

1. LEGEMIDLETS NAVN

Finminette 3 mg/0,03 mg filmdrasjerte tabletter

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver av de filmdrasjerte tablettene inneholder 3 mg drospirenon og 0,03 mg etinyløstradiol.

Hjelpestoff med kjent effekt:

Hver tablett inneholder 58,90 mg laktose (som laktosemonohydrat).

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert.

Gule, runde.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Antikonsepsjon.

Beslutningen om å forskrive Finminette bør være basert på den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, spesielt risikofaktorer for venøs tromboembolisme og hvordan risikoen for venøs tromboembolisme med Finminette er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle prevensjonsmidler (se pkt. 4.3 og 4.4).

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Dosering

Hvordan bruke Finminette

Tablettene må tas hver dag til omtrent same tid, om nødvendig med litt væske, i den rekkefølgen som er vist på blisterbrettet. En tablett skal tas daglig i 21 etterfølgende dager. Et nytt brett startes dagen etter 7-dagers tablettfritt intervall. I denne perioden oppstår vanligvis en bortfallsblødning. Blødningen starter vanligvis i løpet av 2-3 dager etter siste tablett og er ikke nødvendigvis avsluttet før neste brett påbegynnes.

Hvordan begynne behandling med Finminette

- Ingen tidligere bruk av hormonell prevensjonsmiddel (i den siste måneden)

Begynn å ta tablettene på dag 1 i kvinnens naturlige syklus (dvs. første dag av menstruasjonsblødningen).

- Bytte fra et hormonelt prevensjonsmiddel av kombinasjonstypen (kombinasjonspille, vaginalring eller transdermalt plaster)

Kvinnen bør helst starte med Finminette dagen etter den siste aktive tablett (den siste tablett som inneholdt virkestoffer) av sin forrige kombinasjonspille, og senest dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med placebotabletter til hennes tidligere kombinasjonspille. I tilfeller hvor vaginalring eller transdermalt plaster har vært brukt, bør kvinnen begynne å bruke Finminette helst samme dag dette er fjernet, og senest på dagen for neste applikasjon.

- Bytte fra prevensjon med kun progesteron (pille med kun progesteron, sprøyte, implantat) eller fra et progestogenfrigjørende intrauterint system (hormonspiralen)

Kvinnen kan bytte fra minipiller til Finminette på hvilken som helst dag (fra implantat eller hormonspiral på den dagen de fjernes, fra et injeksjonspreparat når neste injeksjon skal gjøres), men bør i alle disse tilfellene bruke barriereprevensjon i tillegg de første 7 dagene hun tar tabletter.

- Etter abort i første trimester

Kvinnen kan begynne umiddelbart. I så tilfelle er det ikke nødvendig med tilleggsprevensjon.

- Etter fødsel eller abort i andre trimester

Kvinnen bør starte på dag 21-28 etter fødsel eller abort i andre trimester. Ved en senere start, bør kvinnen rådes å bruke tilleggsprevensjon de første 7 dagene. Hvis kvinnen allerede har hatt samleie, må svangerskap utelukkes før bruk av kombinasjonspiller påbegynnes eller kvinnen må vente til neste menstruasjon.

Ved amming, se pkt. 4.6.

Håndtering av glemte tabletter

Hvis kvinnen er **mindre enn 12 timer** forsinket med å ta en tablett, reduseres ikke effekten. Kvinnen bør ta tablett så snart hun husker den og den neste tablett til vanlig tid.

Hvis kvinnen er **mer enn 12 timer** forsinket med å ta en tablett, kan effekten være redusert. Følgende to grunnregler gjelder for behandling av glemte tabletter:

1. Man må aldri holde opp med tablettene lenger enn 7 dager.
2. Det er nødvendig med 7-dagers uavbrutt tablettinntak for å oppnå tilstrekkelig suppresjon av hypothalamus-hypofyse-ovarial-aksen.

Derfor kan følgende råd gis i daglig praksis:

- **Uke 1**

Kvinnen bør ta den siste glemte tablett så snart hun husker det, selv om dette betyr at hun må ta to tabletter samtidig. Deretter fortsetter hun å ta tablettene til vanlig tid. I tillegg bør det brukes en barriereprevensjon, f.eks. kondom, i de neste 7 dagene. Hvis kvinnen har hatt samleie i de foregående 7 dagene, bør muligheten for graviditet vurderes. Jo flere tabletter som er glemt og jo nærmere det er den vanlige tablettfrie perioden, desto høyere er risikoen for graviditet.

- **Uke 2**

Kvinnen bør ta den siste glemte tablett så snart hun husker det, selv om dette betyr at hun må ta to tabletter samtidig. Deretter fortsetter hun å ta tablettene til vanlig tid. Forutsatt at kvinnen har tatt

tablettene riktig de siste 7 dagene før den første glemte tabletten, er det ikke nødvendig å bruke tilleggsprevensjon. Hvis hun derimot har glemt mer enn 1 tablett, bør kvinnen rådes til å bruke tilleggsprevensjon i 7 dager etter den siste glemte tabletten.

- **Uke 3**

Risiko for nedsatt sikkerhet er overhengende på grunn av den forestående 7-dagers tablettfrie perioden. Ved å justere planen for tablettinntak er det imidlertid mulig å opprettholde beskyttelsen. Ved å følge en av følgende to alternativer, er det ikke nødvendig å bruke tilleggsprevensjon, forutsatt at alle tablettene er tatt på riktig måte de siste 7 dagene før den første glemte tabletten. Hvis dette ikke er tilfelle, bør kvinnen følge den første av disse to alternativene i tillegg til å bruke tilleggsprevensjon de neste 7 dagene.

1. Kvinnen bør ta den siste glemte tabletten så snart hun husker det, selv om dette betyr at hun må ta to tabletter samtidig. Deretter fortsetter hun å ta tablettene til vanlig tid. Det neste brett må påbegynnes umiddelbart, dvs. det skal ikke være noe opphold mellom brettene. Det vil sannsynligvis ikke komme noen bortfallsblødning før slutten av det andre brettet, men kvinnen kan oppleve sporblødning eller gjennombruddsblødning i løpet av det andre brettet.
2. Kvinnen kan også rådes til å slutte å ta tabletter fra inneværende brett. Hun bør deretter ha en tablettfri periode på opptil 7 dager, inkludert de dagene hun glemte å ta tabletter, og deretter fortsette med neste brett. Dersom kvinnen glemte å ta tabletter og deretter ikke får noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, bør muligheten for graviditet vurderes.

Råd ved gastrointestinale forstyrrelser

Ved alvorlige gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diaré), kan det hende at absorpsjonen ikke er fullstendig og tilleggsprevensjon bør brukes. Dersom brekninger inntreffer innen 3-4 timer etter tablettinntak, bør en ny tablett (erstatningstablett) tas så snart som mulig. Den nye tabletten bør, om mulig, tas innen 12 timer etter vanlig tid for tablettinntak.

Hvis det går mer enn 12 timer, gjelder rådene om glemte tabletter i pkt. 4.2. Hvis kvinnen ikke ønsker å endre sin vanlige tablett rutine, bør hun ta de ekstra tablettene fra et annet brett.

Hvordan utsette en bortfallsblødning

For å utsette en bortfallsblødning, kan kvinnen fortsette med et nytt brett med Finminette uten en tablettfri periode. Utsettelsen kan fortsette så lenge som ønskelig, inntil slutten på det andre brettet. I løpet av denne tiden kan kvinnen oppleve gjennombruddsblødning eller sporblødning. Regelmessig inntak av Finminette gjenopptas etter den vanlige 7-dagers tablettfrie perioden.

For å flytte bortfallsblødningen til en annen ukedag enn den kvinnen er vant til med den nåværende rutinen, kan hun rådes til å forkorte den tablettfrie perioden med så mange dager som hun ønsker. Jo kortere perioden er, desto høyere er risikoen for at hun ikke får en bortfallsblødning, men kan oppleve gjennombruddsblødning og sporblødning i løpet av det neste brettet (akkurat som når hun utsetter en bortfallsblødning).

Pediatrisk populasjon

Finminette er kun indisert etter menarche. Basert på epidemiologiske data samlet på mer enn 2000 unge kvinner under 18 år, er det ingen data som indikerer at sikkerhet og effekt i denne unge aldersgruppen er forskjellig fra det som er kjent hos kvinner i aldersgruppen over 18 år.

Administrasjonsmåte

Til peroral bruk.

4.3 Kontraindikasjoner

Kombinerte hormonelle prevensjonsmidler skal ikke brukes ved følgende tilstander. Dersom noen av disse tilstandene oppstår for første gang under bruk av kombinasjonspiller, må produktet seponeres umiddelbart.

- Forekomst av eller risiko for venøs tromboembolisme
 - Venøs tromboembolisme – nåværende venøs tromboembolisme (på antikoagulerende midler) eller tidligere (f.eks. dyp venøs trombose eller lungeemboli)
 - Kjent areditær eller tilegnet predisposisjon for venøs tromboembolisme, f.eks. APC-resistens (inkludert Faktor V Leiden), antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel
 - Omfattende kirurgi med langvarig immobilisering (se pkt. 4.4)
 - En høy risiko for venøs tromboembolisme på grunn av tilstedeværelsen av flere risikofaktorer (se pkt. 4.4)
- Forekomst av eller risiko for arteriell tromboembolisme
 - Arteriell tromboembolisme – nåværende arteriell tromboembolisme, tidligere arteriell tromboembolisme (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris)
 - Cerebrovaskulær sykdom – nåværende slag, tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. transitorisk iskemisk angrep, TIA)
 - Kjent areditær eller tilegnet predisposisjon for arterielle tromboembolisme, for eksempel hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter)
 - Tidligere migrene med fokale nevrologiske symptomer
 - En høy risiko for arteriell tromboembolisme på grunn av flere enn én risikofaktor (se pkt. 4.4) eller på grunn av tilstedeværelse av én alvorlig risikofaktor som:
 - diabetes mellitus med vaskulære symptomer
 - alvorlig hypertensjon
 - alvorlig dyslipoproteinemi
- Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er tilbake til normalt
- Alvorlig eller akutt nyresvikt
- Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne).
- Mistanke om, eller kjente, maligne tilstander (f.eks i genitalia eller brystene) som påvirkes av kjønnssteroider
- Udiagnostisert vaginalblødning.
- Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.
- Samtidig bruk av legemidler som inneholder ombitasvir/paritaprevir/ritonavir og dasabuvir, legemidler som inneholder glekaprevir/pibrentasvir eller sofosbuvir/velpatasvir/voksilaprevir (se pkt. 4.5).

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Advarsler

- Hvis noen av tilstandene eller risikofaktorene som er nevnt over, er til stede, må Finminettes egnethet diskuteres med kvinnen.
- Ved forverring eller første forekomst av noen av disse tilstandene eller risikofaktorer skal kvinnen kontakte legen sin. Legen skal da avgjøre om bruk av Finminette skal seponeres.
- Ved tilfeller av mistenkt eller bekreftet venøs tromboembolisme eller arteriell tromboembolisme, skal bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler seponeres. Ved tilfeller der behandling med antikoagulanter er igangsatt skal passende alternative prevensjonsmetoder initieres på grunn av antikoagulantbehandlingens teratogenisitet (kumariner).
- Sirkulatoriske sykdommer.

Risiko ved venøs tromboembolisme

Bruk av alle typer kombinerte hormonelle prevensjonsmidler innebærer økt risiko for venøs tromboembolisme sammenlignet med ingen bruk. **Produkter som inneholder levonorgestrel, norgestimat eller noretisteron er forbundet med lavest risiko for venøs tromboembolisme. Andre produkter som Finminette kan ha opptil to ganger så høy risiko for venøs tromboembolisme. Beslutningen om å bruke andre produkter enn de med lavest risiko for venøs tromboembolisme må kun tas etter å ha diskutert dette med kvinnen for å sikre at hun forstår risikoen for venøs tromboembolisme med Finminette, hvordan nåværende risikofaktorer påvirker denne risikoen og at risikoen for venøs tromboembolisme er høyest det første året. Dokumentasjon viser også at risikoen er økt når bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler gjenopptas etter en pause på 4 uker eller mer.**

Hos kvinner som ikke bruker kombinerte hormonelle prevensjonsmidler og som ikke er gravide, vil cirka 2 av 10 000 utvikle venøs tromboembolisme i løpet av ett år. Hos hver enkelt kvinne kan imidlertid risikoen være langt høyere avhengig av underliggende risikofaktorer (se under).

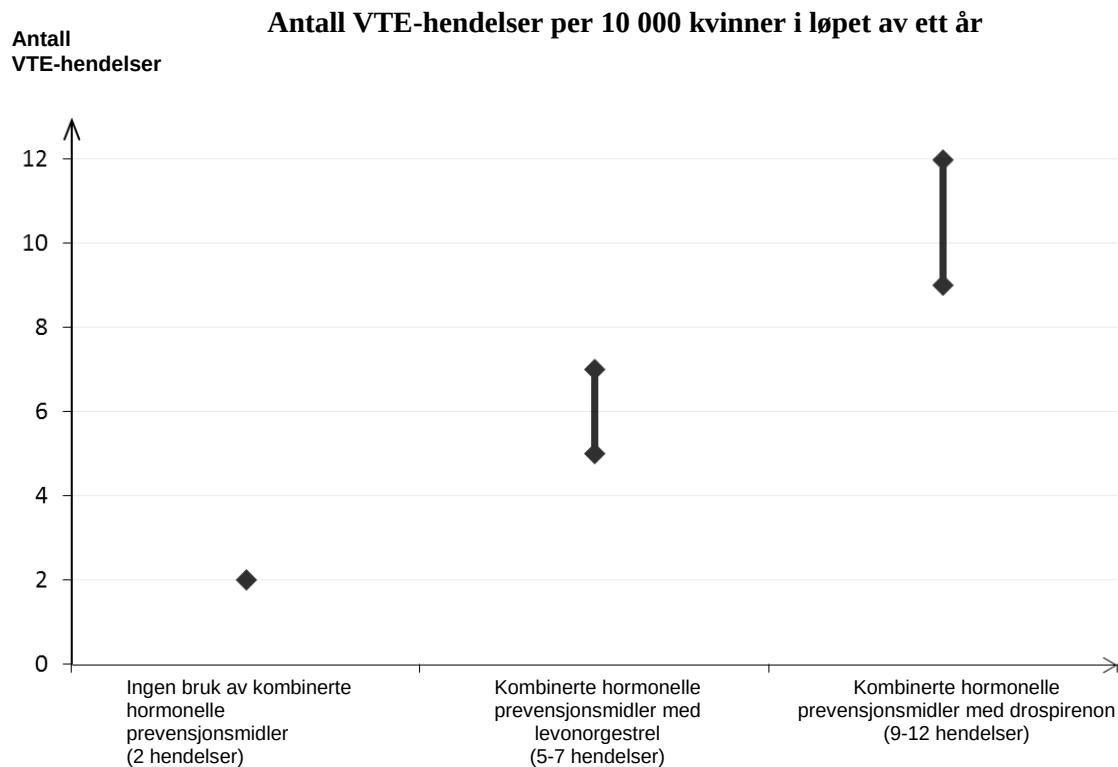
Det er anslått at ca. 9-12¹ av 10 000 kvinner som bruker kombinerte hormonelle prevensjonsmidler som inneholder drospirenon, vil utvikle venøs tromboembolisme i løpet av ett år. Til sammenligning er det cirka 6² kvinner ved bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler som inneholder levonorgestrel.

I begge situasjonene er antall tilfeller av venøs tromboembolisme per år lavere enn antallet som er forventet ved graviditet eller i post partum-perioden.

Venøs tromboembolisme kan være dødelig i 1-2 % av tilfellene.

¹ Disse insidensene ble estimert ut fra alle de epidemiologiske studiedataene ved bruk av relativ risiko for de ulike produktene sammenlignet med kombinerte hormonelle prevensjonsmidler som inneholder levonorgestrel.

² Midtpunktet i området 5–7 per 10 000 kvinner/år basert på relativ risiko for kombinerte hormonelle prevensjonsmidler som inneholder levonorgestrel versus ingen bruk på cirka 2,3- til 3,6



I ekstremt sjeldne tilfeller er det rapportert at trombose har inntruffet i andre blodårer, f.eks. i vener og arterier i leveren, mesenteriet, nyrer eller i retina hos brukere av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler.

Risikofaktorer for venøs tromboembolisme

Risiko for komplikasjoner ved venøs tromboembolisme hos brukere av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler kan øke betraktelig hos en kvinne med ytterligere risikofaktorer, spesielt hvis det er flere enn én risikofaktor til stede (se tabell).

Finminette er kontraindisert hvis en kvinne har flere enn én risikofaktor som gir henne høy risiko for venøs trombose (se pkt. 4.3). Hvis en kvinne har flere enn én risikofaktor, er det mulig at økt risiko er større enn summen av de enkelte faktorene – i slike tilfeller må kvinnens totalrisiko for venøs tromboembolisme vurderes. Dersom nytte-risikobalansen anses å være negativ, skal ikke kombinerte hormonelle prevensjonsmidler forskrives (se pkt. 4.3).

Tabell: Risikofaktorer for venøs tromboembolisme

Risikofaktor	Kommentar
Fedme (kroppsmasseindeks (BMI) over 30 kg/m ²)	Økt BMI gir vesentlig økt risiko. Dette er spesielt viktig å vurdere dersom andre risikofaktorer også er til stede.
Langvarig immobilisering , omfattende kirurgi, all kirurgi som omfatter bein eller bekken, nevrokirurgi eller store traumer Merk: midlertidig immobilisering, inkludert flyreise >4 timer kan også være en risikofaktor for venøs tromboembolisme, spesielt hos kvinner med andre risikofaktorer	I slike situasjoner anbefales det å seponere bruk av plaster/p-pille/ring (minst 4 uker før eventuell elektiv kirurgi) og ikke gjenoppta bruk før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Andre prevensjonsmetoder skal brukes for å unngå utilsiktet graviditet. Antitrombotisk behandling skal vurderes dersom Finminette ikke er seponert i forkant.
Positiv familiehistorie (venøs tromboembolisme hos søsken eller foreldre spesielt i relativt ung alder, f.eks. før 50 års alder)	Dersom arvelig predisposisjon mistenkes, skal kvinnen henvises til spesialist for råd før beslutningen om å bruke kombinerte hormonelle prevensjonsmidler tas
Andre medisinske tilstander forbundet med venøs tromboembolisme	Kreft, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk-uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcellesykdom
Høy alder	Spesielt eldre enn 35 år

Det er ikke enighet om hvorvidt den mulige rollen åreknuter og overfladisk tromboflebitt har i forbindelse med forverring av venøs trombose.

Økt risiko for tromboembolisme ved graviditet og spesielt de første seks ukene av post-partum-perioden må vurderes (for informasjon om "Fertilitet, graviditet og amming" se pkt. 4.6).

Symptomer på venøs tromboembolisme (dyp venøs trombose og lungeemboli)

Ved forekomst av symptomer skal kvinner rådes til å oppsøke akutt medisinsk hjelp og informere helsepersonell om bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler.

Symptomer på dyp venøs trombose kan omfatte:

- unilateral hevelse i beinet og/eller foten eller langs en vene i beinet
- smerte eller ømhet i beinet som kun merkes i oppreist stilling eller under gange
- økt varmek følelse i det aktuelle beinet. Rød eller misfarget hud på beinet.

Symptomer på lungeemboli kan omfatte:

- plutselig, og uforklarlig kortpustethet eller rask pust
- plutselig hoste som kan være forbundet med hemoptyse
- sterk brystsmerte
- alvorlig, lett hodepine eller svimmelhet
- rask eller uregelmessig hjerterytme.

Noen av disse symptomene (f.eks. kortpustethet og hoste) er ikke-spesifikke og kan mistolkes som vanlige eller mindre alvorlige hendelser (f.eks. luftveisinfeksjoner).

Andre tegn på vaskulær okklusjon kan omfatte: plutselig smerte, hevelse og lett blå misfarging av en ekstremitet.

Dersom okklusjon forekommer i øyet, kan symptomene strekke seg fra tåkesyn uten smerter til utvikling av synstap. I enkelte tilfeller kan synstap oppstå nesten umiddelbart.

Risiko for arteriell tromboembolisme

Epidemiologiske studier har vist at bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler kan være forbundet med økt risiko for arteriell tromboembolisme (myokardinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. transitorisk iskemisk angrep, slag). Arteriell tromboembolisme hendelser kan være dødelig.

Risikofaktorer for arteriell tromboembolisme

Hos brukere av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler øker risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller en cerebrovaskulær hendelse dersom risikofaktorer (se tabell) er til stede. Finminette er kontraindisert dersom en kvinne har én alvorlig risikofaktor eller flere risikofaktorer for arteriell tromboembolisme som gir henne høy risiko for arteriell trombose (se pkt. 4.3). Dersom en kvinne har flere enn én risikofaktor, er det mulig at den økte risikoen er større enn summen av enkeltfaktorene – i slike tilfeller bør totalrisiko vurderes. Dersom nytte-risikobalansen anses å være negativ, skal ikke kombinerte hormonelle prevensjonsmidler forskrives (se pkt. 4.3).

Tabell: Risikofaktorer for arteriell tromboembolisme

Risikofaktor	Kommentar
Høy alder	Spesielt eldre enn 35 år
Røyking	Kvinner bør rådes til ikke å røyke dersom de ønsker å bruke kombinerte hormonelle prevensjonsmidler. Kvinner over 35 år som fortsetter å røyke, bør sterkt oppfordres til å bruke andre prevensjonsmetoder.
Hypertensjon	
Fedme (kroppsmasseindeks (BMI))	Økt BMI gir vesentlig økt risiko

over 30 kg/m ²)	Dette er spesielt viktig å vurdere dersom andre risikofaktorer også er til stede
Positiv familiehistorie (arteriell tromboembolisme hos søsken eller foreldre, spesielt i relativt ung alder, f.eks. før 50 års alder).	Dersom arvelig predisposisjon mistenkes, skal kvinnen henvises til spesialist for råd før beslutningen om å bruke kombinerte hormonelle prevensjonsmidler tas
Migrene	Økt hyppighet eller alvorlighetsgrad av migrene under bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler (som kan være prodromal for en cerebrovaskulær hendelse) kan være en grunn til umiddelbar seponering
Andre medisinske tilstander forbundet med negative vaskulære hendelser	Diabetes mellitus, hyperhomocysteinemi, hjerteklaffsykdom og forkammerflimmer, dyslipoproteinanemi og systemisk lupus erythematosus.

Symptomer på arteriell tromboembolisme

Ved forekomst av symptomer skal kvinner rådes til å oppsøke akutt medisinsk hjelp og informere helsepersonell om bruk av kombinerte hormonelle prevensjonsmidler.

Symptomer på cerebrovaskulær hendelse kan omfatte:

- plutselig nummenhet eller svekkelse i ansiktet, armen eller beinet, spesielt på én side av kroppen
- plutselige vanskeligheter med å gå, svimmelhet, tap av balanse eller koordinasjon
- plutselig forvirring, problemer med å snakke eller å forstå
- plutselige problemer med å se på det ene eller begge øynene
- plutselig, alvorlig eller langvarig hodepine uten kjent årsak
- tap av bevissthet eller besvimelse med eller uten anfall.

Forbigående symptomer antyder at hendelsen er et transitorisk iskemisk attack (TIA).

Symptomer på myokardinfarkt kan omfatte:

- smerte, ubehag, følelse av trykk, tyngde, press eller fullhet i brystet, armen eller under brystbeinet
- ubehag som stråler til ryggen, kjeven, halsen, armen, magen
- følelse av å være mett, ha fordøyelsesproblemer eller kvalningsfølelse
- svette, kvalme, oppkast eller svimmelhet
- ekstrem svekkelse, angst eller kortpustethet
- raske eller uregelmessige hjerteslag.

Tumorer

Det har blitt rapportert en økt risiko for livmorhalskreft hos langtidsbrukere av kombinasjonspiller (> 5 år) i noen epidemiologiske studier, men det er fortsatt uenighet om i hvilken grad dette funnet kan knyttes til konfunderende effekter av seksuell adferd og andre faktorer som human papillomavirus (HPV).

En metaanalyse av 54 epidemiologiske studier viste at det var en liten økning i relativ risiko (RR=1,24) for å få diagnosen brystkreft hos kvinner som bruker kombinasjonspiller. Denne økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter seponering av kombinasjonspillen. Ettersom brystkreft er sjelden hos kvinner under 40 år, er det økte antallet brystkreftdiagnoser hos nåværende og tidligere brukere av kombinasjonspiller liten i forhold til den totale risikoen for brystkreft. Disse studiene beviser ikke kausalitet. Det observerte mønsteret for økt risiko kan skyldes tidligere diagnostisering av brystkreft hos

brukere av kombinasjonspiller, de biologiske effektene av kombinasjonspiller eller en kombinasjon av begge deler. Brystkreft som er diagnostisert hos kvinner som har brukt kombinasjonspiller synes å være mindre klinisk fremskreden enn kreft diagnostisert hos ikke-brukere.

I sjeldne tilfeller har benigne levertumorer, og enda sjeldnere, maligne levertumorer, blitt rapportert hos brukere av kombinasjonspiller. I enkelte tilfeller har disse svulstene ført til livstruende, intraabdominale blødninger. En levertumor bør vurderes som differensialdiagnose ved alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørret lever eller tegn til intraabdominal blødning hos kvinner som tar kombinasjonspiller.

Ved bruk av høydose kombinasjonspiller (50 mikrog etinyløstradiol) reduseres risikoen for endometrie- og ovariekreft. Hvorvidt dette også gjelder for lavdose kombinasjonspiller gjenstår å bli bekreftet.

Andre tilstander

Progestinkomponenten i Finminette er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. I de fleste tilfeller forventes det ingen økning i kaliumnivået. I en klinisk studie ble det imidlertid observert en svak, men ikke signifikant økning i kaliumnivået ved inntak av drospirenon hos noen pasienter som hadde mild eller moderat nedsatt nyrefunksjon og samtidig brukte kaliumsparende legemidler. Det anbefales derfor å måle serumkaliumnivået i løpet av første behandlingssyklus hos pasienter som har nedsatt nyrefunksjon og et kaliumnivå i øvre referanseområde, og særlig ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Se også pkt 4.5

Kvinner med hypertriglyceridemi, eller en familieanamnese på dette, kan ha økt risiko for pankreatitt ved bruk av kombinasjonspiller.

Selv om det er rapportert små økninger i blodtrykket hos mange kvinner som bruker kombinasjonspiller, er klinisk relevant økning sjelden. Kun i disse sjeldne tilfellene er det nødvendig å seponere behandlingen med kombinasjonspillen umiddelbart. Dersom konstant forhøyet blodtrykk eller en signifikant økning i blodtrykket ikke responderer adekvat på antihypertensiv behandling hos kvinner med preeksisterende hypertensjon som bruker kombinasjonspiller, må kombinasjonspillen seponeres. Hvis det ansees forsvarlig, kan behandlingen startes opp igjen hvis normotensive verdier kan oppnås med antihypertensiv behandling.

Følgende tilstander er rapportert å forekomme eller forverres både ved graviditet og ved bruk av kombinasjonspiller, men en sammenheng med bruk av kombinasjonspiller er ikke påvist: gulsott og/eller pruritus relatert til kolestase, gallestein, porfyri, systemisk lupus erytematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap.

Eksogene østrogen kan indusere eller forverre symptomer på arvet og ervervet angioødem.

Akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjonen kan gjøre det nødvendig å seponere kombinasjonspillen til leverfunksjonsverdiene blir normale. Ved tilbakefall av kolestatisk gulsott og/eller kolestaserelatert pruritus, som tidligere har forekommet under graviditet eller ved tidligere bruk av kjønnssteroider, bør kombinasjonspiller seponeres.

Selv om kombinasjonspiller kan ha en effekt på perifer insulinresistens og glukosetoleranse, er det ingen ting som tyder på at det er nødvendig å endre behandlingsregimet hos diabetikere som bruker lavdose kombinasjonspiller (<0,05 mg etinyløstradiol). Diabetikere bør imidlertid overvåkes nøye, særlig ved oppstart av kombinasjonspiller.

Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er rapportert ved bruk av kombinasjonspiller.

Nedstemthet og depresjon er velkjente bivirkninger ved bruk av hormonelle prevensjonsmidler (se pkt. 4.8). Depresjon kan være alvorlig og er en velkjent risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Kvinner bør rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, selv kort tid etter oppstart av behandlingen.

Kloasma kan forekomme, spesielt hos kvinner som tidligere har hatt kloasma gravidarum. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå soleksponering og ultrafiolett stråling mens de tar kombinasjonspiller.

Medisinsk undersøkelse/konsultasjon

Før igangsetting eller gjenopptak av Finminette skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkludert familiehistorie) og graviditet skal utelukkes. Blodtrykket skal måles, og en fysisk undersøkelse skal utføres veiledet av kontraindikasjonene (se pkt. 4.3) og advarslene (se pkt. 4.4). Det er viktig å gjøre kvinnen oppmerksom på informasjonen om venøs og arteriell trombose, inkludert risiko ved bruk av Finminette sammenlignet med andre kombinerte hormonelle prevensjonsmidler, symptomer på venøs tromboembolisme og arteriell tromboembolisme, kjente risikofaktorer og tiltak dersom trombose mistenkes.

Kvinnen skal også oppfordres i å lese pakningsvedlegget nøye og følge rådene som gis. Hyppighet og type undersøkelser skal være basert på etablerte kliniske retningslinjer og tilpasses den enkelte kvinne.

Kvinnen bør informeres om at hormonelle prevensjonsmidler ikke gir beskyttelse mot HIV-infeksjoner (AIDS) og andre seksuelt overførbare sykdommer.

Redusert effekt

Effekten til kombinasjonspiller kan være redusert i tilfeller av uteglemte tabletter (se pkt. 4.2), ved gastrointestinale forstyrrelser (se pkt. 4.2) eller samtidig bruk med andre legemidler (se pkt. 4.5).

Redusert sykluskontroll

Uregelmessige blødninger (sporblødning eller gjennombruddsblødning) kan forekomme med alle kombinasjonspiller, særlig i løpet av de første månedene. Derfor er vurdering av eventuell uregelmessig blødning kun relevant etter en tilvenningsperiode på omtrent tre sykluser.

Hvis blødningsforstyrrelsene vedvarer eller begynner etter tidligere regelmessige sykluser, bør ikke-hormonell årsak vurderes og adekvate diagnostiske tiltak iverksettes for å utelukke malignitet eller graviditet. Dette kan inkludere utskrapning.

Hos noen kvinner uteblir bortfallsblødningen under den tablettfrie perioden. Hvis kombinasjonspillen ble tatt i henhold til retningslinjene beskrevet i pkt. 4.2, er det lite sannsynlig at kvinnen er gravid. Hvis kombinasjonspillen ikke ble tatt i henhold til disse retningslinjene før den første uteblitte bortfallsblødningen, eller dersom to bortfallsblødninger uteblir, må graviditet utelukkes før bruken av kombinasjonspillen kan fortsette.

Finminette inneholder laktose

Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktose malabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Merk: Foreskrivningsinformasjonen for samtidige legemidler må konsulteres for å identifisere potensielle interaksjoner.

- Andre legemidlers effekt på Finminette

Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induserer mikrosomale enzymer, noe som kan gi økt clearance av kjønnshormoner og som kan føre til gjennombruddsblødninger og/eller gi nedsatt prevensjonseffekt.

Behandling

Enzyminduksjon kan sees allerede etter få dagers behandling. Maksimal enzyminduksjon sees vanligvis innen få uker. Etter at behandlingen er avsluttet kan enzyminduksjonen vedvare i ca. 4 uker.

Korttidsbehandling

Kvinner som behandles med enzyminduserende legemidler bør midlertidig bruke en barrieremetode eller annen prevensjon i tillegg til kombinasjons-p-pillen. Barrieremetoden må benyttes så lenge samtidig behandling med legemidlet pågår og i 28 dager etter at dette er seponert. Dersom behandlingen med legemidlet fortsetter etter at alle tablettene i pakningen med kombinasjons-p-pillene er tatt, skal neste pakning med kombinasjons-p-piller påbegynnes umiddelbart, uten den vanlige tablettfrie perioden.

Langtidsbehandling

Hos kvinner som får langtidsbehandling med hepatiske enzyminduserende virkestoffer anbefales en annen pålitelig, ikke-hormonell prevensjon.

Det er rapportert om følgende interaksjoner i faglitteraturen:

Substanser som gir økt clearance av kombinasjons-p-piller (reduserer effekten av kombinasjons-p-piller ved enzyminduksjon), f.eks.:

Barbiturater, bosentan, karbamazepin, fenytoin, primidon, rifampicin og legemidlene ritonavir, nevirapin og efavirenz mot HIV, og muligens også felbammat, griseofulvin, oksarbazepin, topiramat og preparater som inneholder prikkperikum (johannesurt/Hypericum perforatum).

Substanser med ulike effekter på clearance av kombinasjons-p-piller:

Samtidig administrering av kombinasjons-p-piller med HIV-proteasehemmere og ikke-nukleosid revers transkriptasehemmere, inkludert kombinasjoner med hemmere av hepatitt C-virus (HCV), kan gi økte eller reduserte plasmakonsentrasjoner av østrogen eller progestiner. I enkelte tilfeller kan nettoeffekten av disse endringene være klinisk relevante.

Forskrivningsinformasjon for HIV/HCV-legemidler som brukes samtidig skal derfor konsulteres for å identifisere mulige interaksjoner og andre relaterte anbefalinger. I tvilstilfeller skal en barrieremetode benyttes i tillegg hos kvinner som får behandling med en proteasehemmer eller en ikke-nukleosid revers transkriptasehemmer.

Substanser som reduserer clearance av kombinerte orale kontraseptiva (enzymhemmere):

Den kliniske relevans av potensielle interaksjoner med enzymhemmere er ikke kjent.

Samtidig administrering av sterke CYP3A4-hemmere kan øke plasmakonsentrasjonen av østroget eller progestinet eller begge deler.

I en studie med gjentatt dosering av en kombinasjon av drospirenon (3 mg/dag) og etinyløstradiol (0,02 mg/dag), førte samtidig administrering av den sterke CYP3A4-hemmeren ketokonazol i 10 dager, til 2,7 ganger og 1,4 ganger høyere AUC(0-24 t) for henholdsvis drospirenon og etinyløstradiol.

Det er vist at etorikoksib-doser på 60 til 120 mg/dag gir henholdsvis 1,4 til 1,6 ganger høyere plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol når det tas samtidig med hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder 0,035 mg etinyløstradiol.

- Effekten av Finminette på andre legemidler

Kombinerte orale prevensjonsmidler kan påvirke metabolismen av andre virkestoffer. Derfor kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. cyklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin).

På bakgrunn av in vivo interaksjonsstudier med frivillige kvinner som brukte omeprazol, simvastatin eller midazolam som markørsubstrat, er det usannsynlig at det forekommer en klinisk relevant interaksjon mellom drospirenon i doser på 3 mg og cytokrom P450-mediert metabolisme av andre virkestoffer.

Kliniske data tyder på at etinyløstradiol hemmer clearance av CYP1A2-substrater og fører til en svak (f.eks. teofyllin) eller moderat (f.eks. tizanidin) økning av deres plasmakonsentrasjon.

- Andre typer interaksjoner

Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon, har samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs ikke vist noen signifikant effekt på serumkalium. Samtidig bruk av Finminette og aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika har ikke blitt undersøkt. I dette tilfelle bør serumkalium måles i den første behandlingssyklusen. Se også pkt 4.4.

Farmakodynamiske interaksjoner

I kliniske studier med pasienter behandlet for hepatitt C-virusinfeksjoner (HCV) med legemidler som inneholder ombitasvir/paritaprevir/ritonavir og dasabuvir, med eller uten ribavirin, forekom forhøyede transaminaseverdier (ALAT) over 5 ganger den øvre grensen for normalområdet (ULN) signifikant hyppigere hos kvinner som brukte legemidler med etinyløstradiol, slik som kombinerte hormonelle prevensjonsmidler. Forhøyede ALAT-verdier er også observert med legemidler som inneholder glekaprevir/pibrentasvir eller sofosbuvir/velpatasvir/voksilaprevir (se pkt. 4.3) hos kvinner som brukte legemidler med etinyløstradiol, slik som kombinerte hormonelle prevensjonsmidler.

Kvinner som bruker Finminette må derfor bytte til en alternativ prevensjonsmetode (f.eks. minipille eller ikke-hormonell prevensjon) før oppstart av behandling med disse kombinasjonsbehandlingene. Kvinnen kan begynne å bruke Finminette igjen 2 uker etter fullført behandling med disse kombinasjonsbehandlingene.

- Laboratorieundersøkelser

Bruk av antikonsepsjonssteroider kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkludert biokjemiske parametre for lever-, skjoldbruskkjertel-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivå av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoproteinfraksjoner, parametre for karbohydratomsetning i blodet og parametre for koagulasjon og fibrinolyse. Endringene ligger vanligvis innenfor normalområdet. Drospirenon forårsaker en økning i plasmapreninaktivitet og plasmaaldosteron induert av dens milde antimineralkortikoidaktivitet.

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Graviditet

Finminette er ikke indisert ved graviditet.

Dersom kvinnen blir gravid under bruk av Finminette, skal preparatet seponeres umiddelbart. Omfattende epidemiologiske studier har verken vist noen økt risiko for misdannelser hos barn født av kvinner som brukte kombinasjonspiller før graviditeten, eller teratogen effekt ved utilsiktet bruk av kombinasjonspiller under graviditeten.

Dyrestudier har vist uønskede virkninger under graviditet og amming (se pkt. 5.3). Basert på disse dataene fra dyrestudier kan uønskede effekter som skyldes hormonvirkningen av de aktive stoffene ikke utelukkes. Generell erfaring med kombinasjonspiller under graviditet gir imidlertid ingen bevis for uønskede effekter hos mennesker.

Tilgjengelige data vedrørende bruk av Finminette under graviditet er for begrensede til at det er mulig å trekke konklusjoner om negative effekter av Finminette på graviditet, fosterets helse eller det nyfødte barnet. Ingen relevante epidemiologiske data er per i dag tilgjengelige.

Økt risiko for venøs tromboembolisme i løpet av post partum-perioden bør tas i betraktning når bruk av Finminette gjenopptas etter fødsel (se pkt. 4.2 og 4.4).

Amming

Amming kan påvirkes av kombinasjonspiller da de kan redusere mengden og endre sammensetningen av morsmelken. Derfor bør kombinasjonspiller generelt ikke anbefales før ammingen er fullstendig avsluttet. Små mengder av prevensjonssteroider og/eller metabolitter kan skilles ut i morsmelken. Disse mengdene kan påvirke barnet.

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Det er ikke gjort undersøkelser vedrørende påvirkningen på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Ingen effekt på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner har vært observert hos brukere av kombinasjonspiller.

4.8 Bivirkninger

For mer informasjon om alvorlige bivirkninger hos brukere av kombinasjons-p-piller, se pkt. 4.4.

Følgende bivirkninger er rapportert under bruk av Finminette:

System organklasse	Bivirkningsfrekvens			
	Vanlig	Mindre vanlig	Sjeldne	Ikke kjent (Kan ikke estimeres ut fra tilgjengelige data)
	(≥1/100 til < 1/10)	(≥1/1000 til < 1/100)	(≥1/10 000 til < 1/1000)	
Forstyrrelser i immunsystemet			Hypersensitivitet Astma	Forverring av symptomer på arvet og ervervet angioødem
Psykiatriske lidelser	Depresjon	Økt libido Nedsatt libido		
Nevrologiske sykdommer	Hodepine			
Sykdommer i øre og labyrint			Hypakusi	
Karsykdommer	Migrene	Hypertensjon Hypotensjon	Venøs tromboembolisme (VTE) Arteriell tromboembolisme (ATE)	
Gastrointestinale sykdommer	Kvalme	Oppkast Diaré		
Hud- og underhudssykdommer		Akne Eksem Pruritus Alopesi	Erythema nodosum Erythema multiforme	
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	Menstruasjonsforstyrrelser Mellomblødning Brystsmerte Brystømhet Utfloed Vulvovaginal candidiasis	Forstørrede bryster Vaginal infeksjon	Brystutsondring	
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet		Væskeretensjon Vektøkning Vektreduksjon		

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

Økt risiko for arterielle og venøse trombotiske og tromboemboliske hendelser, inkludert myokardinfarkt, slag, såkalt transitorisk iskemisk attack, venøs trombose og lungeemboli er observert hos kvinner som bruker kombinerte hormonelle prevensjonsmidler, for flere detaljer se pkt. 4.4.

Følgende alvorlige bivirkninger er rapportert hos kvinner som bruker kombinasjonspiller og er omtalt i pkt. 4.4 Advarsler og forsiktighetsregler:

- Venøse tromboemboliske tilstander

- Arterielle tromboemboliske tilstander
- Hypertensjon
- Levertumorer
- Forekomst eller forverring av tilstander der sammenheng med bruken av kombinasjonspillen ikke er fastslått: Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, epilepsi, uterine myomer, porfyri, systemisk lupus erythematosus, herpes gestationis, Sydenhams chorea, hemolytisk uremisk syndrom, kolestatisk ikterus
- Kloasma
- Akutt eller kronisk forstyrrelse av leverfunksjonen kan gjøre det nødvendig å seponere kombinasjonspillen til leverfunksjonsverdiene blir normale.
- Eksogene østrogener kan indusere eller forverre symptomer på arvet og ervervet angioødem.

Frekvensen av diagnostisert brystkreft er noe økt blant brukere av kombinasjonspiller. Ettersom brystkreft er sjelden hos kvinner under 40 år, er den økte forekomsten liten i forhold til den totale risikoen for brystkreft. Årsakssammenheng med bruk av kombinasjonspiller er ukjent. For ytterligere informasjon, se pkt.4.3 og 4.4.

Interaksjoner

Gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt kan oppstå som følge av interaksjoner med andre legemidler (enzyminduktorer) og orale prevensjonsmidler (se pkt. 4.5).

Melding av mistenkte bivirkninger

Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via meldeskjema som finnes på nettsiden til Statens legemiddelverk: www.legemiddelverket.no/meldeskjema.

4.9 Overdosering

Det foreligger ingen erfaring med overdosering av Finminette. På grunnlag av generell erfaring med kombinasjonspiller, kan følgende symptomer forekomme i slike tilfeller: kvalme, oppkast og hos unge jenter; svak vaginalblødning. Det finnes ingen antidoter og behandlingen er symptomatisk.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Progesteroner og østrogener, faste kombinasjoner.

ATC kode: G03AA12.

Pearl-indeks for metodesvikt: 0,09 (øvre to-sidig 95 % konfidensintervall: 0,32).

Total Pearl-indeks (metodesvikt + pasientsvikt): 0,57 (øvre to-sidig 95 % konfidensintervall: 0,90).

Antikonsepsjonseffekten til Finminette er basert på samspillet mellom flere faktorer. De viktigste er hemming av eggøsning og endringer i endometriet.

Finminette er et kombinert peroralt prevensjonsmiddel med etinyløstradiol og progestogenet drospirenon. I terapeutisk dose har drospirenon også antiandrogene og milde antimineralokortikoide egenskaper. Den har ingen østrogen, glukokortikoid eller antiglukokortikoid aktivitet. Dette gir drospirenon en farmakologisk effekt som ligger nær opptil det naturlige hormonet progesteron.

Det er indikasjoner fra kliniske studier på at de milde antimineralokortikoide egenskapene til etinyløstradiol/drospirenon forårsaker en mild antimineralokortikoid virkning.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Drospirenon

Absorpsjon

Peroralt administrert drospirenon absorberes raskt og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon av virkestoffet på omtrent 38 ng/ml nås omtrent 1-2 timer etter en enkel dose. Biotilgjengeligheten ligger mellom 76 og 85 %. Samtidig inntak av mat har ingen virkning på biotilgjengeligheten av drospirenon.

Distribusjon

Etter peroral administrasjon, reduseres serumnivåene av drospirenon med en terminal halveringstid på 31 timer. Drospirenon er bundet til serumalbumin og bindes ikke til kjønns hormonbindende globulin (SBHG) eller kortikoidbindende globulin (CBG). Kun 3 - 5 % av total serumkonsentrasjon av virkestoffet finnes som fritt steroid. Etinyløstradiolindusert økning i SBHG påvirker ikke serumproteinbindingen av drospirenon. Gjennomsnittlig tilsynelatende distribusjonsvolum av drospirenon er $3,7 \pm 1,2$ liter/kg.

Biotransformasjon

Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroral administrering. Hovedmetabolittene i plasma er syreformen av drospirenon, som dannes ved åpning av laktonringen og 4,5 dihydro-drospirenon-3-sulfat, dannet ved reduksjon og påfølgende sulfatering. Drospirenon gjennomgår også oksidativ metabolisme som katalyseres av CYP3A4.

In vitro kan drospirenon være en svak til moderat hemmer av cytokrom P450-enzymene CYP1A1, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4.

Eliminasjon

Metabolsk clearancerate av drospirenon i serum er $1,5 \pm 0,2$ ml/min/kg. Drospirenon skilles ut kun i spormengder i uendret form. Metabolittene til drospirenon skilles ut i avføring og urin med en utskillelsesrate på omtrent 1,2 til 1,4. Halveringstiden for metabolittutskillelsen i urin og feces er omtrent 40 timer.

Steady-state

I løpet av en behandlingssyklus, nås maksimal steady-state serumkonsentrasjoner av på ca. 70 ng/ml etter ca. 8 dager med behandling. Serumnivåer av drospirenon akkumulerte med en faktor på omtrent 3 som en konsekvens av ratio for terminal halveringstid og doseintervall.

Spesielle pasientpopulasjoner

Nedsatt nyrefunksjon

Steady-state serumnivå av drospirenon hos kvinner med mild nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance CLcr 50-80 ml/min) kunne sammenlignes med serumnivåer hos kvinner med normal nyrefunksjon. Serumnivåer av drospirenon var gjennomsnittlig 37 % høyere hos kvinner med moderat nedsatt nyrefunksjon (CLcr 30-50 ml/min) sammenlignet med serumnivået hos kvinner med normal nyrefunksjon. Drospirenonbehandling var også godt tolerert av kvinner med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Drospirenonbehandling viste ingen klinisk signifikant effekt på serumkalium-konsentrasjonen.

Nedsatt leverfunksjon

I en enkeltdosestudie, ble peroral clearance (CL/F) redusert med omtrent 50 % hos frivillige med moderat nedsatt leverfunksjon sammenlignet med personer med normal leverfunksjon. Den observerte reduksjonen

i drospirenonclearance hos frivillige med moderat nedsatt leverfunksjon kunne ikke overføres til noen tilsynelatende forskjell med hensyn til serumkaliumkonsentrasjoner. Selv ved diabetes og samtidig behandling med spironolakton (to faktorer som kan predisponere pasienten for hyperkalemi), ble det ikke observert økning i serumkaliumkonsentrasjoner over øvre grense for normalområdet. Det kan konkluderes at drospirenon tolereres godt av pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B).

Etniske grupper

Det har ikke blitt observert noen klinisk relevante forskjeller i farmakokinetikken av drospirenon eller etinyløstradiol mellom japanske og kaukasiske kvinner.

Etinyløstradiol

Absorpsjon

Peroralt administrert etinyløstradiol absorberes raskt og fullstendig. Etter enkeltdose oppnås maksimal serumkonsentrasjon på 100 pikogram/ml nås innen 1-2 timer. Etinyløstradiol gjennomgår stor first-pass effekt, som viser store individuelle variasjoner. Den absolutte biotilgjengeligheten er på om lag 45 %.

Distribusjon

Etinyløstradiol har et tilsynelatende distribusjonsvolum på 5 liter/kg og plasmaproteinbinding er på om lag 98 %. Etinyløstradiol fremmer den hepatiske syntesen av SHBG og CBG. Under behandling med 30 mikrogram etinyløstradiol øker plasmakonsentrasjonen av SHBG fra 70 til ca. 350 nanomol/l. Små mengder etinyløstradiol utskilles i morsmelk (0,2 % av dosen).

Biotransformasjon

Etinyløstradiol gjennomgår betydelig tarm- og førstepassasje-metabolisering. Etinyløstradiol blir hovedsakelig metabolisert ved aromatisk hydroksylering, men det dannes et bredt spekter av hydroksylerte og metylerte metabolitter, som foreligger som frie metabolitter og som konjugater med glukuronider og sulfat. Den metabolske clearance av etinyløstradiol er ca. 5 ml/min/kg.

In vitro er etinyløstradiol en reversibel hemmer av CYP2C19, CYP1A1 og CYP1A2 samt en mekanismebasert hemmer av CYP3A4/5, CYP2C8 og CYP2J2.

Eliminasjon

Etinyløstradiol utskilles så godt som ikke i uendret form. Metabolittene av etinyløstradiol skilles ut i urin og galle med en ratio på 4:6. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. en dag. Halveringstiden for utskillelsen er 20 timer.

Steady-state

Steady-state nås i andre halvdel av behandlingssyklusen og serumnivåer av etinyløstradiol akkumuleres med en faktor på omtrent 1,4 til 2,1.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Hos forsøksdyr ble effektene av drospirenon og etinyløstradiol begrenset til de som er assosiert med kjente farmakologiske virkninger. Reproduksjonstoksisitetsstudier viste embryotoksiske og føtotoksiske effekter i dyr som anses som artspesifikke. Ved eksponeringer som overstiger det som oppnås med Finminette, ble det observert effekter på kjønnsdifferensiering hos rottefoster, men ikke hos aper.

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Hjelpestoffer

Tablettkjerne

Laktosemonohydrat

Maisstivelse

Stivelse, pregelatinisert (mais)

Krysspovidon

Povidon

Polysorbat 80

Magnesiumstearat

Tablettdrasjering

Polyvinylalkohol, delvis hydrolysert

Titandioksid (E171)

Makrogol 3350

Talkum

Gult jernoksid (E 172)

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant.

6.3 Holdbarhet

3 år.

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser.

6.5 Emballasje (type og innhold)

De filmdrasjerte tabletter er pakket i Alu/ PVC/PVDC blister og satt inn i en esken.

Pakningsstørrelser:

Blistere: 1x21, 2x21, 3x21, 6x21, 13x21 filmdrasjerte tabletter

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering

Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN/SISTE FORNYELSE

Sandoz A/S

Edvard Thomsens Vej 14

2300 København S

Danmark

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

08-5710

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 26.04.2011

Dato for siste fornyelse: 02.07.2014

10. OPPDATERINGSDATO

15.12.2022