

1. LEGEMIDLETS NAVN

Orisild 20 mg tabletter, filmdrasjerte

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 20 mg sildenafil (som sitrat).

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert.

Hvit til off-white, rund, 6,8 mm i diameter, bikonveks filmdrasjert tablett som er preget med '85' på en side og er glatt på andre siden.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Voksne

Behandling av voksne pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon (PAH), klassifisert som WHO funksjonsklasse II og III, for å forbedre arbeidskapasiteten. Effekt er vist ved primær pulmonal hypertensjon og pulmonal hypertensjon assosiert med bindevevssykdommer.

Pediatrik populasjon

Behandling av pediatriske pasienter i alderen 1 år til 17 år med pulmonal arteriell hypertensjon. Effekt i form av forbedring av fysisk arbeidskapasitet eller pulmonal hemodynamikk er vist ved primær pulmonal hypertensjon og pulmonal hypertensjon forbundet med kongenital hjertesykdom (se pkt. 5.1).

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Behandling skal kun startes og kontrolleres av lege som har erfaring med behandling av pulmonal arteriell hypertensjon. I tilfeller ved klinisk forverring til tross for behandling med Orisild, skal alternative behandlinger vurderes.

Dosering

Voksne

Anbefalt dose er 20 mg tre ganger daglig (TID). Leger bør råde pasienter som glemmer å ta Orisild til å ta en dose så snart som mulig, og deretter fortsette med den normale dosen. Pasienter skal ikke ta en dobbelt dose for å erstatte en glemt dose.

Pediatrik populasjon (1 år til 17 år)

Hos pediatriske pasienter i alderen 1 år til 17 år, er anbefalt dose for pasienter ≤ 20 kg 10 mg tre ganger daglig og for pasienter > 20 kg 20 mg tre ganger daglig. Høyere doser enn anbefalte doser skal ikke brukes hos pediatriske pasienter med PAH (se også pkt. 4.4 og 5.1). Tabletten på 20 mg bør ikke brukes i tilfeller der 10 mg tre ganger daglig skal administreres hos yngre pasienter. Andre administrasjonsformer er tilgjengelige for pasienter ≤ 20 kg og andre yngre pasienter som ikke kan svelge tabletter.

Pasienter som bruker andre legemidler

Generelt bør enhver dosejustering kun gjøres etter en nøye nytte- risikovurdering. En dosereduksjon til 20 mg to ganger daglig bør vurderes når sildenafil administreres til pasienter som allerede får CYP3A4-hemmere som erytromycin eller sakinavir. En dosereduksjon til 20 mg én gang daglig anbefales ved samtidig bruk av mer potente CYP3A4-hemmere, som klaritromycin, telitromycin og nefazodon. For bruk av sildenafil sammen med de mest potente CYP3A4-hemmerne, se pkt. 4.3. Det kan være nødvendig med dosejusteringer av sildenafil ved samtidig administrering av CYP3A4-indusere (se pkt. 4.5).

Spesielle pasientgrupper

Eldre (≥ 65 år)

Det er ikke nødvendig med dosejusteringer hos eldre pasienter. Klinisk effekt som måles ved 6-minutters gangdistanse kan være mindre hos eldre pasienter.

Nedsatt nyrefunksjon

Dosejusteringer ved oppstart er ikke nødvendig hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon, inkludert alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/min). En dosereduksjon til 20 mg to ganger daglig bør vurderes etter en nøye nytte- risikoevaluering kun dersom behandlingen ikke tolereres godt.

Nedsatt leverfunksjon

Dosejusteringer ved oppstart er ikke nødvendig hos pasienter med nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse A og B). En dosereduksjon til 20 mg to ganger daglig bør vurderes etter en nøye nytte- risiko evaluering kun dersom behandlingen ikke tolereres godt.

Orisild er kontraindisert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse C) (se pkt. 4.3).

Pediatrisk populasjon (barn under 1 år og nyfødte)

Sildenafil skal ikke brukes utenfor godkjente indikasjoner hos nyfødte med persisterende pulmonal hypertensjon, da risikoen er større enn nytteverdien (se pkt. 5.1). Sikkerhet og effekt av Orisild ved andre tilstander hos barn under 1 år har enda ikke blitt fastslått. Det finnes ingen tilgjengelige data.

Seponering av behandling

Begrensede data tyder på at brå seponering av behandling med Orisild ikke er forbundet med "rebound" effekt på pulmonal arteriell hypertensjon. For å unngå en mulig uventet klinisk forverring ved seponering, bør en gradvis dosereduksjon vurderes. Økt kontroll er anbefalt i løpet av seponeringsperioden.

Administrasjonsmåte

Orisild er kun til oral bruk. Tablettene bør tas med ca. 6 til 8 timers mellomrom, med eller uten mat.

4.3 Kontraindikasjoner

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

Samtidig administrering med nitrogenoksid-donor (som amylnitritt), eller noen form for nitrat, på grunn av den hypotensive effekten av nitrater (se pkt. 5.1).

Samtidig administrering av PDE5-hemmere, inkludert sildenafil, og guanylatsyklasestimulatorer som riociguat er kontraindisert fordi det potensielt kan føre til symptomatisk hypotensjon (se pkt. 4.5).

Kombinasjon med de mest potente CYP3A4-hemmerne (f.eks. ketokonazol, itraakonazol, ritonavir) (se pkt. 4.5).

Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION) uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer (se pkt. 4.4).

Sikkerhet av sildenafil er ikke undersøkt hos følgende subgrupper av pasienter, og bruken er derfor kontraindisert:

Alvorlig nedsatt leverfunksjon,

Nylig gjennomgått slag eller hjerteinfarkt,

Alvorlig hypotensjon (blodtrykk < 90/50 mmHg) ved behandlingsstart.

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Effekten av Orisild er ikke fastslått hos pasienter med alvorlig pulmonal arteriell hypertensjon (funksjonsklasse IV). Hvis den kliniske situasjonen forverres, skal behandling som er anbefalt ved alvorlig stadium av sykdommen (f.eks. epoprostenol) vurderes (se pkt. 4.2). Nytt- risikoforholdet for sildenafil har ikke blitt fastslått hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon WHO funksjonsklasse I.

Studier med sildenafil er utført på former for pulmonal hypertensjon relatert til primær (idiopatisk) bindevevssykdom eller pulmonal arteriell hypertensjon assosiert med kongenital hjertesykdom (se pkt. 5.1). Bruk av sildenafil ved andre former for PAH anbefales ikke.

I langtids forlengelsesstudien med barn, ble det observert økt dødelighet hos pasienter som fikk høyere doser enn den anbefalte dosen. Høyere doser enn de anbefalte dosene skal derfor ikke brukes hos pediatriske pasienter med PAH (se også pkt. 4.2 og 5.1).

Retinitis pigmentosa

Sikkerheten av sildenafil har ikke vært undersøkt hos pasienter med kjent medfødt degenerativ retinasykdom som *retinitis pigmentosa* (et mindretall av disse pasientene har genetisk betinget forstyrrelse av netthinnens fosfodiesterase), og bruk hos disse pasientene anbefales ikke.

Vasodilaterende virkning

Ved forskriving av sildenafil bør legen vurdere nøye om pasienter med visse underliggende tilstander kan få bivirkninger på grunn av sildenafil's lette til moderate vasodilaterende effekt, f.eks. pasienter med hypotensjon, dehydrerte pasienter, pasienter med alvorlig obstruksjon av utløp i venstre ventrikel eller pasienter med autonom dysfunksjon (se pkt. 4.4.).

Kardiovaskulære risikofaktorer

Etter markedsføring er følgende hendelser rapportert ved bruk av sildenafil til menn med erektil dysfunksjon: Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkludert hjerteinfarkt, ustabil angina, plutselig hjertedød, ventrikulære arytmier, cerebrovaskulær blødning, transitorisk iskemisk angrep, hypertensjon og hypotensjon. Flesteparten av disse pasientene, men ikke alle, hadde underliggende kardiovaskulære risikofaktorer. Mange av hendelsene inntraff under eller kort tid etter samleie, og noen få hendelser ble rapportert å ha oppstått rett etter bruk av sildenafil uten seksuell aktivitet. Det er ikke mulig å avgjøre hvorvidt disse hendelsene er direkte relatert til disse faktorene eller til andre faktorer.

Priapisme

Sildenafil bør brukes med forsiktighet hos pasienter med anatomisk deformitet av penis (som skjevstilling, kavernøs fibrose eller Peyronies sykdom), eller til pasienter med tilstander som kan predisponere for priapisme (som sigdcelleanemi, multipelt myelom eller leukemi).

Langvarige ereksjoner og priapisme har blitt rapportert etter markedsføring av sildenafil. Dersom en ereksjon vedvarer lenger enn 4 timer, bør pasienten oppsøke lege umiddelbart. Hvis priapisme ikke behandles umiddelbart, kan det føre til skade i penisvev og permanent tap av potens (se pkt. 4.8).

Vasookklusive kriser hos pasienter med sigdcelleanemi

Sildenafil skal ikke brukes hos pasienter med pulmonal hypertensjon sekundært til sigdcelleanemi. I en klinisk studie ble det sett hyppigere forekomst av vasookklusive kriser som krevde sykehusinnleggelse hos pasienter som fikk sildenafil enn hos pasienter som fikk placebo; studien ble derfor avsluttet tidligere enn planlagt.

Hendelser som påvirker synet

Tilfeller av synsforstyrrelser har blitt rapportert spontant i forbindelse med inntak av sildenafil og andre PDE5-hemmere. Tilfeller av non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati, en sjelden tilstand, har blitt rapportert spontant og i en observasjonsstudie i forbindelse med inntak av sildenafil og andre PDE5-hemmere (se pkt. 4.8). Dersom plutselige synsforstyrrelser skulle oppstå, bør behandlingen stoppes umiddelbart og alternativ behandling bør vurderes (se pkt. 4.3).

Alfablokkere

Forsiktighet må utvises når sildenafil administreres til pasienter som tar en alfablokker, da samtidig administrering kan føre til symptomatisk hypotensjon hos utsatte personer (se pkt. 4.5). For å minimalisere potensialet for å utvikle postural hypotensjon, bør pasienter først være hemodynamisk stabile på alfablokkerbehandling før start av sildenafilbehandling. Leger bør gi råd til pasientene om hva de skal gjøre ved symptomer på postural hypotensjon.

Blødningsforstyrrelser

Studier med humane blodplater indikerer at sildenafil potenserer den antiaggregerende effekten av natriumnitroprussid *in vitro*. Ingen opplysninger foreligger om sikkerhet ved administrering av sildenafil til pasienter med blødningssykdommer eller magesår. Sildenafil bør derfor gis til slike pasienter kun etter nøye nytte- risikovurdering.

Vitamin K-antagonister

Hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon kan det foreligge en mulig økt blødningsrisiko når man starter behandling med sildenafil hos pasienter som allerede bruker en vitamin K-antagonist, spesielt hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon sekundært til bindevevssykdommer.

Veneokklusive sykdommer

Det finnes ingen tilgjengelige data på bruk av sildenafil hos pasienter med pulmonal hypertensjon assosiert med pulmonale veneokklusive sykdommer. Tilfeller med livstruende lungeødem er blitt rapportert ved bruk av vasodilatorer (hovedsakelig prostacyklin) hos disse pasientene. Ved symptomer på lungeødem som følge av samtidig administrering av sildenafil til pasienter med pulmonal hypertensjon, bør muligheten for assosiert pulmonal veneokklusiv sykdom tas i betraktning.

Bruk av sildenafil med bosentan

Effekten av sildenafil hos pasienter som allerede bruker bosentan er ikke endelig vist (se pkt. 4.5 og 5.1).

Samtidig bruk med andre PDE5-hemmere

Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av sildenafil og andre PDE5-hemmere, inkludert Viagra, er ikke undersøkt hos PAH pasienter. Bruk av slike kombinasjoner anbefales derfor ikke (se pkt. 4.5).

Hjelpestoffer

Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) per dose, og er så godt som «natriumfritt».

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Effekter av andre legemidler på sildenafil

In vitro-studier

Metabolismen av sildenafil medieres hovedsakelig via cytokrom P450-(CYP) isoformene 3A4 (hovedvei) og 2C9 (mindre betydningsfull vei). Hemmere av disse isoenzymer kan derfor redusere

clearance av sildenafil, og indusere av disse isoenzymene kan øke clearance av sildenafil. For doseringsanbefalinger, se pkt. 4.2 og 4.3.

In vivo-studier

Samtidig administrering av peroral sildenafil og intravenøs epoprostenol har blitt undersøkt (se pkt. 4.8 og 5.1).

Sikkerhet og effekt av sildenafil ved administrering samtidig med annen behandling for pulmonal arteriell hypertensjon (f.eks. ambrisentan, iloprost) er ikke undersøkt i kontrollerte kliniske studier. Forsiktighet må derfor utvises ved samtidig administrering av disse legemidlene.

Sikkerhet og effekt av sildenafil ved samtidig administrering med andre PDE5-hemmere har ikke blitt undersøkt hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon (se pkt. 4.4).

Populasjonsfarmakokinetiske analyser av data fra kliniske studier på pulmonal arteriell hypertensjon tyder på en reduksjon av clearance for sildenafil og/eller en økning av oral biotilgjengelighet ved samtidig administrering med CYP3A4-substrater og kombinasjonen av CYP3A4-substrater og betablokkere. Disse var de eneste faktorene som statistisk signifikant påvirket farmakokinetikken til sildenafil hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon. Eksponering for sildenafil til pasienter på CYP3A4-substrater og CYP3A4-substrater pluss betablokkere var henholdsvis 43 % og 66 % høyere, sammenlignet med pasienter som ikke fikk disse legemiddelklassene. Eksponering for sildenafil var 5 ganger høyere ved en dose på 80 mg tre ganger daglig sammenlignet med eksponering ved doser på 20 mg tre ganger daglig. Dette konsentrasjonsområdet dekker økningen av sildenafil-eksponeringen observert i spesifikke designede legemiddelinteraksjonsstudier med CYP3A4-hemmere (unntatt med de mest potente CYP3A4-hemmerne som f.eks. ketokonazol, itraconazol, ritonavir).

CYP3A4-indusere ser ut til å ha en vesentlig innvirkning på farmakokinetikken til sildenafil hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon. Dette ble bekreftet i en *in vivo* interaksjonsstudie med CYP3A4-induseren bosentan.

Samtidig administrering av bosentan (en moderat induser av CYP3A4, CYP2C9 og muligens CYP2C19) 125 mg to ganger daglig med sildenafil 80 mg tre ganger daglig (ved steady state) i 6 dager hos friske frivillige resulterte i en 63 % reduksjon av AUC for sildenafil. En farmakokinetisk populasjonsanalyse av data fra voksne PAH-pasienter i kliniske studier, inkludert en 12-ukers studie for å vurdere effekten og sikkerheten av oral sildenafil 20 mg tre ganger daglig som tillegg til en stabil bosentandose (62,5-125 mg to ganger daglig), indikerte en reduksjon i sildenafil-eksponering ved samtidig administrering av bosentan som observert hos friske frivillige (se pkt. 4.4 og 5.1).

Effekten av sildenafil bør kontrolleres nøye hos pasienter som samtidig bruker potente CYP3A4-indusere som karbamazepin, fenytoin, fenobarbital, johannesurt og rifampicin.

Samtidig administrering av HIV-proteasehemmeren ritonavir, som er en meget sterk hemmer av P450, ved steady state (500 mg to ganger daglig), og sildenafil (100 mg enkeltdose), ga en 300 % økning (firedobling) i sildenafil C_{max} og 1000 % økning (ellevedobling) i sildenafil plasma AUC. Etter 24 timer var plasmanivået av sildenafil fremdeles ca. 200 nanogram/ml sammenlignet med ca. 5 nanogram/ml når sildenafil ble gitt alene. Dette er i samsvar med ritonavirs markerte effekter på et bredt utvalg av P450-substrater. Basert på disse farmakokinetiske resultatene er samtidig administrering av sildenafil og ritonavir kontraindisert hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon (se pkt. 4.3).

Samtidig administrering av HIV-proteasehemmeren sakonavir, en CYP3A4-hemmer, ved steady state (1200 mg tre ganger daglig) og sildenafil (100 mg enkeltdose) resulterte i 140 % økning i sildenafil C_{max} og 210 % økning i sildenafil AUC. Sildenafil hadde ingen effekt på farmakokinetikken til sakonavir. For doseringsanbefalinger, se pkt. 4.2.

Når en enkeltdose med 100 mg sildenafil ble gitt sammen med erytromycin, som er en moderat CYP3A4-hemmer, ved steady state (500 mg to ganger daglig i 5 dager), økte den systemiske

eksponering (AUC) av sildenafil med 182 %. For doseringsanbefalinger, se pkt. 4.2. Hos friske frivillige menn var det ingen holdepunkter for effekt av azitromycin (500 mg daglig i 3 dager) på AUC, C_{max} , t_{max} , eliminasjonshastighetskonstant, eller påfølgende halveringstid av sildenafil eller sirkulerende hovedmetabolitt. Dosejustering er ikke nødvendig. Cimetidin (800 mg), en cytokrom P450-hemmer og en ikke-spesifikk CYP3A4-hemmer, forårsaket en 56 % økning av plasmakonsentrasjonen av sildenafil når det ble gitt sammen med sildenafil (50 mg) til friske frivillige. Dosejustering er ikke nødvendig.

De mest potente CYP3A4-hemmerne som ketokonazol og itrakonazol er forventet å ha liknende effekter som ritonavir (se pkt. 4.3). CYP3A4-hemmere som klaritromycin, telitromycin og nefazodon er forventet å ha en effekt som ligger mellom den for ritonavir og CYP3A4-hemmere som sakonavir eller erytromycin, med en antatt syvdoblet økning i eksponering. Dosejustering er derfor anbefalt ved bruk av CYP3A4-hemmere (se pkt. 4.2).

Populasjonsfarmakokinetiske analyser av pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon tyder på at samtidig administrering av betablokkere i kombinasjon med CYP3A4-substrater kan resultere i en ytterligere økning av sildenafil eksponering sammenlignet med administrering av CYP3A4-substrater alene.

Grapefruktjuice er en svak hemmer av CYP3A4-metabolisme i tarmveggen, og kan gi moderat økning av plasmakonsentrasjonen av sildenafil. Dosejustering er ikke nødvendig, men samtidig bruk av sildenafil og grapefruktjuice anbefales ikke.

Enkelt doser av antacida (magnesiumhydroksid/aluminiumhydroksid) påvirket ikke biotilgjengeligheten av sildenafil.

Samtidig administrering av orale antikonsepsjonsmidler (etinylostradiol 30 mikrogram og levonorgestrel 150 mikrogram) påvirket ikke farmakokinetikken til sildenafil.

Nikorandil er en blanding av kaliumkanalaktivator og nitrat. På grunn av nitratkomponenten har nikorandil potensiale til å gi alvorlige interaksjoner med sildenafil (se pkt. 4.3).

Effekter av sildenafil på andre legemidler

In vitro-studier

Sildenafil er en svak hemmer av cytokrom P450-isoformene 1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 og 3A4 ($IC_{50} > 150 \mu M$).

Det finnes ingen data på interaksjon mellom sildenafil og ikke-spesifikke fosfodiesterasehemmere som teofyllin eller diprydamol.

In vivo-studier

Ingen signifikante interaksjoner ble vist da sildenafil (50 mg) ble administrert sammen med tolbutamid (250 mg) eller warfarin (40 mg). Begge disse metaboliseres av CYP2C9.

Sildenafil hadde ingen signifikant effekt på atorvastatin-eksponering (11 % AUC-økning). Dette tyder på at sildenafil ikke har noen klinisk relevant effekt på CYP3A4.

Ingen interaksjoner ble observert mellom sildenafil (100 mg enkelt dose) og acenokumarol.

Sildenafil (50 mg) forsterket ikke økningen i blødningstid forårsaket av acetylsalisylsyre (150 mg).

Sildenafil (50 mg) forsterket ikke den hypotensive effekten av alkohol hos friske frivillige med gjennomsnittlige maksimale alkoholvåer i blod på 80 mg/dl.

I en studie hvor friske frivillige fikk sildenafil (80 mg tre ganger daglig) ble det ved steady state sett en økning av bosentan AUC på 50 % (125 mg to ganger daglig). En farmakokinetisk populasjonsanalyse

av data fra en studie med voksne PAH-pasienter som fikk behandling med bosentan (62,5-125 mg to ganger daglig), indikerte en økning (20 % (95 % KI: 9,8-30,8) av bosentan AUC ved samtidig administrering av sildenafil (20 mg tre ganger daglig) ved steady state. Økningen var av en mindre størrelsesorden enn sett hos friske frivillige ved samtidig administrering med 80 mg sildenafil tre ganger daglig (se pkt. 4.4 og 5.1).

I en spesifikk interaksjonsstudie hvor sildenafil (100 mg) ble gitt samtidig med amlodipin til hypertensive pasienter, var det en ytterligere reduksjon av liggende systolisk blodtrykk på 8 mmHg. Tilsvarende ytterligere reduksjon av liggende diastolisk blodtrykk var 7 mmHg. Disse ekstra senkningene i blodtrykket var i samme størrelsesorden som de som ble sett når sildenafil ble gitt alene til friske frivillige.

I tre spesifikke legemiddelinteraksjonsstudier ble alfablokkeren doksazosin (4 mg og 8 mg) og sildenafil (25 mg, 50 mg, eller 100 mg) gitt samtidig til pasienter med benign prostatahyperplasi (BPH) stabilisert med doksazosinbehandling. I disse studiepopulasjonene ble det observert en ytterligere gjennomsnittlig reduksjon av hvilende systolisk og diastolisk blodtrykk på henholdsvis 7/7 mmHg, 9/5 mmHg, og 8/4 mmHg. Ytterligere gjennomsnittlig reduksjon av blodtrykk målt stående var på henholdsvis 6/6 mmHg, 11/4 mmHg og 4/5 mmHg. Når sildenafil og doksazosin ble gitt samtidig til pasienter stabilisert på doksazosinbehandling, var det sjeldne rapporter om pasienter som opplevde symptomatisk postural hypotensjon. Disse rapportene inkluderte svimmelhet og ørhet, men ikke synkope. Samtidig administrering av sildenafil til pasienter som får behandling med alfablokkere kan føre til symptomatisk hypotensjon hos mottakelige personer (se pkt. 4.4).

Sildenafil (100 mg enkeltdose) har ingen effekt på steady state farmakokinetikken til HIV-proteasehemmeren sakonavir, som er et CYP3A4-substrat/hemmer.

I overensstemmelse med sildenafilens kjente effekt på nitrogenoksid/cGMP-veien (se pkt. 5.1), forsterket sildenafil den hypotensive effekt av nitrater, og samtidig behandling med nitrogenoksid-donorer eller noen form for nitrat er derfor kontraindisert (se pkt. 4.3).

Riociguat: Prekliniske studier viste en additiv, systemisk blodtrykkssenkende effekt når PDE5-hemmere ble kombinert med riociguat. I kliniske studier er riociguat vist å forsterke den hypotensive effekten av PDE5-hemmere. Gunstige kliniske effekter av kombinasjonen ble ikke vist i studiepopulasjonen. Samtidig bruk av riociguat med PDE5-hemmere, inkludert sildenafil, er kontraindisert (se pkt. 4.3).

Sildenafil har ingen klinisk signifikant innvirkning på plasmanivåene til orale antikonsepsjonsmidler (etinyløstradiol 30 mikrogram og levonorgestrel 150 mikrogram).

Tillegg av en enkeltdose sildenafil til sakubitril/valsartan ved steady state hos pasienter med hypertensjon, ble assosiert med en signifikant større blodtrykksreduksjon sammenlignet med kun sakubitril/valsartan. Derfor bør det utvises forsiktighet ved oppstart av sildenafil hos pasienter som behandles med sakubitril/valsartan.

Pediatrisk populasjon

Interaksjonsstudier er kun utført hos voksne.

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Fertile kvinner og prevensjon hos menn og kvinner

På grunn av manglende data på effekter av Orisild hos gravide kvinner, anbefales ikke Orisild til kvinner i fertil alder med mindre de benytter sikker prevensjon.

Graviditet

Det foreligger ikke data på bruk av sildenafil hos gravide kvinner. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på graviditetsforløp og embryonal-/ fosterutvikling. Dyrestudier har vist toksisitet når det gjelder postnatal utvikling (se pkt. 5.3).

På grunn av manglende data skal Orisild ikke brukes av gravide dersom det ikke er strengt nødvendig.

Amming

Det foreligger ingen adekvate eller godt kontrollerte studier hos ammende kvinner. Data fra én ammende kvinne indikerer at sildenafil og den aktive metabolitten N-desmetylsildenafil utskilles i svært små mengder i morsmelk. Det foreligger ingen kliniske data for bivirkninger hos diende spedbarn, men tilført mengde forventes ikke å forårsake bivirkninger. Forskrivere bør nøye vurdere mors behov for sildenafil og enhver mulig bivirkning hos det diende barnet.

Fertilitet

Prekliniske data indikerer ingen spesiell fare for mennesker basert på konvensjonelle fertilitetsstudier (se pkt. 5.3).

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Orisild har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

Siden svimmelhet og synsforstyrrelser ble rapportert i kliniske studier med sildenafil, må pasienter gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på Orisild før de kjører bil eller bruker maskiner.

4.8 Bivirkninger

Oppsummering av bivirkningsprofilen

I den pivotale placebokontrollerte studien for sildenafil ved pulmonal arteriell hypertensjon, ble totalt 207 pasienter randomisert til og behandlet med 20 mg, 40 mg eller 80 mg sildenafil tre ganger daglig, og 70 pasienter ble randomisert til placebo. Behandlingsvarigheten var 12 uker. Total seponeringsfrekvens hos pasienter som ble behandlet med doser på 20 mg, 40 mg og 80 mg sildenafil tre ganger daglig, var henholdsvis 2,9 %, 3,0 % og 8,5 %, sammenlignet med 2,9 % med placebo. Av de 277 personene som ble behandlet i den pivotale studien, ble 259 med videre i en langtids forlengelsesstudie. Doser på opptil 80 mg tre ganger daglig (4 ganger den anbefalte dosen på 20 mg tre ganger daglig) ble administrert, og etter 3 år var det 87 % av de 183 pasientene som fikk aktiv behandling som fikk 80 mg sildenafil tre ganger daglig.

I en placebokontrollert studie hvor sildenafil ble gitt i tillegg til intravenøs epoprostenol ved pulmonal arteriell hypertensjon, ble totalt 134 pasienter behandlet med sildenafil (i en fast titrering som startet med 20 mg, til 40 mg og så 80 mg tre ganger daglig, som tolerert) og epoprostenol. 131 pasienter ble behandlet med placebo og epoprostenol. Behandlingsvarigheten var 16 uker. Hos pasienter som ble behandlet med sildenafil/epoprostenol var seponeringsfrekvensen grunnet bivirkninger 5,2 %, sammenliknet med 10,7 % hos pasienter som fikk placebo/epoprostenol. Nye rapporterte bivirkninger som forekom oftere i sildenafil/epoprostenolgruppen var okulær hyperemi, tåkesyn, nesetetthet, nattesvette, ryggsmerte og munntørrehet. De kjente bivirkningene hodepine, flushing, smerte i ekstremitetene og ødem ble sett med høyere frekvens hos pasienter behandlet med sildenafil/epoprostenol, sammenliknet med pasienter behandlet med placebo/epoprostenol. 242 av personene som fullførte den første studien ble med i en langtids forlengelsesstudie. Det ble gitt doser på opptil 80 mg tre ganger daglig, og etter 3 år var det 68 % av de 133 pasientene som fikk aktiv behandling som fikk 80 mg sildenafil tre ganger daglig.

I de to placebokontrollerte studiene var bivirkningene generelt av lett eller moderat alvorlighetsgrad. De mest vanlige rapporterte bivirkninger som oppstod (større enn eller lik 10 %) med sildenafil sammenlignet med placebo var hodepine, flushing, dyspepsi, diaré og smerter i ekstremitetene.

I en studie for å vurdere effekten av ulike dosenivåer av sildenafil var sikkerhetsdataene for sildenafil 20 mg tre ganger daglig (anbefalt dose) og for sildenafil 80 mg tre ganger daglig (4 ganger anbefalt dose), i samsvar med den etablerte sikkerhetsprofilen til sildenafil i tidligere studier av voksne PAH-pasienter.

Tabell over bivirkninger

Bivirkninger som oppstod hos >1 % av pasienter behandlet med sildenafil, og som var mer hyppig (>1 % forskjell) for sildenafil i den pivotale studien eller ved kombinasjon av data fra begge de placebokontrollerte studiene ved pulmonal arteriell hypertensjon, ved doser på 20, 40 eller 80 mg tre ganger daglig, er i tabell 1 under angitt etter organklasse og frekvensgruppering (svært vanlige ($\geq 1/10$), vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$) og ikke kjent (kan ikke estimeres ut ifra tilgjengelige data). Innen hver frekvensgruppering er bivirkningene sortert etter alvorlighetsgrad, i synkende rekkefølge.

Bivirkninger sett i perioden etter markedsføring er angitt i kursiv.

Tabell 1: Bivirkninger av sildenafil i placebokontrollerte studier av PAH og erfaring etter markedsføring hos voksne

MedDRA organklasser (V.14.0)	Bivirkning
Infeksiøse og parasittære sykdommer	
Vanlige	Cellulitt, influensa, bronkitt, sinusitt, rhinitt, gastroenteritt
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	
Vanlige	Anemi
Stoffskifte- og ernæringsbetingende sykdommer	
Vanlige	Væskeretensjon
Psykiatriske lidelser	
Vanlige	Insomni, angst
Nevrologiske sykdommer	
Svært vanlige	Hodepine
Vanlige	Migræne, tremor, parestesier, brennende følelse, hypoestesi
Øyesykdommer	
Vanlige	Retinablødning, synssvekkelse, tåkesyn, lysømfintlighet, kromatopsi, cyanopsia, øyeirritasjon, okulær hyperemi
Mindre vanlige	Redusert skarpsyn, diplopi, unormal følelse i øyet
Ikke kjent	<i>Non-arteritisk iskemisk fremre optikusnevropati (NAION)*, retinal vaskulær okklusjon, defekter i synsfeltet*</i>
Sykdommer i øre og labyrint	
Vanlige	Vertigo
Ikke kjent	<i>Plutselig hørselstap</i>
Karsykdommer	
Svært vanlige	Flushing
Ikke kjent	<i>Hypotensjon</i>
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum	
Vanlige	Neseblødning, hoste, nesetetthet
Gastrointestinale sykdommer	
Svært vanlige	Diaré, dyspepsi
Vanlige	Gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, hemoroider, utspilt abdomen, munntørhet
Hud- og underhudssykdommer	

Vanlige	Alopesi, erytem, nattesvette
Ikke kjent	<i>Utslett</i>
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett	
Svært vanlige	Smerter i ekstremitetene
Vanlige	Myalgi, ryggsmerte
Sykdommer i nyre og urinveier	
Mindre vanlige	Hematuri
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	
Mindre vanlige	Blødning fra penis, hemospermi, gynekomasti
Ikke kjent	<i>Priapisme, økt ereksjon</i>
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	
Vanlige	Pyreksi

* Disse uønskede hendelsene/reaksjonene har blitt rapportert hos mannlige pasienter som bruker sildenafil til behandling av erektil dysfunksjon

Pediatrisk populasjon

I den placebo-kontrollerte studien med sildenafil hos pasienter i alderen 1 til 17 år med pulmonal arteriell hypertensjon, ble 174 pasienter behandlet tre ganger daglig med enten lav (10 mg hos pasienter > 20 kg, ingen pasienter ≤ 20 kg fikk den lave dosen), medium (10 mg hos pasienter ≥ 8-20 kg, 20 mg hos pasienter ≥ 20-45 kg, 40 mg hos pasienter > 45 kg) eller høy dose (20 mg hos pasienter ≥ 8-20 kg, 40 mg hos pasienter ≥ 20-45 kg, 80 mg hos pasienter > 45 kg) med sildenafil og 60 ble behandlet med placebo.

Bivirkningsprofilen i denne pediatriske studien var generelt konsistent med den hos voksne (se tabell over). De vanligste bivirkningene (frekvens ≥ 1 %) som forekom hos sildenafil-pasienter (kombinerte doser) og med frekvens > 1 % hos placebo-pasienter var pyreksi, øvre luftveisinfeksjon (hver 11,5 %), oppkast (10,9 %), økt ereksjon (inkludert spontan ereksjon) (9,0 %), kvalme, bronkitt (hver 4,6 %), faryngitt (4,0 %), rhinorrhea (3,4 %), pneumoni og rhinitt (hver 2,9 %).

Av de 234 pediatriske pasientene som ble behandlet i den placebo-kontrollerte korttidsstudien, gikk 220 pasienter over i langtids forlengelsesstudien. De som fikk aktiv behandling med sildenafil, fortsatte med samme behandlingsregime, mens de som var i placebogruppen i korttidsstudien ble randomisert på nytt til behandling med sildenafil.

De vanligste bivirkningene som ble rapportert i løpet av korttids- og langtidsstudien, var generelt liknende dem som ble observert i korttidsstudien. Bivirkninger som ble rapportert hos > 10 % av 229 pasienter som ble behandlet med sildenafil (kombinert dosegruppe, inkludert 9 pasienter som ikke fortsatte i langtidsstudien), var øvre luftveisinfeksjon (31 %), hodepine (26 %), oppkast (22 %), bronkitt (20 %), faryngitt (18 %), pyreksi (17 %), diaré (15 %), influensa og neseblødning (hver 12 %). De fleste av disse bivirkningene ble vurdert til å være av lett eller moderat alvorlighetsgrad.

Alvorlige bivirkninger ble rapportert hos 94 (41 %) av de 229 pasientene som fikk sildenafil. Av de 94 pasientene som rapporterte en alvorlig bivirkning, var 14/55 (25,5 %) i gruppen som fikk lav dose, 35/74 (47,3 %) i gruppen som fikk medium dose og 45/100 (45 %) i gruppen som fikk høy dose. De vanligste, alvorlige bivirkningene (frekvens ≥ 1 %) hos sildenafil pasientene (kombinerte doser) var: pneumoni (7,4 %), hjertesvikt, pulmonal hypertensjon (hver 5,2 %), øvre luftveisinfeksjon (3,1 %), høyre ventrikkelsvikt, gastroenteritt (hver 2,6 %), synkope, bronkitt, bronkopneumoni, pulmonal arteriell hypertensjon (hver 2,2 %), brystsmerte, karies (hver 1,7 %) og kardiogent sjokk, viral gastroenteritt, urinveisinfeksjon (hver 1,3 %).

Følgende alvorlige bivirkninger ble vurdert til å være behandlingsrelaterte; enterokolitt, kramper, hypersensitivitet, stridor, hypoksi, nevrosensorisk døvhets og ventrikulær arytmi.

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

I endose-studier på frivillige med doser opp til 800 mg var bivirkningene lik de som ble sett ved lavere doser, men forekomsten og alvorlighetsgraden økte. Enkelt doser på 200 mg resulterte i at forekomsten av bivirkninger (hodepine, flushing, svimmelhet, dyspepsi, nesetetthet og synsforstyrrelser) økte.

Ved eventuell overdose gis standard støttende behandling ved behov. Dialyse antas ikke å øke clearance ettersom sildenafil i høy grad er plasmaproteinbundet og ikke utskilles i urin.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Urologika, midler mot erektil dysfunksjon, ATC-kode: G04B E03.

Virkningsmekanisme

Sildenafil er en potent og selektiv hemmer av syklisk guanosinmonofosfat (cGMP) spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5), enzymet som er ansvarlig for degradering av cGMP. Foruten at dette enzymet er til stede i corpus cavernosum i penis, er også PDE5 til stede i pulmonale kar. Sildenafil øker derfor nivået av cGMP i glatt muskulatur i pulmonalkar, som igjen fører til relaksasjon. Hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon kan dette føre til vasodilatasjon av pulmonalkar og i mindre grad vasodilatasjon i systemisk sirkulasjon.

Farmakodynamiske effekter

In vitro-studier har vist at sildenafil er selektiv for PDE5. Effekten er mer potent på PDE5 enn på andre kjente fosfodiesteraser. Selektiviteten er 10 ganger høyere enn for PDE6 som er involvert i fototransduksjon i retina. Selektiviteten er 80 ganger høyere enn for PDE1, og mer enn 700 ganger høyere enn for PDE 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 og 11. Spesielt har sildenafil mer enn 4 000 ganger høyere selektivitet for PDE5 enn for PDE3, den cAMP-spesifikke fosfodiesterase-isoformen som er involvert i kontroll av hjertets kontraktilitet.

Sildenafil gir lette og forbigående blodtrykksfall som i de fleste tilfeller ikke gir klinisk effekt. Etter langtidsbehandling med 80 mg tre ganger daglig til pasienter med systemisk hypertensjon var gjennomsnittsforandringen fra liggende systolisk og diastolisk blodtrykk en senkning på henholdsvis 9,4 mmHg og 9,1 mmHg. Etter langtidsbehandling med 80 mg tre ganger daglig til pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon var det observert mindre effekt på blodtrykksreduksjon (en reduksjon i både systolisk og diastolisk trykk på 2 mmHg). Ved den anbefalte dosen på 20 mg tre ganger daglig ble det ikke sett reduksjoner i systolisk og diastolisk blodtrykk.

Enkelt doser av sildenafil opptil 100 mg hos friske frivillige viste ingen kliniske relevante effekter på EKG. Etter langtidsbehandling med 80 mg tre ganger daglig til pasienter med pulmonal arteriell hypotensjon var det ikke rapportert noen klinisk effekt på EKG.

I en studie av de hemodynamiske effektene av en enkelt dose på 100 mg sildenafil gitt peroralt til 14 pasienter med alvorlig koronar arteriell sykdom (CAD) (> 70 % stenose i minst en koronararterie), ble gjennomsnittlig systolisk og diastolisk hvilende blodtrykk redusert med henholdsvis 7 % og 6 % sammenliknet med baseline. Gjennomsnittlig pulmonalt systolisk blodtrykk ble redusert med 9 %. Sildenafil viste ingen effekt på "cardiac output", og svekket ikke blodtilførselen gjennom de forsnævrede koronararteriene.

Lette og forbigående endringer i evnen til å skille farger (blått/grønt) ble observert hos noen personer ved Farnsworth-Munsell 100 fargetest en time etter inntak av en 100 mg dose. Ingen effekter ble

observert to timer etter dosering. Mekanismen for denne endring i evnen til å skille farger er sannsynligvis relatert til hemming av PDE6, som er involvert i retinas fototransduksjonskaskade. Sildenafil har ingen effekt på synsskarphet eller kontrastsensitivitet. I en liten placebokontrollert studie med pasienter med dokumentert tidlig aldersrelatert makuladegenerasjon (n=9) ga sildenafil (i en enkeltdose på 100 mg) ingen signifikante endringer i utførte synsprøver (synsskarphet, Amsler-kort, fargediskriminering med trafikkløssimulator, Humphrey perimeter og fotostress).

Klinisk effekt og sikkerhet

Effekt hos voksne pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon (PAH)

En randomisert, dobbeltblindet, placebokontrollert studie ble utført på 278 pasienter med primær pulmonal hypertensjon, PAH assosiert med bindevevssykdommer, og PAH etter kirurgisk inngrep ved medfødt hjertefeil. Pasientene ble randomisert til en av fire behandlingsgrupper: placebo, sildenafil 20 mg, sildenafil 40 mg eller sildenafil 80 mg, tre ganger daglig. Av de 278 randomiserte pasientene, mottok 277 pasienter minst én dose studiemedisin. Studiepopulasjonen bestod av 68 (25 %) menn og 209 (75 %) kvinner med en gjennomsnittsalder på 49 år (range: 18-81 år), og med baseline 6-minutters gangtest mellom 100 og 450 meter (gjennomsnitt: 344 meter). 175 pasienter (63 %) var diagnostisert med primær pulmonal hypertensjon, 84 (30 %) var diagnostisert med PAH assosiert med bindevevssykdommer og 18 (7 %) av pasientene var diagnostisert med PAH etter kirurgisk inngrep ved medfødt hjertefeil. De fleste pasientene var i WHO funksjonsklasse II (107/277, 39 %) eller III (160/277, 58 %) med gjennomsnittlig baseline 6-minutters gangtest på henholdsvis 378 og 326 meter, færre pasienter var klasse I (1/277, 0,4 %) eller IV (9/277, 3 %) ved baseline. Pasienter med venstre ventrikkel ejeksjonsfraksjon < 45 % eller venstre ventrikkel forkortingsfraksjon < 0,2 ble ikke studert.

Sildenafil (eller placebo) ble gitt i tillegg til pasientens behandling som kunne være en kombinasjon av antikoagulantia, digoksin, kalsiumkanalblokkere, diuretika eller oksygen. Bruk av prostacyklin, prostacyklinanaloger og endotelinreseptorantagonister var ikke tillatt som tilleggsbehandling, og heller ikke argininsupplement. Pasienter som tidligere ikke hadde effekt av bosentanbehandling, ble ekskludert fra studien.

Det primære effektendepunktet var endring fra baseline i tidsbasert 6-minutters gangdistanse (6MWD) ved uke 12. En statistisk signifikant økning i 6MWD ble observert i alle 3 gruppene som fikk sildenafil sammenlignet med de som fikk placebo. Placebokorrigert økning i 6MWD var 45 meter ($p < 0,0001$), 46 meter ($p < 0,0001$) og 50 meter ($p < 0,0001$) for henholdsvis 20 mg, 40 mg og 80 mg sildenafil tre ganger daglig. Det var ingen signifikante forskjeller i effekt mellom sildenafildosene. Hos pasienter med baseline 6MWD på < 325 meter ble det sett en økt effekt med høyere doser (placebokorrigerte forbedringer på 58 meter, 65 meter og 87 meter for doser på henholdsvis 20 mg, 40 mg og 80 mg tre ganger daglig).

Da det ble analysert etter WHO funksjonsklasse, ble det observert en signifikant økning i 6MWD i dosegruppen med 20 mg. For klasse II og III ble det observert en placebokorrigert økning på henholdsvis 49 meter ($p = 0,0007$) og 45 meter ($p = 0,0031$).

Økning i 6MWD var tydelig etter 4 ukers behandling og denne effekten ble opprettholdt etter uke 8 og 12. Resultatene var generelt sammenfallende hos subgruppene når det gjelder etiologi (primær pulmonal arteriell hypertensjon og pulmonal arteriell hypertensjon assosiert med bindevevssykdom), WHO funksjonsklasse, kjønn, etnisitet, lokalisering, gjennomsnittlig pulmonalt arterielt trykk (mPAP) og pulmonal vaskulær resistens-indeks (PVRI).

Pasienter på alle sildenafildosene oppnådde en statistisk signifikant reduksjon i gjennomsnittlig pulmonalt arterielt trykk (mPAP) og pulmonal vaskulær resistens (PVR) sammenlignet med de som fikk placebo. Placebokontrollerte behandlingseffekter med mPAP var -2,7 mmHg ($p = 0,04$), -3,0 mmHg ($p = 0,01$) og -5,1 mmHg ($p < 0,0001$) for henholdsvis 20 mg, 40 mg og 80 mg sildenafil tre ganger daglig. Placebokorrigerte behandlingseffekter med PVR var -178 dyn.sek/cm⁵ ($p = 0,0051$), -195 dyn.sek/cm⁵ ($p = 0,0017$) og -320 dyn.sek/cm⁵ ($p < 0,0001$) for henholdsvis 20 mg, 40 mg og 80 mg sildenafil tre ganger daglig. Prosentvis reduksjon i PVR (11,2 %, 12,9 %, 23,3 %) ved uke 12 for sildenafil 20 mg, 40 mg og 80 mg tre ganger daglig var proporsjonalt større enn

reduksjon i systemisk vaskulær resistens (SVR) (7,2 %, 5,9 %, 14,4 %). Effekten av sildenafil på mortalitet er ukjent.

En større andel av pasientene på hver av sildenafildosene (dvs. 28 %, 36 % og 42 % av personene som fikk henholdsvis 20 mg, 40 mg og 80 mg sildenafil tre ganger daglig) viste en forbedring på minst én WHO funksjonsklasse ved uke 12, sammenlignet med placebo (7 %). Respektive oddsratioer var 2,92 ($p = 0,0087$), 4,32 ($p = 0,0004$) og 5,75 ($p < 0,0001$).

Langtids-overlevelseshdata i behandlingsnaiv populasjon

Pasienter innrullert i pivotalstudien var berettiget til å bli med i en åpen, langtids forlengelsesstudie. Ved 3 år fikk 87 % av pasientene en dose på 80 mg tre ganger daglig. Totalt ble 207 pasienter behandlet med sildenafil i pivotalstudien, og deres langtids- overlevelseshstatus ble bestemt for et minimum på 3 år. I denne populasjonen var Kaplan-Meier-estimer på 1, 2 og 3 års overlevelse henholdsvis 96 %, 91 % og 82 %. Overlevelse hos pasienter i WHO funksjonsklasse II ved baseline ved 1, 2 og 3 år var henholdsvis 99 %, 91 % og 84 %, og for pasienter i WHO funksjonsklasse III ved baseline, henholdsvis 94 %, 90 % og 81 %.

Effekt hos voksne pasienter med PAH (ved samtidig bruk med epoprostenol)

En randomisert, dobbeltblindet, placebokontrollert studie ble gjennomført med 267 pasienter med PAH. Disse var stabilisert på intravenøs epoprostenol. PAH-gruppen inkluderte de pasienter som hadde primær pulmonal arteriell hypertensjon (212/267, 79 %) og PAH assosiert med bindevevssykdom (55/267, 21 %). De fleste pasientene var i WHO funksjonsklasse II (68/267, 26 %) eller III (175/267, 66 %); færre pasienter var i klasse I (3/267, 1 %) eller IV (16/267, 6 %) ved baseline, og for noen få pasienter (5/267, 2 %) var WHO funksjonsklasse ukjent. Pasientene ble randomisert til placebo eller sildenafil (i en fast titrering som startet med 20 mg, til 40 mg og så 80 mg tre ganger daglig, som tolerert), i kombinasjon med intravenøs epoprostenol.

Det primære effektendepunktet var endring fra baseline i 6-minutters gangdistanse ved uke 16. Det var en statistisk signifikant fordel av sildenafil, sammenliknet med placebo, i 6-minutters gangdistanse. En gjennomsnittlig placebokorrigert økning i gangdistanse på 26 meter ble observert i favør av sildenafil (95 % KI: 10,8, 41,2) ($p = 0,0009$). For pasienter med en gangdistanse ved baseline ≥ 325 meter, var behandlingseffekten 38,4 meter i favør av sildenafil. For pasienter med en gangdistanse ved baseline på < 325 meter, var behandlingseffekten 2,3 meter i favør av placebo. For pasienter med primær PAH, var behandlingseffekten 31,1 meter sammenliknet med 7,7 meter for pasienter med PAH assosiert med bindevevssykdom. Sett i lys av det begrensede undersøkelsesmaterialet, kan forskjellen i resultater mellom disse randomiseringssubgruppene skyldes tilfeldigheter.

Pasienter som fikk sildenafil oppnådde en statistisk signifikant reduksjon i gjennomsnittlig pulmonalt arterielt trykk (mPAP) sammenliknet med de som fikk placebo. En gjennomsnittlig placebokorrigert behandlingseffekt på -3,9 mmHg ble observert i favør av sildenafil (95 % KI: -5,7, -2,1) ($p = 0,00003$). Tid til klinisk forverring var et sekundært endepunkt, definert som tiden fra randomisering til første tilfelle av en klinisk forverrende hendelse (død, lungetransplantasjon, oppstart med bosentan-behandling, eller klinisk forverring som krevde en endring i epoprostenol-behandling). Behandling med sildenafil forsinket tiden til klinisk forverring ved PAH signifikant, sammenlignet med placebo ($p = 0,0074$). 23 pasienter (17,6 %) i placebogruppen opplevde klinisk forverring, sammenlignet med 8 pasienter i sildenafilgruppen (6,0 %).

Langtids overlevelseshdata i bakgrunnsstudien med epoprostenol

Pasienter som ble inkludert i studien hvor epoprostenol var tilleggsbehandling, kunne bli med i en åpen, langtids forlengelsesstudie. Etter 3 år fikk 68 % av pasientene en dose på 80 mg tre ganger daglig. Totalt 134 pasienter ble behandlet med sildenafil i den første studien, og deres langtids overlevelseshratio ble bestemt i minimum 3 år. I denne populasjonen var Kaplan-Meier-estimat for overlevelse ved år 1, 2 og 3 henholdsvis 92 %, 81 % and 74 %.

Effekt og sikkerhet hos voksne pasienter med PAH (ved bruk i kombinasjon med bosentan)

En randomisert, dobbeltblind, placebo-kontrollert studie ble utført med 103 klinisk stabile pasienter med PAH (WHO FC II og III) som hadde fått bosentanbehandling i minst tre måneder. PAH-

pasientene inkluderte de med primær PAH og PAH assosiert med bindevevssykdom. Pasienter ble randomisert til placebo eller sildenafil (20 mg tre ganger daglig) i kombinasjon med bosentan (62,5-125 mg to ganger daglig). Det primære effektendepunktet var endringen fra baseline ved uke 12 i 6MWD. Resultatene indikerer at det ikke er noen signifikant forskjell i gjennomsnittlig endring fra baseline ved 6MWD mellom sildenafil (20 mg tre ganger daglig) og placebo (henholdsvis 13,62 m (95 % KI: -3,89 til 31,12) og 14,08 m (95 % KI: -1,78 til 29,95)).

Forskjeller i 6MWD ble observert mellom pasienter med primær PAH og PAH assosiert med bindevevssykdom. For pasienter med primær PAH (67 pasienter) var gjennomsnittlig endring fra baseline henholdsvis 26,39 m (95 % KI: 10,70 til 42,08) og 11,84 m (95 % KI: -8,83 til 32,52) for sildenafil- og placebogruppen. For pasienter med PAH assosiert med bindevevssykdom (36 pasienter) var imidlertid gjennomsnittlig endring fra baseline henholdsvis -18,32 m (95 % KI: -65,66 til 29,02) og 17,50 m (95 % KI: -9,41 til 44,41) for sildenafil- og placebogruppen.

Totalt sett var bivirkningene generelt like mellom de to behandlingsgruppene (sildenafil pluss bosentan vs. bosentan alene), og konsistente med den kjente sikkerhetsprofilen for sildenafil brukt som monoterapi (se pkt. 4.4 og 4.5).

Effekter på dødelighet hos voksne med PAH

En studie for å undersøke effekten av ulike dosenivåer av sildenafil på dødelighet hos voksne med PAH ble utført etter observasjon av en høyere risiko for dødelighet hos pediatrike pasienter som tok en høy dose sildenafil tre ganger daglig, basert på kroppsvekt, sammenlignet med de som tok en lavere dose i langtidsforlengelsen av den pediatrike kliniske studien (se nedenfor Pediatrisk populasjon – Pulmonal arteriell hypertensjon – Data fra langsiktig forlengelsesstudie).

Studien var en randomisert, dobbeltblindet studie med parallelle grupper med 385 voksne med PAH. Pasientene ble randomisert 1:1:1 til én av tre doseringsgrupper (5 mg tre ganger daglig (fire ganger lavere enn anbefalt dose), 20 mg tre ganger daglig (anbefalt dose) og 80 mg tre ganger daglig (fire ganger høyere enn anbefalt dose)). Totalt var flertallet av personene PAH-behandlingsnaive (83,4 %). De fleste personene hadde idiopatisk PAH (71,7 %). Den vanligste WHO-funksjonsklassen var klasse III (57,7 % av personene). Alle tre behandlingsgruppene var godt balansert med hensyn til baselinedemografi for stratahistorikk for PAH-behandling og PAH-etologi, samt kategorier for WHO-funksjonsklasse.

Dødelighetsratene var 26,4 % (n = 34) for dosen 5 mg tre ganger daglig, 19,5 % (n = 25) for dosen 20 mg tre ganger daglig og 14,8 % (n = 19) for dosen 80 mg tre ganger daglig.

Pediatrisk populasjon

Pulmonal arteriell hypertensjon

Totalt 234 personer i alderen 1 til 17 år ble behandlet i en randomisert, dobbeltblindet, multisenter, placebokontrollert, dosebestemmende studie med parallelle grupper. Personene (38 % gutter og 62 % jenter) hadde en kroppsvekt ≥ 8 kg og hadde primær pulmonal hypertensjon (PPH) [33 %], eller PAH sekundært til kongenital hjertesykdom [systemisk-til-pulmonal shunt (høyre-venstre shunt) 37 %, kirurgisk reparasjon 30 %]. I denne studien var 63 av 234 (27 %) av pasientene < 7 år gamle (sildenafil lav dose = 2, medium dose = 17, høy dose = 28, placebo = 16) og 171 av 234 (73 %) pasienter var 7 år eller eldre (sildenafil lav dose = 40, medium dose = 38, høy dose = 49 og placebo = 44). De fleste personene var i WHO funksjonsklasse I (75/234, 32 %) eller II (120/234, 51 %) ved baseline; færre pasienter var klasse III (35/234, 15 %) eller IV (1/234, 0,4 %). Noen få pasienter (3/234, 1,3 %) hadde ukjent WHO funksjonsklasse.

Pasientene var naive med hensyn til spesifikk PAH-behandling og bruk av prostacyklin, prostacyklin-analoger og endotelinreseptorantagonister var ikke tillatt i studien. Det var heller ikke supplement av arginin, nitrater, alfablokkere og potente hemmere av CYP450 3A4.

Det primære målet med studien var å vurdere bedring i arbeidskapasitet etter en 16 ukers kontinuerlig behandling med oral sildenafil hos pediatriske pasienter målt ved kardiopulmonal aktivitetstest (CPET) hos personer som var så langt utviklet at de kunne utføre testen (n = 115). Sekundære endepunkter inkluderte hemodynamisk monitorering, vurdering av symptomer, WHO funksjonsklasse, forandring av bakgrunnsbehandling og målinger av livskvalitet.

Personene ble fordelt på en av tre sildenafil behandlingsgrupper, hvor lave (10 mg), medium (10-40 mg) eller høye (20-80 mg) doseregimer med sildenafil ble gitt tre ganger daglig, eller placebo. De faktiske dosene som ble administrert innen en gruppe var avhengig av kroppsvekten (se pkt. 4.8). Andelen personer som fikk støttemedisin ved baseline (antikoagulantia, digoksin, kalsiumkanalblokkere, diuretika og /eller oksygen) var tilsvarende i den kombinerte gruppen som fikk sildenafilbehandling (47,7 %) og gruppen som fikk placebobehandling (41,7 %).

Det primære endepunktet var prosentvis endring i maksimum VO_2 , korrigert for placebo, fra baseline til uke 16 vurdert ved hjelp av CPET i de kombinerte dosegruppene (tabell 2). Totalt 106 av 234 (45 %) personer var evaluerbare for CPET, noe som utgjorde barn ≥ 7 år og de som var utviklingsmessig i stand til å utføre testen. Barn < 7 år (kombinert sildenafildose = 47, placebo = 16) var kun evaluerbare for de sekundære endepunktene. Gjennomsnittsverdier for baseline maksimum oksygenvolum konsumert (VO_2) var sammenlignbare på tvers av gruppene med sildenafilbehandling (17,37 til 18,03 ml/kg/min) og noe høyere for gruppen med placebobehandling (20,02 ml/kg/min). Resultatene fra hovedanalysen (kombinerte dosegrupper versus placebo) var ikke statistisk signifikante ($p = 0,056$) (se tabell 2). Den estimerte forskjellen mellom medium sildenafildose og placebo var 11,33 % (95 % KI: 1,72 til 20,94) (se tabell 2).

Tabell 2: Placebokorrigert forandring i % fra baseline i maksimum VO_2 ved aktiv behandlingsgruppe

Behandlingsgruppe	Estimert forskjell	95 % konfidensintervall
Lav dose (n=24)	3,81	-6,11, 13,73
Medium dose (n=26)	11,33	1,72, 20,94
Høy dose (n=27)	7,98	-1,64, 17,60
Kombinerte dosegrupper (n=77)	7,71 ($p = 0,056$)	-0,19, 15,60

n=29 for placebogruppen

Estimatene er basert på ANCOVA med justeringer for kovariatene baseline maksimum VO_2 , etiologi og vektgruppe

Doserelaterte forbedringer ble observert med pulmonal vaskulær resistens indeks (PVRI) og gjennomsnittlig pulmonalt arterielt trykk (mPAP). Gruppene med medium og høy dose sildenafil viste begge en reduksjon i PVRI sammenlignet med placebo på henholdsvis 18 % (95 % KI: 2 % til 32 %) og 27 % (95 % KI: 14 % til 39 %), mens gruppen med lav dose ikke viste signifikant forskjell fra placebo (forskjell på 2 %). Gruppene med medium og høy dose med sildenafil fremviste mPAP forandring fra baseline sammenlignet med placebo på henholdsvis -3,5 mmHg (95 % KI: -8,9, 1,9) og -7,3 mmHg (95 % KI: -12,4, -2,1), mens gruppen med den lave dosen viste liten forskjell fra placebo (forskjell på 1,6 mmHg). Forbedringer av hjerteindeks ble observert i alle tre gruppene med sildenafil sammenlignet med placebo på henholdsvis 10 %, 4 % og 15 % for lav, medium og høy dosegruppe.

Signifikante forbedringer i funksjonsklasse ble kun vist hos personer som fikk høy dose med sildenafil sammenlignet med placebo. Odds ratio for gruppene med lav, medium og høy dose med sildenafil sammenlignet med placebo var henholdsvis 0,6 (95 % KI: 0,18, 2,01), 2,25 (95 % KI: 0,75, 6,69) og 4,52 (95 % KI: 1,56, 13,10).

Data fra langtids forlengelsesstudie

Av de 234 pediatriske pasientene som ble behandlet i den placebo-kontrollerte korttidsstudien, gikk 220 pasienter over i langtids forlengelsesstudien. De som var i placebogruppen i korttidsstudien, ble

randomisert på nytt til behandling med sildenafil; de som veide ≤ 20 kg gikk over i grupper med medium eller høy dose (1:1), mens de som veide > 20 kg gikk over i grupper med lav, medium eller høy dose (1:1:1). Av totalt 229 personer som fikk sildenafil, var det 55, 74 og 100 personer i gruppene med henholdsvis lav, medium og høy dose. På tvers av korttids- og langtidsstudien varierte den totale behandlingsvarigheten for enkeltpersoner, fra start av den dobbeltblindede studien, fra 3 til 3129 dager. For sildenafilgruppen var median behandlingsvarighet 1696 dager (ekskludert de 5 personene som fikk placebo i den dobbeltblinde studien og som ikke ble inkludert i langtids forlengelsesstudien).

Kaplan-Meier-estimat av overlevelse etter 3 år hos pasienter med vekt > 20 kg ved baseline var 94 %, 93 % og 85 % for pasienter i gruppene med henholdsvis lav, medium og høy dose. For pasienter med vekt ≤ 20 kg ved baseline, var estimert overlevelse 94 % og 93 % for pasienter i gruppene med henholdsvis medium og høy dose (se pkt. 4.4 og 4.8).

I løpet av studien ble det rapportert om totalt 42 dødsfall, enten under behandling eller rapportert som en del av oppfølging av overlevelse. 37 dødsfall inntraff før Data Monitoring Committee (DMC) bestemte at pasientene skulle nedtitreres til en lavere dose, basert på en observert ubalanse i mortalitet med økende doser av sildenafil. Blant disse 37 dødsfallene, var antallet (%) dødsfall 5/55 (9,1 %), 10/74 (13,5 %) og 22/100 (22 %) i gruppene med henholdsvis lav, medium og høy dose sildenafil. Siden ble det rapportert om ytterligere 5 dødsfall. Dødsårsakene var relatert til pulmonal arteriell hypertensjon (PAH). Høyere doser enn anbefalte doser skal ikke brukes hos pediatriske pasienter med PAH (se pkt. 4.2 og 4.4).

Maksimum VO_2 ble vurdert ett år etter starten av den placebokontrollerte studien. Av de pasientene som ble behandlet med sildenafil og som var utviklingsmessig i stand til å utføre CPET, hadde 59/114 personer (52 %) ikke vist noen nedgang i maksimum VO_2 fra oppstart med sildenafil. Tilsvarende hadde 191 av 229 personer (83 %) som fikk sildenafil, enten beholdt eller forbedret sin WHO funksjonsklasse ved ett års vurdering.

Persisterende pulmonal hypertensjon hos nyfødte

En randomisert, dobbeltblindet, toarmet, placebokontrollert parallellgruppestudie ble utført med 59 nyfødte med persisterende pulmonal hypertensjon hos nyfødte (PPHN) eller hypoksisk respirasjonssvikt (HRF) og risiko for PPHN med oksygeneringsindeks (OI) > 15 og < 60 . Det primære målet var å evaluere effekt og sikkerhet av i.v. sildenafil i kombinasjon med inhalert nitrogenoksid (iNO), sammenlignet med iNO alene.

De koprime endepunktene var forekomst av behandlingssvikt, definert som behov for ytterligere behandling rettet mot PPHN, behov for ekstrakorporal membranoksygenering (ECMO) eller dødsfall under studien, og varighet av iNO-behandling etter igangsetting av i.v. studielegemiddel for pasienter uten behandlingssvikt. Forskjellen i forekomst av behandlingssvikt var ikke statistisk signifikant mellom de to behandlingsgruppene (henholdsvis 27,6 % og 20,0 % i iNO + i.v. sildenafil-gruppen og iNO + placebogruppen). For pasienter uten behandlingssvikt var gjennomsnittlig varighet av iNO-behandling etter igangsetting av i.v. studielegemiddel den samme, ca. 4,1 dager, for de to behandlingsgruppene.

Behandlingsrelaterte bivirkninger og alvorlige bivirkninger ble rapportert hos henholdsvis 22 (75,9 %) og 7 (24,1 %) personer i iNO + i.v. sildenafil-behandlingsgruppen og hos 19 (63,3 %) og 2 (6,7 %) personer i iNO + placebogruppen. De hyppigst rapporterte behandlingsrelaterte bivirkningene var hypotensjon (8 [27,6 %] personer), hypokalemi (7 [24,1 %] personer), anemi og legemiddelabstinenssyndrom (4 [13,8 %] personer hver) og bradykardi (3 [10,3 %] personer) i iNO + i.v. sildenafil-behandlingsgruppen og pneumothorax (4 [13,3 %] personer), anemi, ødem, hyperbilirubinemi, økt C-reaktivt protein og hypotensjon (3 [10,0 %] personer hver) i iNO + placebo-behandlingsgruppen (se pkt. 4.2).

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Absorpsjon

Sildenafil absorberes raskt. Maksimal observert plasmakonsentrasjon oppnås mellom 30 og 120 minutter (median 60 minutter) etter peroral fastende dosering. Den gjennomsnittlig absolutte orale biotilgjengelighet er 41 % (variasjon 25-63 %). Etter oral dosering av sildenafil tre ganger daglig øker AUC og C_{max} proporsjonalt med dose over den anbefalte doseskala 20-40 mg. Etter oral dosering av 80 mg sildenafil tre ganger daglig, er mer enn doseproporsjonal økning av plasmanivåer til sildenafil observert. Hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon var oral biotilgjengelighet av sildenafil etter 80 mg tre ganger daglig gjennomsnittlig 43 % (90 % KI: 27 % - 60 %) høyere sammenlignet med lavere doser.

Når sildenafil ble tatt sammen med mat, ble absorpsjonshastigheten redusert med gjennomsnittlig forsinkelse i t_{max} på 60 min og gjennomsnittlig reduksjon i C_{max} på 29 %, men omfang av absorpsjon var ikke signifikant påvirket (AUC minsket med 11 %).

Distribusjon

Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ved steady state (V_{ss}) for sildenafil er 105 l, noe som indikerer distribusjon til vev. Etter orale doser på 20 mg tre ganger daglig blir den maksimale totale plasmakonsentrasjon av sildenafil ved steady state i gjennomsnitt ca. 113 nanogram/ml. Sildenafil og den viktigste sirkulerende N-desmetylmetylmetabolitten, er ca. 96 % bundet til plasmaproteiner. Proteinbinding er uavhengig av total legemiddelkonsentrasjon.

Biotransformasjon

Sildenafil elimineres hovedsakelig av de hepatiske mikrosomale isoenzymer CYP3A4 (hovedvei) og CYP2C9 (mindre viktig vei). Den viktigste sirkulerende metabolitten kommer fra N-demetylering av sildenafil. Denne metabolitten har en selektivitetsprofil overfor fosfodiesterase som er lik den for sildenafil, og en *in vitro* aktivitet overfor PDE5 på ca. 50 % av modersubstansen. N-desmetylmetabolitten metaboliseres videre, med en terminal halveringstid på ca. 4 timer. Hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon er plasmakonsentrasjoner av N-desmetyl metabolitten ca. 72 % av sildenafil etter 20 mg tre ganger daglig dose (oversatt til 36 % bidrag til den farmakologiske effekten av sildenafil). Den påfølgende virkning på effekt er ukjent.

Eliminasjon

Total clearance av sildenafil er 41 l/time hvilket medfører en terminal halveringstid på 3-5 timer. Etter enten oral eller intravenøs administrering utskilles sildenafil som metabolitter hovedsakelig i fæces (ca. 80 % av administrert peroral dose) og i mindre utstrekning i urinen (ca. 13 % av administrert peroral dose).

Farmakokinetikk hos spesielle pasientgrupper

Eldre

Friske frivillige eldre (65 år eller eldre) hadde redusert clearance av sildenafil, hvilket resulterte i ca. 90 % høyere plasmakonsentrasjoner av sildenafil og den aktive N-desmetylmetylmetabolitten sammenlignet med konsentrasjonene hos yngre friske frivillige (18-45 år). Tilsvarende økning i plasmakonsentrasjonen av fritt sildenafil var ca. 40 % pga. aldersbetingede forskjeller i plasmaproteinbinding.

Nedsatt nyrefunksjon

Hos frivillige med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance = 30-80 ml/min) var farmakokinetikken til sildenafil ved en enkel peroral dose på 50 mg ikke endret. Hos frivillige med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/min), var clearance av sildenafil redusert, hvilket medførte gjennomsnittlige økninger i AUC og C_{max} på henholdsvis 100 % og 88 % sammenlignet med frivillige i samme aldersgrupper uten nedsatt nyrefunksjon. Dessuten økte AUC og C_{max} signifikant med henholdsvis 200 % og 79 % for N-desmetyl-metabolitten hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon sammenlignet med pasienter med normal nyrefunksjon.

Nedsatt leverfunksjon

Hos frivillige med lett til moderat levercirrhose (Child-Pugh klasse A og B), var clearance av sildenafil redusert, hvilket medførte økning i AUC (85 %) og C_{max} (47 %) sammenlignet med frivillige i samme aldersgruppe uten nedsatt leverfunksjon. I tillegg økte AUC og C_{max} verdiene av N-desmetyl metabolitten signifikant med henholdsvis 154 % og 87 %, hos pasienter med cirrhose sammenlignet med pasienter med normal leverfunksjon. Farmakokinetikken til sildenafil har ikke vært studert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Populasjonsfarmakokinetikk

Hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon, er gjennomsnittlig steady state konsentrasjoner 20-50 % høyere enn det undersøkte dosespekteret på 20-80 mg tre ganger daglig sammenlignet med friske frivillige. Det var en dobling av C_{min} sammenlignet med friske frivillige. Begge funn viser en lavere clearance og/eller en høyere oral biotilgjengelighet for sildenafil hos pasienter med pulmonal arteriell hypertensjon sammenlignet med friske frivillige.

Pediatrisk populasjon

Analyser av den farmakokinetiske profilen til sildenafil hos pasienter som var involvert i de pediatriske kliniske utprøvingene, har vist at kroppsvekt er en god prediktor for legemiddeleksponering hos barn. Halveringstiden for plasmakonsentrasjonen av sildenafil ble estimert til å variere fra 4,2 til 4,4 timer med en variasjon i kroppsvekt på 10 til 70 kg, og det ble ikke vist forskjeller som kunne være klinisk relevante. C_{max} etter en enkeltdose med 20 mg sildenafil administrert oralt ble estimert til 49, 104 og 165 nanogram/ml for pasienter på henholdsvis 70, 20 og 10 kg. C_{max} etter en enkeltdose med 10 mg sildenafil administrert oralt ble estimert til 24, 53 og 85 nanogram/ml for pasienter på henholdsvis 70, 20 og 10 kg. t_{max} ble estimert ved ca. 1 time og var nærmest uavhengig av kroppsvekt.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Prekliniske data indikerer ingen spesiell fare for mennesker basert på konvensjonelle studier av sikkerhetsfarmakologi, toksisitetstester ved gjentatt dosering, gentoksisitet og karsinogenitet eller reproduksjons- og utviklingstoksitet.

Hos rotteunger som pre- og postnatale ble behandlet med 60 mg/kg sildenafil, var antallet i kullet lavt. Det ble sett redusert vekt hos rotteungene på dag 1 og lavere overlevelse etter 4 dager ved eksponering for ca. 50 ganger den forventede dose brukt hos mennesker med 20 mg tre ganger daglig. I prekliniske studier ble det bare observert effekter ved doser tilstrekkelig over den maksimale humane eksponering til at det indikerer liten klinisk relevans.

Det ble ikke sett bivirkninger, med mulig klinisk relevans, hos dyr ved klinisk relevante eksponeringsnivåer som ikke også er observert i kliniske studier.

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Hjelpesoffer

Tablettkjerne:

Cellulose, mikrokrySTALLinsk
Kalsiumhydrogenfosfat
Krysskarmellosenatrium
Hypromellose
Natriumstearyl fumarat

Filmdrasjering:

Hypromellose 2910
Titandioksid (E 171)
Triacetin

6.2 Uforlikeligheter

Ikke aktuelt.

6.3 Holdbarhet

5 år.

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser.

6.5 Emballasje (type og innhold)

Aluminium/PVC/PVdC blisterpakninger i pakningsstørrelser på 10, 90 eller 300 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

Orion Corporation
Orionintie 1
FI-02200 Espoo
Finland

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

15-10963

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 23. september 2016

Dato for siste fornyelse: 19. august 2021

10. OPPDATERINGSDATO

15.09.2022