

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

PİMARO 30 mg film tablet

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Sinakalset30 mg (hidroklorür olarak)

Yardımcı madde(ler):

Laktoz monohidrat (sığır sütünden üretilir).....0,3 mg

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Film kaplı tablet

Açık yeşil renkli, oval, bikonveks, bir yüzü "30" baskılı, film kaplı tablet

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1 Terapötik endikasyonlar

İdame diyaliz tedavisi alan son dönem böbrek hastalığı (SDBH) bulunan hastalardaki sekonder hiperparatiroidizm (HPT) tedavisinde.

PİMARO, tedavi şemasının bir bölümü olarak uygun şekilde, fosfat bağlayıcılar ve/veya vitamin D sterollerini ile birlikte kullanılabilir (bkz. Bölüm 5.1).

Aşağıdaki hastalarda hiperkalseminin düşürülmesinde;

- Paratiroid karsinomu.
- Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratiroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratiroidektominin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer HPT.

4.2 Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Sekonder hiperparatiroidizm

Erişkinler ve yaşlılar (65 yaş üzeri)

Erişkinler için önerilen başlangıç dozu 30 mg günde tek dozdur. PİMARO dozu, diyaliz hastalarında intakt PTH (iPTH) assay ile 150-300 pg/ml (15,9-31,8 pmol/l) hedef paratiroid hormon (PTH) düzeyine ulaşmak için maksimum günde tek doz 180 mg olmak üzere her 2-4 haftada titre edilmelidir. PTH düzeyleri PİMARO dozundan en az 12 saat sonra değerlendirilmelidir. Güncel tedavi rehberleri referans alınmalıdır.

PTH, PİMARO tedavisi başlangıcı ya da doz değişikliğinden 1-4 hafta sonra ölçülmelidir. İdame sırasında PTH yaklaşık olarak her 1-3 ayda bir izlenmelidir. PTH düzeylerini ölçmek için intakt PTH (iPTH) ya da biyointakt PTH (biPTH) kullanılabilir; PİMARO tedavisi iPTH ile biPTH arasındaki ilişkiyi bozamaz.

Doz titrasyonu sırasında, PİMARO tedavisi başlangıcı ya da doz değişikliğini takip eden ilk hafta içinde olmak üzere serum kalsiyum düzeyleri sıklıkla takip edilmelidir. İdame dozu saptandıktan sonra, serum kalsiyum düzeyi yaklaşık ayda bir kez ölçülmelidir. Eğer serum kalsiyum düzeyi normal sınırların altına düşerse, eşlik eden terapinin düzenlenmesi dahil, uygun önlemler alınmalıdır (bkz. Bölüm 4.4).

Paratiroid karsinomu ve primer hiperparatiroidizm

Erişkinler ve yaşlılar (65 yaş üzeri)

PİMARO'nun erişkinlerde önerilen başlangıç dozu günde iki kez 30 mg'dır. Serum kalsiyum konsantrasyonunu normalin üst sınırına ya da onun altına düşürmek için, PİMARO dozu gerekli oldukça sırasıyla günde iki kez 30 mg, günde iki kez 60 mg, günde 2 kez 90 mg ve günde üç ya da dört kez 90 mg olmak üzere her 2-4 haftada bir titre edilmelidir. Klinik çalışmalarda kullanılan maksimum doz günde 4 kez 90 mg'dır.

PİMARO tedavisi başlangıcını ya da doz titrasyonunu takip eden ilk hafta içinde serum kalsiyum düzeyi ölçülmelidir. İdame doz düzeyleri saptandıktan sonra serum kalsiyumu her 2-3 ayda bir ölçülmelidir. Maksimum PİMARO dozuna titrasyon yapıldıktan sonra serum kalsiyumu periyodik olarak izlenmeli, eğer serum kalsiyumunda klinik açıdan anlamlı azalmalar sürdürülemezse PİMARO tedavisinin kesilmesi değerlendirilmelidir (bkz. Bölüm 5.1).

Uygulama şekli:

Oral yoldan uygulanır.

Yapılan çalışmalar, yiyeceklerle birlikte alındığında sinakalsetin biyoyararlanımının arttığını göstermiştir, bu nedenle PİMARO'nun yiyeceklerle birlikte veya bir öğünden hemen sonra alınması tavsiye edilmektedir (bkz. Bölüm 5.2). Tabletler bütün olarak alınmalı ve bölünmemelidir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek/Karaciğer yetmezliği:

Başlangıç dozunda bir değişiklik gerekmez. PİMARO orta ya da şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda dikkatle kullanılmalı ve tedavi doz titrasyonu sırasında ve sonrasında yakından izlenmelidir.

Pediyatrik popülasyon:

Etkililik ve güvenliliğine ilişkin verilerin yeterli olmaması nedeniyle, PİMARO, 18 yaş altındaki çocuklarda ve adolesanlarda kullanılmak üzere endike değildir (bkz. Bölüm 4.4).

Geriatrik popülasyon:

65 yaşından büyük ya da küçük hastalar arasında PİMARO'nun etkililiği ve güvenliliği açısından bir fark gözlenmemiştir.

4.3 Kontrendikasyonlar

Etkin madde ya da bölüm 6.1'de listelenen herhangi bir yardımcı maddeye karşı aşırı duyarlılık.

4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Serum kalsiyumu

PİMARO tedavisi serum kalsiyumu normal sınırların altındaki (albumine göre düzeltilmiş) hastalarda başlatılmamalıdır.

PİMARO ile tedavi edilmiş yetişkin ve pediyatrik hastalarda hipokalsemi ile ilişkili hayatı tehdit eden olaylar ve ölümcül sonuçlar bildirilmiştir. Hipokalseminin belirtileri arasında parestezi, miyalji, kramp, tetani ve konvülsiyonlar yer alabilir. Serum kalsiyum düzeyindeki azalmalar ayrıca QT intervalinin uzamasına neden olarak, hipokalsemiye sekonder ventriküler aritmiye yol açma potansiyeline sahiptir. Sinakalset tedavisi alan hastalarda QT uzaması ve ventriküler aritmi vakaları bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Bilinen konjenital uzun QT sendromu izlenen veya QT uzamasına neden olduğu bilinen tıbbi ürünleri kullanan hastalar gibi QT uzamasına ilişkin diğer risk faktörleri bulunan hastalarda dikkatli olunmalıdır.

Sinakalset serum kalsiyumunu düşürdüğü için hastalar hipokalsemi gelişimi açısından dikkatli bir şekilde izlenmelidir (bkz. Bölüm 4.2). Serum kalsiyumu, PİMARO ile tedaviye başladıktan sonra veya doz ayarlaması yapıldıktan sonra 1 hafta içerisinde ölçülmelidir. İdame dozu belirlendikten sonra, serum kalsiyumu yaklaşık olarak her ay ölçülmelidir.

Serum kalsiyum düzeyleri 8,4 mg/dl'nin (2,1 mmol/l) altına düştüğünde ve/veya hipokalsemi semptomları meydana geldiğinde aşağıdaki yönetimin uygulanması önerilmektedir:

Serum kalsiyum değeri veya hipokalsemi klinik semptomları	Öneriler
< 8,4 mg/dl (2,1 mmol/l) ve > 7,5 mg/dl (1,9 mmol/l), veya hipokalsemi klinik semptomlarının varlığında	Klinik kanıya göre, serum kalsiyum düzeyini arttırmak için kalsiyum içeren fosfat bağlayıcılar, vitamin D sterolleri ve/veya diyaliz sıvısı kalsiyum konsantrasyonlarının ayarlanması serum kalsiyumunu yükseltmek için kullanılabilir.
< 8,4 mg/dl (2,1 mmol/l) ve > 7,5 mg/dl (1,9 mmol/l) veya serum kalsiyum düzeyini arttırmaya yönelik girişimlere rağmen devam eden hipokalsemi semptomları	PİMARO dozunu azaltınız veya kesiniz.

Serum kalsiyum değeri veya hipokalsemi klinik semptomları	Öneriler
$\leq 7,5$ mg/dl (1,9 mmol/l) veya devam eden hipokalsemi semptomları ve vitamin D arttırılmıyor	Serum kalsiyum düzeyleri 8 mg/dl'ye (2 mmol/l) ulaşınca kadar ve/veya hipokalsemi semptomları düzelene kadar PİMARO uygulamasını kesiniz. Tedaviye PİMARO'nun sonraki en düşük dozu kullanılarak başlanılmalıdır.

Diyaliz alan kronik böbrek hastalığı olan hastalarda, PİMARO uygulanan hastaların yaklaşık %30'unda 7,5 mg/dl'den (1,9 mmol/l) düşük en az bir serum kalsiyum değeri olmuştur.

Sinakalsetin, diyaliz almayan kronik böbrek hastalığı olan hastalarda kullanımı endike değildir. Araştırmaya yönelik çalışmalar, sinakalsetle tedavi edilen ve diyaliz almayan kronik böbrek hastalığı olan hastaların, sinakalsetle tedavi edilen ve diyaliz alan kronik böbrek hastalığı olan hastalara kıyasla, hipokalsemi açısından artmış bir risk altında olduğunu göstermiştir (serum kalsiyum düzeyleri $< 8,4$ mg/dl [2,1 mmol/l]), ki bu başlangıç döneminde kalsiyum düzeylerinin daha düşük olmasına ve/veya rezidüel böbrek fonksiyonuna bağlı olabilir.

Nöbetler

Klinik çalışmalarda, sinakalset ile tedavi edilen hastaların % 1,4'ünde plasebo uygulananların ise %0,7'sinde nöbetler gözlenmiştir. Nöbet oranları arasındaki farkın temeli bilinmemekle birlikte nöbet eşiği, serum kalsiyum düzeyindeki önemli azalmalarla düşmüştür.

Hipotansiyon ve/veya kötüye giden kalp yetmezliği

Pazarlama sonrası güvenlik sürveyanslarında, sinakalsetle nedensel bir bağlantı tamamen dışarıda bırakılmaması gereken ve belki serum kalsiyum düzeyindeki azalmaya bağlı olarak kardiyak fonksiyon bozukluğu olan hastalarda, izole, idyosenkratik hipotansiyon ve/veya kötüye giden kalp yetmezliği vakaları rapor edilmiştir. Klinik veriler, sinakalsetle tedavi edilen hastaların %7'sinde, plasebo alan hastaların %12'sinde hipotansiyon ve sinakalset veya plasebo alan hastaların %2'sinde kalp yetmezliği oluştuğunu göstermiştir.

Genel

Eğer PTH düzeyleri, iPTH "assay" ile normal üst sınırın 1,5 katı altında olacak şekilde kronik olarak baskılanırsa dinamik kemik hastalığı gelişebilir. PİMARO ile tedavi edilen hastalarda eğer PTH düzeyleri önerilen hedef sınırların altına inerse, PİMARO ve/veya vitamin D sterollerinin dozu azaltılmalı veya tedavi kesilmelidir.

Testosteron düzeyleri

Son dönem böbrek hastalığı hastalarında testosteron düzeyleri sıklıkla normalin altındadır. Diyaliz alan son dönem böbrek hastalığı hastalarında yapılan bir klinik çalışmada, 6 aylık tedavi sonrasında serbest testosteron düzeyleri medyan olarak sinakalset ile tedavi edilen hastalarda %31,3 oranında plasebo uygulanan hastalarda ise %16,3 oranında azalmıştır. Bu

çalışmanın, açık etiketli bir çalışma ile genişletilmiş sonuçları, sinakalset ile tedavi edilen hastalarda, 3 yıldan daha uzun bir süre boyunca serbest ve total testosteron konsantrasyonlarında ileri bir azalma göstermemiştir. Serum testosteron düzeyindeki bu azalmaların klinik önemi bilinmemektedir.

Karaciğer yetmezliği

Orta şiddette ya da şiddetli karaciğer yetmezliği (Child-Pugh sınıflaması) olan hastalarda plazma sinakalset düzeylerinin 2-4 kat yüksek olma potansiyelinden dolayı, PİMARO bu hastalarda dikkatli kullanılmalı ve tedavi yakından takip edilmelidir (bkz. Bölüm 4.2 ve 5.2).

Laktoz

Nadir kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktoz yetmezliği ya da glikoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

4.5 Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Diğer ilaçların sinakalset üzerine etkileri

Sinakalset kısmen CYP3A4 enzimi ile metabolize olur. CYP3A4'ün güçlü bir inhibitörü olan ketokonazolün günde iki doz 200 mg olarak birlikte uygulanması, sinakalset düzeylerinin yaklaşık 2 kat artmasına yol açmıştır. PİMARO alan bir hastada, bu enzimin güçlü inhibitörü (örn. ketokonazol, itrakonazol, telitromisin, vorikonazol, ritonavir) ya da indükleyicisi (örn. rifampisin) ile tedaviye başlanır ya da bu ilaçlarla süren tedavi kesilirse, PİMARO dozunun ayarlanması gerekebilir (bkz. Bölüm 4.4).

In vitro veriler sinakalsetin kısmen CYP1A2 tarafından metabolize edildiğini göstermektedir. Sigara içmek CYP1A2'yi indüklemektedir; sigara içenlerde sinakalset klerensi içmeyenlere göre %36-38 daha yüksek olduğu gözlenmiştir. CYP1A2 inhibitörlerinin (örn. fluvoksamin, siprofloksasin) sinakalset plazma düzeylerine etkisi çalışılmamıştır. Bir hasta sigara içmeye başlar ya da sigara içmeyi bırakır ya da güçlü bir CYP1A2 inhibitörü ile eş zamanlı tedaviye başlar veya bırakırsa doz ayarlaması gerekebilir.

Kalsiyum karbonat:

Kalsiyum karbonatın (tek doz 1500 mg) eş zamanlı uygulanması sinakalset farmakokinetiğini değiştirmemiştir.

Sevelamer:

Sevelamerin (2400 mg günde üç doz) eş zamanlı uygulanması sinakalsetin farmakokinetiğini etkilememektedir.

Pantoprazol:

Pantoprazolun (80 mg günde tek doz) eş zamanlı uygulanması sinakalsetin farmakokinetiğini değiştirmemektedir.

Sinakalsetin diğer ilaçlar üzerine etkileri

P450 2D6 (CYP2D6) tarafından metabolize edilen ilaçlar: Sinakalset CYP2D6'nın güçlü bir inhibitörüdür. PİMARO ile birlikte uygulandığında baskın bir şekilde CYP2D6 tarafından

metabolize edilen, bireysel olarak dozu titre edilen, terapötik endeksi dar (örn. flekainid, propefenon, metoprolol, desipramin, nortriptilin, klomipramin) maddelerin dozunun ayarlanması gerekebilir (bkz. Bölüm 4.4).

Desipramin:

CYP2D6 normal metabolize edicilerde, 50 mg desipramin ile -esas olarak CYP2D6 tarafından metabolize edilen bir trisiklik antidepresan- birlikte günde tek doz 90 mg sinakalset uygulanması, desipramin maruziyetini 3,6 kat (% 90 güven aralığında 3-4,4) olmak üzere anlamlı derecede artırmıştır.

Varfarin:

Oral yoldan sinakalsetin tekrarlanan dozları, varfarin farmakokinetiğini ya da farmakodinamiğini (protrombin zamanı ve pıhtılaşma faktörü VII ile ölçülen) etkilememiştir.

Sinakalsetin, R- ve S-varfarin üzerinde etkisinin bulunmaması ve çoklu doz kullanılan hastalarda otoindüksiyonun olmaması, sinakalsetin insanlarda CYP3A4, CYP1A2 ve CYP2C9 indükleyicisi olmadığına işaret etmektedir.

Midazolam:

Sinakalsetin (90mg), CYP3A4 ve CYP3A5 substratı olan ve oral yoldan alınan midazolam (2 mg) ile birlikte uygulanması, midazolamın farmakokinetiğini değiştirmemiştir. Bu bilgiler, sinakalsetin, siklosporin ve takrolimus içeren belirli immünsüpresanlar gibi CYP3A4 ve CYP3A5 ile metabolize edilen grup ilaçların farmakokinetiğini etkilemeyebileceğini önermektedir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Pediyatrik popülasyon:

Etkililik ve güvenliliğine ilişkin verilerin yeterli olmaması nedeniyle, PİMARO, çocuklarda ve adolesanlarda kullanılmak üzere endike değildir (bkz. Bölüm 4.4).

4.6 Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi C'dir.

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)

PİMARO'nun çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlarda kullanımına ilişkin yeterli veri mevcut değildir.

Gebelik dönemi

Sinakalsetin gebe kadınlarda kullanımına ilişkin klinik veri bulunmamaktadır. Hayvan çalışmaları, gebelik, embriyonal/fetal gelişim, doğum ve doğum sonrası gelişim üzerine doğrudan zararlı etki göstermemektedir. Maternal toksisite ile ilişkili dozlarda sıçanlarda fetal vücut ağırlığındaki azalma dışında, tavşanlarda ve sıçanlarda yapılan çalışmalarda hiçbir embriyonal/fetal toksisite görülmemiştir. Sinakalsetin gebelik döneminde ancak, potansiyel

faıdası f6t6s 6zerindeki potansiyel riskinden fazlaysa kullanılmalıdır.

Laktasyon d6nemi

Sinakalsetin insan s6t6yle atılıp atılmadığı bilinmemektedir. Sinakalset emziren sıçanlarda s6t/plazma oranı y6ksek olacak bir şekilde s6tle atılmaktadır. Emzirmenin durdurulup durdurulmayacağına veya PİMARO tedavisinin durdurulup durdurulmayacağına ilişkin dikkatli fayda/risk değerlendirmesinden sonra karar verilmelidir.

6reme yeteneği/Fertilite

Hayvan çalışmalarında, 180 mg/g6nl6k insan dozunun 4 katına maruziyet durumunda erkek ya da dişi fertilitesinde hiçbir etki saptanmamıştır.

4.7 Araç ve makine kullanımı 6zerindeki etkiler

Araç ve makine kullanımı yeteneği 6zerindeki etkilere y6nelik hiçbir çalışma yapılmamıştır. Bununla birlikte, belirli advers reaksiyonlar araç ve makine kullanımını etkileyebilir (bkz. B6l6m 4.8).

4.8 İstenmeyen etkiler

a) G6venlilik profilinin 6zeti

Sekonder hiperparatiroidizm, paratiroid karsinomu ve primer hiperparatiroidizm

Plasebo kontroll6 çalışmalarda ve tek kollu çalışmalarda sinakalset alan hastalardan elde edilen verilere g6re en yaygın bildirilen advers reaksiyonlar bulantı ve kusmadır. Bulantı ve kusmanın hastaların çoğunluğunda hafif ila orta şiddette ve geçici nitelikte olduğu g6r6lm6řt6r. İstenmeyen etkilere bağlı olarak tedavinin kesilmesi başlıca bulantı ve kusmadan kaynaklanmıştır.

b) Advers reaksiyonların tablo halinde listesi

Eldeki verilerin nedensellik açısından en iyi şekilde değerlendirilmesi sonucunda plasebo kontroll6 çalışmalarda ve tek kollu çalışmalarda sinakalset tedavisiyle ilişkisi en azından muhtemel olduğu kabul edilerek tanımlanan advers reaksiyonlar, izleyen sınıflama kullanılarak aşağıda listelenmiştir:

Çok yaygın ($\geq 1/10$); yaygın ($\geq 1/100$, $< 1/10$); yaygın olmayan ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); seyrek ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), çok seyrek ($< 1/10.000$), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

Kontroll6 klinik çalışmalardan ve pazarlama sonrası deneyimlerden edinilen advers reaksiyon insidansı řu şekildedir:

MedDRA sistem organ sınıfı	Hasta insidansı	Advers reaksiyonlar
Bağışıklık sistemi hastalıkları	Yaygın*	Aşırı duyarlılık reaksiyonları
Metabolizma ve beslenme hastalıkları	Yaygın	Anoreksi
	Yaygın	İştah azalması

Sinir sistemi hastalıkları	Yaygın	Nöbetler †
	Yaygın	Baş dönmesi
	Yaygın	Parestezi
	Yaygın	Baş ağrısı
Kardiyak hastalıklar	Bilinmiyor*	Kalp yetmezliğinin kötüleşmesi†
	Bilinmiyor*	Hipokalsemiye sekonder QT uzaması ve ventriküler aritmi†
Vasküler hastalıklar	Yaygın	Hipotansiyon
Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıkları	Yaygın	Üst solunum yolu enfeksiyonu
	Yaygın	Dispne
	Yaygın	Öksürük
Gastrointestinal hastalıklar	Çok yaygın	Bulantı
	Çok yaygın	Kusma
	Yaygın	Dispepsi
	Yaygın	Diyare
	Yaygın	Abdominal ağrı
	Yaygın	Abdominal ağrı - üst
	Yaygın	Konstipasyon
Deri ve deri altı doku hastalıkları	Yaygın	Döküntü
Kas-iskelet bozukluklar, bağ doku ve kemik hastalıkları	Yaygın	Miyalji
	Yaygın	Kas spazmları
	Yaygın	Sırt ağrısı
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	Yaygın	Asteni
Araştırmalar	Yaygın	Hipokalsemi†
	Yaygın	Hiperkalemi
	Yaygın	Testosteron düzeylerinde azalma†

† bkz. Bölüm 4.4

*bkz. Bölüm c

c) Seçili advers reaksiyonların tanımı

Aşırı duyarlılık reaksiyonları

Sinekalsetin pazarlama sonrası kullanımı sırasında anjiyoödem ve ürtikeri içeren aşırı duyarlılık reaksiyonları tanımlanmıştır. Anjiyoödem ve ürtiker dahil, her bir tercih edilen terimin sıklığı eldeki verilerden hareketle tahmin edilememektedir.

Hipotansiyon ve/veya kalp yetmezliğinin kötüleşmesi

Pazarlama sonrası güvenilirlik sürveyanslarında, sinakalsetle tedavi gören kardiyak fonksiyon

bozukluğu olan hastalarda, idyosenkratik hipotansiyon ve/veya kalp yetmezliğinin kötüleştiği olgular bildirilmiş olup bunların sıklığı eldeki verilerden hareketle tahmin edilememektedir.

Hipokalsemiye sekonder QT uzaması ve ventriküler aritmi

Sinekalsetin pazarlama sonrası kullanımı sırasında hipokalsemiye sekonder QT uzaması ve ventriküler aritmi bildirilmiş olup, bunların sıklığı eldeki verilerden hareketle tahmin edilememektedir (bkz. Bölüm 4.4).

d) Pediyatrik popülasyon

Sinekalsetin pediyatrik hastalarda kullanımı endike değildir. Sinekalsetin pediyatrik popülasyondaki güvenliliği ve etkililiği belirlenmemiştir. Şiddetli hipokalsemili bir pediyatrik klinik araştırma hastasında, bir ölümcül bulgu bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.4).

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar / risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir. (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0800 314 00 08; faks: 0312 218 35 99)

4.9 Doz aşımı ve tedavisi

Günde tek doz 300 mg'a kadar titre edilen dozlar diyaliz alan hastalara güvenle uygulanmıştır.

PİMARO'nun aşırı dozu hipokalsemiye yol açabilir. Aşırı doz durumunda hastalar hipokalsemi belirtileri ve bulguları açısından takip edilmeli ve tedavi semptomatik ve destekleyici olmalıdır. Sinakalset yüksek oranda proteine bağlandığından hemodiyaliz aşırı doz için etkili bir tedavi değildir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1 Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Kalsiyum homeostazi, anti paratiroid ajanlar.

ATC kodu: H05BX01

Etki mekanizması:

Paratiroid bezdeki esas hücrelerin yüzeyindeki kalsiyum algılayan reseptör PTH sekresyonunun temel düzenleyicisidir. Sinakalset, kalsiyum algılayan reseptörün ekstraselüler kalsiyuma duyarlılığını artırarak, PTH düzeyini doğrudan azaltan kalsimimetik bir ajandır. PTH düzeyinde azalma beraberinde serum kalsiyum düzeylerinde azalmaya yol açar.

PTH düzeylerindeki azalma sinakalset konsantrasyonları ile ilişkilidir.

Kararlı duruma ulaşıldıktan sonra serum kalsiyum düzeyleri doz aralığı boyunca sabit kalmaktadır.

Sekonder hiperparatiroidizm

6 aylık çift-kör, plasebo kontrollü üç klinik çalışma, diyaliz alan kontrol altında olmayan sekonder hiperparatiroidisi bulunan 1136 son dönem böbrek hastalığı (SDBH) hastasında gerçekleştirilmiştir. Demografik ve çalışmaya başlangıç anındaki karakteristikler, sekonder hiperparatiroidisi olan diyaliz hasta popülasyonuna uygundu. 3 çalışmadaki ortalama başlangıç düzeyi iPTH konsantrasyonları sinakalset ve plasebo grupları için sırasıyla 733 ve 683 pg/ml (77,8 ve 72,4 pmol/l) idi. Çalışma başlangıcında, hastaların %66'sı vitamin D sterolleri, %90'dan fazlası ise fosfat bağlayıcıları kullanıyordu. Standart bakım alan plasebo uygulanmış hastalarla kıyaslandığında, sinakalset ile tedavi edilen hastalarda iPTH, serum kalsiyum-fosfor çarpımı (Ca x P), kalsiyum ve fosforda anlamlı azalmalar sağlandığı gözlenmiştir ve sonuçlar her üç çalışmada da birbiriyle uyumlu çıkmıştır. Her bir çalışmada, primer sonlanma noktasına ulaşan (iPTH \leq 250 pg/ml (\leq 26,5 pmol/l) olan hastaların oranı) sinakalset hastalarının oranı sırasıyla %41, %46 ve %35 iken bu oran plasebo alan hastalarda %4, %7 ve %6 olmuştur. Sinakalset ile tedavi edilen hastaların yaklaşık %60'ında iPTH düzeylerinde \geq %30 azalma sağlanmıştır ve etki farklı iPTH düzeylerinde düzenli olarak görülmüştür. Serum Ca x P, kalsiyum ve fosforda sırasıyla ortalama %14, %7 ve %8 azalmalar sağlanmıştır.

iPTH ve Ca x P azalmaları tedavi süresinde 12 aya kadar korunmuştur. Başlangıç iPTH ya da Ca x P düzeyleri, diyaliz şekli (HD ya da PD), diyaliz süresi, vitamin D sterollerinin uygulanıp uygulanmamasından bağımsız olarak sinakalset iPTH, Ca x P ve fosfor düzeylerini azaltmıştır.

PTH'daki azalmalar, kemik metabolizması göstergelerindeki (kemik spesifik alkalın fosfataz, N-telopeptid, kemik yapım-yıkımı ve kemik fibrozisi) anlamlı olmayan düşüşlerle ilişkilidir. 6 ve 12 aylık klinik çalışmalardan elde edilen verilerin post-hoc analizinde, Kaplan-Meier değerlendirmesiyle kontrol grubuna göre kıyaslandığında kemik kırıkları ve paratiroidektomi sinakalset grubunda daha düşüktür.

Diyaliz almayan kronik böbrek hastalığı olan ve sekonder hiperparatiroidili hastalarda yapılan araştırmaya yönelik çalışmalar, sinakalsetin, serum PTH düzeylerini, diyaliz alan, son dönem böbrek rahatsızlığı (SDBH) olan ve sekonder hiperparatiroidili hastalardakine benzer bir düzeye kadar azalttığını göstermektedir. Ancak, böbrek yetmezliği olan prediyaliz hastalarında etkililik, güvenilirlik, optimum doz ve tedavi hedefleri belirlenmemiştir. Bu çalışmalar, sinakalsetle tedavi edilen, diyaliz almayan kronik böbrek hastalığı olan hastalarda hipokalsemi riskinin, diyaliz alan son dönem böbrek hastalığı olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir, ki bu da başlangıç kalsiyum düzeylerinin daha düşük olmasına ve/veya rezidüel böbrek fonksiyonuna bağlı olabilir.

EVOLVE (Evaluation of Cinacalcet HCl Therapy to Lower CardioVascular Events-Kardiyovasküler Olayları Azaltmak için Sinakalset HCl Tedavisinin Değerlendirilmesi), sekonder HPT'li ve diyaliz alan kronik böbrek hastası olan 3,883 hastada tüm nedenlere bağlı mortalite ve kardiyovasküler olay riskinin azaltılması için plaseboya karşı sinakalset HCl'nin değerlendirildiği randomize, çift kör klinik çalışma idi. Çalışma tüm nedenlere bağlı

mortalitede veya miyokard enfarktüsü, stabil olmayan anjinaya bağlı hastaneye yatış, kalp yetmezliği veya periferik vasküler olayı içeren kardiyovasküler olaylarda azalmayı göstermek olan primer amacını karşılamamıştır (HR 0,93; %95 GA: 0,85, 1,02; p=0,112). Sekonder analizde başlangıç özelliklerine göre düzeltmeden sonra primer birleşik sonlanım noktası için HR 0,88; %95 GA: 0,79, 0,97 olmuştur.

Paratiroid Karsinomu ve Primer Hiperparatiroidizm

Bir çalışmada, 46 hasta (29'u paratiroid karsinomlu ve 17'si primer HPT'li ve şiddetli hiperkalsemili paratiroidektominin başarısız veya kontrendike olduğu) 3 yıla kadar (paratiroid karsinomlu hastalar için ortalama 328 ve primer HPT'li hastalar için 347 gün) sinakalset almıştır. Uygulanan sinakalset dozları günde iki kez 30 mg'dan günde 4 kez 90 mg'a kadar değişiklik göstermiştir. Çalışmanın primer sonlanım noktası serum kalsiyumunda ≥ 1 mg/dl azalma idi ($\geq 0,25$ mmol/l). Paratiroid karsinomlu hastalarda ortalama kalsiyum 14,1 mg/dl'den 12,4 mg/dl'ye (3,5 mmol/l'den 3,1 mmol/l'ye) düşmüş, primer HPT'li hastalarda serum kalsiyum düzeyleri 12,7 mg/dl'den 10,4 mg/dl'ye (3,2 mmol/l'den 2,6 mmol/l'ye) düşmüştür. Paratiroid karsinomlu 29 hastadan 18'inde (%62) ve primer HPT'li 17 hastadan 15'inde (88%) serum kalsiyumunda ≥ 1 mg/dl ($\geq 0,25$ mmol/l) azalma sağlanmıştır.

28 haftalık plasebo kontrollü bir çalışmada, düzeltilmiş total serum kalsiyumu $> 11,3$ mg/dl (2,82 mmol/l) ancak $\leq 12,5$ mg/dl (3,12 mmol/l) esas alınarak paratiroidektomi kriterlerini karşılayan, ancak paratiroidektomi yapılması mümkün olmayan primer HPT'li 67 hasta dahil edilmiştir. Sinakalset günde iki kez 30 mg doz olarak başlatılmıştır ve düzeltilmiş total serum kalsiyum konsantrasyonunun normal aralık içerisinde korunması amacıyla titre edilmiştir. Sinakalset tedavisi alan hastaların plasebo tedavi alan hastalara (sırasıyla %75,8'e karşı %0 ve %84,8'e karşı %5,9) kıyasla anlamlı derecede yüksek yüzdesi ortalama düzeltilmiş total serum kalsiyum konsantrasyonu $\leq 10,3$ mg/dl (2,57 mmol/l)'ye ulaşmıştır ve ortalama düzeltilmiş serum kalsiyum konsantrasyonu başlangıca göre ≥ 1 mg/dl (0,25 mmol/l) azalmıştır.

5.2 Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

Emilim:

Sinekalset oral yoldan uygulandıktan sonra maksimum konsantrasyona yaklaşık 2-6 saat sonra erişilir.

Çalışmalar arasındaki karşılaştırmalara dayanarak aç bireylerde sinekalsetin biyoyararlanımının yaklaşık olarak %20-25 olduğu tahmin edilmektedir. Sinekalsetin besinle birlikte verilmesi sinekalset biyoyararlanımında %50-80 artışa neden olmaktadır. Plazma sinekalset düzeylerindeki artış besinlerdeki yağ içeriğinden bağımsız olarak benzer bulunmuştur.

200 mg'ın üzerindeki dozlarda, emilim büyük olasılıkla düşük çözünürlük nedeniyle doygunluğa ulaşmıştır.

Dağılım:

Dağılım hacmi, aşırı dağılımı gösterir şekilde yüksektir (yaklaşık 1000 litre). Sinakalset yaklaşık olarak % 97 oranında proteine bağlıdır ve kırmızı kan hücrelerine minimum dağılır.

Emilimden sonra, sinakalset konsantrasyonları başlangıç yarı ömrü yaklaşık 6 saat ve terminal yarı ömrü 30 ila 40 saat olacak şekilde bifazik bir şekilde azalmıştır. Sinakalsetin kararlı durum düzeylerine minimal birikim ile 7 gün içinde ulaşılmıştır. Sinakalsetin farmakokinetiği zaman içinde değişmemektedir.

Biyotransformasyon:

Sinakalset esas olarak CYP3A4 ve CYP1A2 olmak üzere birçok enzim tarafından metabolize edilir (CYP1A2'nin katkısı klinik olarak karakterize edilmemiştir). Dolaşımdaki ana metabolitleri inaktiftir.

In vitro verilere dayanarak, sinakalset CYP2D6'nın güçlü bir inhibitörüdür ancak klinik olarak elde edilen konsantrasyonlarda CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 ve CYP3A4 dahil olmak üzere diğer CYP enzimlerinin inhibitörü değildir aynı zamanda CYP1A2, CYP2C19 ve CYP3A4'ün indüktörü de değildir.

Eliminasyon:

75 mg radyoşaretli dozun sağlıklı gönüllülere uygulanmasından sonra sinakalset, oksidasyon ve takiben konjugasyon aracılığıyla hızlı ve yoğun bir şekilde metabolize edilmiştir. Metabolitlerin böbrek yoluyla eliminasyonu, radyoaktivitenin temel eliminasyon yolu olmuştur. Dozun yaklaşık %80'i idrarda ve %15'i feçeste ortaya çıkmıştır.

Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:

Sinakalsetin EAA (Eğri Altındaki Alan) ve C_{max} değerleri günde tek doz 30 ile 180 mg doz aralığında lineer olarak artmıştır.

Farmakokinetik / farmakodinamik ilişki(ler)

Doz uygulamasından kısa bir süre sonra PTH, sinakalsetin C_{max} 'ına tekabül edecek şekilde dozdan yaklaşık 2 ila 6 saat sonra en düşük noktaya ulaşmak üzere azalmaya başlar. Bundan sonra sinakalset düzeyleri düşmeye başladıkça dozdan sonraki 12. saate kadar PTH düzeyleri artış gösterir ve bunu takiben PTH baskılanması, günde bir kere doz uygulaması aralığının sonunda hemen hemen sabit kalır. Sinakalset klinik çalışmalarında, PTH düzeyleri doz uygulama aralığının sonunda ölçülmüştür.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Yaşlılar:

Sinakalsetin farmakokinetiğinde yaşa bağlı klinik açıdan anlamlı farklılıklar yoktur.

Böbrek yetersizliği:

Sinakalsetin hafif, orta ve şiddetli böbrek yetersizliği olan hastalarda ve hemodiyaliz ya da periton diyalizi olanlardaki farmakokinetik profili sağlıklı gönüllülerdeki ile karşılaştırılabilir

durumdadır.

Karaciğer yetersizliği:

Hafif karaciğer bozukluğu sinakalset farmakokinetiğini fark edilir şekilde etkilemez. Normal karaciğer fonksiyonu olan bireylerle karşılaştırıldığında, sinakalsetin ortalama EAA değerleri orta derecede karaciğer bozukluğu olanlarda yaklaşık 2 kat daha yüksek, şiddetli bozukluğu olanlarda ise yaklaşık 4 kat daha yüksektir. Sinakalsetin ortalama yarılanma ömrü, orta derecede ve şiddetli karaciğer bozukluğu olanlara sırasıyla %33 ve %70 oranında uzamıştır. Sinakalsetin protein bağlanması karaciğer fonksiyon bozukluğundan etkilenmez. Doz titrasyonu her bir bireyde güvenilirlik ve etkililik parametrelerine dayanarak yapıldığından karaciğer bozukluğu olanlarda ilave doz ayarlamasına gerek yoktur (bkz. Bölüm 4.2 ve 4.4).

Cinsiyet:

Kadınlarda sinakalsetin klerensi erkeklerden daha düşük olabilir. Dozlar her bir birey için titre edildiğinden cinsiyete dayanarak ilave doz ayarlamasına gerek yoktur.

Pediyatrik popülasyon:

Sinakalsetin farmakokinetiği, diyaliz alan, kronik böbrek hastalığı olan 12 pediyatrik hastada (6-17 yaş) 15 mg tek oral dozu takiben çalışılmıştır. Ortalama EAA ve C_{max} değerleri (sırasıyla, 23,5 (7,22 ile 77,2 aralığında) ng*hr/ml ve 7,26 (1,8 ve 17,4 aralığında) ng/ml), sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan tek bir çalışmada 30 mg tek dozun uygulanmasını takiben elde edilen ortalama EAA ve C_{max} değerlerinin yaklaşık olarak %30'u içerisinde olmuştur (sırasıyla, 33,6 (4,75 ile 66,9 aralığında) ng*hr/ml ve 5,42 (1,41 ile 12,7 aralığında) ng/ml). Pediyatrik hastalara ait verilerin sınırlı düzeyde olması nedeniyle, uygulanan belirli bir doz sinakalset için, daha hafif/ daha genç hastaların, daha ağır/ daha yaşlı pediyatrik hastalara kıyasla daha fazla maruz kalma potansiyeli bertaraf edilmemelidir. Pediyatrik hastalarda, çoklu dozlardan sonraki farmakokinetik araştırılmamıştır.

Sigara Kullanımı:

Muhtemelen CYP1A2 ilişkili metabolizma indüksiyonuna bağlı olarak sinakalsetin klerensi sigara içenlerde içmeyenlere göre daha yüksektir. Eğer bir hasta sigara içmeye başlar ya da sigara içmeyi bırakırsa, sinakalset plazma düzeyi değişebilir ve doz ayarlaması gerekebilir.

5.3 Klinik öncesi güvenilirlik verileri

Sinakalset EAA değerlerine dayanarak sekonder HPT'deki maksimum insan dozunun (180 mg/gün) 0,4 katı olarak verildiğinde tavşanlarda teratojenik değildi. Sıçanlardaki non teratojenik doz EAA değerlerine dayanarak sekonder HPT için maksimum dozun 4,4 katı idi. 180 mg/gün olan insan dozunun 4 katına maruz kalan erkek ve dişilerde fertilité üzerine etki olmamıştır (günde 360 mg'lık maksimum klinik dozun uygulandığı küçük hasta popülasyonunda güvenlik aralığı yukarıda verilenin yaklaşık olarak yarısı olacaktır).

Gebe sıçanlarda, en yüksek dozlarda vücut ağırlığı ve besin tüketiminde hafif azalma olmuştur. Şiddetli hipokalsemi oluşturan dozlarda sıçanlarda fetal ağırlığın azaldığı görülmüştür. Sinakalsetin tavşanlarda plasenta bariyerini geçtiği gösterilmiştir.

Sinakalset herhangi bir genotoksik ya da karsinojenik potansiyel göstermemiştir. Hayvan çalışmalarında gözlenen hipokalsemiye bağlı doz sınırlaması nedeniyle toksikoloji çalışmalarındaki güvenlik sınırları küçüktür. Katarakt ve lens opasitesi rodentlerde yapılan tekrarlanan doz toksikolojisi ve karsinojenite çalışmalarında gözlenmiştir ama köpekler ve maymunlar ya da katarakt oluşumunun takip edildiği klinik çalışmalarda bu durum gözlenmemiştir. Rodentlerde kataraktın hipokalseminin sonucu olduğu bilinmektedir.

In vitro çalışmalarda, serotonin taşıyıcıları ve K_{ATP} kanalları için IC_{50} değerleri aynı deneysel koşullarda kalsiyum algılayan reseptörlerin EC_{50} değerlerinden sırasıyla 7 ve 12 kat daha yüksektir. Klinik önemi bilinmemekle birlikte sinakalsetin bu ikincil hedefler üzerinde etkime potansiyeli tümüyle dışlanamaz.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1 Yardımcı maddelerin listesi

Prejelatinize nişasta

Mikrokristalin selüloz

Krospovidon

Kolloidal susuz silika

Magnezyum stearat

Sheffcoat Yeşil L TN 1264G49 (Film kaplama maddesi)

Hidroksipropilmetil selüloz 6 cps

Hidroksipropilmetil selüloz 3 cps

Titanyum dioksit

Laktoz monohidrat (sığır sütünden üretilir)

Triasetin(Gliserol triasetat)

Sarı demir oksit

FD&C Mavi #2(İndigotin aluminyum lake)

Opadry Şeffaf OY 29020 (Film kaplama maddesi)

HPMC 2910 (Hipromelloz 6 cp)

Makrogol (PEG 400)

6.2 Geçimsizlikler

Geçerli değildir.

6.3 Raf ömrü

36 ay

6.4 Saklamaya yönelik özel tedbirler

30 °C altında oda sıcaklığında saklayınız.

6.5 Ambalajın niteliği ve içeriği

Şeffaf PVC/Aklar– Alüminyum folyo

Bir kutu içerisinde 28 adet film tablet içeren blister ambalajlarda kullanma talimatı ile birlikte

sunulmaktadır.

6.6 Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel önlemler

Kullanılmamış ürünler ya da atık materyaller “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ve “Ambalaj ve Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliği” ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

DEVA HOLDİNG A.Ş.

Halkalı Merkez Mah. Basın Ekspres Cad.

No:1 34303 Küçükçekmece/İSTANBUL

Tel: 0212 692 92 92

Faks: 0212 697 00 24

8. RUHSAT NUMARASI(LARI)

2017/275

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 25.04.2017

Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ