

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Felocord 5 mg comprimate filmate

Felocord 7,5 mg comprimate filmate

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Felocord 5 mg comprimate filmate

Fiecare comprimat filmat conține ivabradină 5 mg (echivalent cu clorhidrat de ivabradină 5,390 mg).

Excipient cu efect cunoscut: Galben amurg FCF 0,02 mg.

Felocord 7,5 mg comprimate filmate

Fiecare comprimat filmat conține ivabradină 7,5 mg (echivalent cu clorhidrat de ivabradină 8,085 mg).

Excipient cu efect cunoscut: Galben amurg FCF 0,03 mg.

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Comprimate filmate.

Felocord 5 mg comprimate filmate

Comprimate filmate alungite, de culoare roz-portocaliu deschis, prevăzute cu linie mediană pe ambele fețe, marcate cu „5” pe una din fețe și netede pe cealaltă față, având dimensiuni de aproximativ 8,6 mm x 4,5 mm.

Comprimatul poate fi divizat în doze egale.

Felocord 7,5 mg comprimate filmate

Comprimate filmate triunghiulare, de culoare roz-portocaliu deschis, marcate cu „7,5” pe una din fețe și netede pe cealaltă față, având dimensiuni de aproximativ de 7,6 mm x 7,1 mm.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Tratamentul simptomatic al anginei pectorale cronice stabile

Ivabradina este indicată pentru tratamentul simptomatic al anginei pectorale cronice stabile la adulți cu boală coronariană și ritm sinusal normal și frecvență cardiacă ≥ 70 bpm. Ivabradina este indicată:

- la adulți care au intoleranță sau contraindicație la beta-blocante
- în asociere cu beta-blocante la pacienți insuficient controlați cu o doză optimă de beta-blocant

Tratamentul insuficienței cardiace cronice

Ivabradina este indicată în insuficiența cardiacă cronică clasa II-IV NYHA cu disfuncție sistolică, la

pacienți adulți în ritm sinusal și a căror frecvență cardiacă este ≥ 75 bpm, în asociere cu tratamentul standard incluzând beta-blocante sau atunci când tratamentul cu beta-blocante este contraindicat sau nu este tolerat (vezi pct. 5.1).

4.2 Doze și mod de administrare

Doze

Pentru diferitele doze, sunt disponibile comprimate filmate conținând ivabradină 5 mg, respectiv 7,5 mg.

Tratamentul simptomatic al anginei pectorale cronice stabile

Se recomandă ca decizia de a începe sau de a ajusta treptat tratamentul să se bazeze pe datele disponibile provenind din măsurări în serie ale frecvenței cardiace, ECG sau monitorizare ambulatorie timp de 24 ore.

Doza inițială nu trebuie să depășească 5 mg ivabradină de două ori pe zi la pacienții cu vârsta sub 75 ani. După trei-patru săptămâni de tratament, dacă pacientul este încă simptomatic, în cazul în care doza inițială este bine tolerată și frecvența cardiacă în repaus se menține peste 60 bpm, doza poate fi crescută până la următoarea doză mai mare, la pacienții tratați cu doza de 2,5 mg sau 5 mg de două ori pe zi. Doza de întreținere nu trebuie să depășească 7,5 mg de două ori pe zi.

Dacă simptomele de angină pectorală nu se ameliorează în decurs de 3 luni după începerea tratamentului, tratamentul cu ivabradină trebuie întrerupt.

În plus, dacă există doar un răspuns limitat din punct de vedere al simptomelor și nu există o reducere relevantă din punct de vedere clinic a frecvenței cardiace în repaus, în decurs de trei luni, trebuie luată în considerare întreruperea tratamentului.

Dacă, în timpul tratamentului, frecvența cardiacă scade sub 50 bătăi/minut (bpm) în repaus sau pacientul prezintă simptome asociate bradicardiei, cum sunt: amețeli, oboseală sau hipotensiune arterială, doza trebuie diminuată treptat, până la cea mai mică doză de 2,5 mg de două ori pe zi (o jumătate de comprimat de 5 mg de două ori pe zi). După reducerea dozei, frecvența cardiacă trebuie monitorizată (vezi pct. 4.4). Tratamentul trebuie întrerupt în cazul în care persistă scăderea frecvenței cardiace sub 50 bpm sau simptomele de bradicardie, cu toate că doza a fost redusă.

Tratamentul insuficienței cardiace cronice

Tratamentul trebuie început numai la pacienții cu insuficiență cardiacă stabilă. Este recomandat ca medicul curant să aibă experiență în tratamentul insuficienței cardiace cronice.

De regulă, doza inițială recomandată este de 5 mg ivabradină de două ori pe zi. După două săptămâni de tratament, doza poate fi mărită la 7,5 mg ivabradină de două ori pe zi, dacă frecvența cardiacă se menține peste 60 bpm în repaus, sau diminuată la 2,5 mg ivabradină de două ori pe zi (o jumătate de comprimat de 5 mg de două ori pe zi) dacă frecvența cardiacă se menține sub 50 bpm în repaus sau în cazul simptomelor asociate bradicardiei, cum sunt amețeli, oboseală sau hipotensiune arterială. Dacă frecvența cardiacă este între 50 și 60 bpm, trebuie menținută doza de 5 mg de două ori pe zi.

Dacă, în timpul tratamentului, frecvența cardiacă scade persistent sub 50 bătăi pe minut (bpm) în repaus sau dacă pacientul prezintă simptome asociate bradicardiei, doza trebuie diminuată treptat până la următoarea doză mai mică, la pacienții cărora li se administrează doza de 7,5 mg de două ori pe zi sau 5 mg de două ori pe zi. Dacă frecvența cardiacă crește persistent peste 60 bătăi pe minut în repaus, doza poate fi crescută treptat până la următoarea doză mai mare, la pacienții cărora li se administrează doza de 2,5 mg de două ori pe zi sau 5 mg de două ori pe zi.

Tratamentul trebuie întrerupt dacă frecvența cardiacă se menține sub 50 bpm sau dacă persistă simptomele de bradicardie (vezi pct. 4.4).

Grupe speciale de pacienți

Vârstnici

Dacă este necesar, la pacienții cu vârsta de cel puțin 75 ani, trebuie avută în vedere o doză inițială mai mică (2,5 mg de două ori pe zi, adică o jumătate de comprimat de 5 mg, de două ori pe zi),

înainte de a crește treptat doza.

Insuficiență renală

La pacienții cu insuficiență renală și clearance-ul creatininei mai mare de 15 ml/min nu este necesară ajustarea dozei (vezi pct. 5.2).

Nu sunt disponibile date privind pacienții cu clearance-ul creatininei mai mic de 15 ml/min. De aceea, ivabradina trebuie administrată cu prudență la această grupă de pacienți.

Insuficiență hepatică

La pacienții cu insuficiență hepatică ușoară nu este necesară ajustarea dozei. Precauții trebuie luate atunci când ivabradina se administrează la pacienți cu insuficiență hepatică moderată. Ivabradina este contraindicată la pacienții cu insuficiență hepatică severă, deoarece în lipsa studiilor la această categorie de pacienți, se poate anticipa o expunere sistemică importantă (vezi pct. 4.3 și 5.2).

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea ivabradinei pentru tratamentul insuficienței cardiace cronice la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost stabilite.

Datele disponibile în prezent sunt descrise la pct. 5.1 și 5.2, dar nu se poate face nicio recomandare privind dozele.

Mod de administrare

Comprimatele se administrează oral, de două ori pe zi, dimineața și seara, în timpul meselor (vezi pct. 5.2).

4.3 Contraindicații

- Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.
- Frecvența cardiacă în repaus mai mică de 70 bătăi/minut înaintea începerii tratamentului
- Șoc cardiogen
- Infarct miocardic acut
- Hipotensiune arterială severă (< 90/50 mmHg)
- Insuficiență hepatică severă
- Sindromul sinusului bolnav Bloc sino-atrial
- Insuficiență cardiacă acută sau instabilă
- Dependență de pacemaker (frecvență cardiacă impusă exclusiv de pacemaker)
- Angină pectorală instabilă
- Bloc AV gradul 3
- Administrare concomitentă cu inhibitorii puternici ai citocromului P450 3A4, cum sunt: antifungice azolice (ketoconazol, itraconazol), antibiotice macrolide (claritromicină, eritromicină per os, josamicină, telitromicină), inhibitori de protează HIV (nelfinavir, ritonavir) și nefazodonă (vezi pct. 4.5 și 5.2)
- Asocieri cu verapamil sau diltiazem, care sunt inhibitori moderați ai CYP3A4 cu proprietăți de scădere a frecvenței cardiace (vezi pct. 4.5)
- Sarcină, alăptare și femei aflate la vârsta fertilă care nu utilizează măsuri contraceptive adecvate (vezi pct. 4.6)

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

Atenționări speciale

Absența beneficiului în ceea ce privește rezultatele clinice la pacienții cu angină pectorală cronică stabilă

Ivabradina este indicată numai pentru tratamentul anginei pectorale cronice stabile, deoarece ivabradina nu prezintă beneficii în ceea ce privește evenimentele cardiovasculare (de exemplu,

infarct miocardic sau deces de cauză cardiovasculară) (vezi pct. 5.1).

Măsurarea frecvenței cardiace

Dat fiind faptul că frecvența cardiacă poate fluctua considerabil în timp, atunci când se determină frecvența cardiacă în repaus, înaintea începerii tratamentului cu ivabradină și la pacienții cărora li se administrează tratament cu ivabradină la care este necesară ajustarea treptată a dozei, trebuie luate în considerare măsurarea în serie a frecvenței cardiace, efectuarea unei ECG sau monitorizarea ambulatorie timp de 24 ore. Acest lucru este valabil și în cazul pacienților cu frecvență cardiacă mică, în special atunci când frecvența cardiacă scade sub 50 bpm, sau după reducerea dozei (vezi pct. 4.2).

Aritmii cardiace

Ivabradina nu este eficientă în tratamentul sau prevenția aritmiilor cardiace și, foarte probabil, își pierde eficacitatea atunci când se produce un episod de tahiaritmie (de exemplu: tahicardie ventriculară sau supraventriculară). Prin urmare, ivabradina nu se recomandă la pacienții cu fibrilație atrială sau alte aritmii cardiace care interferează cu funcția nodului sinusal.

La pacienții tratați cu ivabradină, riscul de apariție a fibrilației atriale este crescut (vezi pct. 4.8). Fibrilația atrială a fost mai frecventă la pacienții care utilizează concomitent amiodaronă sau antiaritmice puternice de clasa I. Se recomandă monitorizarea clinică periodică a pacienților tratați cu ivabradină pentru apariția fibrilației atriale (susținută sau paroxistică), inclusiv monitorizarea ECG, dacă este indicată clinic (de exemplu: în cazul agravării anginei pectorale, palpitațiilor, pulsului neregulat). Pacienții trebuie informați asupra semnelor și simptomelor de fibrilație atrială și trebuie sfătuiți să se adreseze medicului dacă acestea apar.

Dacă fibrilația atrială apare în timpul tratamentului, raportul dintre beneficiile și riscurile continuării tratamentului cu ivabradină trebuie atent reevaluat.

Pacienții cu insuficiență cardiacă cu tulburări de conducere intraventriculară (bloc de ramură stângă, bloc de ramură dreaptă) și desincronizare ventriculară trebuie atent monitorizați.

Utilizarea la pacienții cu bloc AV gradul 2

Ivabradina nu este recomandată la pacienții cu bloc AV gradul 2.

Utilizarea la pacienții cu frecvență cardiacă mică

Tratamentul cu ivabradină nu trebuie început la pacienții cu frecvență cardiacă în repaus mai mică de 70 bătăi pe minut înainte de tratament (vezi pct. 4.3).

Dacă, în timpul tratamentului, frecvența cardiacă în repaus scade și se menține la valori sub 50 bpm sau dacă pacientul prezintă simptome legate de bradicardie, cum sunt: amețeli, oboseală sau hipotensiune arterială, doza trebuie redusă treptat sau, în cazul în care scăderea frecvenței cardiace sub 50 bpm sau simptomele de bradicardie persistă, tratamentul trebuie oprit (vezi pct. 4.2).

Asocierea cu blocante ale canalelor de calciu

Asocierea ivabradinei cu blocante ale canalelor de calciu care reduc frecvența cardiacă, de exemplu: verapamil sau diltiazem, este contraindicată (vezi pct. 4.3 și 4.5). Nu au apărut probleme de siguranță privind asocierea ivabradinei cu nitrați și blocante ale canalelor de calciu dihidropiridinice, cum este amlodipina. Eficacitatea suplimentară a ivabradinei administrată în asociere cu blocante ale canalelor de calciu dihidropiridinice nu a fost încă stabilită (vezi pct. 5.1).

Insuficiență cardiacă cronică

Insuficiența cardiacă trebuie să fie stabilă înainte de se a lua în considerare tratamentul cu ivabradină. Ivabradina trebuie utilizată cu precauție la pacienți cu insuficiență cardiacă clasa IV NYHA, din cauza datelor limitate pentru această grupă de pacienți.

Accident vascular cerebral

Nu este recomandată administrarea ivabradinei imediat după un accident vascular cerebral, deoarece nu există date disponibile pentru astfel de situații.

Funcția vizuală

Ivabradina influențează funcția retiniană. Nu există dovezi privind un efect toxic al tratamentului de lungă durată cu ivabradină asupra retinei (vezi pct. 5.1). Trebuie luată în considerare oprirea tratamentului dacă apare o deteriorare bruscă a funcției vizuale. Trebuie manifestată prudență la pacienții cu retinită pigmentară.

Precauții pentru utilizare

Pacienți cu hipotensiune arterială

Datele referitoare la pacienții cu hipotensiune arterială ușoară până la moderată sunt limitate, de aceea ivabradina trebuie utilizată cu precauție la acești pacienți. Ivabradina este contraindicată la pacienții cu hipotensiune arterială severă (tensiunea arterială < 90/50 mmHg) (vezi pct. 4.3).

Fibrilație atrială – Aritmii cardiace

Nu există dovezi privind riscul de bradicardie (excesivă) la revenirea la ritmul sinusal în momentul în care se inițiază cardioversia farmacologică la pacienții tratați cu ivabradină. Cu toate acestea, în absența unor date mai ample, trebuie avută în vedere cardioversia electrică non-urgentă la 24 ore după ultima doză de ivabradină.

Pacienți cu sindrom QT prelungit congenital sau tratați cu medicamente care prelungesc intervalul QT

Administrarea ivabradinei la pacienții cu sindrom QT prelungit congenital sau la cei tratați cu medicamente care prelungesc intervalul QT trebuie evitată (vezi pct. 4.5). Dacă asocierea se dovedește necesară, trebuie efectuată o monitorizare cardiacă atentă.

Reducerea frecvenței cardiace produsă de ivabradină poate exacerba prelungirea intervalului QT, ceea ce poate conduce la aritmii severe, în special torsada vârfurilor.

Pacienți hipertensivi care necesită modificări ale tratamentului tensiunii arteriale

În cadrul studiului clinic SHIFT, mai mulți pacienți tratați cu ivabradină au avut episoade de creștere a tensiunii arteriale (7,1%), comparativ cu pacienții cărora li s-a administrat placebo (6,1%). Aceste episoade au apărut cel mai frecvent la scurt timp după modificarea tratamentului pentru tensiune arterială, au fost tranzitorii și nu au afectat efectul tratamentului cu ivabradină. Atunci când se fac modificări ale tratamentului la pacienți cu insuficiență cardiacă cronică tratați cu ivabradină, tensiunea arterială trebuie monitorizată la un interval de timp adecvat (vezi pct. 4.8).

Excipienți

Galben Amurg FCF poate cauza reacții alergice.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Interacțiuni farmacodinamice

Administrări concomitente nerecomandate

Medicamente care prelungesc intervalul QT

- Medicamente utilizate în tratamentul unor boli cardiovasculare și care prelungesc intervalul QT (de exemplu: chinidină, disopiramidă, bepridil, sotalol, ibutilid, amiodaronă)
- Medicamente utilizate în tratamentul altor boli decât cele cardiovasculare și care prelungesc intervalul QT (de exemplu: pimozidă, ziprasidonă, sertindol, meflochină, halofantrină, pentamidină, cisapridă, eritromicină administrată intravenos)

Trebuie evitată administrarea concomitentă a ivabradinei cu medicamentele care prelungesc intervalul QT, utilizate sau nu în tratamentul bolilor cardiovasculare, deoarece prelungirea intervalul QT poate fi exacerbată prin reducerea frecvenței cardiace. Dacă administrarea concomitentă se dovedește necesară, trebuie efectuată o monitorizare cardiacă atentă (vezi pct. 4.4).

Administrări concomitente care necesită prudență

Diuretice care elimină potasiul (diuretice tiazidice și diuretice de ansă): hipokaliemia poate crește riscul de aritmii. Deoarece ivabradina poate produce bradicardie, asocierea rezultată, de hipokaliemie cu bradicardie, este un factor predispozant pentru apariția aritmiilor severe, în special la pacienții cu sindrom QT prelungit, congenital sau indus medicamentos.

Interacțiuni farmacocinetice

Citocromul P450 3A4 (CYP3A4)

Ivabradina este metabolizată doar de către CYP3A4 și este un inhibitor foarte slab al acestui citocrom. S-a demonstrat că ivabradina nu influențează metabolizarea și concentrațiile plasmatice ale altor substraturi ale CYP3A4 (inhibitori ușori, moderați și puternici). Inhibitorii și inductorii CYP3A4 pot interacționa cu ivabradina și îi pot influența metabolizarea și farmacocinetica într-o măsură semnificativă clinic. Studiile despre interacțiuni au stabilit că inhibitorii CYP3A4 măresc concentrațiile plasmatice ale ivabradinei, în timp ce inductorii le scad. Concentrațiile plasmatice mari de ivabradină se pot asocia cu risc de bradicardie excesivă (vezi pct. 4.4).

Administrări concomitente contraindicate

Este contraindicată asocierea ivabradinei cu inhibitorii puternici ai CYP3A4, cum sunt antifungicele de tip azolic (ketoconazol, itraconazol), antibioticele macrolide (claritromicină, eritromicină cu administrare orală, josamicină, telitromicină), inhibitorii de protează HIV (nelfinavir, ritonavir) și nefazodonă (vezi pct. 4.3). Inhibitorii puternici ai CYP3A4, ketoconazol (200 mg o dată pe zi) și josamicină (1 g de două ori pe zi), au mărit expunerea plasmatică medie la ivabradină de 7 până la 8 ori.

Inhibitori moderați ai CYP3A4: studiile privind interacțiuni specifice la voluntari sănătoși și la pacienți au demonstrat că asocierea ivabradinei cu medicamente care reduc frecvența cardiacă, cum sunt diltiazem sau verapamil, a dus la o creștere a expunerii la ivabradină (o creștere de 2-3 ori a ASC) și la o reducere suplimentară a frecvenței cardiace cu 5 bpm. Asocierea ivabradinei cu aceste medicamente este contraindicată (vezi pct. 4.3).

Administrări concomitente nerecomandate

Suc de grepfrut: expunerea la ivabradină a fost de 2 ori mai mare în urma administrării concomitente cu suc de grepfrut. Prin urmare, consumul de suc de grepfrut trebuie evitat în timpul tratamentului cu ivabradină.

Administrări concomitente care necesită prudență

- Inhibitori ai CYP3A4 moderați: administrarea concomitentă a ivabradinei cu alți inhibitori ai CYP3A4 moderați (de exemplu, fluconazol) se poate avea în vedere la o doză inițială de 2,5 mg de două ori pe zi și dacă frecvența cardiacă de repaus este de peste 70 bpm, cu monitorizarea frecvenței cardiace.
- Inductori ai CYP3A4: inductorii CYP3A4 (de exemplu: rifampicină, barbiturice, fenitoină, *Hypericum perforatum* (sunătoare)) pot scădea expunerea la ivabradină și acțiunea acesteia. Administrarea concomitentă cu medicamentele care induc CYP3A4 poate necesita o ajustare a dozei de ivabradină. Administrarea concomitentă a dozei de 10 mg ivabradină de două ori pe zi cu sunătoare a determinat reducerea ASC a ivabradinei la jumătate. Consumul de sunătoare trebuie restricționat în timpul tratamentului cu ivabradină.

Alte administrări concomitente Studiile asupra interacțiunilor specifice nu au demonstrat efecte semnificative clinic asupra farmacocineticii și farmacodinamicii ivabradinei în cazul administrării concomitente cu următoarele medicamente: inhibitori de pompă de protoni (omeprazol, lansoprazol), sildenafil, inhibitori de HMG CoA reductază (simvastatină), blocante ale canalelor de calciu de tip dihidropiridinic (amlodipină, lacidipină), digoxină și warfarină. În plus, ivabradina nu a avut efecte semnificative clinic asupra farmacocineticii simvastatinei, amlodipinei, lacidipinei, asupra farmacocineticii și farmacodinamicii digoxinei, warfarinei și asupra farmacodinamicii acidului

acetilsalicilic.

În cadrul studiilor clinice pivot de fază III, următoarele medicamente au fost administrate concomitent în mod curent cu ivabradina și nu au apărut dovezi că ar afecta siguranța administrării: inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei, antagoniști ai angiotensinei II, beta-blocante, diuretice, medicamente anti-aldosteronice, nitrați cu durată de acțiune scurtă și lungă, inhibitori de HMG CoA reductază, fibrati, inhibitori de pompă de protoni, antidiabetice orale, acid acetilsalicilic și alte medicamente anti-trombotice.

Copii și adolescenți

Au fost efectuate studii privind interacțiunile numai la adulți.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femei aflate la vârsta fertilă

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive adecvate în timpul tratamentului (vezi pct. 4.3).

Sarcina

Datele provenite din utilizarea ivabradinei la femeile gravide sunt inexistente sau limitate.

Studiile la animale au evidențiat efecte toxice asupra funcției de reproducere. Aceste studii au evidențiat efecte embriotoxice și teratogene (vezi pct. 5.3). Riscul potențial pentru om este necunoscut. Ca urmare, ivabradina este contraindicată în timpul sarcinii (vezi pct. 4.3).

Alăptarea

Studiile la animale au demonstrat că ivabradina este excretată în lapte. Ca urmare, ivabradina este contraindicată în timpul alăptării (vezi pct. 4.3).

Femeile care necesită tratament cu ivabradină trebuie să întrerupă alăptarea și să opteze pentru altă cale de alimentație a copilului.

Fertilitatea

Studiile la șobolan nu au evidențiat efecte asupra fertilității la ambele sexe (vezi pct. 5.3).

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

Pentru evaluarea unei posibile influențe a ivabradinei asupra performanțelor capacității de a conduce vehicule, s-a efectuat un studiu specific la voluntari sănătoși, la care nu s-a evidențiat nicio modificare a capacității de a conduce vehicule. Cu toate acestea, în cadrul experienței ulterioare punerii pe piață au fost raportate cazuri de afectare a capacității de a conduce vehicule din cauza simptomelor vizuale. Ivabradina poate produce fenomene luminoase tranzitorii, constând în special în fosfene (vezi pct. 4.8). Posibilitatea producerii unor astfel de fenomene luminoase trebuie luată în considerare atunci când se conduc vehicule sau se folosesc utilaje în situații în care pot apărea variații bruște ale intensității luminii, în special în cazul conducerii vehiculelor pe timp de noapte.

Ivabradina nu are nicio influență asupra capacității de a folosi utilaje.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță

Ivabradina a fost studiată în cadrul unor studii clinice care au implicat aproape 45000 de subiecți.

Reacțiile adverse cele mai frecvente la ivabradină, fenomenele luminoase (fosfene) și bradicardia, sunt dependente de doză și sunt în legătură cu efectul farmacologic al medicamentului.

Lista reacțiilor adverse sub formă de tabel

Pe durata studiilor clinice au fost raportate următoarele reacții adverse, care sunt clasificate folosind următoarele grupe de 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 ($< 1/10000$); cu frecvență

necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile).

Clasificarea pe aparate, sisteme și organe	Frecvență	Termen preferat
Tulburări hematologice și limfatice	<i>Mai puțin frecvente</i>	Eozinofilie
Tulburări metabolice și de nutriție	<i>Mai puțin frecvente</i>	Hiperuricemie
Tulburări ale sistemului nervos	<i>Frecvente</i>	Cefalee, în general în prima lună de tratament
		Amețeli, posibil legate de bradicardie
	<i>Mai puțin frecvente*</i>	Sincope, posibil legate de bradicardie
Tulburări oculare	<i>Foarte frecvente</i>	Fenomene luminoase (fosfene)
	<i>Frecvente</i>	Vedere încețoșată
	<i>Mai puțin frecvente*</i>	Diplopie
		Afectare a vederii
Tulburări acustice și vestibulare	<i>Mai puțin frecvente</i>	Vertij
Tulburări cardiace	<i>Frecvente</i>	Bradicardie
		Bloc AV de gradul I (prelungirea intervalului PQ pe ECG)
		Extrasistole ventriculare
		Fibrilație atrială
	<i>Mai puțin frecvente</i>	Palpitații, extrasistole supraventriculare
Tulburări vasculare	<i>Frecvente</i>	Tensiune arterială necontrolată
	<i>Mai puțin frecvente*</i>	Hipotensiune arterială, posibil legată de bradicardie
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	<i>Mai puțin frecvente</i>	Dispnee
Tulburări gastrointestinale	<i>Mai puțin frecvente</i>	Greață
		Constipație
		Diaree
		Durere abdominală*
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	<i>Mai puțin frecvente*</i>	Angioedem
		Erupții cutanate tranzitorii
	<i>Rare:</i>	Eritem
		Prurit
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	<i>Mai puțin frecvente</i>	Urticarie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	<i>Mai puțin frecvente*</i>	Spasme musculare
		Astenie, posibil legată de bradicardie
	<i>Rare*</i>	Fatigabilitate, posibil legată de bradicardie
Investigații diagnostice	<i>Mai puțin frecvente</i>	Stare generală de rău, posibil legată de bradicardie
		Creștere a creatininemiei
		Prelungire a intervalului QT pe ECG

* Frecvența calculată din studii clinice pentru reacțiile adverse semnalate în urma raportării spontane

Descrierea reacțiilor adverse selectate

Fenomenele luminoase (fosfene) au fost raportate de către 14,5% dintre pacienți și descrise ca o strălucire intensă tranzitorie, percepută într-o zonă limitată a câmpului vizual. Acestea sunt declanșate, de regulă, de variații bruște ale intensității luminii. Fosfenele pot fi descrise, de asemenea, ca o aură, o descompunere a imaginii (efecte stroboscopice sau caleidoscopice), lumini strălucitoare colorate sau imagine multiplă (persistență la nivelul retinei). Apariția fosfenelor are loc, în general, în primele două luni de tratament, după care acestea se pot produce în mod repetat. Fosfenele raportate au fost, în general, de intensitate ușoară până la moderată. Toate fosfenele s-au rezolvat în timpul tratamentului sau după tratament, cele mai multe dintre ele (77,5%) rezolvându-se în timpul tratamentului. Mai puțin de 1% dintre pacienți și-au modificat obiceiurile zilnice sau și-au întrerupt tratamentul din motive legate de fosfene.

Bradycardia a fost raportată de către 3,3% dintre pacienți, în special în primele 2-3 luni de la începerea tratamentului. 0,5% dintre pacienți au avut un episod sever de bradicardie, cu valori ale frecvenței cardiace mai mici sau egale cu 40 bpm.

În studiul SIGNIFY, fibrilația atrială a fost observată la 5,3% dintre pacienții la care s-a administrat ivabradină, comparativ cu 3,8% dintre cei la care s-a administrat placebo. Într-o analiză cumulativă a tuturor studiilor clinice de fază II/III, dublu orb, controlate cu placebo, cu o durată de cel puțin 3 luni, care au inclus mai mult de 40000 pacienți, frecvența fibrilației atriale a fost de 4,86% la pacienții tratați cu ivabradină, comparativ cu 4,08% în grupurile de control, ceea ce corespunde unei rate a riscului de 1,26, ÎI 95% [1,15-1,39].

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 la:

Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România

Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1

București 011478-RO

e-mail: adr@anm.ro

Website: www.anm.ro

4.9 Supradozaj

Simptome

Supradozajul poate determina bradicardie severă și prelungită (vezi pct. 4.8).

Abordare terapeutică

Bradycardia severă trebuie tratată simptomatic în cadru specializat. În cazul unui episod de bradicardie cu toleranță hemodinamică redusă, se poate recurge la un tratament simptomatic care să includă medicamente stimulante beta-adrenergice administrate intravenos, de exemplu, izoprenalină. Dacă este necesar, se poate institui electrostimularea cardiacă temporară.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: terapie cardiacă, alte medicamente pentru afecțiuni cardiace, codul ATC: C01EB17.

Mecanism de acțiune

Ivabradina este un medicament care scade exclusiv frecvența cardiacă și care acționează prin

inhibarea selectivă și specifică a curentului I_f de pacemaker cardiac ce controlează depolarizarea diastolică spontană în nodul sinusal și reglează frecvența cardiacă. Efectele cardiace sunt specifice nodului sinusal, fără efecte asupra timpului de conducere intra-atrială, atrio-ventriculară sau intraventriculară sau asupra contractilității miocardice sau a repolarizării ventriculare.

Ivabradina poate interacționa, de asemenea, cu curentul I_h de la nivelul retinei, care este foarte asemănător curentului I_f cardiac. Participă la rezoluția temporală a sistemului vizual prin diminuarea răspunsului retinei la stimuli luminoși puternici. În condiții declanșatoare (de exemplu, schimbarea rapidă a luminozității), inhibarea parțială a I_h de către ivabradină stă la baza fenomenelor luminoase care pot fi ocazional percepute de către pacienți. Fenomenele luminoase (fosfene) sunt descrise ca o strălucire intensă trecătoare într-o zonă limitată a câmpului vizual (vezi pct. 4.8).

Efecte farmacodinamice

Principala proprietate farmacodinamică a ivabradinei la om este scăderea specifică dependentă de doză a frecvenței cardiace. Analiza scăderii frecvenței cardiace cu doze de până la 20 mg de două ori pe zi indică o tendință către un efect de platou, care corespunde unui risc redus de bradicardie severă, sub 40 bpm (vezi pct. 4.8).

La dozele recomandate în mod uzual, reducerea frecvenței cardiace este de aproximativ 10 bpm în repaus și în timpul efortului. Aceasta conduce la o reducere a efortului cardiac și a consumului de oxigen miocardic. Ivabradina nu influențează conducerea intracardiacă, contractilitatea (nu are efect inotrop negativ) sau repolarizarea ventriculară:

- în studiile clinice de electrofiziologie, nu s-au evidențiat efecte ale ivabradinei asupra timpilor de conducere atrio-ventriculară sau intraventriculară sau asupra intervalelor QT corectate
- la pacienții cu disfuncție ventriculară stângă (fracție de ejeție a ventriculului stâng (FEVS) între 30 și 45%), ivabradina nu a prezentat nicio influență nocivă asupra FEVS.

Eficacitate și siguranță clinică

Eficacitatea anti-anginoasă și anti-ischemică a ivabradinei a fost studiată în cinci studii randomizate, dublu orb (trei comparativ cu placebo și câte unul comparativ cu atenolol, respectiv cu amlodipină). Aceste studii au inclus un total de 4111 pacienți cu angină pectorală cronică stabilă, dintre care 2617 au fost tratați cu ivabradină.

Ivabradina 5 mg de două ori pe zi și-a demonstrat eficacitatea asupra parametrilor probei de efort în 3-4 săptămâni de tratament. Eficacitatea a fost confirmată pentru doza de 7,5 mg de două ori pe zi. În mod special, beneficiul suplimentar la doze mai mari de 5 mg de două ori pe zi a fost stabilit într-un studiu controlat efectuat cu un medicament de referință, comparativ cu atenolol: durata totală a efortului la sfârșitul intervalului de administrare a crescut cu aproximativ 1 minut după o lună de tratament cu doza de 5 mg de două ori pe zi și s-a mărit în continuare cu aproape 25 secunde după o perioadă suplimentară de 3 luni cu o creștere forțată a dozei la 7,5 mg de două ori pe zi. În acest studiu, beneficiile anti-anginoase și anti-ischemice ale ivabradinei au fost confirmate la pacienți cu vârsta de 65 ani și peste. Eficacitatea tratamentului cu dozele de 5 mg și 7,5 mg administrate de două ori pe zi a fost constantă pe parcursul studiului pentru parametrii probei de efort (durata totală a efortului, timpul până la episodului de angină care limitează efortul, timpul până la instalarea episodului de angină și timpul până la apariția subdenivelării cu 1 mm a segmentului ST) și a fost însoțită de o scădere de aproximativ 70% a frecvenței crizelor anginoase. Administrarea unei doze de ivabradină de două ori pe zi a oferit o eficacitate uniformă pe durata a 24 ore.

Într-un studiu randomizat, controlat cu placebo, efectuat la 889 pacienți, ivabradina, adăugată terapiei cu atenolol 50 mg o dată pe zi, a demonstrat eficacitate suplimentară asupra tuturor parametrilor probei de efort la momentul atingerii concentrației plasmatice minime a medicamentului înainte de administrarea dozei următoare (după 12 ore de la administrarea orală).

Într-un studiu randomizat, controlat cu placebo, efectuat la 725 pacienți, ivabradina nu a demonstrat un efect suplimentar față de amlodipină 10 mg o dată pe zi la momentul atingerii concentrației plasmatice minime a medicamentului înainte de administrarea dozei următoare (după 12 ore de la

administrarea orală), în timp ce la momentul atingerii concentrației plasmatice maxime (după 3-4 ore de la administrarea orală) s-a manifestat un efect suplimentar.

Într-un studiu randomizat, controlat cu placebo, efectuat la 1277 pacienți, ivabradina, adăugată la terapia cu amlodipină 5 mg o dată pe zi sau cu nifedipină administrată prin sistem gastrointestinal TSGI la doza de 30 mg o dată pe zi, a demonstrat eficacitate suplimentară, semnificativă statistic, în ceea ce privește răspunsul la tratament (definit ca frecvenței crizelor anginoase cu cel puțin 3 crize anginoase pe săptămână și/sau creșterea timpului până la subdenivelarea cu 1 mm a segmentului ST cu cel puțin 60 de secunde în timpul testului de efort pe banda de alergare), la momentul atingerii concentrației plasmatice minime a medicamentului, înainte de administrarea dozei următoare (după 12 ore de la administrarea orală a ivabradinei) pe parcursul a 6 săptămâni de tratament (OR = 1,3, Î 95% [1,0-1,7]; p=0,012). Ivabradina nu a demonstrat eficacitate suplimentară în ceea ce privește criteriile secundare de evaluare ale parametrilor testului de efort la momentul atingerii concentrației plasmatice minime a medicamentului, înainte de administrarea dozei următoare, în timp ce la momentul atingerii concentrației plasmatice maxime (după 3-4 ore de la administrarea orală a ivabradinei) s-a manifestat eficacitate suplimentară.

Eficacitatea ivabradinei s-a menținut în totalitate pe durata perioadelor de tratament de 3 sau 4 luni în studiile de evaluare a eficacității. Nu au existat semne de toleranță farmacologică (pierderea eficacității) în timpul tratamentului sau de fenomene de rebound după întreruperea bruscă a tratamentului. Efectele anti-anginoase și anti-ischemice ale ivabradinei au fost însoțite de scăderea dependentă de doză a frecvenței cardiace și de scăderea semnificativă a produsului frecvența cardiacă x tensiunea arterială sistolică, în repaus și în timpul efortului. Efectele asupra tensiunii arteriale și rezistenței vasculare periferice au fost minore și nesemnificative clinic.

Scăderea de durată a frecvenței cardiace a fost demonstrată la pacienți tratați cu ivabradină timp de cel puțin un an (n = 713). Nu s-au observat influențe asupra metabolismului lipidic sau glucidic.

Eficacitatea anti-anginoasă și anti-ischemică a ivabradinei s-a păstrat la pacienții diabetici (n = 457), cu un profil de siguranță similar cu cel al populației generale.

Un studiu cu rezultat complex, BEAUTIFUL, a fost efectuat la 10917 pacienți cu boală coronariană și disfuncție ventriculară stângă (FEVS < 40%), ivabradina fiind adăugată la terapia de bază optimă, 86,9% dintre pacienți utilizând beta-blocante. Criteriul principal de evaluare a eficacității a fost unul compus, alcătuit din deces cardiovascular, spitalizare pentru IM acut sau spitalizare pentru insuficiență cardiacă nou-apărută sau agravată. Studiul nu a arătat nicio diferență în ceea ce privește rata rezultatului compus primar în grupul de tratament cu ivabradină, comparativ cu grupul cu administrare de placebo (riscul relativ ivabradină:placebo 1,00, p=0,945).

Într-un subgrup *post-hoc* de pacienți cu angină simptomatică la randomizare (n=1507), nu a fost identificat niciun semnal de siguranță în ceea ce privește decesul cardiovascular, spitalizarea pentru IM acut sau insuficiență cardiacă (12,0% pentru ivabradină, comparativ cu 15,5% pentru placebo, p=0,05).

Un studiu cu rezultat complex, SIGNIFY, a fost efectuat la 19102 pacienți cu boală coronariană și fără insuficiență cardiacă manifestă clinic (FEVS > 40%), ivabradina fiind adăugată la terapia de bază optimă. A fost utilizată o schemă terapeutică cu doze mai mari decât cele aprobate (doza inițială 7,5 mg de două ori pe zi (5 mg de două ori pe zi, dacă vârsta ≥ 75 ani) și crescute treptat până la 10 mg de două ori pe zi). Criteriul principal de evaluare a eficacității a fost unul compus, alcătuit din deces de cauză cardiovasculară și infarct miocardic non-letal. Studiul nu a evidențiat nicio diferență în ceea ce privește rata rezultatului compus primar (RCP) în grupul de tratament cu ivabradină, comparativ cu grupul cu administrare de placebo (riscul relativ ivabradină/placebo 1,08, p=0,197). Bradicardia a fost raportată la 17,9% dintre pacienții din grupul tratat cu ivabradină (2,1% la pacienții din grupul cu administrare de placebo). 7,1% dintre pacienți au utilizat verapamil, diltiazem și inhibitori puternici de CYP 3A4 pe perioada studiului.

O creștere ușoară, semnificativă statistic, a RCP a fost observată într-un subgrup prestabilit de

pacienți cu angină pectorală clasa CCS II sau mai mare la momentul inițial (n=12049) (ratele anuale de 3,4%, comparativ cu 2,0%, riscul relativ ivabradină/placebo 1,18, p=0,018), dar nu și în subgrupul populației generale cu angină pectorală clasa CCS $\geq$ I (n=14286) (riscul relativ ivabradină/placebo 1,11, p=0,110).

Doza utilizată în studiu, mai mare decât cea aprobată, nu a explicat pe deplin aceste rezultate.

Studiul SHIFT a fost un studiu extins, internațional, multicentric, randomizat, dublu-orb, controlat cu placebo, efectuat la 6505 pacienți adulți cu insuficiență cardiacă cronică stabilă (pentru ≥ 4 săptămâni), clasa NYHA II până la IV, cu fracție de ejeție a ventriculului stâng redusă (FEVS $\leq 35\%$) și frecvența cardiacă ≥ 70 bpm în repaus.

Pacienții au utilizat tratament standard incluzând beta-blocante (89%), inhibitori ai ECA și/sau antagoniști ai angiotensinei II (91%), diuretice (83%) și medicamente anti-aldosteronice (60%). În grupul de tratament cu ivabradină, 67% dintre pacienți au fost tratați cu doza de 7,5 mg de două ori pe zi. Durata mediană a perioadei de urmărire a fost de 22,9 luni. Tratamentul cu ivabradină a fost asociat cu o reducere medie a frecvenței cardiace cu 15 bpm față de o valoare inițială de 80 bpm. Diferența între valorile frecvenței cardiace în grupul de tratament cu ivabradină, comparativ cu grupul cu administrare de placebo a fost de 10,8 bpm după 28 zile, 9,1 bpm după 12 luni și 8,3 bpm după 24 luni.

Studiul a demonstrat o reducere a riscului relativ semnificativă statistic și clinic, cu 18% în ceea ce privește criteriul final principal compus alcătuit din mortalitate cardiovasculară și spitalizare pentru agravarea insuficienței cardiace (rata de risc: 0,82; 95%ÎÎ [0,75;0,90] - p<0,0001), evident în 3 luni de la inițierea tratamentului. Reducerea riscului absolut a fost de 4,2%. Rezultatele în ceea ce privește criteriul final principal sunt reprezentate în principal de criteriile finale legate de insuficiența cardiacă, spitalizarea pentru agravarea insuficienței cardiace (reducere a riscului absolut de 4,7%) și decesul din cauza insuficienței cardiace (reducere a riscului absolut de 1,1%).

Efectul tratamentului asupra criteriului de evaluare primar compus, componentelor acestuia și criteriilor finale secundare

	Ivabradină (N=3241) n (%)	Placebo (N=3264) n (%)	Raport de risc (95% ÎÎ)	valoarea p
Criteriul de evaluare primar compus	793 (24,47)	937 (28,71)	0,82 [0,75; 0,90]	<0,0001
Componentele: - deces de cauză CV - spitalizare pentru agravarea IC	449 (13,85) 514 (15,86)	491 (15,04) 672 (20,59)	0,91 [0,80; 1,03] 0,74 [0,66; 0,83]	0,128 <0,0001
Alte criterii finale secundare: - deces de orice cauză - deces datorită IC - spitalizare de orice cauză - spitalizare din motive CV	503 (15,52) 113 (3,49) 1231 (37,98) 977 (30,15)	552 (16,91) 151 (4,63) 1356 (41,54) 1122(34,38)	0,90 [0,80; 1,02] 0,74 [0,58; 0,94] 0,89 [0,82; 0,96] 0,85 [0,78; 0,92]	0,092 0,014 0,003 0.0002

Reducerea în ceea ce privește criteriul de evaluare primar a fost observată consecvent, indiferent de sex, clasa NYHA, etiologia ischemică sau non-ischemică a insuficienței cardiace și de antecedentele privind diabetul zaharat sau hipertensiunea arterială.

În subgrupul pacienților cu FC ≥ 75 bpm (n=4150) a fost observată o reducere mai mare în ceea ce privește criteriul final principal compus, de 24% (rata de risc: 0,76; 95%ÎÎ [0,68; 0,85] - p<0,0001),

precum și pentru alte criterii secundare, inclusiv decesul de orice cauză (rata de risc: 0,83; 95%ÎÎ [0,72; 0,96] – $p=0,0109$) și decesul de cauză CV (rata de risc: 0,83; 95%ÎÎ [0,71; 0,97] – $p=0,0166$). În acest subgrup de pacienți, profilul de siguranță al ivabradinei este în concordanță cu cel din populația totală.

Un efect semnificativ a fost observat în ceea ce privește criteriul final principal compus în grupul total al pacienților tratați cu beta-blocante (rata de risc: 0,85; 95%ÎÎ [0,76; 0,94]). În subgrupul pacienților cu FC ≥ 75 bpm și tratați cu doza țintă recomandată de beta-blocant, nu s-a observat un beneficiu semnificativ statistic în ceea ce privește criteriul final principal compus (rata de risc: 0,97; 95%ÎÎ [0,74; 1,28]) și alte criterii finale secundare, incluzând spitalizarea pentru agravarea insuficienței cardiace (rata de risc: 0,79; 95%ÎÎ [0,56; 1,10]) sau decesul datorită insuficienței cardiace (rata de risc: 0,69; 95%ÎÎ [0,31; 1,53]).

S-a observat o îmbunătățire semnificativă a clasei NYHA la ultima valoare înregistrată, la 887 (28%) dintre pacienții tratați cu ivabradină, comparativ cu 776 (24%) dintre pacienții la care s-a administrat placebo ($p=0,001$).

Într-un studiu randomizat, controlat cu placebo, efectuat la 97 pacienți, informațiile colectate în timpul investigațiilor oftalmologice specifice (cum sunt electroretinograma, câmpurile vizuale statice și dinamice, vederea în culori, acuitatea vizuală), care au vizat documentarea funcției sistemelor de celule conuri și bastonașe și a căii vizuale ascendente la pacienții tratați cu ivabradină mai mult de 3 ani pentru angină pectorală stabilă cronică, nu au arătat niciun fel de toxicitate retiniană.

Copii și adolescenți

Un studiu randomizat, dublu orb, controlat cu placebo, a fost efectuat la 116 pacienți copii și adolescenți (17 cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 luni, 36 cu vârsta între 1 și 3 ani și 63 cu vârsta între 3 și 18 ani) cu insuficiență cardiacă cronică (ICC) și cardiomiopatie dilatativă (CMD), ivabradina fiind adăugată la terapia de bază optimă. 74 pacienți au utilizat ivabradină (raport 2:1). Doza de inițiere a fost de 0,02 mg/kg de două ori pe zi în subgrupul de vârstă 6-12 luni, de 0,05 mg/kg de două ori pe zi în subgrupele de vârstă 1-3 ani și 3-18 ani cu greutatea < 40 kg și de 2,5 mg de două ori pe zi în subgrupul de vârstă 3-18 ani și ≥ 40 kg. Doza a fost ajustată în funcție de răspunsul terapeutic la dozele maxime de 0,2 mg/kg de două ori pe zi, 0,3 mg/kg de două ori pe zi și, respectiv, 15 mg de două ori pe zi. În acest studiu, ivabradina a fost administrată oral, sub formă de soluție sau comprimate, de două ori pe zi. Absența diferențelor farmacocinetice dintre cele 2 forme farmaceutice a fost demonstrată într-un studiu deschis, randomizat, cu două perioade, încrucișat, efectuat la 24 voluntari adulți sănătoși.

O reducere a frecvenței cardiace cu 20%, fără bradicardie, a fost obținută la 69,9% dintre pacienții din grupul de tratament cu ivabradină, comparativ cu 12,2% în grupul cu administrare de placebo, pe durata perioadei de ajustare treptată a dozei de 2 până la 8 săptămâni (Raportul probabilităților: $E=17,24$, ÎÎ 95% [5,91; 50,30])

Dozele medii de ivabradină care au permis reducerea cu 20% a frecvenței cardiace au fost $0,13 \pm 0,04$ mg/kg de două ori pe zi, $0,10 \pm 0,04$ mg/kg de două ori pe zi și $4,1 \pm 2,2$ mg de două ori pe zi pentru subgrupele de vârstă 1-3 ani, 3-18 ani și < 40 kg și, respectiv, 3-18 ani și ≥ 40 kg.

Valoarea medie a FEVS a crescut de la 31,8% la 45,3% la L012 în grupul de tratament cu ivabradină, comparativ cu o creștere de la 35,4% la 42,3% în grupul cu administrare de placebo. S-a observat o îmbunătățire a clasei NYHA la 37,7% dintre pacienții tratați cu ivabradină, comparativ cu 25,0% dintre pacienții din grupul cu administrare de placebo. Aceste îmbunătățiri nu au fost semnificative statistic.

Profilul de siguranță, după un an, a fost similar cu cel descris la pacienții adulți cu ICC.

Nu au fost studiate efectele de lungă durată ale ivabradinei asupra creșterii, pubertății și dezvoltării generale, și nici eficacitatea de lungă durată a tratamentului cu ivabradină la copii pentru reducerea morbidității și mortalității de cauză cardiovasculară.

Agenția Europeană a Medicamentului a acordat o derogare de la obligația de depunere a rezultatelor

studiilor efectuate cu medicamentul de referință care conține ivabradină la toate subgrupele de copii și adolescenți pentru tratamentul anginei pectorale.

Agenția Europeană a Medicamentului a acordat o derogare de la obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu medicamentul de referință care conține ivabradină la copiii cu vârste cuprinse între 0 și 6 luni exclusiv pentru tratamentul insuficienței cardiace cronice.

5.2 Proprietăți farmacocinetice

În condiții fiziologice, ivabradina se eliberează rapid din comprimate și are o hidrosolubilitate foarte mare (> 10 mg/ml). Ivabradina este enantiomerul S, fără bioconversie demonstrată *in vivo*. Derivatul N-demetilat al ivabradinei a fost identificat ca fiind principalul metabolit activ la om.

Absorbție și biodisponibilitate

Ivabradina se absoarbe rapid și aproape complet după administrarea orală, cu o concentrație plasmatică maximă atinsă în aproximativ 1 oră în condiții de repaus alimentar. Biodisponibilitatea absolută a comprimatelor filmate este de aproximativ 40%, datorită efectului de prim pasaj la nivel intestinal și hepatic.

Consumul de alimente a întârziat absorbția cu aproximativ 1 oră și a mărit expunerea plasmatică cu 20 până la 30%. Se recomandă administrarea comprimatului în timpul mesei, pentru a scădea variabilitatea intra-individuală a expunerii (vezi pct. 4.2).

Distribuție

Ivabradina este legată în proporție de 70% de proteinele plasmatiche, iar volumul de distribuție la starea de echilibru este de aproape 100 l la pacienți. Concentrația plasmatică maximă după administrarea repetată a dozei recomandate de 5 mg de două ori pe zi este 22 ng/ml (VC=29%). Concentrația plasmatică medie este de 10 ng/ml (VC=38%) la starea de echilibru.

Metabolizare

Ivabradina este metabolizată în proporție mare la nivel hepatic și intestinal prin oxidare, numai prin intermediul citocromului P450 3A4 (CYP3A4). Metabolitul activ principal este derivatul N-demetilat (S 18982), cu expunere de 40% din cea a substanței nemodificate. Metabolizarea acestui metabolit activ implică, de asemenea, CYP3A4. Deoarece ivabradina are o afinitate mică pentru CYP3A4, nu are activitate inductoare sau inhibitoare relevantă clinic asupra CYP3A4 și este puțin probabil să modifice metabolizarea substratului CYP3A4 sau concentrațiile plasmatiche. Invers, inhibitorii și inductorii potenți ai CYP3A4 pot afecta substanțial concentrațiile plasmatiche ale ivabradinei (vezi pct. 4.5).

Eliminare

Ivabradina este eliminată cu un timp de înjumătățire plasmatică principal de 2 ore (70-75% din ASC) și cu un timp de înjumătățire plasmatică efectiv de 11 ore. Clearance-ul total este de aproximativ 400 ml/min și clearance-ul renal este de aproximativ 70 ml/min. Excreția metaboliților se realizează într-o măsură similară prin materii fecale și urină. Aproximativ 4% dintr-o doză orală este excretată nemodificată în urină.

Liniaritate/non-liniaritate

Cinetica ivabradinei este liniară în intervalul de doze administrate oral de 0,5 – 24 mg.

Grupe speciale de pacienți

- Vârstnici: nu au fost observate diferențe farmacocinetice (ASC și C_{max}) între pacienții vârstnici (≥ 65 ani) sau foarte vârstnici (≥ 75 ani) și populația generală (vezi pct. 4.2).
- Insuficiență renală: impactul insuficienței renale (clearance-ul creatininei între 15 și 60 ml/min) asupra farmacocineticii ivabradinei este minim, în relație cu contribuția mică a clearance-ului renal (aproximativ 20%) la eliminarea totală, atât în cazul ivabradinei, cât și al principalului său metabolit S 18982 (vezi pct. 4.2).
- Insuficiență hepatică: la pacienții cu insuficiență hepatică ușoară (scor Child Pugh de maxim

7) ASC a ivabradinei libere și a principalului metabolit activ au fost cu aproximativ 20% mai mari decât la subiecții cu funcție hepatică normală. Datele sunt insuficiente pentru a trage concluzii în cazul pacienților cu insuficiență hepatică moderată. În cazul pacienților cu insuficiență hepatică severă nu există date disponibile (vezi pct. 4.2 și 4.3).

- Copii și adolescenți: profilul farmacocinetic al ivabradinei la pacienții copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 18 ani exclusiv, cu insuficiență cardiacă cronică, este similar cu profilul farmacocinetic la adulți atunci când se aplică o schemă de ajustare treptată a dozei bazată pe vârstă și greutate.

Relația farmacocinetică/farmacodinamică (FC/FD)

Analiza relației FC/FD a indicat faptul că frecvența cardiacă scade aproape liniar cu creșterea concentrațiilor plasmatice ale ivabradinei și ale S 18982, pentru doze de până la 15-20 mg de două ori pe zi. În cazul unor doze mai mari, scăderea frecvenței cardiace nu mai este proporțională cu concentrațiile plasmatice ale ivabradinei și tinde să atingă un platou. Expunerile mari la ivabradină, care pot apărea când ivabradina se administrează concomitent cu inhibitori puternici de CYP3A4, pot duce la scăderea excesivă a frecvenței cardiace, cu toate că acest risc este mai mic cu inhibitori moderați ai CYP3A4 (vezi pct. 4.3, 4.4 și 4.5). Relația FC/FD a ivabradinei la pacienții copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 18 ani exclusiv, cu insuficiență cardiacă cronică, este similară cu relația FC/FD descrisă la adulți.

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. Studiile de toxicitate asupra funcției de reproducere nu au indicat efecte ale ivabradinei asupra fertilității la șobolanii de ambele sexe. La administrarea de doze apropiate de cele terapeutice la animale gestante în perioada de organogeneză, s-a observat o incidență mai mare a defectelor cardiace la feteșii de șobolan și un număr mic de feteșii de iepure cu ectrodactilie.

La administrarea de ivabradină (în doză de 2, 7 sau 24 mg/kg și zi) timp de un an la câine, s-au observat modificări reversibile ale funcției retiniene, care însă nu s-au asociat cu vreo afectare a structurilor oculare. Aceste date sunt în concordanță cu efectul farmacologic al ivabradinei legat de interacțiunea acesteia cu curentul activat de hiperpolarizare I_h de la nivelul retinei, foarte asemănător curentului I_f de pacemaker cardiac.

Alte studii pe termen lung, cu doze repetate și studii de carcinogenitate nu au indicat modificări relevante clinic.

Evaluarea riscului de mediu (ERM)

Evaluarea riscului ivabradinei asupra mediului s-a desfășurat în conformitate cu ghidurile europene privind ERM.

Rezultatele acestor evaluări susțin lipsa riscului ivabradinei asupra mediului și ivabradina nu reprezintă o amenințare pentru mediu.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Nucleu

Celuloză microcristalină (E 460)

Povidonă K 30 (E 1201)

Amidon de porumb

Dioxid de siliciu coloidal anhidru (E551)

Stearat de magneziu (E 470b)

Film

Alcool polivinilic (E 1203)
Talc (E 553b)
Dioxid de titan (E 171)
Macrogol 3350 (E 1521)
Copolimer de acid metacrilic-acrilat de etil (1:1) tip A
Oxid galben de fer (E 172)
Galben amurg FCF (E 110)
Oxid roșu de fer (E 172)
Hidrogenocarbonat de sodiu (E 500(ii))

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 păstrare.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Blistere din OPA-Al-PVC/Al ambalate în cutii.

Mărimi de ambalaj:

Cutii cu blistere tip calendar conținând 14, 28, 56, 84, 98 sau 112 comprimate filmate.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Terapia SA
Str. Fabricii nr. 124
Cluj-Napoca
România

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

14526/2022/01-06

14527/2022/01-06

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări - Ianuarie 2017

Reînnoirea autorizației – Iulie 2022

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Iulie 2022