

Piperacillin/Tazobactam Fresenius Kabi **MR EF**

Fresenius Kabi

Pulver till infusionsvätska, lösning 4 g/0,5 g
(Vitt till benvitt pulver)

Bredspektrumantibiotikum + betalaktamashämmare

Aktiva substanser (i bokstavsordning):

Piperacillin

Tazobaktam

ATC-kod:

J01CR05

Läkemedel från Fresenius Kabi omfattas av
Läkemedelsförsäkringen.

Texten nedan gäller för:

Piperacillin/Tazobactam Fresenius Kabi pulver till infusionsvätska,
lösning 2 g/0,25 g och 4 g/0,5 g

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

Texten är baserad på produktresumé: 2022-05-02

Indikationer

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi är indicerat för behandling av följande infektioner hos vuxna och barn över 2 års ålder (se avsnitt Dosering och Farmakodynamik):

Vuxna och ungdomar

- Svår pneumoni inklusive sjukhusförvärvad och ventilatorassocierad pneumoni
- Komplicerade urinvägsinfektioner (inklusive pyelonefrit)
- Komplicerade intraabdominella infektioner
- Komplicerade hud- och mjukdelsinfektioner (inklusive fotinfektioner hos diabetiker)

Behandling av patienter med bakteremi som förekommer i samband med, eller misstänks ha samband med, någon av ovanstående infektioner.

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi kan användas vid behandling av neutropena patienter med feber som misstänks bero på en bakterieinfektion.

Obs: användning vid bakteriemi orsakad av ESBL (*extended spectrum beta-lactamase*) producerande *E. coli* och *K. pneumoniae* (icke-känsliga för ceftriaxon) rekommenderas inte hos vuxna patienter, se avsnitt farmakodynamiska egenska.

Barn i 2 till 12 års ålder

- Komplicerade intraabdominella infektioner

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi kan användas vid behandling av neutropena barn med feber som misstänks bero på en bakterieinfektion.

Officiella riktlinjer för användning av antibakteriella medel ska beaktas.

Kontraindikationer

Överkänslighet mot de aktiva substanserna, något annat penicillin-antibakteriellt medel eller mot något hjälpämne.

Akut allvarlig allergisk reaktion mot någon annan beta-laktamaktiv substans (t.ex. cefalosporin, monobaktam eller karbapenem) i anamnesen.

Dosering

Dosen och frekvensen för Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi beror på infektionens svårighetsgrad och lokalisering samt förväntade patogener.

Vuxna och ungdomar

Infektioner

Vanlig dos är 4 g piperacillin/0,5 g tazobaktam givet var 8:e timme.

För nosokomial pneumoni och bakterieinfektioner hos neutropena patienter är den rekommenderade dosen 4 g piperacillin/0,5 g tazobaktam administrerat var 6:e timme. Denna regim kan även användas för att behandla patienter med andra indicerade infektioner när dessa är särskilt svåra.

I nedanstående tabell sammanfattas behandlingsfrekvens och rekommenderad dos för vuxna och ungdomar per indikation eller tillstånd:

Behandlingsfrekvens	Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi 4 g / 0,5 g
Var 6:e timme	Svår pneumoni
	Neutropena vuxna med feber som misstänks bero på en bakterieinfektion
Var 8:e timme	Komplicerade urinvägsinfektioner (inklusive pyelonefrit)
	Komplicerade intraabdominella infektioner
	Hud- och mjukdelsinfektioner (inklusive diabetersfotinfektioner)

Patienter med nedsatt njurfunktion

Den intravenösa dosen ska justeras efter graden av faktisk njurfunktionsnedsättning enligt följande (varje patient måste övervakas noga avseende tecken på toxicitet mot ämnet; läkemedelsdos och intervall ska justeras därefter):

Kreatininclearance (ml/min)	Piperacillin/Tazobactam Fresenius Kabi (rekommenderad dos)
>40	Ingen dosjustering behövs
20-40	Föreslagen maxdos: 4 g / 0,5 g var 8e timme

Kreatininclearance (ml/min)	Piperacillin/Tazobactam Fresenius Kabi (rekommenderad dos)
<20	Föreslagen maxdos: 4 g / 0,5 g var 12e timme

För patienter på hemodialys ska ytterligare en dos piperacillin/tazobaktam 2 g/0,25 g administreras efter varje dialystillfälle eftersom hemodialys avlägsnar 30-50 % av piperacillin på 4 timmar.

Patienter med nedsatt leverfunktion

Ingen dosjustering behövs (se avsnitt Farmakokinetik).

Äldre patienter

Ingen dosjustering behövs för äldre med normal njurfunktion eller kreatininclearancevärden över 40 ml/min.

Pediatrik population (2 till 12 års ålder)

Infektion

I nedanstående tabell sammanfattas behandlingsfrekvens och dos per kroppsvikt för barn som är 2 till 12 år per indikation eller tillstånd:

Dos per vikt och behandlingsfrekvens	Indikation/tillstånd
80 mg piperacillin/10 mg tazobaktam per kg kroppsvikt/var 6:e timme	Neutropena barn med feber som misstänks bero på bakterieinfektioner*
100 mg piperacillin/12,5 mg tazobaktam per kg kroppsvikt/var 8:e timme	Komplicerade intraabdominella infektioner*

* Får inte överskrida maximum 4 g/0,5 g per dos under 30 minuter.

Nedsatt njurfunktion

Den intravenösa dosen ska justeras efter graden av faktiskt njurfunktionsnedsättning enligt följande (varje patient måste övervakas noga avseende tecken på toxicitet mot ämnet; läkemedelsdos och intervall ska justeras därefter):

Kreatininclearance (ml/min)	Piperacillin/Tazobactam Fresenius Kabi (rekommenderad dos)
>50	Ingen dosjustering behövs
≤50	70 mg piperacillin/8,75 mg tazobaktam/kg var 8: timme

För barn på hemodialys ska ytterligare en dos om 40 mg piperacillin/5 mg tazobaktam/kg administreras efter varje dialystillfälle.

Barn under 2 års ålder

Säkerheten och effekten för Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi hos barn i åldern 0 till 2 år har inte fastställts.

Inga data från kontrollerade kliniska studier finns tillgängliga.

Behandlingslängd

Den vanliga behandlingens längd för de flesta indikationer ligger inom intervallet 5 till 14 dagar. Behandlingslängden ska dock anpassas efter infektionens svårighetsgrad, patogen(er) och patientens kliniska och bakteriologiska förlopp.

Administreringsätt

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi 2 g/ 0,25 g respektive 4 g/ 0,5 g administreras med intravenös infusion (i 30 minuter).

Anvisningar om beredning/spädning av läkemedlet före administrering finns i avsnitt Hållbarhet, förvaring och hantering.

Varningar och försiktighet

Valet av piperacillin/tazobaktam för behandlingen av en enskild patient ska innefatta en bedömning av hur lämpligt det är att använda ett semisyntetiskt bredspektrumpenicillin baserat på sådana faktorer som infektionens allvarlighetsgrad och prevalens en för resistens mot andra lämpliga antibakteriella medel.

Innan behandling inleds med piperacillin/tazobaktam ska noggrann förfrågan göras om tidigare överkänslighetsreaktioner mot penicilliner, andra beta-laktampreparat (t.ex. cefalosporin, monobaktam eller karbapenem) och andra allergener. Svåra och ibland dödliga överkänslighetsreaktioner (anafylaktiska/anafylaktoida [inklusive chock]) har rapporterats hos

patienter som erhållit behandling med penicilliner, bland annat piperacillin/tazobaktam. Det är mera sannolikt att dessa reaktioner inträffar hos personer med tidigare känslighet mot flera allergener. Svåra överkänslighetsreaktioner kräver utsättning av antibiotikum et och kan kräva administrering av epinefrin och andra akutåtgärder.

Piperacillin/tazobaktam kan orsaka allvarliga hudreaktioner såsom Stevens-Johnsons syndrom, toxisk epidermal nekrolys, läkemedelsreaktion med eosinofili och systemiska symtom, och akut generaliserad exantematös pustulos (se avsnitt Biverkningar). Om patienten utvecklar hudutslag bör de övervakas noga och behandlingen med piperacillin/tazobaktam avbrytas om hudförändringarna förvärras.

Antibiotikainducerad pseudomembranös kolit kan manifesteras genom svår ihållande diarré som kan vara livshotande. Symtom på pseudomembranös kolit kan debutera under eller efter antibakteriell behandling. I dessa fall ska piperacillin/tazobaktam sättas ut.

Behandling med piperacillin/tazobaktam kan leda till utveckling av resistenta organismer som kan orsaka superinfektioner.

Blödningsmanifestationer har förekommit hos vissa patienter som erhållit beta-laktamantibiotika. Dessa reaktioner har ibland satts i samband med avvikande resultat vid koagulationstester, t ex koagulationstid, trombocyttaggregation och protrombintid, och det är mera sannolikt att de förekommer hos patienter med njurinsufficiens. Om blödningsmanifestationer förekommer ska antibiotikumet sättas ut och lämplig behandling ges.

Hemofagocytisk lymfocytos (HLH)

Fall av HLH har rapporterats hos patienter som behandlats med piperacillin/tazobaktam, ofta efter behandling längre än 10 dagar. HLH är ett livshotande syndrom med patologisk immunaktivering som kännetecknas av kliniska tecken och symtom på kraftig systemisk inflammation (t.ex. feber, hepatosplenomegali, hypertriglyceridemi, hypofibrinogenemi, högt serumferritin, cytopenier och hemofagocytos). Patienter som visar tidiga tecken på patologisk immunaktivering ska undersökas omedelbart. Om diagnosen HLH fastställs ska piperacillin/tazobaktam sättas ut.

Leukopeni och neutropeni kan förekomma, i synnerhet vid långvarig behandling. Regelbunden bedömning av hematopoesfunktionen ska därför göras.

Liksom vid behandling med andra penicilliner kan neurologiska komplikationer i form av kramper förekomma när höga doser administreras, i synnerhet hos patienter med nedsatt njurfunktion (se avsnitt Biverkningar).

Hypokalemi kan förekomma hos patienter med låga kaliumreserver eller patienter som samtidigt erhåller läkemedel som kan sänka kaliumnivåerna. Regelbundna elektrolytbestämningar kan vara tillrådligt hos sådana patienter.

Nedsatt njurfunktion

På grund av att dess potentiella njurtoxicitet (se avsnitt Biverkningar), bör piperacillin/tazobaktam användas med försiktighet hos patienter med nedsatt njurfunktion eller hemodialyspatienter. Intravenös dosering och administreringsintervall bör anpassas till

graden av nedsatt njurfunktion (se avsnitt Dosering). I en sekundär analys, med data från en stor randomiserad multicenterstudie, där glomerulär filtrationshastighet (GFR) undersöktes efter administrering av vanligt förekommande antibiotika hos kritiskt sjuka patienter, var användning av piperacillin/tazobaktam associerad med en lägre frekvens av förbättrad reversibel GFR jämfört med andra antibiotika. Slutsatsen av denna sekundära analys var att piperacillin/tazobaktam orsakade förlängd renal återhämtning hos dessa patienter.

Samtidig användning av piperacillin/tazobaktam och vankomycin kan förknippas med en ökad incidens av akuta njurskador (se avsnitt Interaktioner med andra läkemedel och övriga interaktioner).

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi 2 g/0,25 g:

Detta läkemedel innehåller 112 mg natrium per injektionsflaska, motsvarande 5,6 % av WHO:s högsta rekommenderat dagligt intag (2 g natrium för vuxna).

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi 4 g/ 0,5 g:

Detta läkemedel innehåller 224 mg natrium per injektionsflaska, motsvarande 11,2 % av WHO:s högsta rekommenderade dagliga intag (2 g natrium för vuxna).

Detta skall tas i beaktande vid behandling av patienter som följer en diet med lågt natriumintag.

Interaktioner

Icke-depolariserande muskelrelaxerande medel

Vid samtidig användning av piperacillin och vekuron har piperacillin

misstänkts kunna förlänga den neuromuskulära blockad som orsakas av vekuron. På grund av likartade verkningsmekanismer förväntas att den neuromuskulära blockad som produceras av icke-depolariserande muskelrelaxerande medel kan förlängas i närvaro av piperacillin.

Antikoagulantia

Vid samtidig administrering av heparin, orala antikoagulantia och andra substanser som kan påverka blodets koagulationssystem inklusive trombocytfunktionen, bör lämpliga koagulationstester utföras oftare och kontrolleras regelbundet.

Metotrexat

Piperacillin kan minska utsöndringen av metotrexat. Serumnivåer av metotrexat bör därför kontrolleras hos patienterna för att undvika toxicitet mot substansen.

Probenecid

Liksom med andra penicilliner ger samtidig administrering av probenecid och piperacillin/tazobaktam en längre halveringstid och lägre njurclearance både för piperacillin och tazobaktam. De maximala koncentrationerna i plasma påverkas inte för någon av substanserna.

Aminoglykosider

Piperacillin, antingen som monoterapi eller tillsammans med tazobaktam, ändrade inte signifikant farmakokinetiken för tobramycin hos patienter med normal njurfunktion och med lindrig eller måttlig njurinsufficiens. Farmakokinetiken för piperacillin, tazobaktam och M1-metaboliten ändrades inte heller signifikant genom administrering av tobramycin.

Inaktiveringen av tobramycin och gentamicin med piperacillin har påvisats hos patienter med allvarligt nedsatt njurfunktion.

För information som är relaterad till administreringen av piperacillin/tazobaktam tillsammans med aminoglykosider, se avsnitt Blandbarhet och Särskilda anvisningar för destruktion.

Vankomycin

Studier har påvisat en ökad incidens av akut njursvikt hos patienter som samtidigt fick piperacillin/tazobaktam och vankomycin jämfört med bara vankomycin (se avsnitt Varningar och försiktighet). Vissa av dessa studier har påvisat att denna interaktion är vankomycin dosberoende.

Inga farmakokinetiska interaktioner har observerats mellan piperacillin/tazobaktam och vankomycin.

Effekter på laborietester

Icke-enzymatiska metoder för mätning av glukos i urin kan leda till falskt positiva resultat liksom med andra penicilliner. Därför krävs enzymatisk mätning av glukos i urin vid behandling med piperacillin/tazobaktam.

Ett antal kemiska mätmetoder för protein i urin kan leda till falskt positiva resultat. Proteinmätning med sticka påverkas inte.

Direkt Coombs test kan vara positivt.

Bio-Rad Laboratories *Platelia Aspergillus* EIA-tester kan leda till falskt positiva resultat för patienter som erhåller

piperacillin/tazobaktam. Polysackarider och polyfuranoser som inte härrör från *Aspergillus* har rapporterats korsreagera med Bio-Rad Laboratories *Platelia Aspergillus* EIA-test.

Positiva testresultat för de analyser som anges ovan hos patienter som erhåller piperacillin/tazobaktam ska bekräftas med andra diagnostiska metoder.

Graviditet

Det finns inga eller begränsad mängd data från användningen av piperacillin/tazobaktam till gravida kvinnor.

Djurstudier har visat utvecklingstoxikologiska effekter men inga tecken på teratogenicitet vid doser som är toxiska för modern (se avsnitt Prekliniska uppgifter).

Piperacillin och tazobaktam passerar placenta.

Piperacillin/tazobaktam ska användas under graviditet endast då det är tydligt indicerat, dvs. endast om den förväntade nyttan uppväger de möjliga riskerna för den gravida kvinnan och fostret.

Amning

Piperacillin utsöndras i låga koncentrationer i bröstmjolk.

Koncentrationerna av tazobaktam i bröstmjolk har inte studerats. Kvinnor som ammar ska behandlas endast om den förväntade nyttan uppväger de möjliga riskerna för kvinnan och barnet.

Fertilitet

En fertilitetsstudie på råttor visade ingen effekt på fertilitet och parning efter intraperitoneal administrering av tazobaktam eller kombinationen piperacillin/tazobaktam (se avsnitt Prekliniska uppgifter).

Trafik

Inga studier har utförts.

Biverkningar

Den vanligast rapporterade biverkningen (förekommer hos 1 patient av 10) är diarré.

Bland de allvarligaste biverkningarna är pseudomembranös kolit och toxisk epidermal nekrolys som förekommer hos 1 till 10 patienter av 10 000. Frekvenserna för pancytopeni, anafylaktisk chock och Stevens-Johnson syndrom kan inte beräknas från tillgängliga uppgifter.

I nedanstående tabell redovisas biverkningar per organsystem och MedDRA-terminologi. Biverkningarna presenteras inom varje frekvensområde efter fallande allvarlighetsgrad.

Organ-systemklass	Mycket vanliga $\geq 1/10$	Vanliga $\geq 1/100,$ $< 1/10$	Mindre vanliga $\geq 1/1\ 000,$ $< 1/100$	Sällsynta $\geq 1/10\ 000$, $< 1/1\ 000$	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
Infektioner och infestationer		candida-infektion*		Pseudomembranös kolit	
			leukopeni		
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Organ-systemklass	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1 000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000 , <1/1 000	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
Blodet och lymf-systemet		trombocytopeni, anemi*		agranulocytos	pancytopeni*, neutropeni, hemolytisk anemi*, trombocytos*, eosinofili*
Immun-systemet					anafylaktisk chock*, anafylaktisk chock*, anafylaktisk reaktion*, anafylaktisk reaktion*, överkänslighet*
			hypokalemi		
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Organ-systemklass	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1 000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000 , <1/1 000	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
Metabolism och nutrition					
Psykiska störningar		sömnlösheit			delirium*
Centrala och perifera nervsystemet		huvudvärk	Kramper*		
Blodkärl			hypotoni, flebit tromboflebit, blodvällning		
Andningsvägar, bröstorg och mediastinum				näsblod	eosinofil pneumoni
	diarré			stomatit	
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Organ-systemklass	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1 000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000 , <1/1 000	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
Magtarmkanalen		buksmärta, kräkning, förstoppning, illamående, dyspepsi			
Lever och gallvägar					hepatit*, gulsot
Hud och subkutan vävnad		utslag, klåda	erythema multiforme*, urtikaria, makulopapulösa utslag*	toxisk epidermal nekrolys*	Stevens-Johnsons syndrom* exfoliativ dermatit, läkemedelsreaktion med eosinofili och systemiska symtom (DRESS)*, akut generaliserad
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Organ-systemklass	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1 000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000 , <1/1 000	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
					exantematös pustulos (AGEP)*, bullös dermatit, purpura
Muskuloskeletalsystemet och bindväv			artralgi, myalgia		
Njurar och urinvägar					njursvikt, tubulointerstitiell nefrit*
Allmänna symtom och/eller symtom vid		feber, reaktion vid injektionstället	frossa		
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Organ-systemklass	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1 000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000 , <1/1 000	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
administreringsstället					
Undersökningar		förhöjt alaninaminotransferas, förhöjt aspartataminotransferas, sänkt totalt blodprotein, sänkt blodalbumin, positivt direkt Coombs test, förhöjt blod-kreatinin, förhöjt	sänkt blodglukos, förhöjt blodbilirubin, förlängd protrombintid		förlängd blödningstid, förhöjt gammaglutamyltransferas i blodet
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Organ-systemklass	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1 000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000 , <1/1 000	Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data)
		alkalin-fosfat i blodet förhöjt blodurea, aktiverad partiell tromboplastintid			
* Biverkningar identifierade efter marknadsföring					

Behandling med piperacillin har satts i samband med en ökad incidens av feber och utslag hos patienter med cystisk fibros.

Klasseffekter av beta-laktamantibiotika

Beta-laktamantibiotika, inklusive piperacillin/tazobactam, kan leda till manifestationer av encefalopati och konvulsioner (se avsnitt Varningar och försiktighet).

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

uppmannas 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

Symtom

Det har förekommit rapporter efter lansering om överdosering av piperacillin/tazobaktam. Merparten av de upplevda biverkningarna, inklusive illamående, kräkningar och diarré, har även rapporterats vid den vanliga rekommenderade dosen. Patienten kan drabbas av neuromuskulär retbarhet eller kramper om högre doser än de rekommenderade ges intravenöst (i synnerhet vid njursvikt).

Behandling

Vid en överdos skall behandlingen med piperacillin/tazobaktam avbrytas. Någon specifik antidot är inte känd.

Behandlingen ska vara understödande och symptomatisk enligt patientens kliniska bild.

Höga koncentrationer av antingen piperacillin eller tazobaktam kan minskas med hjälp av hemodialys (avsnitt Varningar och försiktighet).

Farmakodynamik

Verkningsmekanism:

Piperacillin, ett semisyntetiskt bredspektrumpenicillin, verkar

bakteriedödande genom att hämma både septum och cellväggssyntes.

Tazobaktam, en beta-laktam som strukturellt liknar penicilliner, är en hämmare av många beta-laktamaser som vanligtvis orsakar resistens mot penicilliner och cefalosporiner, men det hämmar inte AmpC-enzymmer eller metallo-beta-laktamaser. Tazobaktam utökar piperacillinets antibakteriella spektrum så att det även omfattar många beta-laktamasproducerande bakterier som uppvisar en resistens mot piperacillin ensamt.

Farmakokinetisk/farmakodynamiskt förhållande

Tiden över minimal hämmande koncentration ($T > MIC$) anses vara den främsta farmakodynamiska avgörande faktorn för piperacillinets effekt.

Resistensmekanism

De två huvudsakliga resistensmekanismerna för piperacillin/tazobaktam är:

- Inaktivering av piperacillinkomponenten av de beta-laktamaser som inte hämmas av tazobaktam: beta-laktamaser i molekyklass B, C och D. Dessutom ger tazobaktam inte skydd mot beta-laktamaser med utökat spektrum (ESBL) i enzymgrupperna molekyklass A och D.
- Förändring av penicillinbindande proteiner (PBP) som resulterar i minskning av piperacillinets affinitet för det molekylära målet i bakterierna.

Dessutom kan förändringar i bakteriemembranets permeabilitet samt effluxpumpsmechanismer orsaka eller bidra till bakteriell resistens mot piperacillin/tazobaktam, i synnerhet hos gramnegativa bakterier.

Brytpunkter:

EUCAST kliniska MIC-brytpunkter för piperacillin/tazobaktam (Version 10, 2020-01-01). För känslighetstest är koncentrationen tazobaktam konstant vid 4 mg/ L

Patogen	Speciesrelaterade brytpunkter (S≤/R>), mg/L av piperacillin
<i>Enterobakterier</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	8/16
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<0,001/16 ¹
<i>Staphylococcus</i> spp	2
<i>Enterococcus</i> spp.	3
Streptokockgrupperna A, B, C och G	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5
Streptokocker i viridansgruppen	6
<i>Haemophilus influenzae</i>	0.25/0.25
<i>Moraxella catarrhalis</i>	7
Grampositiva anaerober (förutom <i>Clostridium difficile</i>)	8/16
Gramnegativa anaerober	8/16
Icke artrelaterade (PK/PD) brytpunkter	4/16

¹ EUCAST har för ett flertal substanser introducerat brytpunkter som kategoriserar vildtyper (arter som saknar detekterbar förvärvad resistensmekanism mot substansen) som "Känslig, ökad exponering" (I) istället för "Känslig, standard dosregim (S)". Brytpunkterna för dessa organism-substanskombinationer anges som godtyckliga "off-scale" gränser där $S < 0,001$ mg/L.

² De flesta stafylokockerna är penicillinasproducerare, och vissa är meticillinresistenta, oberoende av mekanism resulterar detta i resistens mot bensylpenicillin, fenoxymetylpenicillin, ampicillin, amoxicillin, piperacillin och tikacillin. När tester visar att Stafylokocker är känsliga för bensylpenicillin och cefoxitin, kan de rapporteras som känsliga för alla penicilliner. Stafylokocker som i test visar sig vara resistenta mot bensylpenicillin men känsliga för cefoxitin är känsliga för betalaktamashämmarkombinationer, isoxazolympenicilliner (oxacillin, kloxacillin, dikloxacillin och flukloxacillin) och nafcillin. För substanser som ges oralt, bör särskild omsorg ägnas för att uppnå tillräcklig exponering i infekterat område. Stafylokockerna som i tester visar sig vara resistenta mot cefoxitin och alla penicilliner. Ampicillinkänslig *S. saprophyticus* är *mecA*-negativ och känslig för ampicillin, amoxicillin och piperacillin (med eller utan betalaktamashämmare).

³ Känslighet för ampicillin, amoxicillin och piperacillin (med eller utan betalaktamashämmare) kan härledas från ampicillin. Resistensen mot ampicillin är ovanligt i *E. faecalis* (bekräftat med MIC) men vanligt i *E. faecium*.

⁴ Känsligheten av streptokockgrupperna A, B, C och G för penicilliner härleds från bensylpenicillinkänsligheten med undantag för fenoxymetylpenicillin och isoxazolympenicilliner för streptokockgrupp B. Streptokockgrupperna A, B, C och G

producerar inte betalaktamas. Tillägg av en betalaktamashämmare ger ingen ytterligare klinisk nytta.

⁵ För att utesluta förekomst av beta-laktamresistens förordas utförande av oxacillin 1 µg lapptest eller MIC bestämning för benzylpenicillin. Vid negativt testresultat (oxacillin inhiberingszonen ≥ 20 mm alt. benzylpenicillin MIC $\leq 0,06$ mg/L) gäller att samtliga beta-laktamantibiotika som har angivna brytpunkter, inklusive substanserna med "notering", kan kategoriseras som känsliga utan vidare testning. Undantaget är cefaclor som i sådant läge bör rapporteras som "känslig, ökad exponering" (I). *Streptococcus pneumoniae* producerar inte betalaktamas. Tillägg av en beta-laktamashämmare ger ingen ytterligare klinisk nytta. Känslighet härleds från från ampicillin (MIC och inhiberingszonens diameter).⁶ För isolat som är mottagliga för bensylpenicillin kan känslighet härledas från bensylpenicillin eller ampicillin. För isolat som är resistenta mot bensylpenicillin kan känslighet härledas från ampicillin.

⁶ För isolat som är mottagliga för bensylpenicillin kan känslighet härledas från bensylpenicillin eller ampicillin. För isolat som är resistenta mot bensylpenicillin kan känslighet härledas från ampicillin.

⁷ Känslighet kan härledas från amoxicillin-klavulansyra.

Känslighet

Prevalensen för förvärvad resistens kan variera geografiskt och med tiden för valda arter och lokal information om resistens är önskvärd, speciellt vid behandling av svåra infektioner. Om nödvändigt ska expert konsulteras när den lokala prevalensen för resistens är sådan att nyttan med medlet mot åtminstone vissa typer av infektioner är ifrågasatt.

Grupper av relevanta arter enligt känslighet för piperacillin/tazobaktam

VANLIGTVIS KÄNSLIGA SPECIES

Aeroba grampositiva mikroorganismer

Enterococcus faecalis (endast ampicillin- eller penicillinkänsligt isolat)

Listeria monocytogenes

Staphylococcus aureus, endast meticillinkänslig isolat

Staphylococcus-arter, *koagulasnegativ*, (endast meticillinkänslig isolat)

Streptococcus agalactiae (Grupp B streptockocker)[†]

Streptococcus pyogenes (Grupp A streptockocker)[†]

Aeroba gramnegativa mikroorganismer

Citrobacter koseri

Haemophilus influenza

Moraxella catarrhalis

Proteus mirabilis

Anaeroba grampositiva mikroorganismer

Clostridium-arter

Eubacterium-arter

Peptostreptococcus-arter

Anaeroba grampositiva kocker^{††}

Anaeroba gramnegativa mikroorganismer

Bacteroides fragilis-gruppen

Fusobacterium-arter

Porphyromonas-arter

Prevotella-arter

ARTER FÖR VILKA FÖRVÄRVAD RESISTENS KAN VARA ETT PROBLEM

Aeroba grampositiva mikroorganismer

Enterococcus faecium

Streptococcus pneumoniae †

Streptococcus viridans-grupp †

Aeroba gramnegativa mikroorganismer

Acinetobacter baumannii

Citrobacter freundii

Enterobacter-arter

Escherichia coli

Klebsiella pneumoniae

Morganella morganii

Proteus vulgaris

Providencia ssp.

Pseudomonas aeruginosa

Serratia-arter

NATURLIGT RESISTENTA ARTER

Aeroba grampositiva mikroorganismer

Corynebacterium jeikeium

Aeroba gramnegativa mikroorganismer

Burkholderia cepacia

Legionella-arter

Ochrobactrum anthropi

Stenotrophomonas maltophilia

Övriga mikroorganismer

Chlamydophila pneumoniae

Mycoplasma pneumoniae

†

Streptokocker är inte beta-laktamasproducerande bakterier; resistens hos dessa organismer beror på förändringar av penicillinbindande proteiner (PBP) och därmed gäller att känsliga isolat är endast känsliga för piperacillin. Penicillinresistens har inte rapporterats i *S. pyogenes*.

^{††}Inklusive *Anaerococcus*, *Fingoldia*, *Parvimonas*, *Peptoniphilus*, och *Peptostreptococcus* spp.

Merino-studien (bakteriemi orsakad av ESBL-producerande bakterier)

I en prospektiv, non-inferiority, parallellgrupperad, publicerad randomiserad klinisk studie påvisades ej non-inferiority vid behandling med piperacillin/tazobactam (baserad på bekräftad *in vitro*-känslighet) jämfört med meropenem, avseende 30-dagars mortalitet hos vuxna patienter med bakteriemi orsakad av *E. coli* eller *K. pneumoniae* som var icke-känsliga för ceftriaxon.

Det primära utfallet i studien var dödsfall inom 30 dagar vilket drabbade 23 av 187 patienter (12,3%) randomiserade till piperacillin/tazobactam jämfört med 7 av 191 (3,7%) randomiserade till meropenem (skillnaden i risk, 8,6% [ensidig 97,5% KI – ∞ till 14,5%]; P = 0,90 för non-inferiority). Skillnaden uppfyllde inte non-inferiority-marginalen på 5%.

Resultaten kvarstod i en analys av populationen per protokoll, där 18 av 170 patienter (10,6%) drabbades av det primära utfallet i piperacillin/tazobactam-gruppen jämfört med 7 av 186 (3,8%) i meropenem-gruppen (skillnaden i risk 6,8% [ensidigt 97,5% KI, - ∞ till 12,8%]; P = 0,76 för non-inferiority).

Klinisk och mikrobiologisk tillbakagång (sekundära utfall) på dag 4 inträffade hos 121 av 177 patienter (68,4%) i piperacillin/tazobactam-gruppen jämfört med 138 av 185 (74,6%), randomiserade till meropenem (skillnaden i risk, 6,2% [95% KI – 15,5 till 3,1%]; $P = 0,19$). För sekundära utfall var statistiska tester 2-sidiga, med ett $P < 0,05$ ansett som signifikant.

I denna studie fann man en obalans i dödligheten mellan studiegrupperna. Det antogs att dödsfall som inträffade i piperacillin/tazobactam-gruppen var relaterade till underliggande sjukdomar snarare än till den pågående infektionen.

Farmakokinetik

Absorption

Maximal koncentration av piperacillin och tazobactam efter 4 g/0,5 g som administreras under 30 minuter genom intravenös infusion är 298 µg/ml respektive 34 µg/ml.

Distribution

Både piperacillin och tazobactam är till omkring 30 % bundet till plasmaproteiner. Proteinbindningen påverkas inte vare sig för piperacillin eller tazobactam av förekomsten av den andra föreningen. Proteinbindningen av tazobactams metabolit är försumbar.

Piperacillin/tazobactam distribueras i stor utsträckning i vävnader och kroppsvätskor inklusive tarmslemhinna, gallblåsa, lunga, galla och skelett. Genomsnittliga vävnadskoncentrationer är i allmänhet

50 till 100 % av koncentrationerna i plasma. Distributionen till cerebrospinalvätska är låg hos patienter med icke inflammerade meninger liksom för andra penicilliner.

Biotransformation

Piperacillin metaboliseras till en obetydligt mikrobiologiskt aktiv desetylmetabolit. Tazobaktam metaboliseras till en enda metabolit som har visats vara mikrobiologiskt inaktiv.

Eliminering

Piperacillin och tazobaktam elimineras via njuren genom glomerulär filtration och tubulär sekretion.

Piperacillin utsöndras snabbt som oförändrad substans och 68 % av den tillförda dosen återfinns i urinen. Tazobaktam och dess metabolit elimineras primärt genom utsöndring via njurarna, varvid 80 % av den tillförda dosen återfinns som oförändrad substans och återstoden som den enda metaboliten. Piperacillin, tazobaktam och desetylpiperacillin utsöndras även via gallan.

Efter enkeldos eller upprepad dosering av piperacillin/tazobaktam till friska försökspersoner varierade halveringstiden i plasma för piperacillin och tazobaktam mellan 0,7 och 1,2 timmar och den påverkades inte av dos eller infusionstid.

Elimineringshalveringstiden för både piperacillin och tazobaktam ökar med minskande njurclearance.

Det föreligger inga signifikanta förändringar i farmakokinetiken för piperacillin på grund av tazobaktam. Piperacillin verkar reducera clearance av tazobaktam något.

Särskilda populationer

Halveringstiden för piperacillin och för tazobaktam ökar med omkring 25 % respektive 18 % hos patienter med levercirros jämfört med friska försökspersoner.

Halveringstiden för piperacillin och tazobaktam ökar med minskande kreatininclearance. Ökningen av halveringstid är tvåfaldig för piperacillin och fyrfaldig för tazobaktam vid kreatininclearance under 20 ml/min jämfört med patienter med normal njurfunktion.

Hemodialys avlägsnar 30 % till 50 % av piperacillin-/tazobaktamdosen och ytterligare 5 % av tazobaktamdosen försvinner i form av tazobaktams metabolit. Peritonealdialys avlägsnar omkring 6 % av piperacillindosen och 21 % av tazobaktamdosen och ytterligare upp till 18 % av tazobaktamdosen försvinner i form av tazobaktams metabolit.

Pediatrik population

I en populationsfarmakokinetisk analys var beräknad clearance för 9 månader gamla till 12 år gamla patienter jämförbar med clearance för vuxna med ett populationsmedelvärde (SE) på 5,64 (0,34) ml/min/kg. Beräknad clearance för piperacillin är 80 % av detta värde för pediatrika patienter i åldrarna 2-9 månader. Populationsmedelvärdet (SE) för distributionsvolymen för piperacillin är 0,243 (0,011) l/kg och är oberoende av ålder.

Äldre patienter

Den genomsnittliga halveringstiden för piperacillin och tazobaktam

var 32 % respektive 55 % längre hos äldre jämfört med yngre försökspersoner. Denna skillnad kan bero på åldersrelaterade förändringar av kreatininclearance.

Etniskt ursprung

Ingen skillnad i farmakokinetiken för piperacillin eller tazobaktam observerades mellan asiatiska (n=9) och kaukasiska (n=9) friska frivilliga personer som erhöll enstaka doser på 4 g/0,5 g.

Prekliniska uppgifter

Icke-kliniska studier avseende allmäntoxicitet och gentoxicitet visade inte några särskilda risker för människa.

Karcinogenicitetsstudier har inte utförts med piperacillin/tazobaktam.

En fertilitets- och generell reproduktionsstudie på råttor med användning av intraperitoneal administrering av tazobaktam eller kombinationen piperacillin/tazobaktam rapporterade mindre kullar och ett ökat antal foster med försenad benbildning och revbensvariationer, åtföljd av toxicitet hos modern. Fertiliteten i F1-generationen och fosterutvecklingen i F2-generationen var inte försämrade.

Teratogenicitetsstudier med användning av intravenös administrering av tazobaktam eller kombinationen piperacillin/tazobaktam på mus och råttor ledde till smärre reduktioner av råttfostrens vikt vid doser som var toxiska för modern men inga teratogena effekter påvisades.

Peri-/postnatal utveckling var försämrade (lägre vikt hos avkomman, ökat antal dödfödselar, högre dödlighet hos avkomman) samtidigt

med toxicitet hos modern efter intraperitoneal administrering av tazobaktam eller kombinationen piperacillin/tazobaktam till råtta.

Innehåll

Varje injektionsflaska innehåller 2 g respektive 4 g piperacillin (som natriumsalt) och 0,25 g respektive 0,5 g tazobaktam (som natriumsalt) (totalt 4,9 mmol (112 mg) respektive 9,7 mmol (224 mg) natrium).

Blandbarhet

Detta läkemedel får inte blandas med andra läkemedel förutom de som nämns under avsnitt Hållbarhet, förvaring och hantering.

När Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi används samtidigt med andra antibiotika (t ex aminoglykosider) måste substanserna administreras var för sig. Om beta-laktamantibiotika blandas med en aminoglykosid *in vitro* kan det leda till väsentlig inaktivering av aminoglykosiden.

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi ska inte blandas med andra substanser i en spruta eller infusionsflaska eftersom kompatibilitet inte har fastställts.

På grund av kemisk instabilitet ska Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi inte användas i lösningar som enbart innehåller natriumbikarbonat.

Ringer laktatlösning (Hartmanns lösning) är inte kompatibel med Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi.

Piperacillin/Tazobaktam Fresenius Kabi ska inte sättas till blodprodukter eller albuminhydrolysat.

Miljöpåverkan

Miljöinformationen för tazobaktam är framtagen av företaget MSD för Zerbaxa

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

Nedbrytning: Tazobaktam bryts ned i miljön.

Bioackumulering: Tazobaktam har låg potential att bioackumuleras.

Detaljerad miljöinformation

Detailed background information

Environmental Risk Classification

Predicted Environmental Concentration (PEC)

PEC is calculated according to the following formula:

$$PEC (\mu\text{g/L}) = (A \cdot 10^9 \cdot (100 - R)) / (365 \cdot P \cdot V \cdot D \cdot 100) = 1.37 \cdot 10^{-6} \cdot A(100 - R)$$

$$PEC = 0.111 \mu\text{g/l. } \mu\text{g/L}$$

Where:

A = 810 kg (total sold amount API in Sweden year 2021, data from IQVIA) (Ref I)

R = 0 % removal rate (worst case assumption)

P = number of inhabitants in Sweden = $10 \cdot 10^6$

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

D = factor for dilution of waste water by surface water flow = 10 (ECHA default) (Ref. II)

Predicted No Effect Concentration (PNEC)

Ecotoxicological studies

Blue-Green Algae (Anabaena flos-aquae) (OECD 201) (Reference III):

NOEC (72 hours) (growth rate) = 440 ug/L

Crustacean, water flea (Daphnia magna) (OECD 211) (Ref. IV):

Chronic toxicity

NOEC (21 day) (growth rate, reproduction, survival) = 9600 ug/L

Fish, fathead minnow (Pimephales promelas) (OECD 210) (Ref. V):

Chronic toxicity

NOEC (32 day) (growth rate, survival, development) = 10600 ug/L

PNEC = 44 µg/L (440 ug/L/ 10 based on the most sensitive NOEC for the blue-green algae and an assessment factor (AF) of 10)

Environmental risk classification (PEC/PNEC ratio)

PEC/PNEC = $0.011/44 = 0.0025$, i.e. $PEC/PNEC \leq 0.1$ which justifies the phrase "Use of tazobactam has been considered to result in insignificant environmental risk."

Biotic degradation

Ready degradability (OECD 301D) (Ref. VI)

Not readily biodegradable (2 to 10% degradation in 28 days)

Sediment Transformation (OECD 308) (Ref. VII)

Half-life = 5 -12 days in total water-sediment systems

Half-life = 4.5 - 11.3 days in water layers

Tazobactam degraded in the Swiss Lake (SL) and Schoonrewoerdsewiel (SW) systems with a degradation time for 90% degradation (DT_{90}) of 39.7 or 16.5 days, respectively.

Tazobactam remained primarily in the water layer with no major amounts detected in the sediment layer. Tazobactam degraded to five transformation products that were found in the water layer at >10% of applied radioactivity in both test systems, with M-2 (confirmed to be Tazobactam M1) determined to be the major transformation product after 14 days in either system. No transformation products exceeded 10% of applied in the sediment layer.

¹⁴C-labelled Tazobactam Sodium was incubated under aerobic conditions in the laboratory in the SL and SW water/sediment systems at 20 ± 2 °C in the dark and aerated continuously without disturbing the sediment. The outcoming air was passed subsequently through polyurethane foam (PUF), one trap containing ethylene glycol monoethyl ether (EGME) for trapping of organic volatiles and two traps containing 2M NaOH for trapping of CO₂. The SL system was incubated for 97 days and the SW system was incubated for 104 days. The initial ¹⁴C-labelled Tazobactam Sodium concentrations in the water layer were 0.30 and 0.31 mg/L for SL and SW system, respectively.

Samples were taken immediately after spiking (single samples) and after 3, 7, 14, 28, 57 (SL), 64 (SW), 97 (SL) and 104 (SW) days of incubation (duplicate samples). At each time point, radioactivity in the traps, the water layer and sediment extract was determined by LSC. Radioactivity remaining in the sediment layer after extraction was determined by combustion/LSC.

The water layer was directly analysed on HPLC. The sediment was extracted with 80/20 (v/v) acetonitrile/water. After evaporation of acetonitrile, the remaining aqueous residue was analysed on HPLC. A selection of samples was analysed by TLC.

Upon addition of ¹⁴C-labelled Tazobactam Sodium to the water layer, Tazobactam degraded in the water layer to less than 5% of applied radioactivity within 57 days of incubation in the SL system and to less than 5% of applied within 28 days of incubation in the SW system. No major amounts of Tazobactam Sodium were detected in the sediment layer: at maximum 7% of applied was detected in the sediment of the SL system after 3 to 7 days of incubation and 5% in the SW system after 3 days of incubation. Mineralisation to CO₂ was not significant ($\leq 2\%$) in both systems and no organic volatiles were detected ($\leq 0.1\%$). Bound residues increased to 19% (SL) or 11% (SW) of applied at the end of the incubation period.

Five transformation products, each exceeding 10% of applied radioactivity were detected in both test systems. The majority of the activity of these transformation products was recovered in the water layer. The major transformation product was M-2 at 30% of applied (only detected in water layer) after 14 days of incubation in the SL system and at 53% of applied (only detected in water layer)

after 14 days of incubation in the SW system. Upon subsequent analysis (using a sponsor supplied reference standard) M-2 was identified as Tazobactam M1. M-3 was detected at 15% of applied (only detected in water layer) after 57 days of incubation in the SL system and 28% of applied (26% in the water layer) after 104 days of incubation in the SW system. M-4 was detected at 20% of applied (18% in the water layer) after 28 days of incubation in the SL system and at 31% of applied (25% in the water layer) after 28 days of incubation in the SW system. M-5 was detected at 15% of applied (12% in the water layer) after 97 days of incubation in the SL system and at 37% of applied (31% in the water layer) after 104 days of incubation in the SW system. M-7 was detected at 11% of applied (9.5% in the water layer) after 97 days of incubation in the SL system and at 18% of applied (14% in the water layer) after 28 days of incubation in the SW system.

Justification of chosen biotic degradation phrase:

Since half-life < 32 days for total system, the substance is degraded in the environment.

Bioaccumulation

Partitioning coefficient (OECD 107) (Ref. VIII)

$\text{Log } K_{ow} = - 0.63$ at pH 7.4

Justification of chosen bioaccumulation phrase:

Since $\text{log } K_{ow} < 4$, the substance has low potential for bioaccumulation

References

- I. Data from IQVIA "Consumption assessment in kg for input to environmental classification - updated 2022 (data 2021)".
- II. ECHA, European Chemicals Agency. 2008 Guidance on information requirements and chemical safety assessment. http://guidance.echa.europa.eu/docs/guidance_document/informa
- III. IBACON, 2013. "Tazobactam Sodium: A GLP Fresh Water Cyanobacteria to Anabaena flos-aquae Growth Inhibition Test", Report CX.101.TX.029; Institut für Biologische Analytik und Consulting(IBACON GmbH) Arheilger Weg 17 64380 Rossdorf Germany.
- IV. WIL Research, 2013. "TAZOBACTAM SODIUM: A GLP DAPHNIA MAGNA, REPRODUCTION TEST (SEMI-STATIC)", Report CX.101.TX.014; WIL Research, Europe B.V.Hambakenwetering 7 5231 DD 's-Hertogenbosch, The Netherlands.
- V. WIL Research, 2013. "TAZOBACTAM SODIUM: A GLP FATHEAD MINNOW EARLY-LIFE STAGE TOXICITY TEST (SEMI-STATIC)", Report CX.101.TX.016; WIL Research, Europe B.V.Hambakenwetering 7 5231 DD 's-Hertogenbosch, The Netherlands.
- VI. WIL Research, 2013. "TAZOBACTAM SODIUM: A GLP ASSESSMENT OF READY BIODEGRADABILITY USING A CLOSED BOTTLE TEST", Report CX.101.TX.017; WIL Research, Europe B.V.Hambakenwetering 7 5231 DD 's-Hertogenbosch, The Netherlands.
- VII. WIL Research, 2013. "TAZOBACTAM SODIUM: A GLP WATER/SEDIMENT STUDY", Report CX.101.TX.022; WIL Research, Europe B.V.Hambakenwetering 7 5231 DD 's-Hertogenbosch, The Netherlands.
- VIII. Prion, 2012. "log P/log D Determination" R122381-Rev03; Prion Inc, 10 Cook St, Billerica, MA, USA .

Hållbarhet, förvaring och hantering

Beredning och spädning ska ske under aseptiska förhållanden. Lösningen ska inspekteras visuellt med avseende på partiklar och missfärgning före administrering. Lösningen ska användas endast om lösningen är klar och fri från partiklar.

Intravenös användning

Bered varje injektionsflaska med den volym spädningsmedel som anges i nedanstående tabell. Använd ett av de kompatibla lösningsmedlen för beredning. Snurra tills pulvret är upplöst. Om flaskan snurras konstant är pulvret vanligtvis upplöst inom 5 till 10 minuter (uppgifter om hantering finns nedan).

Injektionsflaskans innehåll	Volym lösningsmedel* som ska tillsättas injektionsflaskan
2 g/0,25 g (2 g piperacillin och 0,25 g tazobaktam)	10 ml
4 g/0,5 g (4 g piperacillin och 0,5 g tazobaktam)	20 ml

* *Kompatibla lösningsmedel för beredning:*

- 0,9 % (9 mg/ml) natriumklorid injektionsvätska, lösning
- Sterilt vatten för injektionsvätskor⁽¹⁾

⁽¹⁾ Maximal rekommenderad volym sterilt vatten för injektionsvätskor per dos är 50 ml.

De beredda lösningarna ska dras upp från injektionsflaskan med spruta. Efter beredning enligt anvisningarna ger det innehåll i

injektionsflaskan som dras upp i sprutan den angivna mängden piperacillin och tazobaktam.

De beredda lösningarna kan spädas ytterligare till önskad volym (t.ex. 50 ml till 150 ml) med ett av följande kompatibla lösningsmedel:

- 0,9 % (9 mg/ml) natriumklorid injektionsvätska, lösning
- Glukos 5 %
- Dextran 6 % i 0,9 % natriumklorid

Se avsnitt Blandbarhet beträffande inkompatibiliteter.

Ej använt läkemedel och avfall skall hanteras enligt gällande anvisningar.

Endast för engångsbruk. Kassera eventuell oanvänd lösning.

Hållbarhet

Rekonstituerat/spätt Piperacillin/Tazobactam Fresenius Kabi:
Kemisk och fysikalisk stabilitet har visats under 24 timmar i 2 °C - 8 °C.

Ur mikrobiologisk synpunkt bör den beredda och spädda produkten användas omedelbart. Om den inte används omedelbart ansvarar användaren för förvaringstider för den bruksfärdiga lösningen och förhållanden för bruksfärdig produkt före användning och dessa bör normalt inte överstiga 24 timmar vid 2°C - 8 °C, såvida inte beredning/spädning har utförts under kontrollerade och validerade aseptiska förhållanden.

Förvaring

Oöppnade injektionsflaskor: Förvaras vid högst 25 °C.

Förvara injektionsflaskorna i ytterkartongen.

Förpackningsinformation

Pulver till infusionsvätska, lösning 2 g/0,25 g (vitt till benvitt pulver)

10 styck injektionsflaska (fri prissättning), EF, Övriga förskrivare:
tandläkare

10 styck injektionsflaska (fri prissättning), *tillhandahålls ej*

Pulver till infusionsvätska, lösning 4 g/0,5 g Vitt till benvitt pulver

10 styck injektionsflaska (fri prissättning), EF, Övriga förskrivare:
tandläkare