

VEDLEGG I
PREPARATOMTALE

1. LEGEMIDLETS NAVN

Teriflunomide Mylan 14 mg tabletter, filmdrasjerte.

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 14 mg teriflunomid.

Hjelpestoff(er) med kjent effekt

Hver tablett inneholder 85,4 mg laktose (som monohydrat).

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert (tablett).

Blekkblå til pastellblå, runde, bikonvekse, filmdrasjerte tabletter preget med 'T' på den ene siden og '1' på den andre siden, ca. 7,6 mm i diameter.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Teriflunomid Mylan er indisert for behandling av voksne pasienter og pediatriske pasienter fra 10 år og eldre med relapserende remitterende multipel sklerose (MS).
(Se pkt. 5.1 for viktig informasjon angående i hvilken populasjon effekt har blitt vist.)

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Behandlingen bør startes og overvåkes av en lege som har erfaring med behandling av multipel sklerose.

Dosering

Voksne

Hos voksne er anbefalt dose av teriflunomid 14 mg én gang daglig.

Pediatrisk populasjon (10 år og eldre)

Hos pediatriske pasienter (10 år og eldre) er anbefalt dose avhengig av kroppsvekt:

- Pediatriske pasienter med kroppsvekt > 40 kg: 14 mg én gang daglig.
- Pediatriske pasienter med kroppsvekt ≤ 40 kg: 7 mg én gang daglig.

Pediatriske pasienter som oppnår en stabil kroppsvekt over 40 kg bør gå over til 14 mg én gang daglig.

Teriflunomide Mylan er kun tilgjengelig som 14 mg filmdrasjerte tabletter. Det er derfor ikke mulig å administrere Teriflunomide Mylan til pasienter som trenger mindre enn en full 14 mg dose. Dersom en annen dose er påkrevd, skal andre teriflunomid-produkter med et slikt alternativ brukes.

Spesielle populasjoner

Eldre pasienter

Teriflunomid bør brukes med forsiktighet hos pasienter fra og med 65 år på grunn av utilstrekkelige data for sikkerhet og effekt.

Nedsatt nyrefunksjon

Ingen dosejustering er nødvendig for pasienter med lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon, som ikke er dialysekrevene.

Pasienter med alvorlig nedsatt, dialysekrevene nyrefunksjon ble ikke evaluert. Teriflunomid er kontraindisert hos denne populasjonen (se pkt. 4.3).

Nedsatt leverfunksjon

Ingen dosejustering er nødvendig for pasienter med lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Teriflunomid er kontraindisert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (se pkt. 4.3).

Pediatrisk populasjon (under 10 år)

Sikkerhet og effekt av teriflunomid hos barn under 10 år har ikke blitt fastslått. Det finnes ingen tilgjengelige data.

Administrasjonsmåte

De filmdrasjerte tablettene er til oral bruk. Tablettene bør svelges hele med litt vann. De kan tas med eller uten mat.

4.3 Kontraindikasjoner

Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.

Pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse C).

Gravide kvinner eller fertile kvinner som ikke bruker sikker prevensjon under behandling med teriflunomid, og deretter så lenge plasmanivået er over 0,02 mg/l (se pkt. 4.6). Graviditet må utelukkes før start av behandling (se pkt. 4.6).

Ammende kvinner (se pkt. 4.6).

Pasienter med alvorlige immunsviktilstander, f.eks. ervervet immunsviktsyndrom (AIDS).

Pasienter med signifikant svekket benmargsfunksjon eller signifikant anemi, leukopeni, nøytropeni eller trombocytopeni.

Pasienter med alvorlig aktiv infeksjon, inntil restitusjon (se pkt. 4.4).

Pasienter med alvorlig nedsatt, dialysekrevene nyrefunksjon, fordi det ikke er tilstrekkelig klinisk erfaring med denne pasientgruppen.

Pasienter med alvorlig hypoproteinemi, f.eks. ved nefrotisk syndrom.

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Monitorering

Før oppstart av behandling

Før start av behandling med teriflunomid bør følgende kontrolleres:

- Blodtrykk

- Alaninaminotransferase/serum glutamat pyruvat transaminase (ALAT/SGPT)
- Total blodtelling inkludert differensialtelling av hvite blodceller og blodplater.

I løpet av behandlingen

I løpet av behandlingen med teriflunomid bør følgende kontrolleres:

- Blodtrykk
 - Kontrolleres regelmessig
- Alaninaminotransferase/serum glutamatpyruvattransaminase (ALAT/SGPT)
 - Leverenzymen bør evalueres minst hver fjerde uke i løpet av de første 6 månedene av behandlingen og deretter regelmessig.
 - Vurder tilleggsmonitorering når Teriflunomide Mylan gis til pasienter med allerede eksisterende leversykdom, brukes sammen med andre potensielt levertoksiske legemidler, eller som indisert ved kliniske tegn og symptomer som kvalme uten kjent årsak, oppkast, magesmerter, fatigue, anoreksi, eller gulsott og/eller mørk urin. Leverenzymen bør evalueres annenhver uke i løpet av de første 6 månedene av behandlingen, og deretter minst hver 8. uke i minst 2 år fra behandlingsstart.
 - Ved ALAT (SGPT)-økning mellom 2–3 ganger øvre normalgrense (ULN) må kontroll gjennomføres ukentlig.
- Total blodtelling bør utføres i henhold til kliniske tegn og symptomer (f.eks. infeksjoner) i løpet av behandlingen.

Prosedyre for akselerert eliminasjon

Teriflunomid elimineres langsomt fra plasma. Uten en akselerert eliminasjonsprosedyre tar det i gjennomsnitt 8 måneder å oppnå plasmakonsentrasjoner under 0,02 mg/l, men på grunn av individuelle variasjoner i legemiddelutskillelsen kan det ta opptil 2 år. En akselerert eliminasjonsprosedyre kan brukes når som helst etter seponering av teriflunomid (se pkt. 4.6 og 5.2 for detaljer om prosedyren).

Hepatiske påvirkninger

Økte nivåer av leverenzymen har blitt observert hos pasienter som får teriflunomid (se pkt. 4.8). Disse økningene inntraff som regel i de første 6 månedene av behandlingen.

Det har blitt observert tilfeller av legemiddelindusert leverskade (DILI) under behandling med teriflunomid, noen ganger livstruende. De fleste tilfellene av DILI oppstod flere uker til flere måneder etter behandlingsstart med teriflunomid, men DILI kan også forekomme ved langvarig bruk. Risikoen for økte leverenzymen og DILI ved bruk av teriflunomid kan være økt hos pasienter med allerede eksisterende leversykdom, samtidig bruk av andre levertoksiske legemidler, og/eller inntak av betydelige mengder alkohol. Pasientene bør derfor overvåkes nøye for tegn og symptomer på leverskade.

Dersom leverskade mistenkes, bør behandling med teriflunomid seponeres og akselerert eliminasjonsprosedyre vurderes. Dersom forhøyede leverenzymen (mer enn 3 ganger ULN) bekreftes, skal teriflunomidbehandlingen seponeres.

Ved seponering av behandlingen bør kontroll av leveren fortsette til transaminasenivåene er normalisert.

Hypoproteinemi

Siden teriflunomid er sterkt proteinbundet, og siden bindingen er avhengig av konsentrasjonen av albumin, forventes det økte konsentrasjoner av ikke-bundet teriflunomid i plasma hos pasienter med hypoproteinemi, f.eks. ved nefrotisk syndrom. Teriflunomid bør ikke brukes hos pasienter som har lidelser med alvorlig hypoproteinemi.

Blodtrykk

Blodtrykksøkning kan forekomme under behandling med teriflunomid (se pkt. 4.8). Blodtrykket må kontrolleres før start av behandling med teriflunomid og deretter regelmessig. Forhøyet blodtrykk bør være under tilfredsstillende kontroll før og under behandling med teriflunomid.

Infeksjoner

Start av behandling med teriflunomid bør utsettes inntil restitusjon hos pasienter med alvorlig aktiv infeksjon.

I placebokontrollerte studier ble det ikke observert økning av alvorlige infeksjoner med teriflunomid (se pkt. 4.8). På grunn av den immunmodulerende virkningen til teriflunomid, bør man imidlertid vurdere å utsette behandlingen med teriflunomid hvis en pasient utvikler en alvorlig infeksjon, og fordeler og risiko bør evalueres før behandlingen startes på nytt. Akselerert eliminasjon med kolestyramin eller aktivt kull kan vurderes på grunn av den lange halveringstiden.

Pasienter som får teriflunomid, bør oppfordres til å rapportere symptomer på infeksjon til lege.

Pasienter med aktive akutte eller kroniske infeksjoner bør ikke starte behandling med teriflunomid før infeksjonen(e) er borte.

Sikkerheten ved bruk av teriflunomid hos personer med latent tuberkulose er ikke kjent, siden tuberkulose-screening ikke ble utført systematisk i kliniske studier. Pasienter som har testet positivt i tuberkulose-screening, bør behandles i henhold til standard medisinsk praksis før behandling startes.

Respiratoriske reaksjoner

Interstitiell lungesykdom (ILD) og tilfeller av pulmonal hypertensjon er rapportert etter markedsføring av teriflunomid. Risikoen kan være økt hos pasienter som tidligere har hatt ILD.

ILD kan oppstå akutt når som helst under behandling med en variabel klinisk presentasjon.

ILD kan være dødelig. Nye eller forverring av pulmonale symptomer, som vedvarende hoste og dyspné, kan være grunnlag for å avslutte behandlingen og iverksette videre undersøkelser etter behov. Dersom det er nødvendig å seponere legemidlet, bør oppstart av en akselerert elimineringsprosedyre vurderes.

Hematologisk påvirkning

En gjennomsnittlig reduksjon av antall hvite blodceller på under 15 % fra baselinenivåer har blitt observert (se pkt. 4.8). Som forsiktighetsregel bør en nylig utført total blodcelletelling, inkludert differensialtelling av hvite blodceller og blodplater, være tilgjengelig før start av behandling, og total blodcelletelling bør vurderes i løpet av behandlingen, som indisert av kliniske tegn og symptomer (f.eks. infeksjoner).

Pasienter med allerede eksisterende anemi, leukopeni og/eller trombocytopeni, samt pasienter med svekket benmargsfunksjon eller risiko for benmargssuppresjon, har økt risiko for hematologiske sykdommer. Hvis slik påvirkning forekommer, bør prosedyren for akselerert eliminasjon (se over) vurderes for å redusere nivået av teriflunomid i plasma.

Ved tilfeller av alvorlige hematologiske reaksjoner, inkludert pancytopeni, må teriflunomid og eventuell samtidig myelosuppressiv behandling seponeres, og en akselerert eliminasjonsprosedyre for teriflunomid bør vurderes.

Hudreaksjoner

Tilfeller av alvorlige hudreaksjoner, noen ganger fatale, inkludert Stevens-Johnsons syndrom (SJS), toksisk epidermal nekrolyse (TEN) og legemiddelindusert utslett med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS) har blitt rapportert ved bruk av teriflunomid.

Hvis det observeres reaksjoner i hud og/eller slimhinner (ulcerøs stomatitt) som fører til mistanke om alvorlige generaliserte hudreaksjoner (Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse –

Lyells syndrom eller legemiddelindusert utslett med eosinofili og systemiske symptomer), må behandling med teriflunomid og eventuell annen mulig utløsende behandling avsluttes, og en akselerert eliminasjonsprosedyre startes umiddelbart. I slike tilfeller bør ikke pasienter eksponeres for teriflunomid igjen (se pkt. 4.3).

Nye utbrudd av psoriasis (inkludert pustuløs psoriasis) og forverring av eksisterende psoriasis er rapportert under bruk av teriflunomid. Tatt i betraktning pasientens sykdom og sykehistorie kan det vurderes seponering av behandling og igangsetting av en akselerert eliminasjonsprosedyre.

Perifer nevropati

Tilfeller av perifer nevropati har blitt rapportert hos pasienter som fikk teriflunomid (se pkt. 4.8). De fleste pasientene ble bedre etter seponering av teriflunomid. Det var imidlertid store variasjoner i endelig utfall, dvs. at nevropatien ble reversert hos noen pasienter, mens andre pasienter fikk varige symptomer. Hvis en pasient som får teriflunomid utvikler en bekreftet perifer nevropati, bør seponering av behandlingen med teriflunomid og gjennomføring av prosedyren for akselerert eliminasjon vurderes.

Vaksinasjon

To kliniske studier har vist at vaksinasjoner mot inaktivert neoantigen (første vaksinasjon) eller recall-antigen (re-eksponering) var trygge og effektive under behandling med teriflunomid. Bruk av levende, svekkede vaksiner kan medføre risiko for infeksjoner, og bør derfor unngås.

Immunsuppressive eller immunmodulerende behandlinger

Siden leflunomid er modersubstansen til teriflunomid, anbefales ikke samtidig administrasjon av teriflunomid og leflunomid. Samtidig administrasjon av antineoplastiske eller immunsuppressive behandlinger som brukes i MS- behandling, har ikke blitt evaluert. Sikkerhetsstudier der teriflunomid ble administrert samtidig med interferon beta eller med glatirameracetat i opptil ett år, avdekket ingen spesifikke sikkerhetsproblemer, men det ble observert en høyere bivirkningsfrekvens sammenlignet med teriflunomid monoterapi. Den langsiktige sikkerheten for disse kombinasjonene ved behandling av multipel sklerose har ikke blitt fastslått.

Bytte til eller fra teriflunomid

Basert på kliniske data knyttet til samtidig administrasjon av teriflunomid og interferon beta eller glatirameracetat, kreves ingen behandlingspause når man begynner med teriflunomid etter interferon beta eller glatirameracetat, eller når man begynner med interferon beta eller glatirameracetat etter teriflunomid.

På grunn av den lange halveringstiden til natalizumab kan samtidig eksponering, og dermed samtidig immunpåvirkning, forekomme i opptil 2–3 måneder etter seponering av natalizumab dersom behandling med teriflunomid startes umiddelbart. Forsiktighet er derfor påkrevd når pasienter bytter fra natalizumab til teriflunomid.

Basert på halveringstiden til fingolimod, er det nødvendig med et 6-ukersintervall uten behandling for utskillelse fra sirkulasjonen, og det tar 1 til 2 måneder før antall lymfocytter er returnert til normalt nivå etter seponering av fingolimod. Oppstart av teriflunomid i dette tidsintervallet fører til samtidig eksponering for fingolimod. Dette kan føre til en additiv påvirkning på immunsystemet, og forsiktighet er derfor påkrevd.

Hos MS-pasienter var medianverdien for $t_{1/2z}$ ca. 19 dager etter gjentatte doser på 14 mg. Hvis man bestemmer seg for å stoppe behandlingen med teriflunomid, vil start av andre behandlinger innenfor intervallet på 5 halveringstider (ca. 3,5 måneder, men kan være lengre hos noen pasienter) føre til samtidig eksponering for teriflunomid. Dette kan føre til en additiv påvirkning på immunsystemet, og forsiktighet er derfor påkrevd.

Innvirkning på målt ionisert kalsiumnivå

Avhengig av analysemetode som brukes (f.eks. blodgassanalyse), kan måling av ionisert kalsiumnivå feilaktig vise nedsatte verdier ved behandling med leflunomid og/eller teriflunomid (den aktive metabolitten av leflunomid). Troverdigheten av observert, nedsatt ionisert kalsiumnivå hos pasienter som behandles med leflunomid eller teriflunomid må derfor vurderes. Ved tvilsomme verdier anbefales det å måle total albuminjustert serum kalsiumkonsentrasjon.

Pediatrisk populasjon

Pankreatitt

I den pediatriske kliniske studien har tilfeller med pankreatitt, noen akutte, blitt observert hos pasienter som fikk teriflunomid (se pkt. 4.8). Kliniske symptomer inkluderte abdominalsmerter, kvalme og/eller oppkast. Amylase og lipase i serum var forhøyet hos disse pasientene. Tiden til symptomene oppstod varierte fra noen få måneder til inntil tre år. Pasienter bør informeres om de karakteristiske symptomene på pankreatitt. Dersom pankreatitt mistenkes, bør man få tak i pankreatiske enzymer og relaterte laboratorieparametere. Dersom pankreatitt bekreftes, bør teriflunomid seponeres og en prosedyre for akselerert eliminasjon bør initieres (se pkt. 5.2).

Hjelpestoffer med kjent effekt

Laktose

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

Natrium

Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) per tablett, og er så godt som “natriumfritt”.

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Farmakokinetiske interaksjoner mellom andre stoffer og teriflunomid

Den primære biotransformasjonsveien for teriflunomid er hydrolyse, med oksidasjon som en mindre viktig biotransformasjonsvei.

Potente cytokrom P450-(CYP) og transportørinduktorer

Samtidig administrasjon av gjentatte doser (600 mg én gang pr. dag i 22 dager) av rifampicin (en CYP2B6-, 2C8-, 2C9-, 2C19- og 3A-induktor) samt en induktor for efflukstransportørene P-glykoprotein [P-gp] og brystkreftresistensprotein [BCRP], og teriflunomid (70 mg enkeltdose), førte til ca. 40 % reduksjon i teriflunomideksponering. Rifampicin og andre kjente potente CYP- og transportørinduktorer som karbamazepin, fenobarbital, fenytoin og johannesurt, bør brukes med forsiktighet under behandling med teriflunomid.

Kolestyramin eller aktivt kull

Det anbefales at pasienter som får teriflunomid, ikke behandles med kolestyramin eller aktivt kull, fordi dette fører til en rask og signifikant reduksjon av plasmakonsentrasjonen, med mindre en akselerert eliminasjon er ønsket. Mekanismen antas å være avbrudd i enterohepatisk resirkulering og/eller gastrointestinal dialyse av teriflunomid.

Farmakokinetiske interaksjoner mellom teriflunomid og andre stoffer

Effekt av teriflunomid på CYP2C8-substrat: repaglinid

Det var en økning i gjennomsnittlig C_{maks} og AUC (henholdsvis 1,7 og 2,4 ganger) for repaglinid etter gjentatte doser av teriflunomid, noe som tyder på at teriflunomid er en hemmer av CYP2C8 *in vivo*.

Derfor bør legemidler som metaboliseres av CYP2C8, som repaglinid, paklitaxel, pioglitazon eller rosiglitazon, brukes med forsiktighet under behandling med teriflunomid.

Effekt av teriflunomid på orale prevensjonsmidler: 0,03 mg etinyløstradiol og 0,15 mg levonorgestrel
Det var en økning i gjennomsnittlig C_{maks} og AUC_{0-24} (henholdsvis 1,58 og 1,54 ganger) for etinyløstradiol og i C_{maks} og AUC_{0-24} (henholdsvis 1,33 og 1,41 ganger) for levonorgestrel etter gjentatte doser med teriflunomid. Selv om det ikke forventes at denne interaksjonen påvirker effekten av orale prevensjonsmidler negativt, bør man ta dette i betraktning ved valg eller tilpasning av orale prevensjonsmidler som brukes sammen med teriflunomid.

Effekt av teriflunomid på CYP1A2-substrat: koffein
Gjentatte doser av teriflunomid reduserte gjennomsnittlig C_{maks} og AUC for koffein (CYP1A2-substrat) med henholdsvis 18 % og 55 %, noe som tyder på at teriflunomid kan være en svak induktor av CYP1A2 *in vivo*. Legemidler som metaboliseres av CYP1A2 (som duloksetin, alosetron, teofyllin og tizanidin) bør derfor brukes med forsiktighet under behandling med teriflunomid, da det kan føre til reduksjon av virkningen til disse legemidlene.

Effekt av teriflunomid på warfarin
Gjentatte doser av teriflunomid hadde ingen effekt på farmakokinetikken til S-warfarin, noe som tyder på at teriflunomid ikke er en hemmer eller induktor av CYP2C9. Det ble imidlertid observert en 25 % reduksjon i høyeste INR (International Normalised Ratio) når teriflunomid ble administrert samtidig med warfarin, sammenlignet med warfarin alene. Det anbefales derfor tett oppfølging og overvåkning av INR når warfarin administreres samtidig med teriflunomid.

Effekt av teriflunomid på OAT3-substrater (Organic Anion Transporter 3)
Det var en økning i gjennomsnittlig C_{maks} og AUC (henholdsvis 1,43 og 1,54 ganger) for cefaklor etter gjentatte doser av teriflunomid, noe som tyder på at teriflunomid er en hemmer av OAT3 *in vivo*. Forsiktighet er derfor anbefalt når teriflunomid administreres samtidig med OAT3-substrater, som cefaklor, benzylpenicillin, ciprofloksacin, indometacin, ketoprofen, furosemid, cimetidin, metotreksat eller zidovudin.

Effekt av teriflunomid på BCRP og/eller OATP1B1/B3-substrater (Organic Anion Transporting Polypeptide B1 og B3)
Det var en økning i gjennomsnittlig C_{maks} og AUC (henholdsvis 2,65 og 2,51 ganger) for rosuvastatin etter gjentatte doser med teriflunomid. Denne økningen av rosuvastatineksponering i plasma hadde imidlertid ingen åpenbar virkning på HMG-CoA-reduktaseaktivitet. For rosuvastatin anbefales en dosereduksjon på 50 % ved samtidig administrasjon med teriflunomid. For andre substrater av BCRP (f.eks. metotreksat, topotekan, sulfasalazin, daunorubicin, doksorubicin) og OATP-familien, spesielt HMG-CoA-reduktase-hemmere (f.eks. simvastatin, atorvastatin, pravastatin, metotreksat, nateglinid, repaglinid, rifampicin), bør samtidig administrasjon med teriflunomid også gjøres med forsiktighet. Pasienter bør overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på for høy eksponering for legemidlene, og dosereduksjon for disse legemidlene bør vurderes.

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Bruk hos menn

Risikoen for embryoføtal toksisitet overført via mannen, anses som lav under teriflunomidbehandling (se pkt. 5.3).

Graviditet

Det er begrenset mengde data på bruk av teriflunomid hos gravide kvinner. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet (se pkt. 5.3). Teriflunomid kan forårsake alvorlige fødselsdefekter når det blir gitt under graviditet. Teriflunomid er kontraindisert ved graviditet (se pkt. 4.3).

Kvinner i fertil alder må bruke sikker prevensjon under behandlingen og etter behandling så lenge konsentrasjonen av teriflunomid i plasma er over 0,02 mg/l. I denne perioden bør kvinner drøfte alle planer om avslutning eller bytte av prevensjon med behandlende lege. Jenter og/eller deres foreldre/omsorgspersoner bør informeres om nødvendigheten av å kontakte behandlende lege umiddelbart ved første menstruasjon under behandling med teriflunomid. Rådgivning om prevensjon og potensielle risikoer på fosteret bør gis til nye pasienter i fertil alder. Henvisning til gynekolog bør vurderes.

Pasienten skal informeres om å seponere teriflunomid og kontakte lege umiddelbart dersom menstruasjonen er forsinket eller det er andre grunner til å mistenke graviditet, slik at en graviditetstest kan utføres. Dersom testen er positiv, må legen og pasienten drøfte risikoen ved svangerskapet. Det er mulighet for at en hurtig senkning av teriflunomidnivået i blodet, ved gjennomføring av prosedyren for akselerert eliminasjon beskrevet nedenfor, ved første tegn på uteblitt menstruasjon, kan redusere risikoen for fosteret.

Kvinner som behandles med teriflunomid og som ønsker å bli gravide, skal seponere legemidlet, og en akselerert eliminasjonsprosedyre anbefales gjennomført for raskere å oppnå en konsentrasjon under 0,02 mg/l (se nedenfor).

Hvis en akselerert eliminasjonsprosedyre ikke brukes, kan plasmanivået av teriflunomid forventes å være over 0,02 mg/l i gjennomsnittlig 8 måneder, men hos noen pasienter kan det ta opptil 2 år å oppnå en plasmakonsentrasjon under 0,02 mg/l. Konsentrasjonen av teriflunomid i plasma bør derfor måles før kvinnen forsøker å bli gravid. Når det er påvist at plasmakonsentrasjonen av teriflunomid er under 0,02 mg/l, må plasmakonsentrasjonen kontrolleres igjen etter en periode på minst 14 dager. Hvis begge plasmakonsentrasjonsmålingene er under 0,02 mg/l, forventes ingen risiko for fosteret. For ytterligere informasjon om analyse av prøver, kontakt innehaveren av markedsføringstillatelsen eller deres lokale representant (se pkt. 7).

Akselerert eliminasjonsprosedyre

Etter avsluttet behandling med teriflunomid:

- 8 g kolestyramin gis 3 ganger daglig i 11 dager, eventuelt kan 4 g kolestyramin tre ganger daglig brukes dersom 8 g kolestyramin tre ganger daglig ikke tolereres godt
- alternativt kan 50 g pulver av aktivt kull gis hver 12. time i 11 dager.

Også etter at en akselerert eliminasjonsprosedyre er gjennomført, er det nødvendig med 2 separate målinger med minst 14 dagers mellomrom, og en pause på halvannen måned fra første gang plasmakonsentrasjon er under 0,02 mg/l til befruktning skjer.

Både kolestyramin og aktivt kull kan påvirke absorpsjon av østrogener og progestogener, slik at sikker prevensjon med orale prevensjonsmidler ikke kan garanteres under akselerert eliminasjon med kolestyramin eller aktivt kull. Bruk av alternative prevensjonsmetoder anbefales.

Amming

Dyrestudier har vist utskillelse av teriflunomid i melk. Teriflunomid er kontraindisert under amming (se pkt. 4.3).

Fertilitet

Resultater fra dyrestudier har ikke vist noen påvirkning på fertilitet (se pkt. 5.3). Selv om det mangler data fra mennesker, forventes ingen påvirkning på fertilitet hos menn og kvinner.

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Teriflunomid har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Ved bivirkninger som svimmelhet, som er blitt rapportert for modersubstansen leflunomid, kan pasientens evne til å konsentrere seg og reagere riktig bli svekket. I slike tilfeller bør pasienter avstå fra å kjøre og bruke maskiner.

4.8 Bivirkninger

Sammendrag av sikkerhetsprofilen

De hyppigst rapporterte bivirkningene hos pasienter behandlet med teriflunomid (7 mg og 14 mg) var: hodepine (17,8 %, 15,7 %), diaré (13,1 %, 13,6 %), økt ALAT (13 %, 15 %), kvalme (8 %, 10,7 %) og alopesi (9,8 %, 13,5 %). Generelt var hodepine, diaré, kvalme og alopesi mild til moderat og forbigående og førte sjelden til avbrytelse av behandlingen.

Teriflunomid er hovedmetabolitten til leflunomid. Sikkerhetsprofilen til leflunomid hos pasienter som lider av revmatoid artritt eller psoriasisartritt kan være relevant ved forskriving av teriflunomid til MS-pasienter.

Bivirkningstabell

Teriflunomid ble evaluert hos totalt 2267 pasienter eksponert for teriflunomid (1155 for 7 mg teriflunomid og 1112 for 14 mg teriflunomid) én gang daglig, med medianverdi for varighet på 672 dager, i fire placebokontrollerte studier (1045 og 1002 pasienter for henholdsvis 7 mg og 14 mg teriflunomid) og en aktiv komparatorstudie (110 pasienter i hver av teriflunomidgruppene) med voksne pasienter med relapserende former av MS (Relapsing Multiple Sclerosis, RMS).

Bivirkninger rapportert for teriflunomid i placebokontrollerte studier, rapportert for 7 mg eller 14 mg teriflunomid i kliniske studier hos voksne pasienter er listet under. Frekvenser er klassifisert etter følgende definisjon: svært vanlige ($\geq 1/10$), vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$), sjeldne ($\geq 1/10\,000$ til $< 1/1000$), svært sjeldne ($< 1/10\,000$), ikke kjent (kan ikke anslås utifra tilgjengelige data). Innenfor hver frekvens er bivirkninger rangert etter synkende alvorlighetsgrad.

Organklasse-system	Svært vanlige	Vanlige	Mindre vanlige	Sjeldne	Svært sjeldne	Ikke kjent
Infeksiøse og parasittære sykdommer		Influenza. Øvre luftveis- infeksjon. Urinveis- infeksjon. Bronkitt. Sinusitt. Faryngitt. Cystitt. Viral gastroenteritt. Oral herpes. Tanninfeksjon. Laryngitt. Fotsopp (tinea pedis).	Alvorlige infeksjoner inkludert sepsis ^a			
Sykdommer i blod og lymfatiske organer		Nøytropeni ^b , Anemi.	Mild trombo- cytopeni (antall blodplater < 100 g/l)			

Organklasse-system	Svært vanlige	Vanlige	Mindre vanlige	Sjeldne	Svært sjeldne	Ikke kjent
Forstyrrelser i immunsystemet		Milde allergiske reaksjoner	Hyper-sensitivitets-reaksjoner (akutte eller forsinkede) inkludert anafylaksi og angioødem			
Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer			Dyslipidemi			
Psykiatriske lidelser		Angst				
Nevrologiske sykdommer	Hodepine	Parestesi. Isjias. Karpaltunnel-syndrom.	Hyperestesi. Nevralgi. Perifer nevropati.			
Hjertesykdommer		Hjertebank				
Karsykdommer		Hypertensjon ^b				
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum			Interstitiell lungesykdom			Pulmonal hypertensjon
Gastrointestinale sykdommer	Diaré. Kvalme.	Pankreatitt ^{b,c} . Smerter i øvre abdomen. Oppkast. Tannverk.	Stomatitt. Kolitt			
Sykdommer i lever og galleveier	Økt alanin-aminotransferase (ALAT) ^b	Økt gamma-glutamyltransferase (GGT) ^b , Økt aspartat-aminotransferase ^b		Akutt hepatitt		Legemiddel-indusert leverskade (DILI)
Hud- og underhuds-sykdommer	Alopesi	Utslett. Akne.	Negle-lidelser. Psoriasis (inkludert pustuløs psoriasis) ^{a,b} . Alvorlige hud-reaksjoner ^a			
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett		Muskel-skjelettsmerter. Myalgi. Artralgi.				
Sykdommer i nyre og urinveier		Pollakiuri				
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer		Menoragi				

Organklasse-system	Svært vanlige	Vanlige	Mindre vanlige	Sjeldne	Svært sjeldne	Ikke kjent
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjons-stedet		Smerter. Asteni				
Undersøkelser		Vekttap. Redusert antall nøytrofilceller ^b . Redusert antall hvite blodceller ^b . Økt kreatinfosfo-kinase i blodet.				
Skader, forgiftninger og komplikasjoner ved medisinske prosedyrer			Post-traumatisk smerte			

^a: se detaljert beskrivelse nedenfor

^b: se pkt. 4.4

^c: frekvensen er “vanlig” hos barn basert på en kontrollert pediatrik klinisk studie; frekvensen er “mindre vanlig” hos voksne

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

Alopesi

Alopesi ble rapportert som tynnere hår, redusert hårtetthet, hårtap, knyttet eller ikke knyttet til endringer i hårstruktur, hos 13,9 % av pasientene som ble behandlet med 14 mg teriflunomid versus 5,1 % hos pasientene som fikk placebo. De fleste tilfellene ble beskrevet som diffuse eller generaliserte over hodebunnen (intet fullstendig hårtap ble rapportert) og inntraff oftest i løpet av de første 6 månedene, med restitusjon hos 121 av 139 (87,1 %) av pasientene som ble behandlet med 14 mg teriflunomid. Seponering på grunn av alopesi var 1,3 % i gruppen med 14 mg, versus 0,1 % i placebogruppen.

Hepatisk påvirkning

I placebokontrollerte studier hos voksne pasienter ble følgende registrert:

ALAT-økning (basert på laboratorieverdier) i forhold til baseline status – sikkerhetspopulasjon i placebokontrollerte studier		
	placebo (n=997)	teriflunomid 14 mg (n=1002)
> 3 ULN	66/994 (6,6 %)	80/999 (8,0 %)
> 5 ULN	37/994 (3,7 %)	31/999 (3,1 %)
> 10 ULN	16/994 (1,6 %)	9/999 (0,9 %)
> 20 ULN	4/994 (0,4 %)	3/999 (0,3 %)
ALAT > 3 ULN og TBILI > 2 ULN	5/994 (0,5 %)	3/999 (0,3 %)

Svake økninger i transaminase, ALAT mindre enn eller lik 3 ganger ULN, ble observert hyppigere i grupper behandlet med teriflunomid sammenlignet med placebo. Frekvensen av økninger over 3 ganger ULN og høyere var likt fordelt over behandlingsgruppene. Disse transaminaseøkningene inntraff hovedsakelig i løpet av de første 6 månedene av behandlingen og var reversible etter seponering av behandlingen. Restitusjonstiden varierte fra måneder til år.

Påvirkning på blodtrykk

I placebokontrollerte studier hos voksne pasienter ble følgende fastslått:

- Systolisk blodtrykk var > 140 mmHg hos 19,9 % av pasientene som fikk 14 mg teriflunomid daglig, sammenlignet med 15,5 % som fikk placebo
- Systolisk blodtrykk var > 160 mmHg hos 3,8 % av pasientene som fikk 14 mg teriflunomid daglig, sammenlignet med 2,0 % som fikk placebo.
- Diastolisk blodtrykk var > 90 mmHg hos 21,4 % av pasientene som fikk 14 mg teriflunomid daglig, sammenlignet med 13,6 % som fikk placebo.

Infeksjoner

I placebokontrollerte studier hos voksne pasienter ble det ikke observert økning av alvorlige infeksjoner med 14 mg teriflunomid (2,7 %) sammenlignet med placebo (2,2 %). Alvorlige opportunistiske infeksjoner inntraff hos 0,2 % i hver gruppe. Alvorlige infeksjoner inkludert sepsis, noen ganger fatale, har blitt rapportert etter markedsføring.

Hematologisk påvirkning

En gjennomsnittlig reduksjon i antall hvite blodceller (WBC) (< 15 % fra baseline nivå, i hovedsak reduksjon av antall nøytrofiler og lymfocytter) ble observert i placebokontrollerte studier hos voksne pasienter med teriflunomid, selv om større reduksjon ble observert hos noen pasienter. Reduksjonen i gjennomsnittlig antall fra baseline inntraff i løpet av de første 6 ukene, og stabiliserte seg deretter over tid ved fortsatt behandling, men på redusert nivå (mindre enn 15 % reduksjon fra baseline). Påvirkningen på antall røde blodceller (RBC) (< 2 %) og blodplater (< 10 %) var mindre uttalt.

Perifer nevropati

I placebokontrollerte studier hos voksne pasienter ble perifer nevropati, inkludert både polynevropati og mononevropati (f.eks. karpaltunnelsyndrom), rapportert hyppigere hos pasienter som fikk teriflunomid enn hos pasienter som fikk placebo. I de pivotale, placebokontrollerte studiene var insidensen av perifer nevropati som ble bekreftet med nerveledningsstudier, 1,9 % (17 av 898 pasienter) for 14 mg teriflunomid, sammenlignet med 0,4 % (4 av 898 pasienter) for placebo. Behandlingen ble seponert hos 5 pasienter med perifer nevropati som fikk 14 mg teriflunomid. Det ble rapportert restitusjon hos 4 av disse pasientene etter seponering av behandlingen.

Godartede, ondartede og uspesifiserte neoplasmer (inkludert cyster og polypper)

Erfaringen fra kliniske studier tyder ikke på økt risiko for malignitet med teriflunomid. Risikoen for malignitet, spesielt lymfoproliferative lidelser, er økt ved bruk av enkelte andre midler som påvirker immunsystemet (klasseeffekt).

Alvorlige hudreaksjoner

Tilfeller av alvorlige hudreaksjoner har blitt rapportert etter markedsføring av teriflunomid (se pkt. 4.4).

Asteni

I placebokontrollerte studier hos voksne pasienter var forekomsten av asteni 2,0 %, 1,6 % og 2,2 % i henholdsvis placebogruppen, gruppen behandlet med 7 mg teriflunomid og gruppen behandlet med 14 mg teriflunomid.

Psoriasis

I placebokontrollerte studier, var forekomsten av psoriasis 0,3 %, 0,3 % og 0,4 % i henholdsvis placebogruppen, gruppen behandlet med 7 mg teriflunomid og gruppen behandlet med 14 mg teriflunomid.

Gastrointestinale sykdommer

Pankreatitt har blitt sporadisk rapportert etter markedsføring av teriflunomid hos voksne, inkludert tilfeller med nekrotiserende pankreatitt og pankreatisk pseudocyst. Pankreatiske tilfeller kan forekomme når som helst under behandlingen med teriflunomid, noe som kan føre til sykehusinnleggelse og/eller kreve korrigerende behandling.

Pediatrisk populasjon

Den observerte sikkerhetsprofilen hos pediatriske pasienter (fra 10 til 17 år) behandlet med teriflunomid daglig var generelt tilsvarende den som ble sett hos voksne pasienter. I den pedatriske studien derimot (166 pasienter: 109 i gruppen behandlet med teriflunomid og 57 i placebogruppen), var tilfeller med pankreatitt rapportert hos 1,8 % (2/109) av pasientene behandlet med teriflunomid sammenlignet med ingen i placebogruppen, i den dobbeltblindede fasen. Et av disse tilfellene førte til sykehusinnleggelse og krevde korrigerende behandling. Hos de pediatriske pasientene behandlet med teriflunomid i den åpne fasen av studien, ble 2 tilleggstilfeller av pankreatitt (en var rapportert som alvorlig, den andre var et ikke-alvorlig tilfelle med mild intensitet) og et tilfelle med alvorlig akutt pankreatitt (med pseudopapillom) rapportert. Hos to av disse tre pasientene førte pankreatitten til sykehusinnleggelse. Kliniske symptomer inkluderte abdominalsmerter, kvalme og/eller oppkast og forhøyet amylase og lipase i serum hos disse pasientene. Alle pasientene ble restituert etter seponering og prosedyre for akselerert eliminasjon (se pkt. 4.4) og korrigerende behandling.

Følgende bivirkninger ble rapportert oftere i den pediatriske populasjonen enn i den voksne populasjonen:

- Alopesi ble rapportert hos 22,0 % av pasientene behandlet med teriflunomid versus 12,3 % av pasientene behandlet med placebo.
- Infeksjoner ble rapportert hos 66,1 % av pasientene behandlet med teriflunomid versus 45,6 % av pasientene behandlet med placebo. Blant disse var nasofaryngitt og øvre luftveisinfeksjoner oftere rapportert med teriflunomid.
- Økning av CPK var rapportert hos 5,5 % av pasientene behandlet med teriflunomid versus 0 % av pasientene behandlet med placebo. De fleste av disse tilfellene var assosiert med dokumentert fysisk trening.
- Parestesi ble rapportert hos 11,0 % av pasientene behandlet med teriflunomid versus 1,8 % av pasientene behandlet med placebo.
- Abdominalsmerter ble rapportert hos 11,0 % av pasientene behandlet med teriflunomid versus 1,8 % av pasientene behandlet med placebo.

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 det nasjonale meldesystemet som beskrevet i [Appendix V](#).

4.9 Overdosering

Symptomer

Det foreligger ingen erfaring med overdosering eller forgiftning med teriflunomid hos mennesker. 70 mg teriflunomid ble gitt daglig i opptil 14 dager hos friske forsøkspersoner. Bivirkningene var i overensstemmelse med sikkerhetsprofilen for teriflunomid hos MS-pasienter.

Behandling

Ved relevant overdose eller toksisitet anbefales kolestyramin eller aktivt kull for å akselerere eliminasjonen. Den anbefalte eliminasjonsprosedyren er 8 g kolestyramin tre ganger daglig i 11 dager. Hvis dette ikke tolereres godt, kan 4 g kolestyramin tre ganger daglig i 11 dager brukes. Hvis kolestyramin ikke er tilgjengelig, kan 50 g aktivt kull to ganger daglig i 11 dager også benyttes. Administrasjon av kolestyramin eller aktivt kull behøver ikke å skje på påfølgende dager dersom det er problemer med toleransen (se pkt. 5.2).

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Immunsuppressive midler, Selektive immunsuppressive midler, ATC-kode: L04AA31.

Virkningsmekanisme

Teriflunomid er et immunmodulerende middel med antiinflammatoriske egenskaper som selektivt og reversibelt hemmer det mitokondriske enzymet dihydroorotat-dehydrogenase (DHO-DH), som knyttes funksjonelt til respirasjonsskjeden. Som en konsekvens av denne hemmingen gir teriflunomid generell reduksjon av proliferasjon av celler i rask celledeling som er avhengige av *de novo* syntese av pyrimidin for å utvikles. Den nøyaktige mekanismen for den terapeutiske virkningen av teriflunomid på MS er ikke fullt ut forstått, men den medieres av et redusert antall lymfocytter.

Farmakodynamiske effekter

Immunsystem

Påvirkninger på antall immunceller i blodet: I de placebokontrollerte studiene førte 14 mg teriflunomid én gang daglig til en svak gjennomsnittlig reduksjon av antall lymfocytter på mindre enn $0,3 \times 10^9/l$, som inntraff i løpet av de første 3 månedene av behandlingen, og nivåene ble opprettholdt til avslutning av behandlingen.

Potensiale for QT-intervallforlengelse

I en placebokontrollert grundig QT-studie som ble utført med friske forsøkspersoner, viste ikke teriflunomid ved gjennomsnittlige steady state-konsentrasjoner potensiale for å forlenge QTcF-intervallet sammenlignet med placebo: den største tidsmatchede gjennomsnittlige differansen mellom teriflunomid og placebo var 3,45 ms, med øvre grense for 90 % CI på 6,45 ms.

Påvirkning på renale tubulære funksjoner

I de placebokontrollerte studiene ble det observert gjennomsnittlige reduksjoner av serumurinsyre i området 20 til 30 % hos pasienter behandlet med teriflunomid sammenlignet med placebo. Gjennomsnittlig reduksjon i serumfosfor var ca. 10 % i teriflunomidgruppen sammenlignet med placebo. Disse effektene anses å være relatert til økning i renal tubulær ekskresjon, og ikke relatert til endringer i glomerulære funksjoner.

Klinisk effekt og sikkerhet

Effekten av teriflunomid ble vist i to placebokontrollerte studier, TEMSO og TOWER, som evaluerte doser på 7 mg og 14 mg teriflunomid én gang daglig hos voksne pasienter med RMS.

Totalt 1088 pasienter med RMS ble randomisert i TEMSO til å få 7 mg (n=366) eller 14 mg (n=359) teriflunomid eller placebo (n=363) i 108 uker. Alle pasientene hadde fått fastslått diagnosen MS (basert på McDonald-kriterier (2001)), viste et relapserende klinisk forløp, med eller uten progresjon, og hadde opplevd minst 1 attack i løpet av det siste året før studien, eller minst 2 angrep i løpet av de siste 2 årene før studien. Da de ble med i studien, hadde pasientene EDSS-score (Expanded Disability Status Scale) $\leq 5,5$. Gjennomsnittsalderen i studiepopulasjonen var 37,9 år. De fleste pasientene hadde relapserende-remitterende multipel sklerose (91,5 %), men en undergruppe pasienter hadde sekundærprogressiv (4,7 %) eller progressiv relapserende multipel sklerose (3,9 %). Gjennomsnittlig antall angrep i løpet av det siste året før inklusjon i studien var 1,4, der 36,2 % av pasientene hadde gadoliniumforsterkede lesjoner ved baseline. Median EDSS-score ved baseline var 2,50. 249 pasienter (22,9 %) hadde EDSS-score $> 3,5$ ved baseline. Gjennomsnittlig varighet av sykdommen siden første symptomer var 8,7 år. De fleste pasientene (73 %) hadde ikke fått sykdomsmodifiserende behandling i løpet av de 2 siste årene før inklusjon i studien. Studieresultatene er vist i tabell 1.

Resultater fra langtidsoppfølgingen fra TEMSO-studien, som var en utvidet langsiktig sikkerhetsstudie (samlet median behandlingsperiode var ca. 5 år, maksimal behandlingsperiode var ca. 8,5 år), viste ingen nye eller uventede sikkerhetsfunn.

Totalt 1169 pasienter med RMS ble randomisert i TOWER til å få 7 mg (n=408) eller 14 mg (n=372) teriflunomid eller placebo (n=389) med varierende varighet av behandlingen, som ble avsluttet 48 uker etter at siste pasient ble randomisert. Alle pasientene hadde fått fastslått diagnosen MS (basert på McDonald-kriterier (2005)), viste et relapserende klinisk forløp med eller uten progresjon, og hadde opplevd minst 1 attack i løpet av året før studien eller minst 2 attacker i løpet av de siste 2 årene før studien. Da de ble med i studien, hadde pasientene EDSS-score (Expanded Disability Status Scale) $\leq 5,5$.

Gjennomsnittsalderen i studiepopulasjonen var 37,9 år. De fleste pasientene hadde relapserende-remitterende multipel sklerose (97,5 %), men en undergruppe pasienter hadde sekundærprogressiv (0,8 %) eller progressiv relapserende multipel sklerose (1,7 %). Gjennomsnittlig antall attacker i løpet av det siste året før inklusjon i studien var 1,4. Det er ingen data for gadoliniumforsterkede lesjoner ved baseline. Median EDSS-score ved baseline var 2,50. 298 pasienter (25,5 %) hadde EDSS-score $> 3,5$ ved baseline. Gjennomsnittlig varighet av sykdommen siden første symptomer var 8,0 år. De fleste pasientene (67,2 %) hadde ikke fått sykdomsmodifiserende behandling i løpet av de 2 siste årene før inklusjon i studien. Studieresultatene er vist i tabell 1.

Tabell 1 - Hovedresultater (for godkjent dose, ITT-populasjon)

	TEMSO-studien		TOWER-studien	
	Teriflunomid 14 mg	Placebo	Teriflunomid 14 mg	Placebo
n	358	363	370	388
Klinisk resultater				
Årlig attackrate	0,37	0,54	0,32	0,50
Risikoforskjell (KI _{95%})	-0,17 (-0,26, -0,08)***		-0,18 (-0,27, -0,09)****	
Attakkfri _{uke 108}	56,5 %	45,6 %	57,1 %	46,8 %
Hazard ratio (KI _{95 %})	0,72 (0,58, 0,89)**		0,63 (0,50, 0,79)****	
3-måneders varig progresjon av funksjonshemming _{uke 108}	20,2 %	27,3 %	15,8 %	19,7 %
Hazard ratio (KI _{95%})	0,70 (0,51, 0,97)*		0,68 (0,47, 1,00)*	
6-måneders varig progresjon av funksjonshemming _{uke 108}	13,8 %	18,7 %	11,7 %	11,9 %
Hazard ratio (KI _{95%})	0,75 (0,50, 1,11)		0,84 (0,53, 1,33)	
MR-endepunkter			Ikke målt	
Endring i BOD _{uke 108} ⁽¹⁾	0,72	2,21		
Endring i forhold til placebo	67 %***			
Gjennomsnittlig antall Gd-forsterkede lesjoner ved uke 108	0,38	1,18		
Endring i forhold til placebo (KI _{95%})	-0,80 (-1,20, -0,39)****			
Antall unike aktive lesjoner/scan	0,75	2,46		
Endring i forhold til placebo (KI _{95%})	69 %, (59 %; 77 %)****			

**** p < 0,0001, *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05 sammenlignet med placebo

(1) BOD: burden of disease: totalt lesjonsvolum (T2 og T1 hypointense) i ml

Effekt hos pasienter med høy sykdomsaktivitet:

En konsekvent behandlingseffekt med hensyn til angrep og tid til 3-måneders vedvarende progresjon av funksjonshemming i en undergruppe pasienter med høy sykdomsaktivitet (n=127), ble observert i TEMSO. På grunn av studiedesignet var høy sykdomsaktivitet definert som 2 eller flere angrep i løpet av ett år, og med én eller flere Gd-forsterkede lesjoner ved MR av hjernen. Lignende undergruppeanalyser ble ikke gjort i TOWER, siden MR ikke ble utført.

Ingen data er tilgjengelig for pasienter som ikke har respondert på full og adekvat behandling med beta-interferon (vanligvis minst ett års behandling), som har hatt minst 1 angrep siste år under behandling, og minst 9 T2-hyperintense lesjoner ved MR av kraniet eller minst 1 Gd-forsterket lesjon, eller pasienter med uendret eller økt angrepsskive siste år sammenlignet med de foregående 2 år.

TOPIC var en dobbelblind, placebo-kontrollert studie der doser på 7 mg og 14 mg teriflunomid én gang daglig ble evaluert i opptil 108 uker hos pasienter med første kliniske demyeliniserende hendelse (gjennomsnittsalder 32,1 år). Det primære endepunktet var tid til andre kliniske episode (angrep) inntraff. Tilsammen 618 pasienter ble randomisert til å få 7 mg (n=205) eller 14 mg (n=216) teriflunomid eller placebo (n=197). Risikoen for en andre kliniske episode i løpet av 2 år var 35,9 % i placebogruppen og 24,0 % i gruppen som ble behandlet med 14 mg teriflunomid (hazard ratio 0,57, 95 % KI: 0,38 til 0,87, p=0,0087). Resultatene fra TOPIC-studien bekreftet effekten til teriflunomid ved RRMS (inkludert tidlig RRMS med første kliniske demyeliniserende hendelse og MR-lesjoner spredt i tid og plassering).

Effekten av teriflunomid ble sammenlignet med effekten av subkutan interferon beta-1a (ved anbefalt dose 44 mikrog tre ganger pr. uke) hos 324 randomiserte pasienter i en studie (TENERE) med minste behandlingsvarighet på 48 uker (maksimalt 114 uker). Risiko for svikt (bekreftet angrep eller permanent seponering av behandlingen, uavhengig av hva som kom først) var det primære endepunktet. Antall pasienter med permanent seponering av behandlingen i gruppen på 14 mg teriflunomid, var 22 av 111 (19,8 %). Årsakene var bivirkninger (10,8 %), manglende effekt (3,6 %), andre årsaker (4,5 %) og ikke mulig å følge opp (0,9 %). Antall pasienter med permanent seponering av behandlingen i gruppen på subkutan interferon beta-1a, var 30 av 104 (28,8 %). Årsakene var bivirkninger (21,2 %), manglende effekt (1,9 %), andre årsaker (4,8 %) og dårlig oppfølging av studieprotokollen (1 %). Teriflunomid 14 mg/dag var ikke bedre enn interferon beta-1a ved primært endepunkt: den beregnede andelen av pasienter med behandlingssvikt etter 96 uker ved bruk av Kaplan-Meier-metoden, var 41,1 % versus 44,4 % (14 mg teriflunomid versus interferon beta-1a, p=0,595).

Pediatrisk populasjon

Barn og ungdom (10 til 17 år)

EFC11759/TERIKIDS studien var en internasjonal dobbeltblindet, placebokontrollert studie hos pediatriske pasienter i alderen 10 til 17 år med relapserende remitterende MS som evaluerte teriflunomiddoser tatt én gang daglig (justert for å oppnå en eksponering tilsvarende en 14 mg dose hos voksne) i inntil 96 uker etterfulgt av en åpen forlengelse. Alle pasienter hadde opplevd minst 1 angrep over en periode på 1 år eller minst 2 angrep over en periode på 2 år før studien. Nevrologiske evalueringer ble utført ved screening og hver 24. uke til fullføring, og ved uplanlagte studievisitter ved mistanke om angrep. Pasienter med en klinisk angrep eller høy MRI-aktivitet på minst 5 nye, eller forstørrede T2-lesjoner på 2 konsekutive scanninger, byttet over til den åpne forlengelsen før 96 uker var gått, for å sikre aktiv behandling. Det primære endepunktet var tid til første kliniske angrep etter randomisering. Tid til første kliniske angrep eller høy MRI-aktivitet, uavhengig av hva som kom først, var predefinert som en sensitivitetsanalyse fordi det inkluderte både kliniske og MRI-betingelser, noe som kvalifiserte til bytte til den åpne delen av studien.

Totalt 166 pasienter ble randomisert i forholdet 2:1 til å motta teriflunomid (n=109) eller placebo (n=57). Da de ble med i studien hadde studiepasientene en EDSS score på $\leq 5,5$. Gjennomsnittsalder var 14,6 år, gjennomsnittsvikt var 58,1 kg, gjennomsnittlig sykdomsvarighet siden diagnose var 1,4 år og gjennomsnittlig T1 Gd-forsterkede lesjoner per MRI scan var 3,9 lesjoner ved baseline. Alle pasienter hadde relapserende remitterende MS med en median EDSS score på 1,5 ved baseline. Gjennomsnittlig behandlingsvarighet var 362 dager på placebo og 488 dager på teriflunomid. Bytte fra

den dobbeltblindede perioden til den åpne behandlingen pga. høy MRI aktivitet var hyppigere enn forventet, og hyppigere og tidligere i placebogruppen enn i teriflunomidgruppen (26 % på placebo, 13 % på teriflunomid).

Teriflunomid reduserte risikoen for klinisk attack med 34 % sammenlignet med placebo, uten å oppnå statistisk signifikans ($p=0,29$) (Tabell 2). I den predefinerte sensitivitetsanalysen oppnådde teriflunomid en statistisk signifikant reduksjon i kombinert risiko for klinisk attack eller høy MRI aktivitet med 43 % sammenlignet med placebo ($p=0,04$) (Tabell 2).

Teriflunomid reduserte signifikant antall nye og forstørrede T2-lesjoner per scan med 55 % ($p=0,0006$) (post-hoc analyse var også justert for baseline T2-tellinger: 34 %, $p=0,0446$), og antall Gadolinium-forsterkede T1-lesjoner per scan med 75 % ($p<0,0001$) (Tabell 2).

Tabell 2: Kliniske og MRI-resultater av EFC11759/TERIKIDS

Tabell 2: Kliniske og MRI-resultater av EFC11759/TERIKIDS

EFC11759 ITT populasjon	Teriflunomid (n=109)	Placebo (n=57)
Kliniske endepunkter		
Tid til første bekreftede kliniske attack, Sannsynlighet (95 % KI) for bekreftet attack ved uke 96 <i>Sannsynlighet (95 % KI) for bekreftet attack ved uke 48</i>	0,39 (0,29, 0,48) <i>0,30 (0,21, 0,39)</i>	0,53 (0,36, 0,68) <i>0,39 (0,30, 0,52)</i>
Hazard ratio (95% KI)	0,66 (0,39, 1,11)^	
Tid til første bekreftede kliniske attack eller høy MRI-aktivitet, Sannsynlighet (95 % KI) for bekreftet attack eller høy MRI-aktivitet ved uke 96 <i>Sannsynlighet (95 % KI) for bekreftet attack eller høy MRI-aktivitet ved uke 48</i>	0,51 (0,41, 0,60) <i>0,38 (0,29, 0,47)</i>	0,72 (0,58, 0,82) <i>0,56 (0,42, 0,68)</i>
Hazard ratio (95 % KI)	0,57 (0,37, 0,87)*	
MRI nøkkelpunkter		
Justert antall nye eller forstørrede T2-lesjoner, Estimat (95 % KI) <i>Estimat (95 % KI), post-hoc analyse også justert for baseline T2-tellinger</i>	4,74 (2,12, 10,57) <i>3,57 (1,97, 6,46)</i>	10,52 (4,71, 23,50) <i>5,37 (2,84, 10,16)</i>
Relativ risiko (95 % KI) Relativ risiko (95 % KI), <i>post-hoc analyse også justert for baseline T2-tellinger</i>	0,45 (0,29, 0,71)** <i>0,67 (0,45, 0,99)*</i>	
Justert antall T1 Gd-forsterkede lesjoner, Estimat (95 % KI)	1,90 (0,66, 5,49)	7,51 (2,48, 22,70)
Relativ risiko (95 % KI)	0,25 (0,13, 0,51)***	
^p ≥ 0,05 sammenlignet med placebo, * p < 0,05, ** p < 0,001, *** p < 0,0001 Sannsynlighet var basert på Kaplan-Meier estimator og uke 96 var slutten av behandlingen (EOT).		

Det europeiske legemiddelkontoret (the European Medicines Agency) har gitt unntak fra forpliktelsen til å presentere resultater fra studier med referansepreparatet som inneholder teriflunomid, hos barn i alderen 0 til 10 år ved behandling av multipel sklerose (se pkt. 4.2 for informasjon om pediatrisk bruk).

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Absorpsjon

Median tid til maksimal plasmakonsentrasjon inntreffer mellom 1 til 4 timer etter inntatt dose etter gjentatt oral administrasjon av teriflunomid, med høy biotilgjengelighet (ca. 100 %).

Mat har ingen klinisk relevant effekt på farmakokinetikken til teriflunomid.

Utifra de beregnede, gjennomsnittlige farmakokinetiske parameterne fra den populasjonsfarmakokinetiske analysen (PopPK) der det ble brukt data fra friske frivillige og MS-pasienter, er det en langsom tilnærming til steady state-konsentrasjonen (dvs. ca. 100 dager (3,5 måneder) til 95 % av steady state-konsentrasjonen var oppnådd), og den beregnede AUC-akkumuleringsraten er ca. 34 ganger.

Distribusjon

Teriflunomid blir i stor grad bundet til plasmaprotein (> 99 %), sannsynligvis albumin, og blir i hovedsak distribuert i plasma. Distribusjonsvolumet er 11 l etter en enkelt intravenøs (IV) administrasjon. Dette er imidlertid sannsynligvis et for lavt estimat, siden omfattende organdistribusjon ble observert hos rotter.

Biotransformasjon

Teriflunomid blir metabolisert i moderat grad og er den eneste komponenten som påvises i plasma. Hydrolyse er den primære biotransformasjonsmekanismen for teriflunomid, mens oksidasjon er mindre viktig. Sekundære mekanismer omfatter oksidasjon, N-acetylering og sulfatkonjugering.

Eliminasjon

Teriflunomid skilles ut gjennom mage-tarmkanalen, i hovedsak via gallen som uendret virkestoff og høyst sannsynlig ved direkte sekresjon. Teriflunomid er et substrat for tømningstransportøren BCRP, som kan være involvert i direkte sekresjon. I løpet av 21 dager blir 60,1 % av den administrerte dosen utskilt via feces (37,5 %) og urin (22,6 %). Etter prosedyren for akselerert eliminasjon med kolestyramin, ble ytterligere 23,1 % funnet (for det meste i feces). Basert på individuell beregning av farmakokinetiske parametere ved bruk av PopPK-modellen for teriflunomid hos friske frivillige og MS-pasienter, var medianverdien for $t_{1/2z}$ ca. 19 dager etter gjentatte doser på 14 mg. Etter en enkelt intravenøs administrasjon er total kroppsclearance for teriflunomid 30,5 ml/t.

Prosedyre for akselerert eliminasjon: kolestyramin og aktivt kull

Eliminasjonen av teriflunomid fra sirkulasjonen kan akselereres ved administrasjon av kolestyramin eller aktivt kull, sannsynligvis ved avbrytelse av den intestinale reabsorpsjonsprosessen. Teriflunomidkonsentrasjoner målt under en 11 dagers akselerert eliminasjonsprosedyre for teriflunomid, enten med 8 g kolestyramin tre ganger pr. dag, 4 g kolestyramin tre ganger daglig eller 50 g aktivt kull to ganger daglig etter avbrutt teriflunomidbehandling, har vist at disse regimene effektivt akselererer eliminasjonen av teriflunomid, og førte til mer enn 98 % reduksjon i plasmakonsentrasjonen av teriflunomid, hvorav kolestyramin ga raskere resultat enn aktivt kull. Etter avsluttet behandling med teriflunomid og administrasjon av 8 g kolestyramin tre ganger daglig er plasmakonsentrasjonen til teriflunomid redusert med 52 % ved slutten av dag 1, 91 % ved slutten av dag 3, 99,2 % ved slutten av dag 7 og 99,9 % ved fullføringen på dag 11. Valget mellom de 3 eliminasjonsprosedyrene bør baseres på pasientens toleranse. Hvis 8 g kolestyramin tre ganger daglig ikke tolereres godt, kan 4 g kolestyramin tre ganger daglig benyttes. Alternativt kan aktivt kull også brukes (de 11 dagene trenger ikke være påfølgende, med mindre det er behov for å redusere plasmakonsentrasjonen av teriflunomid raskt).

Linearitet/ikke-linearitet

Systemisk eksponering øker proporsjonalt med dosen etter oral administrasjon av teriflunomid fra 7 til 14 mg.

Egenskaper hos bestemte pasientgrupper

Kjønn og eldre

Flere kilder til iboende variabilitet ble identifisert hos friske frivillige personer og MS-pasienter i PopPK-analysen: alder, kroppsvekt, kjønn, etnisitet, samt nivåer av albumin og bilirubin. Likevel var innflytelsen av disse begrenset ($\leq 31\%$).

Nedsatt leverfunksjon

Svakt og moderat nedsatt leverfunksjon hadde ingen innvirkning på farmakokinetikken til teriflunomid. Det forventes derfor ingen dosejustering hos pasienter med lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Teriflunomid er imidlertid kontraindisert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (se pkt. 4.2 og 4.3).

Nedsatt nyrefunksjon

Alvorlig nedsatt nyrefunksjon hadde ingen innvirkning på farmakokinetikken til teriflunomid. Det forventes derfor ingen dosejustering hos pasienter med lett, moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Pediatrisk populasjon

Hos pediatriske pasienter med en kroppsvekt > 40 kg behandlet med 14 mg én gang daglig, var steady state eksponering i området som ble observert hos voksne pasienter behandlet med samme doseringsregime.

Hos pediatriske pasienter med en kroppsvekt ≤ 40 kg, førte behandling med 7 mg én gang daglig (basert på begrensede kliniske data og simuleringer) til steady state eksponeringer i området som ble observert hos voksne pasienter behandlet med 14 mg én gang daglig.

Observerte steady state bunnkonsentrasjoner (trough) varierte veldig mellom individer, slik som hos voksne MS-pasienter.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Gjentatt-doseringstoksisitet

Gjentatt oral administrasjon av teriflunomid til mus, rotter og hunder i opptil henholdsvis 3, 6 og 12 måneder viste at hovedorganene for toksisitet var benmarg, lymfoide organer, munnhule/magetarmkanal, reproduksjonsorganer og bukspyttkjertel. Evidens for en oksidativ påvirkning på røde blodceller ble også observert. Anemi, redusert antall blodplater og påvirkninger på immunsystemet, inkludert leukopeni, lymfopeni og sekundære infeksjoner, var relatert til påvirkningene på benmargen og/eller lymfoide organer. De fleste påvirkningene gjenspeiler den grunnleggende virkningsmekanismen til forbindelsen (hemming av celledeling). Dyr er mer følsomme for farmakologien, og derfor for toksisiteten, til teriflunomid enn mennesker. Toksisitet hos dyr ble følgelig sett ved eksponering tilsvarende, eller under, terapeutisk nivå hos mennesker.

Genotoksisk og karsinogen potensial

Teriflunomid var ikke mutagent *in vitro* eller klastogent *in vivo*. Klastogenitet observert *in vitro* ble ansett for å være en indirekte effekt relatert til ubalanse i nukleotidpoolen som følge av farmakologien til DHO-DH-hemming. Den mindre viktige metabolitten TFMA (4-trifluormetylanilin) forårsaket mutagenitet og klastogenitet *in vitro*, men ikke *in vivo*.

Det ble ikke observert evidens for karsinogenitet hos rotter og mus.

Reproduksjonstoksisitet

Fertiliteten hos rotter ble ikke påvirket til tross for bivirkninger av teriflunomid på reproduksjonsorganer hos hanner, inkludert redusert antall spermier. Det var ingen eksterne misdannelser hos avkommet til hannrotter som hadde fått teriflunomid før paring med ubehandlede hunnrotter. Teriflunomid var embryotoksisk og teratogent hos rotter og kaniner ved doser i det terapeutiske området for mennesker. Bivirkninger hos avkommet ble også observert når teriflunomid ble administrert til drektige rotter under drektighetsforløpet og amming. Risikoen for embryoføtal toksisitet overført fra mannen ved teriflunomidbehandling anses som lav. Kvinnens anslåtte plasmaeksposering via sæden til en behandlet pasient, forventes å være 100 ganger lavere enn plasmaeksposeringen etter 14 mg teriflunomid oralt.

Juvenil toksisitet

Juvenile rotter som fikk teriflunomid oralt i 7 uker fra diegiving til seksuell modning viste ingen effekter på vekst, fysisk eller nevrologisk utvikling, læring og hukommelse, lokomotorisk aktivitet, seksuell utvikling eller fertilitet. Bivirkninger bestod av anemi, reduksjon av lymfoid respons, doseavhengig forminsket T-celle avhengig antistoffrespons og en svært reduserte IgM og IgG konsentrasjoner, som generelt sett samsvarer med observasjoner i toksisitetstester ved gjentatt dosering hos voksne rotter. Økningen i B-celler observert hos juvenile rotter var derimot ikke observert hos voksne rotter. Signifikansen av denne forskjellen er ikke kjent, men komplett reversibilitet ble demonstrert som for de fleste andre funn. Grunnet dyrs høye sensitivitet for teriflunomid, ble juvenile rotter eksponert for lavere nivåer enn barn og voksne ved maksimal anbefalt human dose (MRHD).

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Hjelpestoffer

Tablettkjerne

Laktosemonohydrat
Maisstivelse
Mikrokrystallinsk cellulose (E460i)
Natriumstivelseglykolat (type A)
Hydroksypropylcellulose (E463)
Magnesiumstearat (E470b)
Kolloidal, vannfri silika

Tablettddrasjering

Hypromellose (E464)
Titandioksid (E171)
Makrogol 6000 (E1521)
Talkum (E553b)
Indigokarmin aluminiumsfarge (E132)

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant.

6.3 Holdbarhet

2 år

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Oppbevares ved høyst 25 °C.

6.5 Emballasje (type og innhold)

Blisterpakninger av OPA/aluminium/PVC-aluminium inneholdende 28 eller 84 tabletter og perforerte endoseblistere på 28 x 1, 84 x 1 eller 98 x 1.

Flasker i polyetylen med høy tetthet (HDPE) med skrulukking i polypropylen (PP) i pakninger på 84 eller 98 tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon

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

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Mylan Pharmaceuticals Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
Dublin
Irland

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

EU/1/22/1698/001
EU/1/22/1698/002
EU/1/22/1698/003
EU/1/22/1698/004
EU/1/22/1698/005
EU/1/22/1698/006
EU/1/22/1698/007

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 09. november 2022

10. OPPDATERINGSDATO

Detaljert informasjon om dette legemidlet er tilgjengelig på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (the European Medicines Agency) <http://www.ema.europa.eu>.

VEDLEGG II

- A. TILVIRKER(E) ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE**
- B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE
LEVERANSE OG BRUK**
- C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL
MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**
- D. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE
SIKKER OG EFFEKTIV BRUK AV LEGEMIDLET**

A. TILVIRKER ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE

Navn og adresse til tilvirker ansvarlig for batch release

Mylan Hungary Kft

Mylan utca 1

Komárom

H-2900

Ungarn

Mylan Germany GmbH

Zweigniederlassung Bad

Homburg Benzstrasse 1

Bad Homburg v. d. Höhe

61352

Tyskland

B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE LEVERANSE OG BRUK

Legemiddel underlagt begrenset forskrivning (se Vedlegg I, Preparatomtale, pkt. 4.2).

C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

• Periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter (PSUR-er)

Kravene for innsendelse av periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter (PSUR-er) for dette legemidlet er angitt i EURD-listen (European Union Reference Date list), som gjort rede for i Artikkel 107c(7) av direktiv 2001/83/EF og i enhver oppdatering av EURD-listen som publiseres på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (the European Medicines Agency).

D. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE SIKKER OG EFFEKTIV BRUK AV LEGEMIDLET

• Risikohåndteringsplan (RMP)

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal gjennomføre de nødvendige aktiviteter og intervensjoner vedrørende legemiddelovervåkning spesifisert i godkjent RMP presentert i Modul 1.8.2 i markedsføringstillatelsen samt enhver godkjent påfølgende oppdatering av RMP.

En oppdatert RMP skal sendes inn:

- på forespørsel fra Det europeiske legemiddelkontoret (the European Medicines Agency);
- når risikohåndteringssystemet er modifisert, spesielt som resultat av at det fremkommer ny informasjon som kan lede til en betydelig endring i nytte/risiko profilen eller som resultat av at en viktig milepel (legemiddelovervåkning eller risikominimering) er nådd.

• Andre risikominimeringsaktiviteter

Før lansering i hvert medlemsland skal innehaver av markedsføringstillatelsen (MAH) bli enig med det enkelte lands myndighet om et opplæringsprogram.

MAH skal sikre, etter diskusjon og enighet med myndigheter i hvert medlemsland der terifluomid markedsføres, ved lansering og etter lansering, at alt helsepersonell som forventes å forskrive terifluomid får tilgang til følgende materiell:

- Preparatomtale (SPC)
- Veiledning for helsepersonell
- Pasientkort

Veiledningen for helsepersonell vil inkludere følgende nøkkelementer:

1. Helsepersonell bør diskutere de spesifikke sikkerhetsaspektene ved terifluomid beskrevet nedenfor med pasientene, inkludert kontroller og forsiktighetsregler som er nødvendig for sikker bruk ved første forskrivning, og regelmessig under behandling:

- Risiko for hepatisk påvirkning
 - Leverfunksjonsprøver er nødvendig før oppstart av behandling og regelmessig under behandling.
 - Pasientene må informeres om tegn og symptomer på leversykdom, og viktigheten av å rapportere disse til helsepersonell dersom de inntreffer.
 - Potensiell risiko for teratogenese
 - Kvinner i fertil alder, inkludert ungdom/deres foreldre-omsorgspersoner, må påminnes om at terifluomid er kontraindisert hos gravide kvinner og hos fertile kvinner som ikke bruker effektiv prevensjon under og etter behandling.
 - Mulig graviditet må undersøkes regelmessig hos kvinnelige pasienter inkludert pasienter under 18 år.
 - Jenter og/eller deres foreldre/omsorgspersoner må informeres om nødvendigheten av å kontakte forskrivende lege umiddelbart ved første menstruasjon under behandling med terifluomid. Rådgivning om prevensjon og potensielle risikoer på fosteret bør gis til nye pasienter i fertil alder.
 - Graviditetstest må tas før oppstart av behandling.
 - Fertile kvinner må informeres om nødvendigheten av å bruke sikker prevensjon under og etter behandling med terifluomid.
 - Kvinnelige pasienter må påminnes om at legen må informeres straks dersom bruk av prevensjon avsluttes, eller før endring av prevensjonsmetode.
 - Dersom en kvinne blir gravid til tross for bruk av prevensjon, skal terifluomid seponeres og lege kontaktes omgående. Legen bør:
 - vurdere og diskutere akselerert eliminasjonsprosedyre med pasienten
 - rapportere alle graviditetstilfeller til Viatris AS ved å ringe +47 66 75 33 00 eller gå inn på <https://www.viatrisconnect.com/>, uavhengig av observerte bivirkninger.
 - Risiko for hypertensjon
 - Sjekk om pasienten har hypertensjon i sykdomshistorien og om evt. hypertensjon er tilfredsstillende kontrollert under behandlingen.
 - Nødvendigheten av blodtrykkskontroll før oppstart av behandling og regelmessig under behandling.
 - Risiko for hematologisk påvirkning
 - Diskuter risikoen for redusert antall blodceller (påvirker hovedsakelig hvite blodceller) og nødvendigheten av total blodtelling før oppstart av behandling og regelmessig under behandling, basert på tegn og symptomer.
 - Risiko for infeksjoner/alvorlige infeksjoner
 - Diskutere nødvendigheten av å kontakte lege dersom tegn/symptomer på infeksjon oppstår, eller dersom pasienten tar andre legemidler som påvirker immunsystemet. Ved alvorlig infeksjon skal akselerert eliminasjonsprosedyre vurderes.
2. Påminnelse om å dele ut pasientkortet til pasient/juridisk representant, inkludert legens kontaktdetaljer, og å dele ut erstatningskort hvis nødvendig.
 3. Påminnelse om å diskutere innholdet i pasientkortet med pasienten/juridisk representant ved hver konsultasjon, minst en gang i året under behandlingen.
 4. Oppfordre pasientene til å kontakte MS-lege og/eller fastlege dersom de opplever noen av tegnene eller symptomene listet opp i pasientkortet.
 5. Ved fornyelse av resept skal kontroll av bivirkninger, diskusjon av pågående risiko og forebygging av disse, og kontroll av at fullgod monitorering utføres.

Pasientkortet er i samsvar med produktinformasjonen og inneholder følgende nøkkelementer:

1. En påminnelse til pasienten og til alt helsepersonell som er involvert i behandlingen om at pasienten behandles med teriflunomid, et legemiddel som:
 - ikke skal brukes av gravide kvinner.
 - nødvendiggjør samtidig bruk av sikker prevensjon hos fertile kvinner.
 - nødvendiggjør graviditetstest før oppstart av behandling.
 - påvirker leverfunksjon.
 - påvirker blodtelling og immunsystemet.
2. Informasjon for opplæring av pasienten om viktige bivirkninger:
 - Om å være spesielt oppmerksom på spesifikke tegn og symptomer som kan tyde på leversykdom eller infeksjon, og å ta kontakt med lege straks dersom noen av disse oppstår.
 - Påminne kvinnelige pasienter om å informere lege ved amming.
 - En påminnelse til fertile kvinner, inkludert jenter og deres foreldre/omsorgspersoner:
 - om å bruke sikker prevensjon under og etter behandling med teriflunomid.
 - om at legen vil sørge for rådgivning om potensiell risiko for fosteret og behovet for sikker prevensjon.
 - om å stoppe behandlingen med teriflunomid umiddelbart og ta kontakt med lege ved mistanke om graviditet.
 - Ved graviditet:
 - Påminnelse til pasienter og helsepersonell om prosedyren for akselerert eliminasjon
 - Påminnelse om å vise pasientkortet til leger/helsepersonell som er involvert i deres medisinske behandling (spesielt i tilfelle medisinsk akuttbehandling og/eller dersom nye leger/helsepersonell blir involvert).
 - Om å registrere første behandlingsdato og forskrivende leges kontaktinformasjon.
3. Oppfordring om å lese pakningsvedlegget nøye.

VEDLEGG III
MERKING OG PAKNINGSVEDLEGG

A. MERKING

OPPLYSNINGER, SOM SKAL ANGIS PÅ YTRE EMBALLASJE**YTTERKARTONG****1. LEGEMIDLETS NAVN**

Teriflunomide Mylan 14 mg tabletter, filmdrasjerte
teriflunomid

2. DEKLARASJON AV VIRKESTOFF(ER)

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 14 mg teriflunomid.

3. LISTE OVER HJELPESTOFFER

Inneholder laktose.
Se pakningsvedlegget for mer informasjon.

4. LEGEMIDDELFORM OG INNHOLD

Tabletter, filmdrasjerte

28 tabletter
84 tabletter
28 x 1 tabletter
84 x 1 tabletter
98 x 1 tabletter

5. ADMINISTRASJONSMÅTE OG -VEI(ER)

Oral bruk.
Les pakningsvedlegget før bruk.

6. ADVARSEL OM AT LEGEMIDLET SKAL OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN

Oppbevares utilgjengelig for barn.

7. EVENTUELLE ANDRE SPESIELLE ADVARSLER**8. UTLØPSDATO**

EXP

9. OPPBEVARINGSBETINGELSER

Oppbevares ved høyst 25 °C.

**10. EVENTUELLE SPESIELLE FORHOLDSREGLER VED DESTRUKSJON AV
UBRUKTE LEGEMIDLER ELLER AVFALL****11. NAVN OG ADRESSE PÅ INNEHAVEREN AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

Mylan Pharmaceuticals Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
DUBLIN
Irland

12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

EU/1/22/1698/001
EU/1/22/1698/002
EU/1/22/1698/003
EU/1/22/1698/004
EU/1/22/1698/005

13. PRODUKSJONSNUMMER

Lot

14. GENERELL KLASSIFIKASJON FOR UTLEVERING**15. BRUKSANVISNING****16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT**

Teriflunomide Mylan 14 mg

17. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – TODIMENSJONAL STREKKODE

Todimensjonal strekkode, inkludert unik identitet

18. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – I ET FORMAT LESBART FOR MENNESKER

PC
SN
NN

**OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ YTRE EMBALLASJE OG INDRE EMBALLASJE
FLASKE (MED ELLER UTEN KARTONG)**

1. LEGEMIDLETS NAVN

Teriflunomide Mylan 14 mg tabletter, filmdrasjerte
teriflunomid

2. DEKLARASJON AV VIRKESTOFF(ER)

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 14 mg teriflunomid.

3. LISTE OVER HJELPESTOFFER

Inneholder laktose.
Se pakningsvedlegget for mer informasjon.

4. LEGEMIDDELFORM OG INNHOLD (PAKNINGSSTØRRELSE)

Tabletter, filmdrasjerte

84 tabletter

98 tabletter

5. ADMINISTRASJONSMÅTE OG -VEI(ER)

Les pakningsvedlegget før bruk.
Oral bruk

**6. ADVARSEL OM AT LEGEMIDLET SKAL OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR
BARN**

Oppbevares utilgjengelig for barn.

7. EVENTUELLE ANDRE SPESIELLE ADVARSLER

8. UTLØPSDATO

EXP

9. OPPBEVARINGSBETINGELSER

Oppbevares ved høyst 25 °C.

10. EVENTUELLE SPESIELLE FORHOLDSREGLER VED DESTRUKSJON AV UBRUKTE LEGEMIDLER ELLER AVFALL

11. NAVN OG ADRESSE PÅ INNEHAVEREN AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN
--

Mylan Pharmaceuticals Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
DUBLIN
Irland

12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)
--

EU/1/22/1698/006
EU/1/22/1698/007

13. PRODUKSJONSNUMMER

Lot

14. GENERELL KLASSEFIKASJON FOR UMLEVERING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT
--

Teriflunomide Mylan

17. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – TODIMENSJONAL STREKKODE

Todimensjonal strekkode, inkludert unik identitet

18. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – I ET FORMAT LESBART FOR MENNESKER

PC
SN
NN

MINSTEKRAV TIL OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ BLISTER ELLER STRIP BLISTER
--

1. LEGEMIDLETS NAVN

Teriflunomide Mylan 14 mg tabletter
teriflunomid

2. NAVN PÅ INNEHAVEREN AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN
--

Mylan Pharmaceuticals Limited

3. UTLØPSDATO

EXP

4. PRODUKSJONSNUMMER

Lot

5. ANNET

Oral bruk

B. PAKNINGSVEDLEGG

Pakningsvedlegg: Informasjon til pasienten

Teriflunomide Mylan 14 mg filmdrasjerte tabletter teriflunomid

Les nøye gjennom dette pakningsvedlegget før du begynner å bruke dette legemidlet. Det inneholder informasjon som er viktig for deg.

- Ta vare på dette pakningsvedlegget. Du kan få behov for å lese det igjen.
- Spør lege eller apotek hvis du har flere spørsmål eller trenger mer informasjon.
- Dette legemidlet er skrevet ut kun til deg. Ikke gi det videre til andre. Det kan skade dem, selv om de har symptomer på sykdom som ligner dine.
- Kontakt lege eller apotek dersom du opplever bivirkninger, inkludert mulige bivirkninger som ikke er nevnt i dette pakningsvedlegget. Se avsnitt 4.

I dette pakningsvedlegget finner du informasjon om:

1. Hva Teriflunomide Mylan er og hva det brukes mot
2. Hva du må vite før du bruker Teriflunomide Mylan
3. Hvordan du bruker Teriflunomide Mylan
4. Mulige bivirkninger
5. Hvordan du oppbevarer Teriflunomide Mylan
6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

1. Hva Teriflunomide Mylan er og hva det brukes mot

Hva Teriflunomide Mylan er

Teriflunomide Mylan inneholder virkestoffet teriflunomid, som er et immunmodulerende legemiddel og regulerer immunsystemet for å begrense immunsystemets angrep på nervesystemet.

Hva Teriflunomide Mylan brukes mot

Teriflunomide brukes hos voksne og hos barn og ungdom (10 år og eldre) til å behandle attackkvis multippel sklerose (MS).

Hva multippel sklerose er

MS er en langvarig sykdom som påvirker sentralnervesystemet (CNS). CNS består av hjernen og ryggmargen. Ved multippel sklerose ødelegges det beskyttende laget (kalt myelin) rundt nervene i CNS av en betennelse. Denne ødeleggelsen av myelin kalles demyelinisering. Dette hindrer nervene i å fungere ordentlig.

Personer med attackkvis multippel sklerose vil ha gjentatte angrep (anfall) med fysiske symptomer som skyldes at nervene ikke fungerer ordentlig. Disse symptomene varierer fra pasient til pasient, men omfatter vanligvis:

- vansker med å gå
- problemer med synet
- problemer med balansen

Symptomer kan forsvinne helt når anfallet er over, men over tid kan noen problemer vedvare mellom anfallene. Dette kan forårsake fysisk funksjonsnedsettelse som kan påvirke dine daglige aktiviteter.

Hvordan Teriflunomide Mylan virker

Teriflunomide Mylan hjelper til med å beskytte sentralnervesystemet mot angrep fra immunsystemet ved å begrense økningen av noen hvite blodceller (lymfocytter). Dette begrenser betennelsen som fører til nerveskade ved MS.

2. Hva du må vite før du bruker Teriflunomide Mylan

Bruk ikke Teriflunomide Mylan:

- dersom du er allergisk overfor teriflunomid eller noen av de andre innholdsstoffene i dette legemidlet (listet opp i avsnitt 6),
- dersom du har hatt alvorlig hudutslett eller hudavskalling, blemmer og/eller sår i munnen etter å ha tatt teriflunomid eller leflunomid,
- dersom du har alvorlige leverproblemer,
- dersom du er gravid, tror at du kan være gravid eller ammer,
- dersom du har en alvorlig lidelse som påvirker immunsystemet ditt f.eks. ervervet immunsviktsyndrom (AIDS),
- dersom du har alvorlige problemer med benmargen, eller hvis du har et lavt antall av røde eller hvite blodceller eller redusert antall blodplater,
- dersom du lider av en alvorlig infeksjon,
- dersom du har alvorlige nyreproblemer som krever dialyse,
- dersom du har veldig lave nivåer av proteiner i blodet ditt (hypoproteinemi).

Hvis du er usikker, snakk med lege eller apotek før du bruker dette legemidlet.

Advarsler og forsiktighetsregler

Snakk med lege eller apotek før du bruker Teriflunomide Mylan dersom:

- du har problemer med leveren og/eller inntar betydelige mengder alkohol. Legen din vil ta blodprøver før og under behandling for å sjekke hvor godt leveren fungerer. Hvis resultatet av prøvene viser et problem med leveren din, kan legen stoppe behandlingen med Teriflunomide Mylan. Se avsnitt 4.
- du har høyt blodtrykk (hypertensjon), uavhengig av om det er kontrollert med legemidler eller ikke. Teriflunomide Mylan kan forårsake økt blodtrykk. Legen vil kontrollere blodtrykket ditt før oppstart av behandling og deretter regelmessig. Se avsnitt 4.
- du har en infeksjon. Før du tar Teriflunomide Mylan, vil legen kontrollere at det er mange nok hvite blodceller og blodplater i blodet ditt. Siden Teriflunomide Mylan reduserer antall hvite blodceller i blodet, vil dette påvirke evnen din til å bekjempe infeksjonen. Legen kan ta blodprøver for å kontrollere de hvite blodcellene dine hvis du tror at du har en infeksjon. Se avsnitt 4.
- du har alvorlige hudreaksjoner.
- du har luftveissymptomer.
- du føler deg svak, nummen eller har smerter i hender og føtter.
- du skal ta en vaksine.
- du tar leflunomid sammen med Teriflunomide Mylan.
- du bytter til eller fra Teriflunomide Mylan.
- du skal ta en spesiell blodprøve (måling av kalsiumverdi). Feilaktig lave kalsiumverdier kan forekomme.

Luftveisreaksjoner

Snakk med lege dersom du opplever uforklarlig hoste eller kortpustethet (dyspné). Legen kan utføre tilleggsundersøkelser.

Barn og ungdom

Teriflunomid Mylan er ikke beregnet for bruk hos barn under 10 år, ettersom det ikke har blitt undersøkt hos MS-pasienter i denne aldersgruppen.

Advarslene og forsiktighetsreglene listet over gjelder også barn. Følgende informasjon er viktig for barn og deres omsorgspersoner:

- betennelse i bukspyttkjertelen har blitt observert hos pasienter som får teriflunomid. Det kan være at legen til barnet ditt vil ta noen blodprøver ved mistanke om betennelse i bukspyttkjertelen.

Andre legemidler og Teriflunomide Mylan

Snakk med lege eller apotek dersom du bruker, nylig har brukt eller planlegger å bruke andre legemidler. Dette gjelder også reseptfrie legemidler.

Spesielt bør du informere lege eller apotek hvis du bruker noe av det følgende:

- leflunomid, metotreksat og andre legemidler som påvirker immunsystemet (kalles ofte immunsuppressive midler eller immunmodulatorer)
- rifampicin (et legemiddel som brukes til behandling av tuberkulose og andre infeksjoner)
- karbamazepin, fenobarbital, fenytoin mot epilepsi
- johannesurt (et naturlegemiddel mot depresjon)
- repaglinid, pioglitazon, nateglinid eller rosiglitazon mot diabetes
- daunorubicin, doksorubicin, paklitaxel eller topotekan mot kreft
- duloksetin mot depresjon, urininkontinens eller nyresykdom hos diabetikere
- alosetron for behandling av alvorlig diaré
- teofyllin mot astma
- tizanidin, et muskelavslappende middel
- warfarin, et antikoagulasjonsmiddel som brukes til å gjøre blodet tynnere (dvs. mer lettflytende) for å unngå blodpropp
- orale prevensjonsmidler (inneholder etinyløstradiol og levonorgestrel)
- cefaklor, benzylpenicillin (penicillin G), ciprofloxacin mot infeksjoner
- indometacin, ketoprofen mot smerte eller betennelse
- furosemid mot hjertesykdom
- cimetidin for å redusere magesyre
- zidovudin mot hiv-infeksjon
- rosuvastatin, simvastatin, atorvastatin, pravastatin mot hyperkolesterolemi (høyt kolesterol)
- sulfasalazin mot inflammatorisk tarmsykdom eller revmatoid artritt
- kolestyramin mot høyt kolesterol, eller mot kløe ved leversykdom
- aktivt kull for redusert opptak av legemidler eller andre stoffer

Graviditet og amming

Ikke ta Teriflunomide Mylan hvis du er eller tror du kan være **gravid**. Hvis du er gravid, eller blir gravid mens du tar Teriflunomide Mylan, er det økt risiko for å få et barn med medfødt misdannelse. Kvinner som kan bli gravide må ikke ta dette legemidlet uten å bruke sikker prevensjon.

Dersom barnet/ungdommen din får menstruasjon når hun tar teriflunomid, skal du informere lege, som vil sørge for rådgivning om prevensjon og de potensielle risikoene ved graviditet.

Snakk med legen dersom du planlegger å bli gravid etter å ha stoppet behandlingen med Teriflunomide Mylan, da du må være sikker på at det meste av dette legemidlet er ute av kroppen din før du prøver å bli gravid. Naturlig utskillelse av virkestoffet kan ta opptil to år. Denne tiden kan reduseres til noen få uker ved at du tar visse legemidler som gjør at Teriflunomide Mylan fjernes raskere fra kroppen.

Uansett bør det bekreftes med en blodprøve at virkestoffet har blitt fjernet fra kroppen i tilstrekkelig grad, og du trenger bekreftelse fra behandlende lege på at nivået av Teriflunomide Mylan i blodet er tilstrekkelig lavt til at du kan bli gravid.

For mer informasjon om laboratorietester, ta kontakt med legen.

Hvis du får mistanke om at du er gravid mens du tar Teriflunomide Mylan, eller de neste to årene etter at du har sluttet med behandlingen, må du stoppe bruken av Teriflunomide Mylan og kontakte legen **umiddelbart** for en graviditetstest. Hvis testen bekrefter at du er gravid, kan det hende at legen foreslår behandling med visse legemidler for å fjerne Teriflunomide Mylan raskt og i tilstrekkelig grad fra kroppen, da dette kan redusere risikoen for barnet.

Prevensjon

Du må bruke sikker prevensjon under og etter behandling med Teriflunomide Mylan. Teriflunomid blir værende i blodet i lang tid etter at du har sluttet å ta det. Forsett å bruke sikker prevensjon etter at du slutter med behandlingen.

- Gjør dette til nivået av Teriflunomide Mylan i blodet er tilstrekkelig lavt – legen vil sjekke dette.
- Snakk med legen om hvilken prevensjonsmetode som er best for deg, og om du eventuelt har behov for å bytte prevensjon.

Ikke ta Teriflunomide Mylan når du ammer, siden teriflunomid går over i morsmelken.

Kjøring og bruk av maskiner

Teriflunomide Mylan kan gjøre deg svimmel, noe som kan påvirke din evne til å konsentrere deg og reagere. Hvis dette gjelder deg, bør du ikke kjøre eller bruke maskiner.

Teriflunomide Mylan inneholder laktose

Teriflunomide Mylan inneholder laktose (en type sukker). Dersom legen din har fortalt deg at du har en intoleranse overfor noen sukkertyper, bør du kontakte legen din før du tar dette legemidlet.

Teriflunomide Mylan inneholder natrium

Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) i hver tablett, og er så godt som 'natriumfritt'.

3. Hvordan du bruker Teriflunomide Mylan

En lege som har erfaring med behandling av multippel sklerose vil ha tilsyn med behandlingen med Teriflunomide Mylan.

Bruk alltid dette legemidlet nøyaktig slik legen har fortalt deg. Kontakt lege hvis du er usikker.

Voksne

Den anbefalte dosen er én 14 mg teriflunomidtablett daglig.

Barn og ungdom (10 år og over)

Dosen avhenger av kroppsvekt:

- Barn som veier over 40 kg: én 14 mg tablett daglig.
- Barn som veier under eller lik 40 kg: én 7 mg tablett daglig.

Teriflunomid 7 mg styrke markedsføres ikke av Mylan Pharmaceuticals Limited, men kan være tilgjengelig fra andre innehavere av markedsføringstillatelse.

Barn og ungdom som oppnår en stabil kroppsvekt over 40 kg vil bli instruert av legen deres til å bytte til én 14 mg tablett daglig.

Administrasjonsmåte

Teriflunomide Mylan er til oral bruk (tas gjennom munnen). Teriflunomide Mylan tas hver dag som en enkeltdose når som helst på dagen.

Du bør svelge tablettene hel med litt vann.

Teriflunomide Mylan kan tas med eller uten mat.

Dersom du tar for mye av Teriflunomide Mylan

Hvis du har tatt for mye av Teriflunomide Mylan, må du kontakte lege umiddelbart. Du kan oppleve bivirkninger som de som er beskrevet i avsnitt 4 under.

Dersom du har glemt å ta Teriflunomide Mylan

Du skal ikke ta en dobbel dose som erstatning for en glemt tablett. Ta neste dose som planlagt.

Dersom du avbryter behandling med Teriflunomide Mylan

Ikke avbryt behandlingen eller endre dosen av Teriflunomide Mylan uten å rådføre deg med lege først.

Spør lege eller apotek dersom du har noen spørsmål om bruken av dette legemidlet.

4. Mulige bivirkninger

Som alle legemidler kan dette legemidlet forårsake bivirkninger, men ikke alle får det.

Følgende bivirkninger kan forekomme med dette legemidlet:

Alvorlige bivirkninger

Noen bivirkninger kan være eller kan bli alvorlige. Hvis du merker noen av disse, **kontakt legen umiddelbart**:

Vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 10 personer)

- Betennelse i bukspyttkjertelen som kan inkludere symptomer som smerter i mageregionen, kvalme eller oppkast (hyppigheten er vanlige hos barn og mindre vanlige hos voksne pasienter).

Mindre vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 100 personer)

- Allergiske reaksjoner som kan inkludere symptomer på utslett, elveblest, hevelse av lepper, tunge eller ansikt, eller plutselige pusteproblemer
- Alvorlige hudreaksjoner som kan inkludere symptomer på hudutslett, blemmer, feber eller sår i munnen
- Alvorlige infeksjoner eller sepsis (en potensiell livstruende infeksjon) som kan inkludere symptomer på høy feber, risting, frysninger, redusert urinstrøm eller forvirring
- Betennelse i lungene som kan inkludere symptomer på kortpustethet eller vedvarende hoste

Ikke kjent (kan ikke fastslås ut ifra tilgjengelige data)

- Alvorlig leversykdom som kan inkludere symptomer på gulhet i huden eller i det hvite i øynene, mørkere urin enn normalt, kvalme og oppkast uten kjent årsak, eller magesmerter.

Andre bivirkninger kan forekomme med følgende hyppighet:

Svært vanlige (kan forekomme hos flere enn 1 av 10 personer)

- Hodepine
- Diaré, kvalme
- Økt ALAT (økt nivå av visse leverenzymmer i blodet) vist ved prøver
- Håravfall

Vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 10 personer)

- Influensa, øvre luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, bronkitt, bihulebetennelse, sår hals og ubehag ved svelging, blærekatarr, viral gastroenteritt, oral herpes, tanninfeksjon, strupekatarr, fotsopp
- Laboratorieverdier: redusert antall røde blodceller (anemi), endrede prøveresultater for lever og hvite blodceller (se avsnitt 2) og økning av et muskelenzym (kreatinfosfokinase) har blitt sett
- Milde allergiske reaksjoner
- Følelse av angst
- Prikking, følelse av svakhet, nummenhet, prikking eller smerter i korsryggen eller bena (isjas), følelse av nummenhet, brenning, prikking eller smerter i hender og fingre (karpaltunnelsyndrom)

- Hjertebank
- Økt blodtrykk
- Oppkast, tannverk, magesmerter (øvre del av magen)
- Utslett, akne
- Smerter i sener, ledd, bein, muskelsmerter (muskel-skjelettsmerter)
- Behov for å urinere oftere enn normalt
- Kraftig menstruasjon
- Smerter
- Mangel på energi eller svakhet (asteni)
- Vekttap

Mindre vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 100 personer)

- Redusert antall blodplater (mild trombocytopeni)
- Økt følsomhet, særlig i huden, stikkende eller bankende smerte langs én eller flere nerver, problemer med nervene i armer eller ben (perifer nevropati)
- Neglelidelser, alvorlige hudreaksjoner
- Posttraumatisk smerte
- Psoriasis
- Betennelse i munn/lepper
- Unormale mengder av fett (lipider) i blodet
- Betennelse i tykktarmen (kolitt)

Sjeldne (kan forekomme hos opptil 1 av 1000 personer)

- Leverbetennelse eller leverskade

Ikke kjent (kan ikke fastslås ut ifra tilgjengelige data):

- Respiratorisk hypertensjon

Barn (10 år og eldre) og ungdom

Bivirkningene listet over gjelder også barn og ungdom. Følgende tilleggsinformasjon er viktig for barn, ungdom og deres omsorgspersoner:

Vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 10 personer)

- Betennelse i bukspyttkjertelen

Melding av bivirkninger

Kontakt lege eller apotek dersom du opplever bivirkninger. Dette gjelder også bivirkninger som ikke er nevnt i pakningsvedlegget. Du kan også melde fra om bivirkninger direkte via [det nasjonale meldesystemet](#) som beskrevet i [Appendix V](#). Ved å melde fra om bivirkninger bidrar du med informasjon om sikkerheten ved bruk av dette legemidlet.

5. Hvordan du oppbevarer Teriflunomide Mylan

Oppbevares utilgjengelig for barn.

Bruk ikke dette legemidlet etter utløpsdatoen som er angitt på esken etter «EXP». Utløpsdatoen er den siste dagen i den angitte måneden.

Oppbevares ved høyst 25 °C.

Legemidler skal ikke kastes i avløpsvann eller sammen med husholdningsavfall. Spør på apoteket hvordan du skal kaste legemidler som du ikke lenger bruker. Disse tiltakene bidrar til å beskytte miljøet.

6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

Sammensetning av Teriflunomide Mylan

- Virkestoff er teriflunomid. Hver tablett inneholder 14 mg teriflunomid
- Andre innholdsstoffer er:
Tablettkjerne: laktosemonohydrat, maisstivelse, mikrokrystallinsk cellulose (E460i), natriumstivelseglykolat (type A), hydroksypropylcellulose (E463), magnesiumstearat (E470b), kolloidal, vannfri silika,
- *Tablettdrasjering:* hypromellose (E464), titandioksid (E171), talkum (E553b), makrogol 6000 (E1521), indigokarmin aluminiumsfarge (E132).

Hvordan Teriflunomide Mylan ser ut og innholdet i pakningen

Blekblå til pastellblå, rund, bikonveks (overflaten buer utover på begge sider) med 'T' på den ene siden og '1' på den andre siden, ca. 7,6 mm i diameter.

Teriflunomide Mylan er tilgjengelig i blisterpakninger med 28 eller 84 tabletter, perforerte endoseblistere med 28 x 1, 84 x 1 eller 98 x 1 tabletter og i flasker med 84 eller 98 tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

Innehaver av markedsføringstillatelsen

Mylan Pharmaceuticals Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
Irland

Tilvirker

Mylan Hungary Kft
Mylan utca 1
Komárom
H-2900
Ungarn

Mylan Germany GmbH
Zweigniederlassung Bad.
Homburg Benzstrasse 1
Bad Homburg v. d. Höhe
61352
Tyskland

Ta kontakt med den lokale representanten for innehaveren av markedsføringstillatelsen for ytterligere informasjon om dette legemidlet:

België/Belgique/Belgien

Mylan bvba/sprl
Tél/Tel: + 32 (0)2 658 61 00

България

Майлан ЕООД
Тел.: +359 2 44 55 400

Česká republika

Viatrix CZ s.r.o.
Tel: + 420 222 004 400

Lietuva

Mylan Healthcare UAB
Tel: +370 5 205 1288

Luxembourg/Luxemburg

Mylan bvba/sprl
Tél/Tel: + 32 (0)2 658 61 00
(Belgique/Belgien)

Magyarország

Viatrix Healthcare Kft
Tel.: + 36 1 465 2100

Danmark

Viatris ApS
Tlf: +45 28 11 69 32

Deutschland

Viatris Healthcare GmbH
Tel: +49 800 0700 800

Eesti*

BGP Products Switzerland GmbH Eesti filiaal
Tel: + 372 6363 052

Ελλάδα

Viatris Hellas Ltd
Τηλ: +30 210 0 100 002

España

Viatris Pharmaceuticals, S.L.U.
Tel: + 34 900 102 712

France

Viatris Santé
Tél: +33 4 37 25 75 00

Hrvatska

Viatris Hrvatska d.o.o.
Tel: +385 1 23 50 599

Ireland

Mylan Ireland Limited
Tel: +353 1 8711600

Ísland

Icepharma hf.
Sími: +354 540 8000

Italia

Viatris Italia S.r.l.
Tel: + 39 02 612 46921

Κύπρος

Varnavas Hadjipanayis Ltd
Τηλ: +357 2220 7700

Latvija

Mylan Healthcare SIA
Tel: +371 676 055 80

Malta

V.J. Salomone Pharma Ltd
Tel: + 356 21 22 01 74

Nederland

Mylan BV
Tel: +31 (0)20 426 3300

Norge

Viatris AS
Tlf: + 47 66 75 33 00

Österreich

Arcana Arzneimittel GmbH
Tel: +43 1 416 2418

Polska

Mylan Healthcare Sp. z o.o.
Tel.: + 48 22 546 64 00

Portugal

Mylan, Lda.
Tel: + 351 214 127 200

România

BGP Products SRL
Tel: +40 372 579 000

Slovenija

Viatris d.o.o.
Tel: + 386 1 23 63 180

Slovenská republika

Viatris Slovakia s.r.o.
Tel: +421 2 32 199 100

Suomi/Finland

Viatris Oy
Puh/Tel: +358 20 720 9555

Sverige

Viatris AB
Tel: + 46 (0)8 630 19 00

United Kingdom (Northern Ireland)

Mylan IRE Healthcare Limited
Tel: +353 18711600

Dette pakningsvedlegget ble sist oppdatert

Andre informasjonskilder

Detaljert informasjon om dette legemidlet er tilgjengelig på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (the European Medicines Agency): <http://www.ema.europa.eu>, og på nettstedet til www.felleskatalogen.no.