. Clearance-ul total al aripiprazolului este de 0,7 ml/min/kg, în principal pe cale hepatică.

După administrarea unei doze unice orale de aripiprazol marcat radioactiv cu [¹⁴C], aproximativ 27% din doza radioactivă administrată a fost regăsită în urină și aproximativ 60 % în materiile fecale. Mai puțin de 1% din aripiprazolul netransformat a fost excretat în urină și aproximativ 18% a fost regăsit netransformat în materiile fecale.

Farmacocinetica la grupe speciale de pacienți

Copii și adolescenți

După corectarea diferențelor de greutate, farmacocinetica aripiprazolului și a dehidro-aripiprazolului la copiii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 10 și 17 ani a fost similară cu cea de la adulți.

Persoane vârstnice

Nu există diferențe în ceea ce privește farmacocinetica aripiprazolului între subiecții sănătoși vârstnici și cei tineri și niciun efect detectabil al vârstei în analizele farmacocinetice populaționale, la pacienții cu schizofrenie.

Sex

Nu există diferențe în ceea ce privește farmacocinetica aripiprazolului între subiecții sănătoși de sex masculin și cei de sex feminin și niciun efect detectabil al sexului în analizele farmacocinetice populaționale, la pacienții cu schizofrenie.

Fumatul

Evaluarea farmacocinetică populațională nu a relevat efecte semnificative clinic determinate de fumat asupra farmacocineticii aripiprazolului.

Rasă

Evaluarea farmacocinetică populațională nu a indicat nicio dovadă a diferențelor legate de rasă în ceea ce privește farmacocinetica aripiprazolului.

Insuficiență renală

Caracteristicile farmacocinetice ale aripiprazolului și dehidro-aripiprazolului sunt similare la pacienții cu afecțiuni renale severe, comparativ cu subiecții sănătoși tineri.

Insuficiență hepatică

Un studiu efectuat cu doză unică la subiecți cu grade variabile de ciroză hepatică (Child-Pugh clasele A, B și C) nu a relevat un efect semnificativ al insuficienței hepatice asupra farmacocineticii aripiprazolului și dehidro-aripiprazolului, dar studiul a inclus numai 3 pacienți cu ciroză hepatică de clasa C, insuficient pentru a trage concluzii despre capacitatea lor metabolică.

5.3 Date preclinice de siguranță

Datele non-clinice nu au evidențiat niciun risc special pentru om pe baza studiilor convenționale farmacologice privind evaluarea siguranței, toxicitatea după doze repetate, genotoxicitatea, carcinogenitatea, toxicitatea asupra funcției de reproducere și dezvoltării.

Efecte toxicologice semnificative s-au observat numai la doze sau expuneri suficient mai mari decât doza sau expunerea maximă la om, indicând faptul că aceste efecte erau limitate sau fără relevanță pentru utilizarea clinică. Acestea au inclus: toxicitate corticosuprarenaliană dependentă de doză (acumularea pigmentului lipofuscină și/sau pierdere de celule parenchimotoase) la șobolan după 104 săptămâni, la doze

de 20-60 mg/kg și zi (care determină expuneri de 3-10 ori mai mari față de valoarea medie a ASC la starea de echilibru, la doza maximă recomandată la om) și creșterea incidenței carcinoamelor corticosuprarenaliene și adenoamelor / carcinoamelor corticosuprarenaliene combinate la femelele de șobolan la doze de 60 mg/kg și zi (care determină expuneri de 10 ori mai mari față de valoarea medie a ASC la starea de echilibru, la doza maximă recomandată la om). La femelele de șobolan, expunerea non-tumorigenă a fost de 7 ori mai mare decât expunerea la om la dozele recomandate.

La maimuță, un efect suplimentar observat a fost litiiza biliară, consecință a precipitării conjugatilor sulfat ai metaboliților hidroxi ai aripiprazolului în bilă, după administrarea orală repetată de doze de 25-125 mg/kg și zi (care determină expuneri de 1-3 ori mai mari față de valoarea medie la starea de echilibru a ASC la doza utilizată în clinică sau sunt de 16-81 ori mai mari față de doza maximă recomandată la om, calculată în mg/m²). Cu toate acestea, în cadrul studiului cu durata de 39 săptămâni efectuat la om, concentrațiile conjugatilor sulfat ai hidroxi-aripiprazolului în bilă la doza maximă propusă de 30 mg pe zi, au reprezentat cel mult 6% din concentrațiile biliare determinate la maimuță și sunt mult sub limitele acestora (6%) la testarea solubilității *in vitro*.

În studii cu doze repetate efectuate la șobolani și câini tineri, profilul de toxicitate al aripiprazolului a fost comparabil cu cel observat la animalele adulte și nu s-au evidențiat neurotoxicitate sau reacții adverse asupra dezvoltării.

Pe baza rezultatelor unei game largi de teste standard de genotoxicitate, aripiprazolul a fost considerat non-genotoxic. Aripiprazolul nu a afectat fertilitatea în studiile de toxicitate asupra funcției de reproducere. La șobolan, la doze determinând expuneri subterapeutice (pe baza ASC) și la iepure, la doze determinând expuneri de 3-11 ori mai mari decât valoarea medie la starea de echilibru a ASC la doza clinică maximă recomandată, s-a observat toxicitate asupra dezvoltării, incluzând osificare fetală întârziată dependentă de doză și posibile efecte teratogene. Toxicitate maternă a apărut la doze similare celor care determină toxicitate asupra dezvoltării.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Lactoză monohidrat

Celuloză microcristalină tip101

Amidon de porumb

Carmeloză sodică

Hidroxipropilceluloză

Stearat de magneziu

5 mg: indigotină (E 132)

10 mg si 30 mg: oxid roșu de fer (E 172)

15 mg: oxid galben de fer (E 172)

6.2 Incompatibilități

Nu este cazul.

6.3 Perioada de valabilitate

4 ani

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

Acest medicament nu necesită condiții speciale de temperatură de păstrare.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Comprimatele sunt ambalate în blistere din OPA-Al-PVC/Al

Comprimatele de Zyklor sunt disponibile în cutii cu blistere care conțin 14, 28, 30, 56, 60, 84 sau 90 de comprimate.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor

Fără cerințe speciale

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Medochemie Ltd.

1-10 Constantinoupoleos Str., 3011 Limassol,
Cipru

8. NUMĂRELE AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

13105/2020/01-07

13106/2020/01-07

13107/2020/01-07

13108/2020/01-07

13109/2020/01-07

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Autorizare – Octombrie 2015

Data ultimei reînnoiri a autorizație: Aprilie 2020

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Mai 2023