

Atorvastatin Viatris

R F

Viatris

Filmdragerad tablett 20 mg

(Vit till benvit, rund (7,1 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "20" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan.)

Medel som påverkar serumlipidnivåerna,
HMG-CoA-reduktashämmare

Aktiv substans:

Atorvastatin

ATC-kod:

C10AA05

Läkemedel från Viatris omfattas av Läkemedelsförsäkringen.

Texten nedan gäller för:

Atorvastatin Viatris filmdragerad tablett 10 mg, 20 mg, 40 mg och 80 mg

FASS-text: *Denna text är avsedd för vårdpersonal.*

Texten är baserad på produktresumé: 2023-08-14.

Indikationer

Hyperkolesterolemi

Atorvastatin Viatris är indicerat som tillägg till diet för sänkning av förhöjt total kolesterol, LDL-kolesterol, apolipoprotein B, och triglycerider hos vuxna, ungdomar och barn i åldern 10 år eller äldre med primär hyperkolesterolemi inkluderande familjär hyperkolesterolemi (heterozygot) eller kombinerad (blandad) hyperlipidemi (motsvarande Typ IIa och IIb i Fredricksons klassifikationssystem) när effekten av diet och andra icke-farmakologiska behandlingar är otillräcklig.

Atorvastatin Viatris är även indicerat för sänkning av total kolesterol och LDL-kolesterol hos vuxna med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Atorvastatin Viatris ges som tillägg till annan lipidsänkande behandling (t.ex. LDL-aferes) eller om sådan behandling ej finns tillgänglig.

Prevention av kardiovaskulär sjukdom

Prevention av kardiovaskulära händelser hos vuxna patienter som bedöms ha en hög risk för en första kardiovaskulär händelse (se avsnitt Farmakodynamik), som tillägg till korrigerande av andra riskfaktorer.

Kontraindikationer

- Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt Innehåll.
- Patienter med aktiv leversjukdom eller oförklarade kvarstående förhöjningar av serumtransaminaser till mer än tre gånger den övre gränsen för normalvärdet.
- Under graviditet, vid amning och hos kvinnor i fertil ålder som inte använder pålitligt preventivmedel (se avsnitt Graviditet).

- Patienter som behandlas med de antivirala läkemedlen glekaprevir/pibrentasvir mot hepatit C.

Dosering

Dosering

Innan behandling med atorvastatin ska patienten erhålla kolesterolsänkande standarddiet och patienten ska fortsätta med dieten under hela behandlingstiden med Atorvastatin Viatris .

Dosen ska anpassas individuellt enligt LDL-kolesterol-nivåerna vid insättande av behandling, terapimål samt patientens svar på behandlingen.

Vanlig startdos är 10 mg en gång dagligen. Dosjustering bör göras i intervall om 4 veckor eller mer. Maximal dos är 80 mg dagligen.

Primär hyperkolesterolemi och kombinerad (blandad) hyperlipidemi

De flesta patienter kan kontrolleras med Atorvastatin Viatris 10 mg en gång dagligen. Terapeutisk effekt ses inom 2 veckor och maximal terapeutisk effekt uppnås vanligen inom 4 veckor. Effekten kvarstår vid fortsatt behandling.

Heterozygot familjär hyperkolesterolemi

Initialdos är Atorvastatin Viatris 10 mg dagligen. Doseringen är individuell och justeras var fjärde vecka upp till 40 mg dagligen. Därefter kan dosen ökas till maximalt 80 mg dagligen, alternativt kan ett gallsyrabindande medel kombineras med 40 mg atorvastatin en gång dagligen.

Homozygot familjär hyperkolesterolemi

Endast begränsade data finns tillgängliga (se avsnitt Farmakodynamik).

Dosen till patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi är 10-80 mg dagligen (se avsnitt Farmakodynamik). Atorvastatin ges som tillägg till annan lipidsänkande behandling (t.ex. LDL-aferes) till dessa patienter eller när sådan behandlingsmöjlighet saknas.

Prevention av kardiovaskulär sjukdom

I primärpreventionsstudierna var dosen 10 mg/dag. Högre doser kan behövas för att nå LDL-kolesterolnivåer enligt gällande rekommendationer.

Samtidig administrering av andra läkemedel

Till patienter som tar de antivirala läkemedlen elbasvir/grazoprevir mot hepatit C eller letermovir som profylax mot cytomegalovirusinfektion samtidigt med atorvastatin ska dosen atorvastatin inte överstiga 20 mg/dag (se avsnitt Varningar och försiktighet och Interaktioner).

Användning av atorvastatin rekommenderas inte till patienter som tar letermovir samtidigt som ciklosporin (se avsnitt Varningar och försiktighet och Interaktioner).

Patienter med nedsatt njurfunktion

Ingen dosjustering av Atorvastatin Viatriis krävs (se avsnitt Varningar och försiktighet).

Patienter med nedsatt leverfunktion

Atorvastatin Viatriis bör användas med försiktighet hos patienter med nedsatt leverfunktion (se avsnitt Varningar och försiktighet och Farmakokinetik). Atorvastatin Viatriis är kontraindicerat för patienter med aktiv leversjukdom (se avsnitt Kontraindikationer).

Äldre

Effekt och säkerhet hos äldre (över 70 år) är samma som hos vuxna vid rekommenderade doser.

Pediatrisk population

Hyperkolesterolemi

Skall endast användas på barn efter beslut av läkare med erfarenhet av hyperlipidemi hos barn, och patienterna bör utvärderas regelbundet vad gäller effekten.

För patienter över 10 års ålder med heterozygot familjär hyperkolesterolemi är den rekommenderade startdosen av atorvastatin 10 mg dagligen (se avsnitt Farmakodynamik). Dosen kan ökas till 80 mg dagligen i enlighet med behandlingssvar och tolerabilitet. Dosen ska anpassas individuellt beroende på det rekommenderade behandlingsmålet. Dosjusteringar ska göras med minst 4 veckors mellanrum. Dostitreringen till 80 mg dagligen stöds av data från studier på vuxna och av begränsade kliniska data från studier på barn med heterozygot familjär hyperkolesterolemi (se avsnitt Biverkningar och Farmakodynamik).

Det finns begränsade data om säkerhet och effekt tillgängliga för barn mellan 6 och 10 års ålder med heterozygot familjär hyperkolesterolemi som hämtats från öppna studier. Atorvastatin är inte indicerat för behandling av patienter yngre än 10 år. Tillgänglig information finns i avsnitt Biverkningar, Farmakodynamik och Farmakokinetik men ingen doseringsrekommendation kan fastställas.

Andra beredningsformer/styrkor kan vara lämpliga för denna population.

Administreringssätt

Atorvastatin Viatris är avsedd för peroralt bruk. Hela dygnsdosen av atorvastatin ges vid samma tillfälle och kan ges vid valfri tidpunkt på dagen med eller utan mat.

Varningar och försiktighet

I ett fåtal fall har statiner rapporterats inducera eller förvärra redan befintlig myasthenia gravis eller okulär myasteni (se avsnitt Biverkningar). Atorvastatin Viatris ska sättas ut om symtomen förvärras. Återkomst av besvären har rapporterats när samma eller en annan statin (åter)insattes.

Leverpåverkan

Leverfunktionsprover skall tas innan behandling med Atorvastatin Viatris inleds och därefter med regelbundna intervall.

Patienter som utvecklar symptom som tyder på leverskada skall undersökas med avseende på leverfunktionen. Patienter som utvecklar förhöjda transaminasvärden skall följas noggrant tills nivåerna återgått till det normala. Om förhöjda transaminas-nivåer om mer än 3 gånger den övre gränsen för normalvärdet kvarstår, rekommenderas dosminskning eller utsättande av Atorvastatin Viatris (se avsnitt Biverkningar).

Atorvastatin Viatris bör användas med försiktighet hos patienter med betydande alkoholintag och/eller leversjukdom i anamnesen.

Strokeprevention genom aggressiv reduktion av kolesterolnivåer (SPARCL)

Vid en post-hoc analys av subtyper av stroke hos patienter utan kranskärslssjukdom som nyligen haft en stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), sågs en högre incidens av hemorragisk stroke hos patienter behandlade med 80 mg atorvastatin jämfört med placebo. Den ökade risken sågs i synnerhet hos patienter med hemorragisk stroke eller lakunär infarkt i anamnesen vid studiestart. Nyttå/riskbalansen för atorvastatin 80 mg är inte fastställd för patienter med hemorragisk stroke eller lakunär infarkt i anamnesen. Den potentiella risken för hemorragisk stroke ska nogå övervägas före behandlingsstart (se avsnitt Farmakodynamik).

Påverkan på skelettmuskulatur

Atorvastatin, liksom andra HMG CoA-reduktashämmare, kan i sällsynta fall påverka skelettmuskulaturen och orsaka myalgi, myosit och myopati som kan utvecklas till rhabdomyolys, ett potentiellt livshotande tillstånd som kännetecknas av markant förhöjda kreatinkinas (CK)-nivåer (>10 gånger den övre gränsen för normalvärdet), myoglobinemi och myoglobinuri som kan leda till njursvikt.

Immunmedierad nekrotiserande myopati (IMNM) under eller efter behandling med vissa statiner har rapporterats i sällsynta fall. Kliniskt kännetecknas IMNM av kvarstående proximal muskelsvaghet och förhöjt kreatinkinas i serum, som kvarstår trots utsatt statinbehandling, förekomst av antikroppar mot HMG-CoA reduktas och förbättring av immunsuppressiva läkemedel.

Före behandling

Atorvastatin bör förskrivas med försiktighet till patienter med predisponerande faktorer för rhabdomyolys. En CK-nivå ska i följande situationer mätas innan behandling med statiner påbörjas:

- Nedsatt njurfunktion.
- Hypotyroidism.
- Vid muskelsjukdom eller ärftlig disposition för sådan.
- Anamnes på muskulär toxicitet med statiner eller fibrater.
- Anamnes på leversjukdom och/eller vid hög alkoholkonsumtion.
- Hos äldre (>70 år) ska behovet av mätningar övervägas beroende på andra förekommande predisponerande faktorer för rhabdomyolys.
- Situationer där ökade plasmanivåer kan uppstå, t.ex. interaktioner (se avsnitt Interaktioner) och särskilda patientgrupper inklusive genetiska subpopulationer (se avsnitt Farmakokinetik).

I dessa situationer ska risken med behandling vägas mot förväntad nytta och klinisk uppföljning rekommenderas. Vid CK-nivåer >5 gånger den övre gränsen för normalvärdet bör behandling ej påbörjas.

Kreatinkinasmätningar

Kreatinkinas (CK) bör inte mätas efter ansträngande träning, eller då någon annan möjlig orsak till förhöjt CK föreligger, eftersom utvärderingen av värdet då försvåras. Om CK-nivåerna är signifikant förhöjda vid insättande (>5 gånger ULN) bör ny analys ske inom 5 – 7 dagar för att bekräfta resultaten.

Under behandling

- Patienten måste anmodas att omedelbart rapportera muskelsmärta, kramper, eller muskelsvaghet speciellt vid samtidig sjukdomskänsla eller feber.
- Om dessa symtom uppträder under behandling med atorvastatin ska halten av CK mätas och om värdet är >5 gånger den övre gränsen för normalvärdet bör behandlingen avbrytas.
- Vid allvarliga muskulära symtom vilka orsakar dagliga besvär bör avbrytande av behandlingen övervägas även om CK-förhöjningen ≤ 5 gånger den övre gränsen för normalvärdet.
- Om symtomen försvinner och CK-nivåerna återgår till de normala kan återinsättning av atorvastatin eller insättning av annan statin övervägas med lägsta dosen och noggrann övervakning.
- Atorvastatinbehandlingen måste avbrytas om signifikant ökning av CK-nivåer (>10 gånger den övre gränsen för normalvärdet) uppträder, eller om rhabdomyolys diagnostiseras eller misstänks.

Samtidig behandling med andra läkemedel

Risken för rhabdomyolys ökar när atorvastatin ges tillsammans med vissa läkemedel som kan öka plasmakoncentrationen av atorvastatin såsom potenta hämmare av CYP3A4 eller transportproteiner (t.ex. ciklosporin, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, vorikonazol, itrakonazol, ketokonazol, posakonazol, letermovir och HIV-proteashämmare inklusive ritonavir, lopinavir, atazanavir, indinavir, darunavir, tipranavir/ritonavir, etc.). Risken för myopati kan också öka när atorvastatin ges tillsammans med gemfibrozil och andra fibrinsyraderivat, antivirala läkemedel för behandling av hepatit C (HCV), (boceprevir, telaprevir, elbasvir/grazoprevir,

ledipasvir/sofosbuvir), erytromycin, niacin eller ezetimib. Om möjligt, ska annan (ej interagerande) behandling övervägas istället.

I fall då samtidig behandling med dessa läkemedel och atorvastatin är nödvändig, ska nytta och risken med behandlingen noggrant övervägas. En lägre maximal dos av atorvastatin rekommenderas vid behandlingsstart, då patienten samtidigt intar läkemedel som höjer plasmakoncentrationen av atorvastatin. Dessutom bör en lägre startdos av atorvastatin övervägas vid samtidig användning av potenta CYP3A4-hämmare, och lämplig klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas (se avsnitt Interaktioner).

Atorvastatin får inte administreras tillsammans med systemiska formulationer av fusidinsyra eller inom 7 dagar efter avslutad behandling med fusidinsyra. För patienter där användning av systemisk fusidinsyra anses nödvändig ska statinbehandling sättas ut under hela behandlingstiden med fusidinsyra. Det finns rapporter om rabdomyolys (inklusive några dödsfall) hos patienter som behandlats med kombination av fusidinsyra och statiner (se avsnitt Interaktioner). Patienten ska rådas att omedelbart kontakta läkare om de upplever symtom som muskelsvaghet, muskelsmärta eller ömhet.

Statinbehandlingen kan återinsättas sju dagar efter den sista dosen med fusidinsyra.

I exceptionella fall när långtidsbehandling med systemisk fusidinsyra är nödvändig, t.ex. vid behandling av allvarliga infektioner, ska behovet av samtidig administrering av atorvastatin och fusidinsyra övervägas från fall till fall och bara ske under noggrann medicinsk övervakning.

Interstitiell lungsjukdom

I enstaka fall har interstitiell lungsjukdom rapporterats med vissa statiner, särskilt vid långtidsbehandling (se avsnitt Biverkningar). Sjukdomen kännetecknas av symtom som dyspné, torrhosta och försämrat allmäntillstånd (såsom trötthet, viktnedgång och feber). Behandling med statiner bör avbrytas om man misstänker att patienten har utvecklat interstitiell lungsjukdom.

Diabetes mellitus

Vissa uppgifter tyder på att statiner som klass höjer blodglukos. Detta kan hos vissa patienter, med hög risk att drabbas av diabetes, orsaka hyperglykemi som kräver diabetesbehandling. Denna risk uppvägs emellertid av statiners minskning av vaskulär risk, och är därför inte ett skäl för att avbryta statinbehandlingen. Patienter i riskzonen (med fasteglukos 5,6–6,9 mmol/l; BMI >30 kg/m²; förhöjda triglycerider; hypertension) ska övervakas kliniskt och biokemiskt enligt gällande föreskrifter.

Pediatrisk population

Ingen kliniskt signifikant effekt på tillväxt och könsmognad observerades i en 3-årig studie baserad på bedömning av den samlade mognaden och utvecklingen, bedömning av Tannerstadium och mätning av längd och vikt (se avsnitt Biverkningar).

Hjälpämnen

Atorvastatin Viatriis innehåller laktos. Patienter med något av följande sällsynta ärftliga tillstånd bör inte använda detta läkemedel: galaktosintolerans, total laktasbrist eller glukos-galaktosmalabsorption.

Atorvastatin Viatris innehåller mindre än 1 mmol natrium (23 mg) per tablett, d.v.s. är näst intill "natriumfritt".

Interaktioner

Effekt på atorvastatin av samtidigt administrerade läkemedel

Atorvastatin metaboliseras av cytokrom P450 3A4 (CYP3A4) och är substrat till de hepatiska transportproteinerna, organisk anjontransporterande polypeptid 1B1 (OATP1B1) och 1B3 (OATP1B3). Metaboliter av atorvastatin är substrat till OATP1B1. Atorvastatin är också ett substrat till effluxtransportörerna P-glykoprotein (P-gp) och bröstcancerresistensprotein (BCRP), vilket kan begränsa atorvastatins absorption i tarmen och utsöndring via gallan (se avsnitt Farmakokinetik). Samtidig administrering av läkemedel som hämmar CYP3A4 eller transportproteiner kan leda till ökad plasmakoncentration av atorvastatin och en ökad risk för myopati. Risken kan också öka vid samtidig administrering av atorvastatin och andra läkemedel med potential att orsaka myopati, såsom fribrinsyraderivat och ezetimib (se avsnitt Varningar och försiktighet).

CYP3A4-hämmare

Potentia CYP3A4-hämmare har visat sig leda till markant ökade koncentrationer av atorvastatin (se tabell 1 och specifik information nedan). Samtidig administrering av potentia CYP3A4-hämmare (t.ex. ciklosporin, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, vorikonazol, itraconazol, posakonazol, vissa antivirala läkemedel för behandling av HCV (t.ex. elbasvir/grazoprevir) och HIV-proteashämmare däribland ritonavir, lopinavir, atazanavir, indinavir, darunavir, etc.) bör om möjligt undvikas. I fall då samtidig administrering av dessa

läkemedel och atorvastatin inte kan undvikas, bör en lägre start- och maximaldos av atorvastatin övervägas och lämplig klinisk uppföljning av patienten rekommenderas (se tabell 1).

Måttliga CYP3A4-hämmare (t.ex. erytromycin, diltiazem, verapamil och flukonazol) kan öka plasmakoncentrationen av atorvastatin (se tabell 1). En ökad risk för myopati har observerats vid användning av erytromycin i kombination med statiner. Interaktionsstudier avseende effekterna av amiodaron eller verapamil på atorvastatin har inte utförts. Både amiodaron och verapamil är kända för att hämma CYP3A4-aktivitet och samtidig administrering med atorvastatin kan resultera i ökad exponering för atorvastatin. Vid samtidig användning av måttliga CYP3A4-hämmare bör därför en lägre maximaldos av atorvastatin övervägas och lämplig klinisk uppföljning av patienten rekommenderas. Efter behandlingsstart eller efter dosjusteringar av en hämmare rekommenderas lämplig klinisk uppföljning.

CYP3A4-inducerare

Samtidig behandling med atorvastatin och inducerare av cytokrom P450 3A (t.ex. efavirenz, rifampicin, Johannesört) kan leda till en varierande minskning av plasmakoncentrationerna av atorvastatin. På grund av den dubbla interaktionsmekanismen hos rifampicin (cytokrom P450 3A-induktion samt hämning av transportproteinet OATP1B1 i hepatocyterna), rekommenderas att atorvastatin och rifampicin intas vid ett och samma tillfälle, eftersom intag av atorvastatin efter administrering av rifampicin har associerats med en signifikant minskning av plasmakoncentrationerna av atorvastatin. Effekten av rifampicin på atorvastatin-koncentrationer i hepatocyter är dock okänd och om samtidig administrering inte kan undvikas, bör effekten på patienten övervakas noggrant.

Transporthämmare

Hämmare av transportproteiner kan öka den systemiska exponeringen av atorvastatin (se tabell 1). Ciklosporin och letermovir är båda hämmare av transportörer involverade i disponeringen av atorvastatin, d.v.s. OATP1B1/1B3, P-gp och BCRP vilket leder till en ökad systemisk exponering av atorvastatin. Effekten på atorvastatin-koncentrationer i hepatocyter, vid hämning av leverns upptagningstransportörer, är okänd. Om samtidig administrering inte kan undvikas, bör dosen reduceras och klinisk uppföljning av effekten rekommenderas (se tabell 1). Användning av atorvastatin rekommenderas inte till patienter som tar letermovir samtidigt som ciklosporin (se avsnitt Varningar och försiktighet).

Gemfibrozil/fibrinsyraderivat

Användning av fibrater i monoterapi är associerat med muskelrelaterade händelser, inklusive rabdomyolys. Risken för dessa händelser kan öka vid samtidig användning av fibrinsyraderivat och atorvastatin. Om samtidig administrering inte kan undvikas, rekommenderas lägsta möjliga dos av atorvastatin samt adekvat uppföljning av patienten (se avsnitt Varningar och försiktighet).

Ezetimib

Användningen av ezetimib i monoterapi är associerat med muskelrelaterade händelser, inklusive rabdomyolys. Risken för dessa händelser kan därför öka vid samtidig användning av ezetimib och atorvastatin. Lämplig klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas.

Kolestipol

Plasmakoncentrationen av atorvastatin och dess aktiva metaboliter sjönk (koncentrationskvot för atorvastatin: 0,74) (när kolestipol administrerades tillsammans med atorvastatin. Den lipidreglerande effekten var dock större då atorvastatin och kolestipol gavs tillsammans än då respektive läkemedel gavs var för sig.

Fusidinsyra

Risken för myopati inklusive rabdomyolys kan öka vid samtidig administrering av systemisk fusidinsyra och statiner.

Interaktionsmekanismen (om den är farmakodynamisk eller farmakokinetisk, eller både och) är ännu inte känd. Det finns rapporter om rabdomyolys (inklusive några dödsfall) hos patienter som behandlats med denna kombination.

Om behandling med fusidinsyra är nödvändig ska behandlingen med atorvastatin sättas ut under hela behandlingstiden med fusidinsyra (se avsnitt Varningar och försiktighet).

Kolkicin

Det har inte utförts några interaktionsstudier med atorvastatin och kolkicin, men fall av myopati har rapporterats när atorvastatin administrerats samtidigt med kolkicin. Försiktighet ska därför iakttas när atorvastatin förskrivs samtidigt med kolkicin.

Effekter av atorvastatin på samtidigt administrerade läkemedel

Digoxin

Vid samtidig administrering av upprepade doser av digoxin och atorvastatin 10 mg ökade koncentrationen av digoxin vid steady-state något.

Patienter som behandlas med digoxin bör följas upp på lämpligt sätt.

Orala preventivmedel

Samtidig administrering av atorvastatin och p-piller resulterade i ökade plasmakoncentrationer av noretisteron och etinylöstradiol.

Warfarin

I en klinisk studie på patienter på kronisk warfarin-behandling, orsakade samtidig administrering av atorvastatin 80 mg dagligen och warfarin en liten minskning på ca 1,7 sekunder i protrombintid under de första 4 dagarnas dosering. Protrombintiden återgick till den normala inom 15 dagar med atorvastatin-behandling. Även om endast mycket sällsynta fall av kliniskt signifikanta interaktioner med antikoagulantia har rapporterats, bör protrombintiden bestämmas innan atorvastatin ges till patienter som tar antikoagulantia av kumarintyp, och tillräckligt ofta under tidig behandling för att säkerställa att ingen signifikant förändring av protrombintiden inträffar. När en stabil protrombintid har dokumenterats, kan protrombintiden kontrolleras vid de intervall som vanligen rekommenderas för patienter som står på kumarin-antikoagulantia. Om dosen av atorvastatin ändras eller avbryts, bör samma förfarande upprepas. Atorvastatin-behandling har inte förknippats med blödning eller med förändringar i protrombintid hos patienter som inte tar antikoagulantia.

Pediatrik population

Interaktionsstudier har endast genomförts på vuxna. Omfattningen av interaktioner hos barn är inte känd. Ovanstående interaktioner hos vuxna samt varningarna i avsnitt Varningar och försiktighet skall beaktas hos barn.

Läkemedelsinteraktioner

Tabell 1: Effekt av samtidigt administrerade läkemedel på farmakokinetiken av atorvastatin

Samtidigt administrerade läkemedel och dosering	Atorvastatin		
	Dos (mg)	AUC-kvot ^{&}	Klinisk rekommendation [#]
Tipranavir 500 mg BID / Ritonavir 200 mg BID, 8 dagar (dagar 14 till 21)	40 mg på dag 1, 10 mg på dag 20	9,4	I de fall då samtidig administrering med atorvastatin är nödvändig, ska dosen atorvastatin inte överstiga 10 mg dagligen. Klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas.
Telaprevir 750 mg q8h, 10 dagar	20 mg SD	7,9	
Ciklosporin 5,2 mg/kg/dag, stabil dos	10 mg OD i 28 dagar	8,7	
Glekaprevir 400 mg OD/ Pibrentasvir 120 mg OD, 7 dagar	10 mg OD i 7 dagar	8,3	

			ontraindicerad (se avsnitt Kontraindikationer).
Lopinavir 400 mg BID / Ritonavir 100 mg BID, 14 dagar	20 mg OD i 4 dagar	5,9	I fall då samtidig administrering med atorvastatin är nödvändig, rekommenderas lägre underhållsdoser av atorvastatin. Vid atorvastatindoser som överstiger 20 mg, rekommenderas klinisk uppföljning av patienterna.
Klaritromycin 500 mg BID, 9 dagar	80 mg OD i 8 dagar	4,5	
Saquinavir 400 mg BID / Ritonavir (300 mg BID från dag 5-7, ökas till 400 mg BID på dag 8), dag 4-18, 30 minuter efter dosering med atorvastatin	40 mg OD i 4 dagar	3,9	I fall då samtidig administrering med atorvastatin är nödvändig, rekommenderas lägre underhållsdoser av atorvastatin. Vid atorvastatindoser som

Darunavir 300 mg BID/ Ritonavir 100 mg BID, 9 dagar	10 mg OD i 4 dagar	3,4	överstiger 40 mg, rekommenderas klinisk uppföljning av patienterna.
Itrakonazol 200 mg OD, 4 dagar	40 mg SD	3,3	
Fosamprenavir 700 mg BID/ Ritonavir 100 mg BID, 14 dagar	10 mg OD i 4 dagar	2,5	
Fosamprenavir 1400 mg BID, 14 dagar	10 mg OD i 4 dagar	2,3	
Boceprevir 800 mg TID, 7 dagar	40 mg SD	2,3	Lägre startdos och klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas . Dygnsdosen av atorvastatin ska inte överstiga 20 mg vid samtidig administrering av boceprevir.
Elbasvir 50 mg OD/	10 mg SD	1,95	Dosen atorvastatin ska inte överstiga

Grazoprevir 200 mg OD 13 dagar			20 mg dagligen vid administrering samtidigt med produkter som innehåller elbasvir eller grazoprevir.
Letermovir 480 mg OD, 10 dagar	20 mg SD	3,29	Dosen atorvastatin ska inte överstiga 20 mg dagligen vid administrering samtidigt med produkter som innehåller letermovir.
Nelfinavir 1250 mg BID, 14 dagar	10 mg OD i 28 dagar	1,74	Ingen särskild rekommendation
Diltiazem 240 mg OD, 28 dagar	40 mg, SD	1,51	Efter behandlingsstart eller efter dosjusteringar av diltiazem, rekommenderas klinisk uppföljning av patienterna.
Grapefruktjuice, 240 ml OD [*]	40 mg, SD	1,37	Samtidigt intag av stora mängder

			grapefruktjuice och atorvastatin rekommenderas inte.
Gemfibrozil 600 mg BID, 7 dagar	40 mg SD	1,35	Lägre startdos och klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas .
Erytromycin 500 mg QID, 7 dagar	10 mg, SD	1,33	Lägre maximaldos och klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas .
Amlodipin 10 mg, singeldos	80 mg, SD	1,18	Ingen särskild rekommendation.
Rifampicin 600 mg OD, 7 dagar (samtidig administrering)	40 mg SD	1,12	Om samtidig administrering inte kan undvikas, rekommenderas klinisk uppföljning samt att atorvastatin och rifampicin intas vid ett och samma tillfälle.

Rifampicin 600 mg OD, 5 dagar (separerade doser)	40 mg SD	0,20	Om samtidig administrering inte kan undvikas, rekommenderas klinisk uppföljning samt att atorvastatin och rifampicin intas vid ett och samma tillfälle.
Fenofibrat 160 mg OD, 7 dagar	40 mg SD	1,03	Lägre startdos och klinisk uppföljning av dessa patienter rekommenderas.
Cimetidin 300 mg QID, 2 veckor	10 mg OD i 2 veckor	1,00	Ingen särskild rekommendation.
Kolestipol 10 g, BID, 24 veckor	40 mg OD i 8 veckor	0,74**	Ingen särskild rekommendation.
Antacida-suspension med magnesium och aluminiumhydroxid, 30 ml QID, 17 dagar	10 mg OD i 15 dagar	0,66	Ingen särskild rekommendation.
	10 mg i 3 dagar	0,59	

Efavirenz 600 mg OD, 14 dagar			Ingen särskild rekommendation.
-------------------------------	--	--	--------------------------------

& Representerar kvoten för behandlingar (samtidigt administrerat läkemedel plus atorvastatin jämfört med enbart atorvastatin).

Se avsnitt Varningar och försiktighet och Interaktioner för klinisk betydelse.

* Innehåller en eller flera ämnen som hämmar CYP3A4 och kan öka plasmakoncentrationen av läkemedel som metaboliseras av CYP3A4. Intag av ett glas 240 ml grapefruktjuice resulterade också i en minskning av AUC på

20,4 % för den aktiva orto-hydroximetaboliten. Stora mängder grapefruktjuice (mer än 1,2 l dagligen i 5 dagar) ökade AUC för atorvastatin 2,5-faldigt och AUC för aktiva (atorvastatin och metaboliter). HMG-CoA reductashämmare 1,3-faldigt.

** Förhållande baserat på ett enskilt prov taget 8-16 timmar efter dosering.

OD = en gång dagligen, SD = engångsdos, BID = två gånger dagligen; TID = tre gånger dagligen, QID = fyra gånger dagligen

Tabell 2: Effekt av atorvastatin på farmakokinetiken hos samtidigt administrerade läkemedel

Atorvastatin och dosregim	Samtidigt administrerade läkemedel		
	Läkemedel/dos (mg)	AUC-kvot ^{&}	Klinisk rekommendation
80 mg OD i 10 dagar	Digoxin 0,25 mg OD, 20 dagar	1,15	Patienter som tar digoxin bör följas upp.

40 mg OD i 22 dagar	Perorala antikonceptions medel OD, 2 månader - noretindron 1 mg - etinylestradiol 35 µg	1,28 1,19	Ingen särskild rekommendation.
80 mg OD i 15 dagar	* Fenazon, 600 mg SD	1,03	Ingen särskild rekommendation.
10 mg SD	Tipranavir 500 mg BID/ritonavir 200 mg BID, 7 dagar	1,08	Ingen särskild rekommendation
10 mg OD i 4 dagar	Fosamprenavir 1400 mg BID, 14 dagar	0,73	Ingen särskild rekommendation
10 mg OD i 4 dagar	Fosamprenavir 700 mg BID/ritonavir 100 mg BID, 14 dagar	0,99	Ingen särskild rekommendation

& Representerar kvoten för behandlingar (samtidigt administrerat läkemedel plus atorvastatin jämfört med enbart atorvastatin).

* Samtidig administrering av flera doser av atorvastatin och fenazon visade låg eller ingen påvisbar effekt på clearance av fenazon.

OD = en gång dagligen, SD = engångsdos, BID = två gånger dagligen

Graviditet

Atorvastatin Viatris är kontraindicerat under graviditet (se avsnitt Kontraindikationer). Säkerhet hos gravida kvinnor har inte fastställts. Inga kontrollerade kliniska studier med atorvastatin har utförts på gravida kvinnor. Sällsynta rapporter om medfödda missbildningar efter intrauterin exponering för HMG-CoA reductashämmare har erhållits. Djurstudier har visat reproduktionstoxicitet (se avsnitt Prekliniska uppgifter).

Om modern behandlas med atorvastatin kan fostrets nivåer av mevalonat, en prekursor vid biosyntesen av kolesterol, minska. Åderförkalkning är en kronisk process, och avbrytande av lipidsänkande läkemedel under graviditet bör ha liten inverkan på de långsiktiga riskerna med primär hyperkolesterolemi.

Av dessa skäl bör Atorvastatin Viatris inte användas av kvinnor som är gravida, försöker att bli gravida eller misstänker att de är gravida. Behandling med Atorvastatin Viatris bör avbrytas under graviditeten eller tills det har fastslagits att kvinnan inte är gravid (se avsnitt Kontraindikationer.).

Amning

Det är inte känt om atorvastatin eller dess metaboliter utsöndras i modersmjölk. Hos råttor är plasmakoncentrationen av atorvastatin och dess aktiva metaboliter liknande dem i mjölk (se avsnitt Prekliniska uppgifter). På grund av risken för allvarliga biverkningar, bör kvinnor som tar Atorvastatin Viatris inte amma sina barn (se avsnitt Kontraindikationer). Atorvastatin är kontraindicerat under amning (se avsnitt Kontraindikationer).

Fertilitet

I djurstudier hade atorvastatin ingen effekt på manlig eller kvinnlig fertilitet (se avsnitt Prekliniska uppgifter).

Kvinnor i fertil ålder

Kvinnor i fertil ålder bör använda preventivmedel under behandlingen (se avsnitt Kontraindikationer).

Trafik

Atorvastatin Viatris har försumbar effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner.

Biverkningar

I databasen för den kliniska placebo-kontrollerade atorvastatin-studien med 16 066 (8 755 atorvastatin vs 7 311 placebo) patienter som behandlades under i genomsnitt på 53 veckor, avbröt 5,2 % av patienterna atorvastatin på grund av biverkningar jämfört med 4,0 % av patienterna i placebogruppen.

Nedanstående tabell över biverkningar av Atorvastatin Viatris baseras på data från kliniska studier och omfattande klinisk erfarenhet efter marknadsintroduktion.

Beräknade biverkningsfrekvenser rangordnas enligt följande: Vanliga ($\geq 1/100$, $< 1/10$); Mindre vanliga ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); Sällsynta ($\geq 1/10\,000$, $< 1/1000$); Mycket sällsynta ($\geq 1/10\,000$). Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data).

Organklass enligt MedDRA systemet	Biverkning	Frekvens
	Nasofaryngit	Vanliga

Infektioner och infestationer		
Blod och lymfsystemet	Trombocytopeni	Sällsynta
Immunsystemet	Allergiska reaktioner	Vanliga
	Anafylaktisk reaktion	Mycket sällsynta
Metabolism och nutrition	Hyperglykemi	Vanliga
	Hypoglykemi	Mindre vanliga
	Viktökning	
	Anorexi	
Psykiska störningar	Mardrömmar	Mindre vanliga
	Sömnlöshet	
Centrala och perifera nervsystemet	Huvudvärk	Vanliga
	Yrsel	Mindre vanliga
	Parestesi	
	Hypoestesi	
	Smakrubbningar	
	Amnesi	Sällsynta
	Perifer Neuropati	
	Myasthenia gravis	
Ögon	Dimsyn	Mindre vanliga
	Synrubbningar	Sällsynta
	Okulär myasteni	Ingen känd frekvens
Öron och balansorgan	Tinnitus	Mindre vanliga
	Hörselnedsättning	Mycket sällsynta
Andningsvägar, bröstorg och mediastinum	Faryngolaryngeal smärta Epitaxis	Vanliga
Magtarmkanalen	Förstoppning	Vanliga

	Flatulens Dyspepsi Illamående Diarré	
	Kräkningar Smärta i övre och nedre buken Rapningar Pankreatit	Mindre vanliga
Lever och gallvägar	Hepatit	Mindre vanliga
	Kolestas	Sällsynta
	Leversvikt	Mycket sällsynta
Hud och subkutan vävnad	Nässelutslag Hudutslag Klåda Alopeci	Mindre vanliga
	Angioneurotiskt ödem Vesikulära utslag inklusive erythema multiforme Stevens-Johnsons syndrom Toxisk hudnekrolys	Sällsynta
Muskuloskeletala systemet och bindväv	Myalgi Ledvärk Smärta i armar och ben Muskelryckningar Ledsvullnad Ryggvärk	Vanliga
	Nacksmärta	Mindre vanliga

	Muskelsvaghet	
	Myopati Myosit Rabdomyolys Muskelruptur Tendonopati, ibland med ruptur som komplikation	Sällsynta
	Lupusliknande syndrom	Mycket sällsynta
	Immunmedierad nekrotiserande myopati (se avsnitt Varningar och försiktighet).	Ingen känd frekvens
Reproduktionsorgan och bröstkörtel	Gynekomasti	Mycket sällsynta
Allmänna symptom på eller vid administreringsstället	Sjukdomskänsla Asteni Bröstsmärtor Perifert ödem Trötthet Pyrexia	Mindre vanliga
Undersökningar	Onormala leverfunktionstest Förhöjt kreatinkinas i blodet	Vanliga
	Vita blodkroppar i urinen	Mindre vanliga

Liksom för andra HMG-CoA reduktashämmare har förhöjda serumtransaminasvärden rapporterats hos patienter som tagit

Atorvastatin Viatris. Dessa förändringar var vanligen lindriga, övergående och krävde inte att behandlingen avbröts. Kliniskt relevanta förhöjningar (>3 gånger den övre gränsen för normalvärdet) av serumtransaminaser uppträdde hos 0,8 % av de patienter som tagit Atorvastatin Viatris. Dessa förändringar var dosrelaterade och reversibla hos samtliga patienter.

Förhöjda serumnivåer av kreatinkinas (CK), mer än 3 gånger den övre gränsen för normalvärdet, uppträdde hos 2,5 % av de patienter som behandlades med Atorvastatin Viatris, vilket motsvarar erfarenheten från kliniska prövningar med andra HMG-CoA reductashämmare. Nivåer över 10 gånger den övre gränsen för normalvärdet sågs hos 0,4 % av de patienter som behandlats med Atorvastatin Viatris (se avsnitt Varningar och försiktighet).

Klassbiverkningar

Följande biverkningar har rapporterats med vissa statiner:

- Sexuell dysfunktion.
- Depression.
- Sällsynta fall av interstitiell lungsjukdom, speciellt vid långtidsbehandling (se avsnitt Varningar och försiktighet).
- Diabetes mellitus: Frekvensen är beroende av förekomst eller avsaknad av riskfaktorer (fasteglukos $\geq 5,6$ mmol/l; BMI >30 kg/m²; förhöjda triglycerider; hypertension i anamnesen).

Pediatrisk population

Barn i åldern 10 till 17 år behandlade med atorvastatin hade en biverkningsprofil som generellt liknade den för patienter behandlade med placebo, och den vanligaste biverkning som observerades i båda grupperna, oberoende av

kausalitetsbedömning, var infektioner. Ingen kliniskt signifikant effekt på tillväxt och könsmognad observerades i en 3-årig studie baserad på bedömning av den samlade mognaden och utvecklingen, bedömning av Tannerstadium och mätning av längd och vikt. Säkerhets- och tolerabilitetsprofilen hos pediatrika patienter liknade den kända säkerhetsprofilen för atorvastatin hos vuxna patienter.

Den kliniska säkerhetsdatabasen omfattar säkerhetsdata för 520 barnpatienter som behandlats med atorvastatin; 7 av dem var yngre än 6 år, 121 i åldrarna 6–9 år och 392 i åldrarna 10–17 år. Baserat på tillgängliga data så är biverkningar hos barn lika frekventa och av samma typ och svårighetsgrad som vuxna.

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

Det finns ingen specifik behandling för överdosering av atorvastatin. I händelse av överdos bör patienten behandlas symtomatiskt och stödjande åtgärder som krävs inledas vid behov. Leverfunktionstest ska utföras och CK-nivåer i serum ska uppföljas.

På grund av den omfattande proteinbindningsgraden hos atorvastatin förväntas inte hemodialys nämnvärt öka clearance av atorvastatin.

Farmakodynamik

Verkningsmekanism

Atorvastatin är en selektiv, kompetitiv hämmare av HMG-CoA-reduktas, det hastighetsbegränsande enzym som omvandlar 3-hydroxi-3-metyl-glutaryl-coenzym A till mevalonat, en prekursor till olika steroler, däribland kolesterol. Triglycerider och kolesterol i levern inkorporeras i Very Low Density Lipoprotein (VLDL), utsöndras i plasma och transporteras till perifer vävnad. Low Density Lipoprotein (LDL) bildas från VLDL och kataboliserar primärt via receptorer med hög affinitet för LDL-kolesterol.

Atorvastatin sänker plasmanivåerna av kolesterol och lipoproteinserumkoncentrationen via hämning av HMG-CoA-reduktas och därefter biosyntesen av kolesterol i levern och ökar antalet hepatiska LDL-receptorer på cellytan, vilket resulterar i ökat upptag och nedbrytning av LDL.

Farmakodynamisk effekt

Atorvastatin minskar produktionen av LDL och antalet LDL-partiklar. Atorvastatin åstadkommer en påtaglig och varaktig ökning av LDL-receptoraktivitet och en gynnsam kvalitetsförändring hos cirkulerande LDL-partiklar. Atorvastatin minskar effektivt LDL-kolesterol hos patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi, en patientkategori som vanligen inte har svarat på lipidsänkande medicinering.

Klinisk effekt och säkerhet

Atorvastatin har i en dos-responsstudie visats minska total kolesterol (30 %-46 %), LDL-kolesterol (41 %-61 %), apolipoprotein B (34 %-50 %) och triglycerider (14 %-33 %) och samtidigt i varierande grad öka HDL-C och apolipoprotein A. Likartad effekt uppnås hos patienter med heterozygot familjär hyperkolesterolemi, icke-familjära former av hyperkolesterolemi, kombinerad hyperlipidemi, samt patienter med icke-insulinberoende diabetes mellitus.

Sänkningen av total kolesterol, LDL-kolesterol och apolipoprotein B har visat sig minska risken för kardiovaskulär sjukdom och kardiovaskulär dödlighet.

Homozygot familjär hyperkolesterolemi

I en 8 veckors öppen compassionate-use multicenterstudie med en frivillig förlängningsfas av varierande längd, var 335 patienter inskrivna, varav 89 identifierades som homozygot familjär hyperkolesterolemi-patienter. Från dessa 89 patienter var minskningen av procentuella medelvärdet av LDL-C cirka 20 %. Atorvastatin gavs i doser upp till 80 mg/dag.

Ateroskleros

I REVERSAL-studien (Reversing Atherosclerosis with Aggressive Lipid-Lowering) utvärderades effekten av intensiv lipidsänkning med atorvastatin 80 mg och lipidsänkning av standardnivå med pravastatin 40 mg på koronar ateroskleros med intravaskulärt ultraljud (IVUS) under angiografi, hos patienter med kranskärslsjukdom. I denna randomiserade, dubbelblinda och kontrollerade klinisk multicenterstudie utfördes IVUS vid

utgångsläget och efter 18 månader hos 502 patienter. I atorvastatingruppen (n = 253) förekom ingen progression av ateroskleros.

Den procentuella förändringen av medianvärdet från utgångsläget för den totala ateromvolymen (det primära studiekriteriet) var -0,4 % (p = 0,98) i atorvastatingruppen och +2,7 % (p = 0,001) i pravastatingruppen (n = 249). Jämfört med pravastatin var effekten av atorvastatin statistiskt signifikant (p = 0,02). Effekten av intensiv lipidsänkning på kardiovaskulära endpoints (t.ex. revaskulariseringsbehov, icke-fatal hjärtinfarkt, koronar död) undersöktes inte i denna studie.

I atorvastatingruppen reducerades LDL-kolesterol till ett medelvärde av 2,04 mmol/l $\pm$ 0,8 (78,9 mg/dl $\pm$ 30) från utgångsvärdet 3,98 mmol/l $\pm$ 0,7 (150 mg/dl $\pm$ 28). I pravastatingruppen reducerades LDL-C till ett medelvärde av 2,85 mmol/l $\pm$ 0,7 (110 mg/dl $\pm$ 26) från baselinevärdet 3,89 mmol/l $\pm$ 0,7 (150 mg/dl $\pm$ 26) (p<0,0001). Atorvastatin reducerade även signifikant medelvärdena av TC med 34,1% (pravastatin: -18,4 %, p<0,0001), TG med 20 % (pravastatin: -6,8 %, p<0,0009) och apolipoprotein B med 39,1 % (pravastatin: -22,0 %, p<0,0001). Atorvastatin ökade medelvärdet av HDL-kolesterol med 2,9 % (pravastatin: +5,6 %, p=NS). C-reaktivt protein (CRP) reducerades med i genomsnitt 36,4 % i atorvastatingruppen jämfört med 5,2 % i pravastatingruppen (p < 0,0001).

Studieresultaten uppnåddes med 80 mg doser av atorvastatin och kan därför inte extrapoleras till lägre doser.

Säkerhets- och tolerabilitetsprofilerna i de två behandlingsgrupperna var jämförbara.

Effekten av intensiv lipidsänkare på kardiovaskulära endpoints undersöktes inte i denna studie. Därför är den kliniska betydelsen av dessa resultat med avseende på primär och sekundär prevention av kardiovaskulära händelser okänd.

Akut koronart syndrom

I studien MIRACL har atorvastatin 80 mg utvärderats hos 3086 patienter (atorvastatin n=1538, placebo n=1548) med akut koronart syndrom inkluderande hjärtinfarkt utan Q-våg eller instabil angina. Behandlingen initierades under den akuta fasen efter sjukhusinläggning och varade i 16 veckor. Behandling med atorvastatin 80 mg/dag förlängde tiden till uppkomst av kombinerad primär endpoint, definierad som dödsfall oavsett anledning, icke-fatal hjärtinfarkt, återupplivat hjärtstillestånd eller angina pectoris med tecken på myokardiell ischemi som krävde sjukhusinläggning, vilket visar på en riskreduktion med 16 % ($p=0,048$). Detta berodde i huvudsak på en reduktion av risken för återinläggning på sjukhus till följd av angina pectoris med tecken på myokardiell ischemi med 26 % ($p=0,018$). Övriga sekundära endpoints uppnådde inte statistisk signifikans var för sig (totalt: placebo 22,2 %, atorvastatin 22,4%).

Säkerhetsprofilen för atorvastatin i MIRACL-studien var överensstämmande med vad som beskrivs i avsnitt Biverkningar.

Prevention av kardiovaskulär sjukdom

Effekten av atorvastatin på fatal och icke-fatal kranskärslssjukdom utvärderades i en randomiserad, dubbelblind, placebokontrollerad studie, Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Lipid Lowering Arm Trial (ASCOT-LLA). Patienterna var hypertensiva, 40–79 år, utan

tidigare hjärtinfarkt eller behandling av angina och med TC-nivåer på $\leq 6,5$ mmol/l (251 mg/dl). Alla patienter hade åtminstone 3 av de fördefinierade kardiovaskulära riskfaktorerna: manligt kön, ålder ≥ 55 år, rökning, diabetes, kranskärslssjukdom hos en släkting i första ledet, TC: HDL-kolesterol > 6 , perifer vaskulär sjukdom, vänsterkammarmhypertrofi, tidigare cerebrovaskulär händelse, specifik EKG-abnormalitet, proteinuri/albuminuri. Inte alla inkluderade patienter ansågs ha en hög risk för en första kardiovaskulär händelse.

Patienterna behandlades med antihypertensiv terapi (antingen amlodipin eller atenolol-baserad behandling) och antingen atorvastatin 10 mg dagligen (n=5.168) eller placebo (n=5.137).

Den absoluta och relativa riskminskningen med atorvastatin var enligt följande:

Händelse	Relativ risk-minskning (%)	Antal händelser (Atorvastatin vs Placebo)	Absolut risk-minskning ¹ (%)	p-värde
Fatal CDH och icke-fatal MI	36 %	100 vs 154	1,1 %	0,0005
Totalt antal kardiovaskulära händelser och revaskularis	20 %	389 vs 483	1,9 %	0,0008

eringsförfara nden				
Totalt antal kranskärlshä ndelser	29 %	178 vs 247	1,4 %	0,0006

¹Baserat på skillnad i det totala antalet händelser under en uppföljningsperiod på i medeltal 3,3 år.

CHD = kranskärlssjukdom; MI = hjärtinfarkt.

Total mortalitet och kardiovaskulär mortalitet minskade inte signifikant (185 mot 212 händelser, $p=0,17$ och 74 mot 82 händelser, $p=0,51$). I subgruppsanalys av kön (81 % män, 19 % kvinnor) sågs en gynnsam effekt av atorvastatin hos män men kunde inte fastställas hos kvinnor, möjligen på grund av det låga antalet händelser i gruppen kvinnor. Övergripande och kardiovaskulär mortalitet var numeriskt högre hos kvinnliga patienter (38 mot 30 och 17 mot 12), men detta var inte statistiskt signifikant. Signifikant skillnad sågs med antihypertensiv baselinebehandling. Primär endpoint (fatal kranskärlssjukdom och icke-fatal hjärtinfarkt) reducerades signifikant av atorvastatin hos patienter som behandlades med amlodipin (HR 0,47 (0,32-0,69), $p=0,00008$), men inte hos patienter som behandlade med atenolol (HR 0,83 (0,59-1,17), $p=0,287$).

Effekten av atorvastatin på fatal och icke-fatal kardiovaskulär sjukdom utvärderades även i en randomiserad, dubbel-blind, placebokontrollerad multicenterstudie, Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS) hos patienter med typ 2 diabetes i åldern 40-75 år, utan tidigare kardiovaskulär sjukdom och med LDL-C

≤ 4.14 mmol/l (160 mg/dl) och TG ≤ 6.78 mmol/l (600 mg/dl). Alla patienter hade åtminstone en av följande riskfaktorer: hypertension, rökning, retinopati, mikroalbuminuri eller makroalbuminuri.

Patienterna behandlades med antingen atorvastatin 10 mg dagligen (n=1,428) eller placebo (n=1,410) under en uppföljningsperiod på i medeltal 3,9 år.

Den absoluta och relativa riskminskningen med atorvastatin var enligt följande:

Händelse	Relativ risk-minskning (%)	Antal händelser (Atorvastatin vs Placebo)	Absolut risk-minskning ¹ (%)	p-värde
Större kardiovaskulära händelser (fatal och icke-fatal AMI, tyst MI, akut CHD-död, instabil angina, CABG, PTCA, revaskuleringar, stroke)	37 %	83 vs 127	3,2 %	0,0010
MI (fatal och icke-fatal AMI, tyst MI)	42 %	38 vs 64	1,9 %	0,0070
	48 %	21 vs 39	1,3 %	0,0163

Stroke (fatal och icke-fatal)				
-------------------------------	--	--	--	--

¹Baserat på skillnad i totalt antal händelser under en uppföljningsperiod på i medeltal 3,9 år.

AMI=akut hjärtinfarkt, CABG=kranskärlsoperation;
CHD=kranskärtsjukdom; MI=hjärtinfarkt; PTCA=perkutan transluminal koronar angioplastik.

Det fanns inga tecken på en skillnad i behandlingseffekt med avseende på patientens kön, ålder, eller LDL-kolesterolnivå. En fördelaktig trend sågs beträffande dödligheten (82 dödsfall i placebogruppen jämfört med 61 dödsfall i atorvastatingruppen, $p=0,0592$).

Återkommande stroke

I studien Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL), utvärderades effekten av atorvastatin 80 mg dagligen jämfört med placebo vid stroke hos 4 731 patienter utan kranskärlssjukdom (CHD) som haft en stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA) inom de senaste 6 månaderna. Av patienterna var 60% manliga, 21-92 år gamla (genomsnitt 63 år), och hade en genomsnittlig LDL på 133 mg/dl (3,4 mmol/l) vid initiering av behandling. Genomsnittliga LDL-kolesterol var 73 mg/dl (1,9 mmol/l) under behandling med atorvastatin och 129 mg/dl (3,3 mmol/l) vid behandling med placebo. Genomsnittlig uppföljning var 4,9 år.

Atorvastatin 80 mg reducerade risken för primär endpoint fatal eller icke-fatal stroke med 15% (HR 0,85; 95% CI, 0,72-1,00; $p=0,05$ eller 0,84; 95% CI, 0,71-0,99; $p=0,03$ efter justering av faktorer vid behandlingsstart) jämfört med placebo. Total mortalitet (alla orsaker) var 9,1% (216/2365) för atorvastatin jämfört med 8,9% (211/2366) för placebo.

Vid en post-hoc analys reducerade atorvastatin 80 mg incidensen av ischemisk stroke (218/2365, 9,2% vs 274/2366, 11,6%, $p=0,01$) och ökade incidensen av hemorragisk stroke (55/2365, 2,3% vs 33/2366, 1,4%, $p=0,02$) jämfört med placebo.

- Risken för hemorragisk stroke var ökad hos patienter som gick in i studien med en tidigare hemorragisk stroke (7/45 för atorvastatin jämfört med 2/48 för placebo; HR 4,06; 95% CI, 0,84-19,57), och risken för ischemisk stroke var lika mellan grupperna (3/45 för atorvastatin jämfört med 2/48 för placebo; HR 1,64; 95% CI, 0,27-9,82).
- Risken för hemorragisk stroke var ökad hos patienter som gick in i studien med en tidigare lakunär infarkt (20/708 för atorvastatin jämfört med 4/701 för placebo; HR 4,99; 95% CI, 1,71-14,61), men risken för ischemisk stroke minskade också för dessa patienter (79/708 för atorvastatin jämfört med 102/701 för placebo; HR 0,76; 95% CI, 0,57-1,02). Det är möjligt att den sammanlagda risken för stroke är ökad hos patienter med en tidigare lakunär infarkt och som erhåller atorvastatin 80 mg dagligen.

Total mortalitet (alla orsaker) var 15,6% (7/45) för atorvastatin jämfört med 10,4% (5/48) för placebo i subgruppen av patienter med tidigare hemorragisk stroke. Total mortalitet var 10,9%

(77/708) för atorvastatin jämfört med 9,1% (64/701) för placebo i subgruppen av patienter med tidigare lakunär infarkt.

Pediatrisk population

Heterozygot familjär hyperkolesterolemi hos barn i åldrarna 6–17 år

En öppen 8-veckorsstudie för att utvärdera farmakokinetiken och farmakodynamiken samt säkerheten och tolerabiliteten för atorvastatin har utförts på barn och ungdomar med genetiskt bekräftad heterozygot familjär hyperkolesterolemi och ett LDL-C-värde om ≥ 4 mmol/l vid baseline. Totalt 39 barn och ungdomar i åldrarna 6–17 år inkluderades i studien. Kohort A omfattade 15 barn i åldrarna 6–12 år i Tannerstadium 1. Kohort B omfattade 24 barn i åldrarna 10–17 år i Tannerstadium ≥ 2 .

I Kohort A gavs initialt 5 mg av atorvastatin dagligen som tuggtablett och i Kohort B gavs 10 mg dagligen av en tablettberedning. Atorvastatin-dosen fick dubblas om en patient inte hade uppnått målvärdet för LDL-C om $< 3,35$ mmol/l efter 4 veckor och om atorvastatin tolererades väl. Medelvärdena för LDL-C, TC, VLDL-C och Apo B sjönk efter 2 veckor hos alla patienterna. För patienter vars dos dubblerades observerades ytterligare sänkningar redan vid den första bedömningen 2 veckor efter dosupptrappningen. De genomsnittliga procentuella sänkningarna av lipidparametrarna var likartade för båda kohorterna, oavsett om huruvida patienterna kvarstod på den initiala dosen eller om den initiala dosen hade dubblerats. Vid vecka 8, i

genomsnitt, var den procentuella förändringen från baseline för LDL-C och TC cirka 40 % respektive 30 %, över exponeringsområdet.

I en andra öppen, enarmad studie rekryterades 271 pojkar och flickor med HeFH i åldern 6-15 år och behandlades med atorvastatin i upp till tre år. För att delta i studien krävdes bekräftad HeFH och ett LDL-C-värde vid baseline om ≥ 4 mmol/l (cirka 152 mg/dl). Studien omfattade 139 barn i Tannerstadium 1 (vanligen mellan 6 och 10 år). Doseringen av atorvastatin (en gång dagligen) inleddes med 5 mg (tuggtablett) hos barn under 10 år. Barn från 10 år och uppåt började med 10 mg atorvastatin (en gång dagligen). Alla barn kunde titreras till högre doser för att nå ett mål på $< 3,35$ mmol/l LDL-C. Den genomsnittliga, viktade dosen för barn i åldern 6-9 år var 19,6 mg och den genomsnittliga, viktade dosen för barn från 10 år och uppåt var 23,9 mg.

Genomsnittligt ($\pm$ SD) LDL-C-värde vid baseline var 6,12 (1,26) mmol/l, vilket är cirka 233 (48) mg/dl. Se tabell 3 nedan för slutliga resultat.

Data var förenliga med ingen läkemedelseffekt på någon av parametrarna för tillväxt och utveckling (d.v.s. längd, vikt, BMI, Tannerstadium, prövarens bedömning av generell mognad och utveckling) hos barn och ungdomar med HeFH som behandlades med atorvastatin under 3-årsstudien. Ingen prövarbedömd läkemedelseffekt noterades för längd, vikt, BMI per ålder eller per kön per besök.

Tabell 3 <u>Lipidsänkande effekter av atorvastatin hos ungdomar (flickor och pojkar) med heterozygot familjär hyperkolesterolemi (mmol/l)</u>

Tidpunkt	N	TC (S.D.)	LDL-C (S.D.)	HDL-C (S.D.)	TG (S.D.)	Apo B (S.D.)#
Baseline	271	7,86(1,30)	6,12(1,26)	1,314(0,2663)	0,93(0,47)	1,42(0,28)**
Månad 30	206	4,95(0,77)*	3,25(0,67)	1,327(0,2796)	0,79(0,38)*	0,90(0,17)*
Månad 36/ET	240	5,12(0,86)	3,45(0,81)	1,308(0,2739)	0,78(0,41)	0,93(0,20)***

TC= totalt kolesterol; LDL-C = low density lipoprotein cholesterol-C; HDL-C = high density lipoprotein cholesterol-C; TG = triglycerider; Apo B = apolipoprotein B; "Månad 36/ET" inkluderade data från sista besöket för patienter som avslutade medverkan före den planerade tidpunkten vid 36 månader liksom fullständiga 36-månadersdata för patienter som slutförde 36 månaders medverkan; "*" = Månad 30 N för denna parameter var 207; "***" = Baseline N för denna parameter var 270; "****" = Månad 36/ET N för denna parameter var 243; "#" = g/l för Apo B.

Heterozygot familjär hyperkolesterolemi hos barn i åldrarna 10-17 år

I en dubbelblind, placebokontrollerad studie, följt av en öppen fas, randomiserades 187 pojkar och postmenarkeala flickor i åldrarna 10-17 år (medelålder 14,1 år) med heterozygot familjär hyperkolesterolemi eller svår hyperkolesterolemi till behandling med atorvastatin (n=140) eller placebo (n=47) i 26 veckor. Därefter fick alla patienterna atorvastatin i 26 veckor. Doseringen av atorvastatin (en gång dagligen) var 10 mg under de första 4 veckorna, upptitrerat till 20 mg om LDL-C-nivån var >3,36 mmol/l. Atorvastatin sänkte signifikant plasmanivåerna av total-C, LDL-C, triglycerider och apolipoprotein B under den dubbelblinda

26-veckorsfasen. Ett medelvärde för LDL-C om 3,38 mmol/l (spännvidd 1,81–6,26 mmol/l) uppnåddes i atorvastatin-gruppen, jämfört med 5,91 mmol/l (spännvidd 3,93–9,96 mmol/l) i placebogruppen under den dubbelblinda 26-veckorsfasen.

Ytterligare en jämförande studie mellan atorvastatin och kolestipol på barn i åldrarna 10–18 år med hyperkolesterolemi visade att atorvastatin (n=25) orsakade en signifikant minskning av LDL-C vid vecka 26 ($p<0,05$) jämfört med kolestipol (n=31).

I en barmhärtighetsstudie på patienter med svår hyperkolesterolemi (inklusive homozygot hyperkolesterolemi) fick 46 barn behandling med atorvastatin som titrerats med hänsyn till behandlingssvaret (vissa patienter fick 80 mg atorvastatin dagligen). Studien varade i 3 år och LDL-kolesterolvärdet sjönk med 36 %.

Långtidseffekten av atorvastatin-behandling i barndomen för att minska morbiditet och mortalitet i vuxen ålder har inte fastställts.

Den europeiska läkemedelsmyndigheten har avfärdat skyldigheten att översända resultaten från atorvastatin-studier på barn yngre än 6 år vid behandling av heterozygot hyperkolesterolemi och på barn yngre än 18 år vid behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi, kombinerad (blandad) hyperkolesterolemi, primär hyperkolesterolemi samt för förebyggande av kardiovaskulära händelser (se avsnitt Dosering för information om användningen på barn).

Farmakokinetik

Absorption

Atorvastatin absorberas snabbt efter peroral administrering. Maximal plasmakoncentration uppnås inom 1-2 timmar. Absorptionsgraden ökar proportionellt med given dos. Den relativa biotillgängligheten för atorvastatin filmdragerade tabletter jämfört med (oral) lösning är 95-99%. Den absoluta biotillgängligheten av atorvastatin är ca 12% medan den systemiska tillgängligheten av HMG-CoA reduktashämmande aktivitet är ca 30%. Den låga systemiska biotillgängligheten beror på presystemisk clearance i mag-tarmslemhinnan och/eller hepatisk första-passage-metabolism .

Distribution

Distributionsvolymen är ca 381 liter och plasmaproteinbindningsgraden för atorvastatin är 98%.

Metabolism

Atorvastatin metaboliseras via cytokrom P450 3A4 till orto- och parahydroxylerade derivat samt olika beta-oxiderade produkter. Förutom andra vägar metaboliseras dessa produkter vidare via glukuronidering. In vitro har orto- och parahydroxylerade metaboliter en hämmande effekt på HMG-CoA reduktas motsvarande den för atorvastatin. Cirka 70% av cirkulerande HMG-CoA reduktashämmande aktivitet kan tillskrivas aktiva metaboliter.

Eliminering

Atorvastatin elimineras primärt via gallan efter hepatisk och/eller extrahepatisk metabolism. Enterohepatisk recirkulation tycks inte förekomma i någon större utsträckning. Halveringstiden för atorvastatin i plasma är ca 14 timmar. Halveringstiden för HMG-CoA reduktashämning är 20-30 timmar på grund av närvaro av aktiva metaboliter.

Atorvastatin är substrat till de hepatiska transportproteinerna, organisk anjontransporterande polypeptid 1B1 (OATP1B1 och 1B3 (OATP1B3). Metaboliter av atorvastatin är substrat till OATP1B1. Atorvastatin är också ett substrat till effluxtransportörerna P-glykoprotein (P-gp) och bröstcancerresistensprotein (BCRP), vilket kan begränsa atorvastatins absorption i tarmen och utsöndring via gallan.

Särskilda patientgrupper

Äldre

Plasmakoncentrationen av atorvastatin och dess aktiva metaboliter är högre hos friska äldre individer än hos yngre, medan den lipidreglerande effekten är jämförbar med den som ses hos yngre patientgrupper.

Pediatrik population

I en öppen 8-veckorsstudie på barn i åldrarna 6-17 år, i Tannerstadium 1 (n=15) och Tannerstadium ≥ 2 (n=24), med heterozygot familjär hyperkolesterolemi och ett LDL-C-värde vid baseline om ≥ 4 mmol/LI, fick patienterna atorvastatin i form av tuggtabletter 5 mg eller 10 mg respektive filmdragerade tabletter 10 mg eller 20 mg en gång dagligen. Kroppsvikten var den enda signifikanta kovariaten i PK-modellen för atorvastatingruppen. Apparent oralt clearance av atorvastatin hos barn tycktes likartad clearance hos vuxna vid allometrisk skalning efter kroppsvikt. Konsekventa minskningar av LDL-C och TC observerades över exponeringsområdena för atorvastatin och o-hydroxiatorvastatin.

Kön

Koncentrationen av atorvastatin och dess aktiva metaboliter hos kvinnor skiljer sig från den hos män (kvinnor: $C_{\max}$ ca 20% högre, AUC ca 10% lägre). Dessa skillnader saknar klinisk betydelse och resulterade inte i någon kliniskt signifikant skillnad i den lipidreglerande effekten mellan kvinnor och män.

Nedsatt njurfunktion

Njursjukdom påverkar varken plasmakoncentrationer eller lipideffekter av atorvastatin och dess aktiva metaboliter.

Nedsatt leverfunktion

Plasmakoncentrationen av atorvastatin och dess aktiva metaboliter ökar markant (ca. 16-faldig ökning av $C_{\max}$ och 11-faldig ökning av AUC) hos patienter med kronisk alkoholinducerad leverskada (Childs-Pugh B).

SLC1B1-polymorfism

Leverns upptag av alla HMG-CoA reductashämmare inklusive atorvastatin, involverar OATP1B1-transportören. Hos patienter med SLC1B1-polymorfism finns det en risk för ökad exponering för atorvastatin, vilket kan leda till en ökad risk för rabdomyolys (se avsnitt Varningar och försiktighet). Polymorfism i genen som kodar OATP1B1 (SLC1B1 c.521CC) är förenad med en 2,4-faldigt högre atorvastatin-exponering (AUC) än hos personer utan denna genotyp-variant (c.521TT). För dessa patienter är ett genetiskt nedsatt upptag i levern av atorvastatin också tänkbart. Möjliga konsekvenser avseende effekten är okänd.

Prekliniska uppgifter

I fyra *in vitro*-studier samt i en *in vivo*-studie har inga mutagena eller klastogena egenskaper hos atorvastatin kunnat påvisas. Atorvastatin är ej karcinogent hos råtta, men höga doser hos mus (vilket resulterade i 6-11 faldig ökning av AUC 0-24 timmar som nåddes hos människor vid den högsta rekommenderade dosen) visade hepatocellulära adenom hos hannar och hepatocellulära carcinom hos honor.

Det finns belägg från djurexperimentella studier att HMG-CoA reductashämmare kan påverka utvecklingen hos embryon och foster. Atorvastatin visade ingen effekt på fertiliteten och var inte teratogent hos råtta, kanin och hund, däremot sågs fetal toxicitet vid maternellt toxiska doser hos råtta och kanin. Utvecklingen av råttans avkomma försenades och den post-natala överlevnaden minskade då mödrarna exponerats för höga doser av atorvastatin. Det finns belägg för placentapassage hos råtta. Hos råtta liknar plasmakoncentrationen av atorvastatin den i mjölk. Det är inte känt om atorvastatin eller dess metaboliter utsöndras i modersmjölk.

Innehåll

Kvalitativ och kvantitativ sammansättning

Varje filmdragerad tablett innehåller 10 mg atorvastatin (som atorvastatinkalciumtrihydrat).

Varje filmdragerad tablett innehåller 20 mg atorvastatin (som atorvastatinkalciumtrihydrat).

Varje filmdragerad tablett innehåller 40 mg atorvastatin (som atorvastatinkalciumtrihydrat).

Varje filmdragerad tablett innehåller 80 mg atorvastatin (som atorvastatinkalciumtrihydrat).

Hjälpämne med känd effekt:

Atorvastatin Viatris 10 mg: Varje tablett innehåller 8,75 mg laktos.

Atorvastatin Viatris 20 mg: Varje tablett innehåller 17,5 mg laktos.

Atorvastatin Viatris 40 mg: Varje tablett innehåller 35 mg laktos.

Atorvastatin Viatris 80 mg: Varje tablett innehåller 70 mg laktos.

Förteckning över hjälpämnen

Tablettkärna:

Kolloidal vattenfri kiseldioxid

Natriumkarbonat

Mikrokristallin cellulosa

L-arginin

Laktos

Kroskarmellosnatrium

Hydroxipropylcellulosa

Magnesiumstearat

Filmdragering:

Polyvinylalkohol

Titandioxid (E171)

Talk

Makrogol

Blandbarhet

Ej relevant.

Hållbarhet, förvaring och hantering

Hållbarhet

3 år.

Särskilda förvaringsanvisningar

Förvaras i originalförpackningen för att skydda mot fukt.
Inga särskilda temperaturanvisningar.

Särskilda anvisningar för destruktion

Ej använt läkemedel och avfall ska kasseras enligt gällande anvisningar.

Egenskaper hos läkemedelsformen

Filmdragerad tablett.

10 mg: Vit till benvit, rund (5 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "10" på ena sidan.

20 mg: Vit till benvit, rund (7,1 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "20" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan. Tabletten kan delas i lika stora doser.

40 mg: Vit till benvit, rund (8,5 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "40" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan. Tabletten kan delas i lika stora doser.

80 mg: Vit till benvit, rund (11 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "80" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan. Tabletten kan delas i lika stora doser.

Förpackningsinformation

Filmdragerad tablett 10 mg Vit till benvit, rund (5 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "10" på

ena sidan.

100 tablett(er) blister, 208:58, F

250 tablett(er) burk (endast för dosdispensering), 515:83, F

30 tablett(er) blister, *tillhandahålls ej*

Filmdragerad tablett 20 mg Vit till benvit, rund (7,1 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "20" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan.

100 tablett(er) blister, 74:49, F

250 tablett(er) burk (endast för dosdispensering), 728:52, F

30 tablett(er) blister, *tillhandahålls ej*

Filmdragerad tablett 40 mg Vit till benvit, rund (8,5 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "40" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan.

100 tablett(er) blister, 657:03, F

250 tablett(er) burk (endast för dosdispensering), 1169:27, F

30 tablett(er) blister, *tillhandahålls ej*

Filmdragerad tablett 80 mg Vit till benvit, rund (11 mm i diameter), bikonvex, filmdragerad tablett med fasad kant, märkt med "80" på ena sidan och med brytskåra på den andra sidan.

100 tablett(er) blister, 644:73, F

30 tablett(er) blister, *tillhandahålls ej*