

Moxifloxacin Fresenius Kabi

M R EF

Fresenius Kabi

Infusionsvätska, lösning 400 mg/250 ml
(klar, gul)

Antibiotikum av kinolontyp

Aktiv substans:

Moxifloxacin

ATC-kod:

J01MA14

Läkemedel från Fresenius Kabi omfattas av Läkemedelsförsäkringen.

FASS-text: Denna text är avsedd för vårdpersonal.

Texten är baserad på produktresumé: 2021-05-21.

Indikationer

Moxifloxacin Fresenius Kabi är indicerat vid behandling av:

- Samhällsförvärd pneumoni (CAP).
- Komlicerade hud- och mjukdelsinfektioner (cSSSI).

Moxifloxacin ska endast användas om det anses olämpligt att använda andra antibakteriella medel som vanligtvis rekommenderas för behandlingen av dessa infektioner.

Hänsyn ska tas till officiella riktlinjer för lämplig användning av antibakteriella medel.

Kontraindikationer

- Överkänslighet mot moxifloxacin eller andra kinoloner eller mot något hjälpämne.
- Graviditet och amning (se avsnitt Graviditet och amning).
- Patienter yngre än 18 år.
- Patienter med tidigare tendinit och/eller senruptur relaterad till kinolonbehandling.

Både i prekliniska och humana studier har förändringar i hjärtats elektrofysiologi (QT- förlängning) observerats efter exponering för moxifloxacin. Av säkerhetsskäl är moxifloxacin därför kontraindicerat för patienter med:

- Kongenital eller dokumenterad förvärvad QT-förlängning.
- Elektrolytstörningar, särskilt icke korrigerad hypokalemi.
- Kliniskt relevant bradykardi.
- Kliniskt relevant hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion för vänster kammare.
- Tidigare känd symtomatisk arytmi.

Moxifloxacin ska inte ges samtidigt med andra läkemedel som förlänger QT-intervallet (se avsnitt Interaktioner).

På grund av begränsad erfarenhet är moxifloxacin också kontraindicerat till patienter med nedsatt leverfunktion (Child Pugh C) och till patienter med transaminasstegring till >5 gånger övre normalvärdet.

Dosering

Dosering

Den rekommenderade dosen är 400 mg moxifloxacin, givet som infusion en gång dagligen.

Initial intravenös infusionsbehandling kan följas av oral behandling med moxifloxacin 400 mg tabletter, när detta är kliniskt indicerat.

I kliniska prövningar bytte de flesta av patienterna till oral behandling inom 4 dagar (CAP) eller 6 dagar (cSSSI). Den rekommenderade totala behandlingstiden vid intravenös och oral behandling är 7-14 dagar vid CAP och 7-21 dagar vid (cSSSI)

Nedsatt njur-/leverfunktion

Ingen dosjustering behövs till patienter med mildt till gravt nedsatt njurfunktion eller till patienter med kronisk dialys dvs hemodialys och kontinuerlig ambulatorisk peritonealdialys (se vidare avsnitt Farmakokinetik).

Data för behandling av patienter med nedsatt leverfunktion är otillräcklig (se avsnitt Kontraindikationer).

Andra särskilda patientgrupper

Ingen dosjustering behövs till äldre eller till patienter med låg kroppsvikt.

Pediatrisk population

Moxifloxacin är kontraindicerat för barn och växande ungdomar. Effekt och säkerhet för behandling med moxifloxacin av barn och ungdomar har inte fastställts (se avsnitt Kontraindikationer, Varningar och försiktighet och Preklinik).

Administreringssätt

För intravenöst bruk, **konstant infusion under 60 minuter** (se avsnitt Varningar och försiktighet). Om så krävs kan infusionsvätskan administreras via flervägs Kran, samtidigt med kompatibel infusionslösning (se avsnitt Hantering, hållbarhet och förvaring).

Varningar och försiktighet

Användning av moxifloxacin ska undvikas till patienter som tidigare har drabbats av allvarliga biverkningar vid användning av läkemedel som innehåller någon kinolon och fluorokinolon (se avsnitt Biverkningar). Behandling av dessa patienter med moxifloxacin ska endast sättas in vid avsaknad av andra behandlingsalternativ och efter noggrann nytta-riskbedömning (se även avsnitt Kontraindikationer).

Aortaaneurysm och aortadissektion, och läckage/insufficiens i hjärtklaffar

I epidemiologiska studier rapporteras en ökad risk för aortaaneurysm och -dissektion, i synnerhet hos äldre personer, samt för aorta- och mitralisklaffläckage efter intag av fluorokinoloner. Fall av aortaaneurysm och -dissektion, ibland följd av bristning (innefattande fall med dödlig utgång), samt fall av läckage/insufficiens i någon av hjärtklaffarna har rapporterats hos patienter som fått fluorokinoloner (se avsnitt Biverkningar).

Fluorokinoloner ska därför endast användas efter noggrann bedömning av nytta-risk-förhållandet och efter övervägning av andra behandlingsalternativ för patienter med positiv familjeanamnes av aneurysmsjukdom, eller kongenital hjärtklaffsjukdom, eller för patienter som diagnostiserats med befintlig aortaaneurysm och/eller aortadissektion eller hjärtklaffsjukdom, eller i närvaro av andra riskfaktorer eller tillstånd som predisponerar

- för både aortaaneurysm och -dissektion och läckage/insufficiens i hjärtklaffar (t.ex. bindvävssjukdomar såsom Marfans syndrom eller Ehlers-Danlos syndrom, Turners syndrom, Behçets sjukdom, hypertoni, reumatoid artrit) eller dessutom
- för aortaaneurysm och -dissektion (t.ex. kärlsjukdomar såsom Takayasus arterit, jättecellsarterit, känd ateroskleros, eller Sjögrens syndrom) eller dessutom
- för läckage/insufficiens i hjärtklaffar (t.ex. infektiös endokardit)

Risken för aortaaneurysm och -dissektion samt för att de brister kan också vara förhöjd hos patienter som samtidigt behandlas med systemiska kortikosteroider.

Vid plötsligt insättande buk-, rygg- eller bröstsmärta ska patienterna rådask att omedelbart kontakta läkare på akutmottagning.

Patienter ska uppmanas att omedelbart kontakta sjukvården vid akut dyspné, nyuppkomna hjärtpalpitationer eller utveckling av ödem i buken eller de nedre extremiteterna.

Nytan av moxifloxacinbehandling ska vägas mot informationen i detta avsnitt, framför allt vid mindre allvarliga infektioner.

Förlängning av QTc-intervallet och kliniska tillstånd som är potentiellt relaterade till QTc-förlängning

Moxifloxacin har visat sig kunna förlänga QTc-intervallet i elektrokardiogrammet hos vissa patienter. Graden av QT-förlängning kan öka med ökade plasmakoncentrationer på grund av snabb intravenös infusion. Därför ska infusionstiden inte vara kortare än de rekommenderade 60 minuterna och den intravenösa dosen på 400 mg en gång per dag ska inte överskridas. För mer detaljer se nedanstående samt avsnitt Kontraindikationer och Interaktioner.

Behandling med moxifloxacin ska avslutas om det under behandlingen uppkommer tecken eller symtom som kan vara relaterade till hjärtarytmi, med eller utan EKG-fynd.

Moxifloxacin ska användas med försiktighet till patienter med tillstånd som kan predisponera för hjärtarytmer (t.ex. akut myokardiell ischemi), eftersom de kan ha en ökad risk för ventrikulär arytm (inkluderande torsade de pointes) och hjärtstillestånd. Se även avsnitt Kontraindikationer och Interaktioner.

Moxifloxacin ska användas med försiktighet till patienter som tar läkemedel som kan sänka kaliumnivåerna. Se även avsnitt Kontraindikationer och Interaktioner.

Moxifloxacin ska användas med försiktighet till patienter som tar läkemedel som associerats med klinisk signifikant bradykardi. Se även avsnitt Kontraindikationer.

Kvinnliga patienter och äldre patienter kan vara mer känsliga för effekten av läkemedel som ger QT-förlängning såsom moxifloxacin och därför krävs speciell försiktighet.

Långvariga, funktionsnedsättande och eventuellt irreversibla allvarliga biverkningar
Mycket sällsynta fall av långvariga (upp till månader eller år), funktionsnedsättande och eventuellt irreversibla allvarliga biverkningar som påverkar olika, ibland flera, kroppssystem (muskuloskeletala, neurologiska, psykiska och sensoriska) har rapporterats hos patienter som fått kinoloner och fluorokinoloner oavsett ålder och befintliga riskfaktorer. Moxifloxacin ska sättas ut omedelbart vid första tecken eller symtom på någon allvarlig biverkning och patienter ska uppmanas att kontakta läkaren för råd.

Överkänslighet/allergiska reaktioner

Överkänslighet och allergiska reaktioner har rapporterats för fluorokinoloner inklusive moxifloxacin efter första administreringstillfället. Anafylaktisk reaktion kan leda till livshotande chock, i vissa fall redan i samband med första administreringstillfället. Vid allvarlig allergisk reaktion ska moxifloxacinbehandlingen avbrytas och lämplig akutbehandling (såsom behandling av chock) påbörjas.

Allvarliga leversjukdomar

Fall av fulmant hepatit, vilket kan leda till leversvikt (inklusive dödsfall), har rapporterats för moxifloxacin (se avsnitt Biverkningar). Patienter ska rådas att ta kontakt med sin läkare innan behandlingen fortsätter om det uppkommer tecken eller symtom på fulmant leversjukdom såsom snabbt utvecklad asteni med gulsot, mörk urin, blödningstendenser eller hepatisk encefalopati. Leverfunktionstest/undersökningar ska genomföras vid tecken på nedsatt leverfunktion.

Allvarliga hudreaktioner

Allvarliga hudreaktioner inklusive toxisk epidermal nekrolys (TEN: också känt som Lyells syndrom), Steven Johnsons syndrom (SJS) och akut generaliserad exantematös pustulos (AGEP), som kan vara livshotande eller dödliga, har rapporterats vid moxifloxacinbehandling (se avsnitt Biverkningar). Vid förskrivning ska patienter informeras om tecken och symtom på allvarliga hudreaktioner och övervakas noggrant. Om tecken och symtom på dessa reaktioner uppträder ska behandling med moxifloxacin avbrytas omedelbart och alternativ behandling ska övervägas. Om patienten utvecklar en allvarlig reaktion såsom Steven Johnsons syndrom, toxisk epidermal nekrolys eller akut generaliserad exantematös pustulos under användning av moxifloxacin ska behandling med moxifloxacin aldrig återinsättas hos denna patient.

Patienter predisponerade för kramper

Kinoloner är kända för att kunna utlösa kramper. Moxifloxacin bör användas med försiktighet till patienter med CNS-störningar eller andra riskfaktorer vilka kan predisponera för kramper eller medföra sänkt kramptröskel. Vid krampanfall ska behandlingen med moxifloxacin avbrytas och lämpliga åtgärder vidtagas.

Perifer neuropati

Fall av sensorisk eller sensomotorisk polyneuropati, som resulterat i parestesi, hypoestesi, dysestesi eller svaghet, har rapporterats hos patienter som behandlats med kinoloner och fluorokinoloner. För att förhindra utveckling av ett potentiellt irreversibelt tillstånd ska patienter som behandlas med moxifloxacin uppmanas att informera sin läkare om symtom på neuropati såsom smärta, brännande känsla, stickande känsla, domningar eller svaghet, uppträder innan behandlingen fortsätter (se avsnitt Biverkningar).

Psykiska reaktioner

Psykiska reaktioner kan förekomma redan efter första administreringen av kinoloner, inklusive moxifloxacin. I väldigt sällsynta fall har depression eller psykiska reaktioner lett till självmordstankar och självskadande beteende som t.ex. självmordsförsök (se avsnitt Biverkningar). Om patienten utvecklar dessa reaktioner ska behandlingen med moxifloxacin avbrytas och lämpliga åtgärder vidtagas. Försiktighet rekommenderas om moxifloxacin ska användas till psykotiska patienter eller patienter med psykisk sjukdom i anamnesen.

Antibiotikarelaterad diarré inklusive kolit

Antibiotikarelaterad diarré (AAD) och antibiotikarelaterad kolit (AAC), inklusive pseudomembranös kolit och *Clostridium difficile*-relaterad diarré har rapporterats i samband med användning av bredspektrumantibiotika inklusive moxifloxacin och kan variera i svårighetsgrad från mild diarré till dödlig kolit. Det är därför viktigt att överväga denna diagnos hos patienter som utvecklar allvarlig diarré under eller efter moxifloxacin-behandling. Om AAD eller AAC misstänks eller bekräftas ska pågående antibiotikabehandling, inklusive moxifloxacin sättas ut och lämplig åtgärd vidtagas omedelbart. Lämplig infektionskontroll för att förhindra spridning bör dessutom vidtagas. Läkemedel som hämmar peristaltiken är kontraindicerade hos patienter som utvecklar svår diarré.

Patienter med myasthenia gravis

Moxifloxacin ska användas med försiktighet hos patienter med myasthenia gravis eftersom symtomen kan förvärras.

Seninflammation och senruptur

Seninflammation och senruptur (särskilt, men inte begränsat till, hälsenan), ibland bilaterala, kan uppstå redan inom 48 timmar efter påbörjad behandling med kinoloner och fluorokinoloner, men har även rapporterats uppkomma upp till flera månader efter avslutad behandling. Risken för seninflammation och senruptur är högre hos äldre patienter, patienter med nedsatt njurfunktion, patienter med solida organtransplantat och patienter som samtidigt behandlas med kortikosteroider. Samtidig användning av kortikosteroider ska således undvikas.

Vid första tecken på seninflammation (t.ex. smärtsam svullnad, inflammation) ska behandlingen med moxifloxacin avbrytas och alternativ behandling övervägas. Den eller de drabbade extremiteterna ska behandlas på lämpligt sätt (t.ex. immobilisering). Kortikosteroider ska inte användas vid tecken på seninflammation.

Patienter med nedsatt njurfunktion

Äldre patienter som har nedsatt njurfunktion och saknar förmåga att inta tillräckligt med vätska ska använda moxifloxacin med försiktighet, eftersom dehydrering kan öka risken för njursvikt.

Synrubbingar

Om synförmågan blir nedsatt eller någon annan påverkan på ögonen noteras, ska en ögonspecialist snarast kontaktas (se avsnitt Trafik och Biverkningar).

Dysglykemi

Likt för andra kinoloner har störningar i blodglukosnivån, inklusive hypoglykemi och hyperglykemi rapporterats (se avsnitt Biverkningar), främst hos diabetespatienter vid samtidig behandling med orala blodglukossänkande medel (t.ex. glibenklamid) eller insulin. Fall av hypoglykemisk koma har rapporterats. För diabetespatienter rekommenderas noggrann monitorering av blodsockret.

Förebyggande av fotosensitivitetsreaktioner

Kinoloner har visat sig kunna orsaka fotosensitivitetsreaktioner hos vissa patienter. För moxifloxacin har dock studier visat på en lägre risk för fotosensitivitet. Patienter bör ändå avrådas från UV-exponering och mycket och/eller starkt solljus under behandling med moxifloxacin.

Patienter med glukos-6-fosfat dehydrogenasbrist

Patienter med hereditet för eller känd glukos-6-fosfat dehydrogenasbrist har benägenhet för hemolytiska reaktioner när de behandlas med kinoloner. Därför ska moxifloxacin användas med försiktighet till dessa patienter.

Inflammation i den peri-arteriella vävnaden

Moxifloxacin infusionsvätska, lösning, är endast avsett att ges som intravenös infusion. Intra-arteriell administrering ska undvikas eftersom prekliniska studier visade att denna administreringsväg orsakade inflammation i den peri-arteriella vävnaden.

Patienter med speciell cSSSI

Klinisk effekt har inte fastställts för moxifloxacin vid behandling av allvarliga brännskadeinfektioner, fasciit samt fotinfektioner med osteomyelit hos diabetiker.

Patienter som ordinerats saltfattig kost

Detta läkemedel innehåller 1206 mg natrium per dos, motsvarande 60 % av WHO:s högsta rekommenderat dagligt intag (2 g natrium till för vuxna).

Påverkan på biologiska tester

Moxifloxacinbehandling kan störa odlingsprov för *Mycobacterium spp*, genom suppression av mykobakteriell tillväxt, vilket orsakar falska negativa svar i prover som tagits från patienter som behandlas med moxifloxacin.

Patienter med MRSA-infektion

Moxifloxacin rekommenderas inte för behandling av MRSA-infektioner. Vid fall av misstänkta eller bekräftade MRSA-infektioner, ska behandling med lämpligt antibakteriellt medel påbörjas (se avsnitt Farmakodynamik).

Pediatrisk population

Beroende på broskskador på växande djur (se avsnitt Prekliniska uppgifter) är användning av moxifloxacin kontraindicerat för barn och ungdomar <18 år (se avsnitt Kontraindikationer).

Interaktioner

Interaktioner med läkemedel

En additiv effekt på förlängning av QT-intervallet under behandling med moxifloxacin och andra läkemedel som kan förlänga QTc-intervallet kan inte uteslutas. Denna effekt kan leda till en ökad risk för ventrikulära arytmier, inklusive torsade de pointes. Därför är moxifloxacin kontraindicerat till patienter som samtidigt behandlas med något av följande läkemedel (se avsnitt Kontraindikationer).

- antiarytmika klass IA (t ex kinidin, hydrokinidin, disopyramid)
- antiarytmika klass III (t ex amiodaron, sotalol, dofetilid, ibutilid)
- antipsykotika (t ex fentiazinderviat, pimozid, sertindol, haloperidol, sultoprid)
- tricykliska antidepressiva medel
- vissa antimikrobiella medel (sakvinavir, sparfloxacin, erytromycin IV, pentamidin, antimalariamedel särskilt halofantrin)
- vissa antihistaminer (terfenadin, astemizol, mizolastin)

- andra (cisaprid, vinkamin IV, bepridil, difemanil).

Moxifloxacin ska användas med försiktighet till patienter som behandlas med läkemedel som kan sänka kaliumnivåerna (t ex loop- och tiaziddiuretika, laxermedel och lavemang (höga doser), kortikosteroider, amfotericin B) eller läkemedel som förknippas med en kliniskt signifikant bradykardi.

Efter upprepade doser moxifloxacin påvisades hos friska försökspersoner en ökning av C_{max} för digoxin på cirka 30 % utan påverkan på AUC eller dalvärden. Inga försiktighetsåtgärder krävs vid samtidig behandling med digoxin.

Hos försökspersoner med diabetes som erhöll moxifloxacin oralt samtidigt med glibenklamid sågs en sänkning av C_{max} för glibenklamid på cirka 21 %. Kombinationen glibenklamid och moxifloxacin kan teoretiskt resultera i en mild övergående hyperglykemi. De observerade farmakokinetiska förändringarna för glibenklamid har dock inte inneburit någon påverkan på farmakodynamiska parametrar (blodglukos- och insulinnivåer) för glibenklamid. Således har ingen kliniskt relevant interaktion observerats vid samtidig behandling med moxifloxacin och glibenklamid.

Förändringar i INR

Ett stort antal fall med ökad aktivitet hos perorala antikoagulantia har rapporterats hos patienter som har fått antibakteriella medel, speciellt fluorokinoloner, makrolider, tetracykliner, cotrimoxazol och vissa cefalosporiner. Graden av infektion och inflammation, ålder och allmäntillstånd förefaller vara riskfaktorer. Under dessa omständigheter är det svårt att avgöra om det är infektionssjukdomen eller dess behandling som är orsaken till förändringen av INR (international normalised ratio). Tätare kontroller av INR kan göras som försiktighetsåtgärd. Om nödvändigt ska den perorala antikoagulationsdosen justeras. Kliniska studier har visat att det inte föreligger några interaktioner vid samtidig medicinering med moxifloxacin och följande läkemedel: ranitidin, probenecid, orala antikonceptionella medel, kalciumtillskott, parenteralt administrerat morfin, teofyllin, ciklosporin eller itraconazol.

Detta överensstämmer med resultaten av in vitro-studier med humana cytokrom P-450-enzym varför en metabolisk interaktion via cytokrom P-450-enzym är osannolik.

Interaktion med mat

Moxifloxacin har ingen kliniskt relevant interaktion med mat inklusive dietprodukter.

Graviditet

Säkerheten vid användning av moxifloxacin under graviditet har inte utvärderats. Djurstudier har visat reproduktionstoxikologiska effekter (se avsnitt Preklinik). Risken för människa är okänd. På grund av den experimentella risken för skada orsakad av fluorokinoloner på vikt bärande brosk hos omogna djur och reversibla ledsador beskrivna hos barn som behandlats med vissa fluorokinoloner, får moxifloxacin inte användas av gravida kvinnor (se avsnitt Kontraindikationer).

Amning

Det finns ingen data tillgänglig hos ammande kvinnor. Prekliniska data visar att små mängder av moxifloxacin utsöndras i mjölk. I avsaknad av humandata och på grund av den experimentella risken för skada på vikt bärande brosk hos omogna djur orsakad av fluorokinoloner, är amning kontraindicerad vid behandling med moxifloxacin (se avsnitt Kontraindikationer).

Fertilitet

Djurstudier tyder inte på försämrad fertilitet (se avsnitt Preklinik)

Trafik

Inga studier har utförts. Hos patienter kan dock fluorokinoloner, inklusive moxifloxacin, resultera i minskad förmåga att framföra fordon eller hantera maskiner p.g.a. CNS-reaktioner (t ex yrsel, akut övergående synförlust, se avsnitt Biverkningar) eller akut och kortvarig medvetandeförlust (synkope, se avsnitt Biverkningar). Patienter bör därför rådask att iaktta hur de reagerar på moxifloxacin innan de framför fordon eller använder maskiner.

Biverkningar

Biverkningar observerade i kliniska studier och som härrör från rapporter efter godkännande för försäljning med moxifloxacin 400 mg administrerat dagligen genom intravenös eller oral administreringsväg (enbart intravenös, sekventiell (IV/oral) och oral administrering) redovisas efter frekvens i tabellen nedan:

Bortsett från illamående och diarré observerades samtliga biverkningar i frekvenser <3 %.

Inom varje frekvensområde presenteras biverkningarna efter fallande allvarlighetsgrad.

Frekvenserna definieras enligt följande:

Mycket vanliga	≥1/10
Vanliga	≥1/100 till <1/10
Mindre vanliga	≥1/1 000 till <1/100
Sällsynta	≥1/10 000 till <1/1 000
Mycket sällsynta	<1/10 000
Ingen känd frekvens	(kan inte beräknas från tillgängliga data)

Organsystem (MedDRA)	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta	Mycket sällsynta	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas utifrån tillgängliga data)
Infektioner och infestationer	Superinfektion beroende på resistent bakterie eller svamp, t ex oral eller vaginal candidainfektion				
Blodet och lymfsystemet		Anemi Leukopeni(er) Neutropeni Trombocytopeni Trombocytemi Blodeosinofili		Förhöjd protrombinnivå / sänkt INR Agranulocytos Pancytopeni	

Organsystem (MedDRA)	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta	Mycket sällsynta	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas utifrån tillgängliga data)
		Förlängd protrombintid / förhöjt INR			
Immunsystemet		Allergisk reaktion (se avsnitt Varningar och försiktighet)	Anafylaktisk reaktion inkl. mycket sällsynt livshotande choc k (se avsnitt Varningar och försiktighet) Allergiskt ödem / angioödem (inkl. larynxödem, potentiellt livshotande, se avsnitt Varningar och försiktighet)		
Endokrina syste met				Inadekvat ADH-s ekretion (SIADH)	
Metabolism och nutrition		Hyperlipidemi	Hyperglykemi Hyperurikemi	Hypoglykemi Hypoglykemisk k oma	
Psykiska störningar*		Ångest Psykomotorisk h yperaktivitet/ agitation	Emotionell labilitet Depression (kan i mycket sällsynta fall leda till självskadande beteende, såsom självmondsförest ällningar/tankar eller självmondsförsök , se avsnitt Varningar och försiktighet) Hallucinationer Delirium	Depersonalisatio n Psykotisk reaktion (kan leda till självskadande beteende, såsom självmondsförest ällningar/tankar eller självmondsförsök , se avsnitt Varningar och försiktighet)	
Centrala och peri fera nervsystemet*	Huvudvärk Yrsel	Par- och dyskesesi Smakförändringa r (inkl ageusi i mycket sällsynta fall)	Hypoesthesi Förändrat luktsinne (inkl. A nosmi) Onormala drömmar	Hyperesthesi	

Organsystem (MedDRA)	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta	Mycket sällsynta	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas utifrån tillgängliga data)
		Konfusion och desorientering Sömnstörningar (fr a sömnlöshet) Darrningar Svindel Somnolens	Störd koordinations-för- måga (inkl. gångsvårigheter, särskilt beroende på yrsel eller svindel) Kramper inkl. Gr and mal-kramper (se avsnitt Varningar och försiktighet) Uppmärksamhet sstörning Talrubbningar Amnesi Perifer neuropati och polyneuropat i		
Ögon*		Synstörningar inkl. dubbelseende och grumlig syn (speciellt i samband med C NS-reaktioner, se avsnitt Varningar och försiktighet)	Fotofobi	Övergående synförlust (särskilt i samband med C NS-reaktioner, se avsnitt Varningar och försiktighet och Trafik) Uveit och bilateral akut iris trans-illumination (se avsnitt Varningar och försiktighet)	
Öron och balansorgan*			Tinnitus Nedsatt hörsel inkl. dövhet (oftast reversibel)		
Hjärtat**	QT-förlängning hos patienter med hypokalemi (se avsnitt Kontr	QT-förlängning (se avsnitt Varningar och försiktighet) Palpitationer Takykardi	Ventrikulär takarytmi Synkope (dvs ak ut och kortvarig medvetandeförlu st)	Ospecifika arytmier Torsades de Pointes (se avsnitt Varningar och försiktighet)	

Organsystem (MedDRA)	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta	Mycket sällsynta	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas utifrån tillgängliga data)
	Indikationer och Varningar och försiktighet)	Förmaksflimmer Angina pectoris		Hjärtstillstånd (se avsnitt Varningar och försiktighet)	
Blodkärl**		Vasodilatation	Hypertoni Hypotoni	Vaskulit	
Andningsvägar, bröstorg och mediastinum		Dyspné (inkl. astmatiska tillstånd)			
Magtarm-kanalen	Illamående Kräkningar Gastrointestinala smärtor och buksmärtor Diarré	Minskad aptit och minskat födointag Förstopning Dyspepsi Flatulens Gastrit Förhöjt amylas	Dysfagi Stomatit Antibiotika-relaterad kolit (inkl. pseudomembran ös kolit, kan i mycket sällsynta fall leda till livshotande komplikationer, se avsnitt Varningar och försiktighet)		
Lever och gallvägar	Förhöjda transaminaser	Försämrad leverfunktion (inkl. ökat LDH) Förhöjt bilirubin Förhöjt gamma-glutamyl- transferas Förhöjda alkalininfosfataser i blodet	Ikterus Hepatit (från kolestatisk)	Fulminant hepatit kan leda till livshotande leversvikt (inklusive dödsfall se avsnitt Varningar och försiktighet)	
Hud och subkutan vävnad		Klåda Utslag Urtikaria Torr hud		Bullösa hudreaktioner såsom Stevens-Johnson syndrom eller toxisk epidermal nekrolys (kan vara livshotande, se avsnitt Varningar och försiktighet)	Akut generaliserad exantematös pustulos (AGEP)
		Artralgi			Rabdomyolys

Organsystem (MedDRA)	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta	Mycket sällsynta	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas utifrån tillgängliga data)
Muskuloskeletala systemet och bindväv*		Myalgi	Tendinit (se avsnitt Varningar och försiktighet) Muskelkramp Muskelryckning Muskelsvaghet	Senruptur (se avsnitt Varningar och försiktighet) Artrit Muskelstelhet Exacerbation av symtom på myasthenia gravis (se avsnitt Varningar och försiktighet)	
Njurar och urinvägar		Dehydrering	Nedsatt njurfunktion (inkl. förhöjning av BUN och kreatinin) Njursvikt (se avsnitt Varningar och försiktighet)		
Allmänna symtom och/eller symtom vid administreringsstället*	Reaktion vid injektion- eller infusionsstället	Sjukdomskänsla (framför allt asteni eller trötthet) Smärttillstånd (inkl. smärtor i ryggen, bröstet, bäckenet och extremiteterna) Svettning (Trombo)-flebit vid infusionsstället	Ödem		

*Mycket sällsynta fall av långvariga (upp till månader eller år) funktionsnedsättande och eventuellt irreversibla allvarliga biverkningar som påverkar olika, ibland flera organsystem och sinnen (inklusive biverkningar såsom seninflammation, senruptur, artralgi, smärta i extremiteter, gångrubbning, neuropatier som associeras med parestesi, depression, trötthet, försämrat minne, sömnstörningar och nedsatt hörsel, syn, smak och lukt) har rapporterats i samband med användning av kinoloner och fluorokinoloner, i vissa fall oavsett befintliga riskfaktorer (se avsnitt Varningar och försiktighet).

**Fall av aortaaneurysm och dissektion, ibland följd av bristning (innefattande fall med dödlig utgång), samt fall av läckage/insufficiens i någon av hjärtklaffarna, har rapporterats hos patienter som fått fluorokinoloner (se avsnitt Varningar och försiktighet).

Följande biverkningar har en högre frekvenskategori i subgruppen IV behandlade patienter med eller utan efterföljande oral terapi:

Vanliga:

Förhöjt gamma-glutamyl-transferas

Mindre vanliga:

Ventrikulär takyarytmi, hypotension, ödem, antibiotikarelaterad kolit (inkl. pseudomembranös kolit i mycket sällsynta fall associerade med livshotande komplikationer, se avsnitt Varningar och försiktighet), kramper inkl. grand mal kramper (se avsnitt Varningar och försiktighet), hallucinationer, nedsatt njurfunktion (inkl. förhöjning av BUN och kreatinin), njursvikt (se avsnitt Varningar och försiktighet)

Vid behandling med andra fluorokinoloner har följande biverkningar förekommit i mycket sällsynta fall: ökat intrakraniellt tryck (inklusive pseudotumor cerebri), hypernatremi, hyperkalcemi, hemolytisk anemi, fotosensibilitetsreaktioner (se avsnitt Varningar och försiktighet). Dessa biverkningar kan därför förväntas förekomma även vid moxifloxacinbehandling.

Rapportering av misstänkta biverkningar

Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket, men alla kan rapportera misstänkta biverkningar till Läkemedelsverket, www.lakemedelsverket.se. Postadress

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Överdoser

Inga specifika motåtgärder rekommenderas efter eventuell överdosering. Vid överdosering ska symtomatisk behandling ges. EKG-monitorering ska påbörjas, pga risken för förlängning av QT-intervallet. Samtidig administrering av medicinskt kol och 400 mg moxifloxacin, givet oralt eller intravenöst, reducerar läkemedlets systemiska tillgänglighet med mer än 80 % respektive 20 %. Användningen av medicinskt kol tidigt i absorptionsfasen kan vara värdefullt för att undvika kraftigt ökad systemexponering av moxifloxacin vid oral överdosering.

Farmakodynamik

Verkningsmekanism

Moxifloxacin inhiberar bakteriell typ II topoisomeras (DNA gyras och topoisomeras IV), vilka behövs för bakteriell DNA-replikation, transkription, och reparation.

Förhållande farmakokinetik/farmakodynamik

Fluorokinoloner uppvisar en koncentrationsberoende avdödning av bakterier. Farmakodynamiska studier med fluorokinoloner på infekterade djur och i kliniska prövningar hos människa antyder att den primära bestämningsfaktorn för effekt är kvoten av AUC_{24}/MIC .

Resistensmekanism

Resistens mot fluorokinoloner kan uppkomma genom mutationer i DNA gyras och topoisomeras IV. Andra mekanismer kan inkludera överuttryck av effluxpumpar, ögenomtränglighet och proteinmedierat skydd på DNA gyras. Korsresistens ska förväntas mellan moxifloxacin och andra fluorokinoloner. Aktiviteten av moxifloxacin påverkas inte av resistensmekanismer som är specifika för antibakteriella medel av andra klasser.

Brytpunkter

EUCAST kliniska MIC- och diskdiffusions-brytpunkter för moxifloxacin (2012-01-01):

Organism	Känslig	Resistent
<i>Staphylococcus</i> spp.	≤ 0,5 mg/l ≥ 24 mm	> 1 mg/l < 21 mm
<i>S. pneumoniae</i>	≤ 0,5 mg/l ≥ 22 mm	> 0,5 mg/l < 22 mm
<i>Streptococcus</i> Grupp A, B, C, G	≤ 0,5 mg/l ≥ 18 mm	> 1 mg/l < 15 mm
<i>H. influenzae</i>	≤ 0,5 mg/l ≥ 25 mm	> 0,5 mg/l < 25 mm
<i>M. catarrhalis</i>	≤ 0,5 mg/l ≥ 23 mm	> 0,5 mg/l < 23 mm
<i>Enterobacteriaceae</i>	≤ 0,5 mg/l ≥ 20 mm	> 1 mg/l < 17 mm
Ej artrelaterade brytpunkter*	≤ 0,5 mg/l	> 1 mg/l
* Ej artrelaterade brytpunkter har fastställts huvudsakligen genom farmakokinetiska/farmakodynamiska data och är oberoende av MIC-fördelningen för specifika arter. De ska endast användas för arter som inte har fått en art-specifik brytpunkt och ska inte användas för arter där tolkningskriterier återstår att fastställa.		

Mikrobiologisk känslighet

Förekomsten av förvärvad resistens kan variera geografiskt och över tid för utvalda arter, och lokal information avseende resistenssituationen är önskvärd, framför allt vid behandling av allvarliga infektioner. Expertråd bör inhämtas när den lokala förekomsten av resistens är sådan att nyttan av läkemedlet vid vissa infektioner kan ifrågasättas.

Vanligen känsliga arter

Aeroba grampositiva mikroorganismer

*Staphylococcus aureus**+

Streptococcus agalactiae (Grupp B)

Streptococcus milleri grupp (*S. anginosus*, *S. constellatus* and *S. intermedius*)*

*Streptococcus pneumoniae**

*Streptococcus pyogenes** (Grupp A)

Streptococcus viridans-gruppen (*S. viridans*, *S. mutans*, *S. mitis*, *S. sanguinis*, *S. salivarius*, *S. thermophilus*)

Aeroba gramnegativa mikroorganismer

Acinetobacter baumannii

*Haemophilus influenzae**

Legionella pneumophila

*Moraxella (Branhamella) catarrhalis**

Anaeroba mikroorganismer

Prevotella spp.

Andra mikroorganismer

*Chlamydophila (Chlamydia) pneumoniae**

Coxiella burnettii

*Mycoplasma pneumoniae**

Arter för vilka förvärvat resistens kan vara ett problem

Aeroba grampositiva mikroorganismer

*Enterococcus faecalis**

*Enterococcus faecium**

Aeroba gramnegativa mikroorganismer

*Enterobacter cloacae**

*Escherichia coli**#

Klebsiella oxytoca

*Klebsiella pneumoniae**#

*Proteus mirabilis**

Anaeroba mikroorganismer

*Bacteroides fragilis**

Naturligt resistenta arter

Aeroba gramnegativa mikroorganismer

Pseudomonas aeruginosa

*Aktivitet har tillfredsställande visats i kliniska studier.

+ Meticillinresistent *S. aureus* har en hög sannolikhet för att vara resistent mot fluorokinoloner.

Moxifloxacin-resistensfrekvens >50% har rapporterats för meticillinresistent *S. aureus*.

#ESBL-producerande stammar är vanligen också resistenta mot fluorokinoloner.

Farmakokinetik

Absorption och biotillgänglighet

Efter en enstaka intravenös infusion om 400 mg given under 1 timme observerades en högsta plasmakoncentration på ungefär 4,1 mg/l vid slutet av infusionstiden. Detta motsvarar i medeltal en ökning på ungefär 26 % av de plasmakoncentrationer som sätts vid oral administrering (3,1 mg/l). AUC-värdet på cirka 39 mg•h/l efter intravenös administrering är endast något högre än det värde som uppmätts efter oral administrering (35 mg•h/l), i överensstämmelse med den absoluta biotillgängligheten på cirka 91 %. Med avseende på ålder eller kön, krävs ingen dosjustering till patienter som behandlas med moxifloxacin intravenöst.

Farmakokinetiken är linjär i intervallet 50-1200 mg som oral engångsdos, intravenöst upp till 600 mg som engångsdos och upp till 600 mg intravenöst en gång dagligen under 10 dagar.

Distribution

Moxifloxacin distribueras snabbt till extravaskulär vävnad. Distributionsvolymen vid steady state (V_{ss}) är cirka 2 l/kg. *In vitro*- och *ex vivo*-experiment visar på en proteinbindningsgrad på ungefär 40-42 % oberoende på läkemedlets koncentration. Moxifloxacin är huvudsakligen bundet till serumalbumin.

Högst koncentration på 5,4 mg/kg och 20,7 mg/l (geometriskt medelvärde) uppnåddes i bronkialslemhinnan respektive epitelvätskan 2,2 timmar efter en oral dos. Den motsvarande högsta koncentrationen i alveolmakrofager uppgick till 56,7 mg/kg. I blåsvätska från hud sågs koncentrationer på 1,75 mg/ml 10 timmar efter intravenös administrering. Tidsprofilen för fritt läkemedel i den interstitiella vätskan var likartad den i plasma, med högsta koncentration av fritt läkemedel 1,0 mg/l (geometriskt medelvärde) ungefär 1,8 timmar efter en intravenös dos.

Biotransformation

Moxifloxacin genomgår Fas II-biotransformation och utsöndras via urin (cirka 40 %) och galla/faeces (cirka 60 %) som oförändrat läkemedel liksom i form av en sulfatförening (M1) och en glukuronid (M2). M1 och M2 är de enda relevanta metaboliterna hos människa och båda är mikrobiologiskt inaktiva.

I *in vitro*-studier och kliniska fas I-studier observerades inga metaboliska farmakokinetiska interaktioner med andra läkemedel som genomgår Fas I-biotransformation med cytokrom P-450-enzym. Det finns inte någon indikation på oxidativ metabolism.

Eliminering

Moxifloxacin elimineras från plasma med en genomsnittlig terminal halveringstid på cirka 12 timmar. Total genomsnittligt clearance efter en 400 mg dos varierar mellan 179 och 246 ml/min. Efter 400 mg intravenös infusion återfanns cirka 22 % av oförändrat läkemedel i urinen och cirka 26 % i faeces. Återvinning av dos en (oförändrat läkemedel och metaboliter) var totalt cirka 98 % efter en intravenös administrering av läkemedlet. Renal clearance uppgick till cirka 24-53 ml/min vilket talar för en partiell tubulär reabsorption av läkemedlet. Samtidig administrering av moxifloxacin med ranitidin eller probenecid förändrade inte renal clearance för modersubstansen.

Nedsatt njurfunktion

Moxifloxacins farmakokinetik förändras inte signifikant av nedsatt njurfunktion (inkl. kreatininclearance >20 ml/min/1,73 m²). Vid nedsatt njurfunktion, ökar koncentrationen av M2-metaboliten (glukuronid) med en faktor av upp till 2,5 (med kreatininclearance <30 ml/min/1,73 m²).

Nedsatt leverfunktion

Farmakokinetiska studier gjorda på patienter med nedsatt leverfunktion (Child Pugh A, B) kunde inte visa om det föreligger några skillnader jämfört med friska försökspersoner. Nedsatt leverfunktion var associerat med högre exponering för M1 i plasma, medan exponering för oförändrat läkemedel var jämförbar med den hos friska försökspersoner. Än så länge saknas tillräcklig erfarenhet av klinisk användning av moxifloxacin till patienter med nedsatt leverfunktion.

Prekliniska uppgifter

I konventionella studier med upprepad dosering visade moxifloxacin hematologisk och hepatisk toxicitet hos gnagare och icke-gnagare. Toxiska effekter på CNS observerades hos apor. Dessa effekter inträffade efter administrering av höga doser av moxifloxacin eller efter lång tids behandling.

Hos hundar gav höga orala doser (>60 mg/kg) med åtföljande plasmakoncentrationer >20 mg/l upphov till förändringar i elektroretinogram och i enstaka fall atrofi av retina.

Efter intravenös administrering var tecken på systemisk toxicitet mest uttalade när moxifloxacin gavs som bolusinjektion (45 mg/kg) men kunde inte observeras när moxifloxacin (40 mg/kg) gavs som långsam infusion under 50 minuter.

Efter intraarteriell injektion uppstod inflammatoriska förändringar som involverade de periarteriella mjukvävnaderna. Detta indikerar att intraarteriell administrering av moxifloxacin ska undvikas.

Moxifloxacin har visats vara genotoxiskt i *in vitro*-test med bakterier eller celler från däggdjur. I *in vivo*-test har inga fynd noterats som talar för genotoxicitet trots att mycket höga doser moxifloxacin använts. Moxifloxacin var ej carcinogent i en initiation-promotion studie på råtta.

I *in vitro* visade moxifloxacin hjärt-elektrofysiologiska egenskaper som kan orsaka förlängning av QT-intervallet, speciellt vid höga koncentrationer.

Efter intravenös administrering av moxifloxacin till hund (30 mg/kg givet som infusion under 15, 30 eller 60 minuter) var graden av QT-förlängning klart beroende på infusionshastigheten, d.v.s. ju kortare infusionstid desto mer uttalad förlängning av QT-intervallet. Ingen förlängning av QT-intervallet kunde iakttagas när dosen 30 mg/kg infunderades under 60 minuter.

Reproduktionsstudier på råtta, kanin och apa indikerar att moxifloxacin överförs via placenta. Studier på råtta (p.o. och i.v.) och apa (p.o.) kunde ej påvisa någon teratogenicitet eller nedsatt fertilitet efter administrering av moxifloxacin. En något ökad frekvens av ryggrads- och revbensmissbildningar iaktogs på kaninfoster, men då vid en dos (20 mg/kg i.v.) som är associerad med allvarlig maternell toxicitet. En ökad abortincidens förelåg hos apa och kanin vid plasmakoncentrationer motsvarande terapeutisk nivå hos människa.

Kinoloner inklusive moxifloxacin är kända för att orsaka broskskador i de större rörliga lederna på växande djur.

Innehåll

1 flaska eller en påse på 250 ml innehåller 400 mg moxifloxacin (som hydroklorid)
1 ml innehåller 1,6 mg moxifloxacin (som hydroklorid).

Hjälpämne med känd effekt:

250 ml infusionsvätska, lösning, innehåller 54,4 mmol natrium.

Natriumacetattrihydrat, natriumsulfat, vattenfri, svavelsyra (för pH-justering), vatten för injektionsvätskor

Blandbarhet

Följande lösningar ska *inte* ges samtidigt med moxifloxacin, infusionsvätska. lösning:

Natriumkloridlösning 10 % och 20 %

Natriumbikarbonatlösning 4,2 % och 8,4 %

Detta läkemedel får inte blandas med andra läkemedel förutom de som nämns under avsnitt Hantering, hållbarhet och förvaring

Miljöpåverkan

Miljöinformationen för moxifloxacin är framtagen av företaget Bayer för Actira, Avelox, Octegra

Miljörisk: Användning av moxifloxacin har bedömts medföra försumbar risk för miljöpåverkan.

Nedbrytning: Moxifloxacin är potentiellt persistent.

Bioackumulering: Moxifloxacin har låg potential att bioackumuleras.

Detaljerad miljöinformation

Information on moxifloxacin

Moxifloxacin hydrochloride

Environmental risk: "Use of moxifloxacin has been considered to result in insignificant environmental risk."

Degradation: "Moxifloxacin is potentially persistent."

Bioaccumulation: "Moxifloxacin has low potential for bioaccumulation."

Detailed background information

Environmental Risk Classification

Predicted Environmental Concentration (PEC)

In order to normalize moxifloxacin hydrochloride on moxifloxacin units, which is the active ingredient, the sales volume was adjusted to the molecular weight of moxifloxacin.

Moxifloxacin	401.44 g/Mol	--
Moxifloxacin hydrochloride	437.9 g/Mol	0.92

PEC is calculated according to the following formula:

$$\text{PEC } (\mu\text{g/L}) = (A \cdot 10^9 \cdot (100 - R)) / (365 \cdot P \cdot V \cdot D \cdot 100) = 1.5 \cdot 10^{-6} \cdot A \cdot (100 - R)$$

Where: A = 214.07 kg as moxifloxacin equivalent (total sales data in Sweden in 2019 from IQVIA database).

R = 0 % removal rate (due to loss by adsorption to sludge particles, by volatilization, hydrolysis or biodegradation) = 0 if no data is available.

P = number of inhabitants in Sweden = 9 * 10⁶.

V (L/day) = volume of wastewater per capita and day = 200 (ECHA default). (1)

D = factor for dilution of wastewater by surface water flow = 10 (ECHA default). (1) Based on this formula and data the PEC was calculated as 0.032 µg/L.

Predicted No Effect Concentration (PNEC)

Ecotoxicological studies

Algae (Desmodesmus subspicatus) (2):

Acute toxicity:

EC50 72 h (growth inhibition, growth rate) > 25 mg/L (OECD TG 201).

Chronic toxicity:

EC10 72 h (growth inhibition, growth rate) < 0.4 mg/L (OECD TG 201).

Algae (Anabaena flos-aquae) (3):

Acute toxicity:

EC50 72 h (growth inhibition, growth rate) = 9.96 µg/L (OECD TG 201).

Chronic toxicity:

EC10 72 h (growth inhibition, growth rate) = 3.16 µg/L (OECD TG 201).

Crustacean (waterflea Daphnia magna):

Acute toxicity:

EC50 48 h (immobilization) > 91 mg/L (OECD TG 202). (2)

Chronic toxicity:

NOEC 21 d (reproduction, mortality) = 0.0055 mg/L (OECD TG 211). (4)

Fish:

Acute toxicity (Danio rerio):

LC50 96 h (survival) > 91.8 mg/L (OECD TG 203). (2)

Chronic toxicity (fathead minnow, *Pimephales promelas*):
NOEC 28 d (survival, growth) = 0.224 mg/L (OECD TG 210). (5)

The lowest chronic NOEC or EC10 was determined with crustaceans (*D. magna*) and used to calculate the PNEC applying an assessment factor of 10: $0.005 \text{ mg/L} / 10 = 0.0005 \text{ mg/L} = 0.5 \text{ } \mu\text{g/L}$.

Environmental risk classification (PEC/PNEC ratio)

The PEC/PNEC ratio calculates as $0.032 / 0.5 = 0.064$, i.e. the ratio is ≤ 0.1 , which justifies the phrase "Use of moxifloxacin has been considered to result in insignificant environmental risk."

Degradation

Biotic degradation

In a study on ready biodegradation moxifloxacin showed 0 % degradation at day 28 (EC method C.4-C). (6)
In addition, the biodegradation of the substance was assessed in a simulation study with an aquatic water/sediment system, which reported of primary distribution into sediment but only a very small fraction was degraded (OECD 308). (7)

Abiotic degradation

Hydrolysis:

Moxifloxacin was determined to be hydrolytically stable (EC, C7). (8) As no biotic or abiotic degradability of moxifloxacin was observed the following phrase "moxifloxacin is potentially persistent" applies.

Bioaccumulation

Partitioning coefficient:

The log KOW of moxifloxacin was determined as -0.36 (OECD TG 117). (9) As the low Kow of Moxifloxacin is clearly below the threshold of $\log \text{KOW} = 4$ the phrase "Moxifloxacin has low potential for bioaccumulation" is justified.

Excretion (metabolism)

After oral or intravenous administration, approximately 45-48 % of moxifloxacin is excreted unchanged via faeces or urine, approximately 14 % as an acyl-glucuronide, and approximately 37-38 % as a sulfoconjugate. (10)

References

- (1) ECHA, European Chemicals Agency. 2008 Guidance on information requirements and chemical safety assessment.
- (2) Assessment on ecological behavior of BAY 12-8039. Institute for environmental analysis, Bayer AG, study no. 622 N/97 (1997) – Report in German.
- (3) BAY 12-8039 Alga, Growth Inhibition Test with *Anabaena* sp. (*Anabaena flos-aquae*), 72 hours. Bayer Pharma AG, study no. TOXT100101-3, report no. 120727BL (2012).
- (4) Reproduction study of Moxifloxacin (BAY 12-8039) in *Daphnia magna*. Bayer HealthCare, study no. TOXT2079961, report no. A45807 (2010).
- (5) Early-life-stage test with moxifloxacin (Bay 12-8039) on the fathead minnow (*Pimephales promelas*). Bayer HealthCare, study no. TOXT9080399, report no. A47404 (2010).
- (6) Biodegradation of [¹⁴C]BAY 12-8039. Bayer AG, study no. 71106108 (1997).
- (7) Aquatic-sediment study (aerobic) with moxifloxacin (BAY 12-8039). Bayer HealthCare AG, study no. TOXT3079926, report no. A44978 (2012).
- (8) Moxifloxacin HCl / BAY 12-8039 / Report on Physicochemical Properties / Rate of hydrolysis. Bayer Schering Pharma AG, study no. 09100279, report no. A49031.

(9) Moxifloxacin HCl / BAY12-8039 / Report on physicochemical properties / NOctanol/ Water Partition Coefficient. Bayer Schering Pharma AG, study no. 09100284, report no. A49034.

(10) Stass H, Kubitza D (1999). Pharmacokinetics and elimination of Moxifloxacin after oral and intravenous administration in man. J. Antimicrobial Chemotherapy 43, Suppl. B, 83-90.

Hållbarhet, förvaring och hantering

Kemisk och fysikalisk stabilitet har påvisats för 24 timmar i 25 °C.

Ur mikrobiologisk synvinkel bör produkten användas omedelbart, om inte öppning/blandning/utspädning skett på ett sätt som utesluter mikrobiologisk kontamination. Om produkten inte används omedelbart är förvaringstider och förvaringsförhållanden före användning användarens ansvar.

Förvaras i skydd mot kyla. Får ej frysas.

Förvara flaskan eller påsen i ytterkartongen. Ljuskänsligt.

Detta läkemedel är endast avsett för engångsbruk. Överbliven lösning ska kasseras.

Moxifloxacin 400 mg/250 ml infusionsvätska, lösning kan ges samtidigt med följande infusionsvätskor:

Vatten för injektionsvätskor, Natriumklorid 0,9 %, Glukos 5 %, Glukos 10 %, Ringers lösning, Sammansatta natriumlaktatlösningar (Hartmanns lösning, Ringer-Laktat lösning).

Moxifloxacin infusionsvätska, lösning ska ej ges samtidigt med andra läkemedel.

Använd inte lösningen om den innehåller några synliga partiklar eller om lösningen är grumlig.

Vid lägre temperaturer kan en fällning uppstå, vilken åter löser sig i rumstemperatur. Det är därför rekommenderat att inte förvara infusionsvätskan under 8 °C.

Förpackningsinformation

Infusionsvätska, lösning 400 mg/250 ml klar, gul

10 x 250 milliliter flaska (fri prissättning), EF, Övriga förskrivare: tandläkare