

Januvia®

MR (F)

MSD

Filmdragerad tablett 50 mg
(Rund, ljusbeige, märkt 112 på ena sidan)

Diabetesmedel, Dipeptidylpeptidas-4 (DPP 4) hämmare

Aktiv substans:

Sitagliptin

ATC-kod:

A10BH01

Läkemedel från MSD omfattas av Läkemedelsförsäkringen.
Läkemedlet distribueras också av företag som inte omfattas av
Läkemedelsförsäkringen, se Förpackningar.

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

*Subventioneras endast för patienter som först provat metformin,
sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.*

Texten är baserad på produktresumé: 03/2019

Indikationer

Januvia är indicerat för behandling av vuxna patienter med diabetes mellitus typ 2 för att förbättra den glykemiska kontrollen:

som monoterapi

- i de fall där enbart kost och motion inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll och för vilka metformin är olämpligt på grund av kontraindikationer eller intolerans.

som kombinationsterapi med

- metformin i de fall där kost och motion tillsammans med metformin i monoterapi inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll.
- en sulfonureid i de fall där kost och motion tillsammans med maximal tolererbar dos av en sulfonureid i monoterapi inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll och för vilka metformin är olämpligt på grund av kontraindikationer eller intolerans.
- en PPAR γ (peroxisome proliferator-activated receptor gamma) agonist (t ex tiazolidindion) i de fall där en PPAR γ -agonist är lämplig och kost och motion tillsammans med en PPAR γ agonist i monoterapi inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll.

som trippel kombinationsterapi med

- en sulfonureid och metformin i de fall där kost och motion tillsammans med kombinationsbehandling med dessa två läkemedel inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll.
- en PPAR γ -agonist och metformin i de fall där en PPAR γ -agonist är lämplig och kost och motion tillsammans med kombinationsbehandling med dessa två läkemedel inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll.

Januvia är också indicerat som tilläggsbehandling till insulin (med eller utan metformin) i de fall där kost och motion tillsammans med en stabilinsulindos inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll.

Kontraindikationer

Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges under Innehåll (se Varningar och försiktighet och Biverkningar).

Dosering

Doseringen är 100 mg sitagliptin en gång dagligen. Vid användning i kombination med metformin och/eller en PPAR γ -agonist, bör dosen av metformin och/eller PPAR γ -agonist bibehållas och ges samtidigt som Januvia.

När Januvia används i kombination med en sulfonureid eller med insulin, kan en lägre dos av sulfonureiden eller insulinet övervägas för att minska risken för hypoglykemi (se Varningar och försiktighet).

Om en dos av Januvia missats, bör den tas så snart som patienten kommer ihåg. Dubbel dos bör inte tas under samma dag.

Särskilda patientgrupper

Nedsatt njurfunktion: När man överväger användning av sitagliptin i kombination med andra antidiabetesläkemedel, bör villkor för dess användning hos patienter med nedsatt njurfunktion kontrolleras.

Till patienter med lätt nedsatt njurfunktion (glomerulär filtreringshastighet [GFR] ≥ 60 till < 90 ml/min) behövs ingen dosjustering.

Till patienter med måttligt nedsatt njurfunktion (GFR ≥ 45 till < 60 ml/min) behövs ingen dosjustering.

Till patienter med måttligt nedsatt njurfunktion (GFR ≥ 30 till < 45 ml/min) är dosen av Januvia 50 mg en gång dagligen.

Till patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR ≥ 15 till < 30 ml/min) eller kronisk njursjukdom (ESRD, end-stage renal disease) (GFR < 15 ml/min), inkluderande de som kräver hemodialys eller peritonealdialys är dosen av Januvia 25 mg en gång dagligen. Behandling kan ges utan hänsyn till tidpunkten för dialys.

Eftersom dosjustering baseras på njurfunktion rekommenderas att en bedömning av njurfunktionen görs före påbörjad behandling med Januvia och därefter regelbundet.

Nedsatt leverfunktion: Det behövs ingen dosjustering för patienter med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion. Januvia har inte utvärderats hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion och försiktighet bör därför iaktas (se Farmakokinetik).

Eftersom sitagliptin huvudsakligen elimineras via renal utsöndring förväntas dock inte kraftigt nedsatt leverfunktion påverka farmakokinetiken för sitagliptin.

Äldre: Dosen behöver inte anpassas efter ålder.

Pediatrik population: Säkerhet och effekt för sitagliptin för barn och ungdomar under 18 år har ännu inte fastställts. Inga data finns tillgängliga.

Administreringsätt

Januvia kan intas med eller utan föda.

Varningar och försiktighet

Allmänt

Januvia ska inte användas till patienter med typ 1-diabetes eller för behandling av diabetesketoacidosis.

Akut pankreatit

Användning av DPP-4-hämmare har förknippats med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienter bör informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit: ihållande, svår buksmärta. Resolution av pankreatit har observerats efter utsättande av sitagliptin (med eller utan understödande behandling), men mycket sällsynta fall av nekrotiserande eller hemorragisk pankreatit och/eller dödsfall har rapporterats. Om man misstänker pankreatit ska behandling med Januvia och andra potentiellt misstänkta läkemedel sättas ut. Om akut pankreatit bekräftas bör Januvia inte återinsättas. Försiktighet bör iakttas hos patienter med anamnes på pankreatit.

Hypoglykemi i samband med kombinationsbehandling med andra antihyperglykemiska läkemedel

I kliniska studier med Januvia givet som monoterapi och som del av kombinationsbehandling med läkemedel som man vet inte orsakar hypoglykemi (dvs metformin och/eller en PPAR γ -agonist), var andelen patienter med rapporterad hypoglykemi med sitagliptin i nivå med andelen hos patienter som fick placebo. Hypoglykemi har observerats när sitagliptin användes i kombination med insulin eller en sulfonureid. För att minska risken för hypoglykemi kan därför en lägre dos av sulfonureid eller insulin övervägas (se Dosering).

Nedsatt njurfunktion

Sitagliptin utsöndras renalt. För att uppnå plasmakoncentrationer av sitagliptin jämförbara med dem hos patienter med normal njurfunktion, rekommenderas lägre doser till patienter med GFR <45 ml/min, samt hos patienter med kronisk njursjukdom (ESRD) som kräver hemodialys eller peritonealdialys (se Dosering och Farmakokinetik).

När man överväger användning av sitagliptin i kombination med andra antidiabetesläkemedel, bör villkor för dess användning hos patienter med nedsatt njurfunktion kontrolleras.

Överkänslighetsreaktioner

Efter godkännandet har fall av allvarliga överkänslighetsreaktioner rapporterats hos patienter som behandlats med sitagliptin. Dessa reaktioner innefattar anafylaxi, angioödem och exfoliativa hudtillstånd inkluderande Stevens-Johnsons syndrom. Dessa reaktioner debuterade inom de 3 första månaderna efter påbörjad behandling, varav vissa fall efter den första dosen. Om en

överkänslighetsreaktion misstänks, ska behandlingen med Januvia avslutas. Andra potentiella orsaker till händelsen bör fastställas och en alternativ diabetesbehandling inledas.

Bullös pemfigoid

Fall av bullös pemfigoid har rapporterats efter godkännandet hos patienter som tar DPP-4-hämmare, inklusive sitagliptin. Vid misstanke om bullös pemfigoid bör behandlingen med Januvia avbrytas.

Interaktioner

Påverkan av andra läkemedel på sitagliptin

Kliniska data som redovisas nedan tyder på att risken för kliniskt betydelsefulla interaktioner från samtidigt givna läkemedel är låg.

In vitro studier indikerade att det enzym som huvudsakligen svarar för sitagliptins begränsade metabolism är CYP3A4, med hjälp av CYP2C8. Hos patienter med normal njurfunktion har metabolismen, även den med CYP3A4, endast ringa betydelse för clearance av sitagliptin. Metabolism kan ha en mer väsentlig roll för elimineringen av sitagliptin vid kraftigt nedsatt njurfunktion eller kronisk njursjukdom (ESRD, end-stage renal disease). Av denna anledning är det möjligt att potenta CYP3A4-hämmare (som ketokonazol, itrakonazol, ritonavir, klaritromycin) kan påverka farmakokinetiken för sitagliptin hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion eller kronisk njursjukdom (ESRD). Effekterna av potenta CYP3A4-hämmare i samband med kraftigt nedsatt njurfunktion har inte utvärderats i någon klinisk studie.

In vitro transportörstudier visade att sitagliptin utgör substrat för p-glykoprotein och OAT3 (organic anion transporter-3). OAT3-medierad transport av sitagliptin hämmades *in vitro* av probenecid, dock bedöms risken för kliniskt betydelsefulla interaktioner som liten. Samtidig administrering av OAT3-hämmare har inte utvärderats *in vivo*.

Metformin: Samtidig administrering av multipla doser metformin 1000 mg givet 2 gånger dagligen tillsammans med 50 mg sitagliptin ändrade inte väsentligt farmakokinetiken för sitagliptin hos patienter med typ 2-diabetes.

Ciklosporin: En studie genomfördes för att utvärdera effekten av ciklosporin, en potent hämmare av p-glykoprotein, på sitagliptins farmakokinetik. Samtidig administrering av en peroral engångsdos sitagliptin 100 mg och en peroral engångsdos ciklosporin 600 mg ökade AUC och C_{max} för sitagliptin med ca 29% respektive 68%. Dessa förändringar av sitagliptins farmakokinetik bedömdes ej vara kliniskt betydelsefulla. Renalt clearance för sitagliptin påverkades ej väsentligt. Kliniskt betydelsefulla interaktioner med andra hämmare av p-glykoprotein förväntas därför inte.

Effekten av sitagliptin på andra läkemedel

Digoxin: Sitagliptin hade en liten effekt på plasmakoncentrationer av digoxin. Efter administrering av 0,25 mg digoxin tillsammans med 100 mg sitagliptin dagligen under 10 dagar, ökade AUC i plasma för digoxin med i medeltal 11 % och C_{max} i plasma med i medeltal 18 %. Ingen dosjustering rekommenderas för digoxin. Patienter med risk för digoxin-toxicitet bör dock följas noga när sitagliptin och digoxin ges samtidigt.

In vitro data indikerar att sitagliptin varken hämmar eller inducerar CYP450-isoenzymmer. I kliniska studier förändrade sitagliptin inte väsentligt farmakokinetiken för metformin, glibenklamid, simvastatin, rosiglitazon, warfarin eller perorala antikonceptionsmedel. Sitagliptin visade därmed *in vivo* ringa benägenhet att interagera med CYP3A4- , CYP2C8- , CYP2C9-substrat och organiska katjontransportörer (OCT).

Sitagliptin kan vara en svag p-glykoprotein-hämmare *in vivo*.

Graviditet

Kategori B:3.

Adekvata data från behandling med sitagliptin hos gravida kvinnor saknas. Djurstudier har visat reproduktionstoxikologiska effekter vid höga doser (se Prekliniska uppgifter). Den eventuella risken för människa är okänd. I avsaknad av humandata bör Januvia inte användas under graviditet.

Amning

Grupp IVa.

Det är inte känt om sitagliptin utsöndras i modersmjölk hos människa. Djurstudier har visat på utsöndring av sitagliptin i bröstmjolk. Januvia bör inte användas under amning.

Fertilitet

Djurdata tyder inte på någon effekt på manlig eller kvinnlig fertilitet vid behandling med sitagliptin. Humandata saknas.

Trafik

Januvia har ingen eller försumbar effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner. Vid bilkörning eller användning av maskiner bör det dock tas i beaktande att yrsel och somnolens har rapporterats.

Patienter bör vara medvetna om risken för hypoglykemi när Januvia tas tillsammans med en sulfonureid eller insulin.

Biverkningar

Sammanfattning av säkerhetsprofilen

Allvarliga biverkningar inkluderande pankreatit och överkänslighetsreaktioner har rapporterats. Hypoglykemi har rapporterats i kombination med sulfonureid (4,7 % -13,8 %) och insulin (9,6 %). (Se Varningar och försiktighet).

Listade biverkningar i tabellform

Biverkningar listas nedan (tabell 1) enligt organklass och frekvens. Frekvensen definieras som: mycket vanliga ($\geq 1/10$); vanliga ($\geq 1/100$, $< 1/10$); mindre vanliga ($\geq 1/1\ 000$, $< 1/100$); sällsynta ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1\ 000$); mycket sällsynta ($< 1/10\ 000$) och ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data).

Tabell 1. Frekvensen av biverkningar rapporterade från placebokontrollerade kliniska studier med sitagliptin som monoterapi och vid uppföljning efter godkännandet.

Biverkning	Biverkningsfrekvens
Blodet och lymfsystemet	
trombocytopeni	Sällsynta
Immunsystemet	

Biverkning	Biverkningsfrekvens
överkänslighetsreaktioner inkluderande anafylaxi ^{*,†}	Ingen känd frekvens
Metabolism och nutrition	
hypoglykemi	Vanliga
Centrala och perifera nervsystemet	
huvudvärk	Vanliga
yrsel	Mindre vanliga
Andningsvägar, bröstorg och mediastinum	
interstitiell lungsjukdom [*]	Ingen känd frekvens
Magtarmkanalen	
förstoppning	Mindre vanliga
kräkningar [*]	Ingen känd frekvens
akut pankreatit ^{*,†,‡}	Ingen känd frekvens
fatal och icke-fatal hemorragisk och nekrotiserande pankreatit ^{*,†}	Ingen känd frekvens
Hud och subkutan vävnad	
klåda [*]	Mindre vanliga
angioödem ^{*,†}	Ingen känd frekvens
utslag ^{*,†}	Ingen känd frekvens
urtikaria ^{*,†}	Ingen känd frekvens
kutan vaskulit ^{*,†}	Ingen känd frekvens
exfoliativa hudtillstånd inkluderande Stevens-Johnsons syndrom ^{*,†}	Ingen känd frekvens
bullös pemfigoid [*]	Ingen känd frekvens
Muskuloskeletala systemet och bindväv	

Biverkning	Biverkningsfrekvens
artralgi*	Ingen känd frekvens
myalgi*	Ingen känd frekvens
ryggsmärta*	Ingen känd frekvens
artropati*	Ingen känd frekvens
Njurar och urinvägar	
nedsatt njurfunktion*	Ingen känd frekvens
akut njursvikt*	Ingen känd frekvens

* Biverkningar rapporterade efter marknadsföring.

† **Se Varningar och försiktighet.**

‡ *Se nedan TECOS kardiovaskulär säkerhetsstudie*

Beskrivning av utvalda biverkningar

Utöver de läkemedelsrelaterade biverkningar som beskrivs ovan, innefattade övre luftvägsinfektion och nasofaryngit biverkningar som rapporterades oavsett ett orsakssamband med läkemedelsbehandling, och förekom hos minst 5 % och oftare hos patienter som behandlades med sitagliptin. Ytterligare biverkningar som har rapporterats, oavsett ett orsakssamband med läkemedelsbehandling och som förekom mer frekvent hos patienter som behandlades med sitagliptin (som inte nådde 5 %, men som förekom med en incidens på >0,5 % högre med sitagliptin än den i kontrollgruppen) innefattade artros och smärta i extremitet.

Vissa biverkningar observerades oftare i studier med kombinationsbehandling med sitagliptin och andra antidiabetesläkemedel än i studier med sitagliptin som monoterapi. Dessa innefattade hypoglykemi (rapporterad frekvens: mycket

vanliga, med kombinationen sulfonureid och metformin), influensa (vanliga, med insulin (med eller utan metformin)), illamående och kräkningar (vanliga, med metformin), flatulens (vanliga, med metformin eller pioglitazon), förstoppning (vanliga, med kombinationen sulfonureid och metformin), perifert ödem (vanliga, med pioglitazon eller kombinationen pioglitazon och metformin), sömnhighet och diarré (mindre vanliga, med metformin) och muntorrhet (mindre vanliga, med insulin (med eller utan metformin)).

TECOS kardiovaskulär säkerhetsstudie: Studien "Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes with Sitagliptin" (TECOS) inkluderade 7 332 patienter behandlade med sitagliptin 100 mg dagligen (eller 50 mg dagligen om utgångsvärdet för eGFR var ≥ 30 och < 50 ml/min/1,73 m²) samt 7 339 patienter behandlade med placebo i intention- to-treat-populationen. Båda behandlingarna var tillagda till sedvanlig behandling för att uppnå regionala målnivåer för HbA_{1c} och kardiovaskulära riskfaktorer. Den totala incidensen av allvarliga biverkningar hos patienter som fick sitagliptin var densamma som för patienter som fick placebo.

Bland de patienter som använde insulin och/eller ett sulfonylurealäkemedel vid studiestart i intention-to-treat-populationen, var incidensen av allvarlig hypoglykemi 2,7% hos sitagliptin-behandlade patienter och 2,5% hos placebo-behandlade patienter. Bland patienter som inte använde insulin och/eller ett sulfonylurealäkemedel vid studiestart, var incidensen av allvarlig hypoglykemi 1,0% hos sitagliptin-behandlade patienter och 0,7% hos placebo-behandlade

patienter. Incidensen av pankreatit (verifierade av studiekommittén) var 0,3% hos sitagliptin-behandlade patienter och 0,2% hos placebo-behandlade.

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, www.lakemedelsverket.se. Postadress

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Överdoser

I kontrollerade kliniska studier med friska försökspersoner administrerades engångsdoser om 800 mg sitagliptin. Minimala ökning av QTc, vilka inte ansågs kliniskt betydelsefulla, observerades i en studie med 800 mg sitagliptin. Det finns ingen erfarenhet av högre doser än 800 mg i kliniska studier. I fas I studier med multipla doser, observerades inga kliniska dosrelaterade biverkningar med sitagliptin med doser upp till 600 mg per dag under perioder om upp till 10 dagar respektive 400 mg per dag under perioder om upp till 28 dagar.

I händelse av överdosering är det skäligt att vidtaga vanliga stödjande åtgärder, t ex avlägsna icke-absorberade ämnen från magtarmkanalen, iaktta klinisk övervakning (inkluderande EKG) och att vid behov påbörja stödjande behandling.

Sitagliptin är i mindre utsträckning dialyserbart. I kliniska studier avlägsnades ca 13,5 % av given dos under 3-4 timmars hemodialys. Om det är kliniskt lämpligt, kan längre hemodialys övervägas. Det är inte känt om sitagliptin kan dialyseras genom peritonealdialys.

Farmakodynamik

Verkningsmekanism

Januvia tillhör den klass perorala antihyperglykemiska substanser som kallas DPP-4-hämmare (dipeptidylpeptidas-4-hämmare). Den förbättring av glykemisk kontroll som observerats med sitagliptin torde medieras av ökade nivåer av aktiva inkretinhormoner. Inkretiner, såsom glukagonlik peptid-1 (GLP-1) och glukosberoende insulinotropisk polypeptid (GIP), frigörs från tarmen under hela dygnet och nivåerna ökar som svar på måltid. Inkretinerna utgör delar av ett endogent system som deltar i den fysiologiska regleringen av glukoshomeostasen. När blodglukosnivåerna är normala eller förhöjda, ökar GLP-1 och GIP insulinsyntesen samt insulinfrisättningen från betaceller i bukspottkörteln via intracellulära signalsystem som involverar cykliskt AMP. Behandling med GLP-1 eller DPP-4-hämmare visade i djurmodeller med typ 2-diabetes förbättring av betacellernas förmåga att svara på glukos och att stimulera syntes och frisättning av insulin. Vid högre insulinnivåer ökar upptaget av glukos i vävnad. GLP-1 sänker dessutom glukagonsekretionen från alfaceller i bukspottkörteln. Sänkta glukagonkoncentrationer tillsammans med högre insulin nivåer leder till minskad glukosproduktion i levern, vilket resulterar i minskade blodglukosnivåer. Effekten av GLP-1 och GIP är glukosberoende dvs GLP-1 stimulerar inte insulinfrisättning och hämmar inte glukagonutsöndring när blodglukoskoncentrationen är

låg. Både GLP-1 och GIP ökar stimulering av insulinfrisättning när glukosnivåerna stiger över det normala. Det normala glukagonsvaret på hypoglykemi försämras inte av GLP-1. Aktiviteten av GLP-1 och GIP begränsas av enzymet DPP-4, vilket snabbt hydrolyserar inkretiner till inaktiva substanser. Sitagliptin förhindrar att inkretiner hydrolyseras av enzymet DPP-4 och ökar därigenom plasmakoncentrationen av de aktiva formerna av GLP-1 och GIP. Genom att höja nivåerna av aktiva inkretiner ger sitagliptin en glukosberoende ökning av insulinfrisättning och minskning av glukagonnivåerna. Hos patienter med typ 2-diabetes med hyperglykemi, leder dessa förändringar av insulin- och glukagonnivåer till lägre hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) samt lägre fasteglukos och postprandiell glukoskoncentration. Den glukosberoende mekanismen för sitagliptin skiljer sig från mekanismen för sulfonureider, vilken ökar insulinfrisättning även då glukosnivåerna är låga och kan leda till hypoglykemi hos patienter med typ 2-diabetes och hos friska patienter. Sitagliptin är en potent och mycket selektiv hämmare av DPP-4 men hämmar inte de närbesläktade enzymerna DPP-8 eller DPP-9 vid terapeutiska koncentrationer.

I en 2-dagars studie med friska individer ökade sitagliptin i monoterapi koncentrationen av aktivt GLP-1 medan metformin i monoterapi ökade koncentrationen av aktivt GLP-1 och totalkoncentrationen av GLP-1 i likvärdig utsträckning. Samtidig behandling med sitagliptin och metformin gav en additiv effekt på koncentrationen av aktivt GLP-1. Sitagliptin, men inte metformin, ökade koncentrationen av aktivt GIP.

Klinisk effekt och säkerhet

Totalt sett förbättrade sitagliptin den glykemiska kontrollen när det gavs som monoterapi eller som kombinationsbehandling (se Tabell 2).

Två studier genomfördes för att utvärdera effekt och säkerhet av monoterapi med sitagliptin. Behandling med sitagliptin 100 mg en gång dagligen i monoterapi jämfört med placebo i två studier, 18 respektive 24 veckor långa, resulterade i signifikanta förbättringar av HbA_{1c}, fasteglukos i plasma (faste-P-glukos) och postprandiellt glukos efter 2 timmar. En förbättring sågs av surrogatmarkörer för betacellsfunktionen, såsom HOMA-β (Homeostasis Model Assessment-β), kvoten proinsulin/insulin samt betacellssvar mätt med måltidstoleranstest med frekvent provtagning. Förekomsten av hypoglykemi hos patienter som behandlades med sitagliptin var densamma som för placebo. Vid behandling med sitagliptin ökade inte kroppsvikten i förhållande till utgångsvärdet i någon av studierna, att jämföras med en liten minskning för de patienter som fick placebo.

Sitagliptin 100 mg en gång dagligen gav signifikanta förbättringar av glykemiska parametrar jämfört med placebo i två 24-veckors studier med sitagliptin som tilläggsbehandling, en i kombination med metformin och en i kombination med pioglitazon. Skillnaden från utgångsvärdet för kroppsvikt var likvärdig hos patienter behandlade med sitagliptin jämfört med placebo. I dessa studier rapporterades en likvärdig förekomst av hypoglykemi hos patienter behandlade med sitagliptin jämfört med placebo.

En 24-veckors placebokontrollerad studie var utformad för att utvärdera effekt och säkerhet av sitagliptin (100 mg en gång dagligen) som tillägg till glimepirid i monoterapi eller glimepirid i

kombination med metformin. Tillägg av sitagliptin till antingen glimepirid i monoterapi eller till glimepirid och metformin gav signifikanta förbättringar av glykemiska parametrar. Patienter som behandlades med sitagliptin visade en liten viktökning jämfört med patienter som fått placebo.

En 26 veckors placebokontrollerad studie var utformad för att utvärdera effekt och säkerhet av sitagliptin (100 mg en gång dagligen) som tillägg till pioglitazon i kombination med metformin. Tillägg av sitagliptin till pioglitazon och metformin gav signifikanta förbättringar av glykemiska parametrar. Förändring från utgångsvärdet för kroppsvikt var likvärdig hos patienter som behandlades med sitagliptin jämfört med placebo. Förekomsten av hypoglykemi var också likvärdig hos patienter som behandlades med sitagliptin jämfört med placebo.

En 24-veckors placebokontrollerad studie var utformad för att utvärdera effekt och säkerhet av sitagliptin (100 mg en gång dagligen) som tillägg till insulin (med en stabil dosering under minst 10 veckor) med eller utan metformin (minst 1 500 mg). Hos patienter som fick mixinsulin (tvåfasinsulin) var den genomsnittliga dagliga dosen 70,9 IE/dag. Hos patienter som fick medellång- eller långverkande insulin var den genomsnittliga dagliga dosen 44,3 IE/dag. Tillägg av sitagliptin till insulin gav signifikanta förbättringar av glykemiska parametrar. Ingen betydelsefull förändring från utgångsvärdet för kroppsvikt observerades i någon av grupperna.

I en 24-veckors placebokontrollerad studie med inledande behandling, gav sitagliptin 50 mg två gånger dagligen i kombination med metformin (500 mg eller 1 000 mg två gånger

dagligen) signifikanta förbättringar av glykemiska parametrar jämfört med sitagliptin eller metformin i monoterapi. Minskningen i kroppsvikt med kombinationen sitagliptin och metformin var i nivå med den som sågs för metformin i monoterapi eller placebo: man såg ingen skillnad från utgångsvärdet för kroppsvikt hos patienter med sitagliptin i monoterapi. Förekomsten av hypoglykemi var likvärdig i alla behandlingsgrupper.

Tabell 2. HbA_{1c} resultat i placebokontrollerade studier med monoterapi och kombinationsbehandling*

Studie	Genomsnittligt utgångsvärde HbA _{1c} (%)	Genomsnittlig förändring av HbA _{1c} (%)† jämfört med utgångsvärdet	Placebokorrigerad genomsnittlig förändring av HbA _{1c} (%)† (95 % KI)
Monoterapistudier			
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen [§] (N=193)	8,0	-0,5	-0,6 [‡] (-0,8; -0,4)
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen [¶] (N=229)	8,0	-0,6	-0,8 [‡] (-1,0; -0,6)
Kombinationsbehandlingsstudier			
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen som			

tillägg till pågående metforminbehandling% (N=453)	8,0	-0,7	-0,7 [‡] (-0,8; -0,5)
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen som tillägg till pågående pioglitazonbehandling% (N=163)	8,1	-0,9	-0,7 [‡] (-0,9; -0,5)
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen som tillägg till pågående glimepiridbehandling% (N=102)	8,4	-0,3	-0,6 [‡] (-0,8; -0,3)
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen som tillägg till pågående glimepirid + metforminbehandling% (N=115)	8,3	-0,6	-0,9 [‡] (-1,1; -0,7)
			-0,7 [‡]

Sitagliptin 100 mg en gång dagligen som tillägg till pågående pioglitazon + metformin-beha ndling [#] (N=152)	8,8	-1,2	(-1,0; -0,5)
Inledande behandling (två gångar dagligen) [%] : Sitagliptin 50 mg + metformin 500 mg (N=183)	8,8	-1,4	-1,6 [‡] (-1,8; -1,3)
Inledande behandling (två gångar dagligen) [%] : Sitagliptin 50 mg + metformin 1000 mg (N=178)	8,8	-1,9	-2,1 [‡] (-2,3; -1,8)
Sitagliptin 100 mg en gång dagligen som			

tillägg till pågående insulin- (+/- metformin) behandling [%] (N =305)	8,7	-0,6 [¶]	-0,6 ^{‡¶} (-0,7; -0,4)
---	-----	-------------------	------------------------------------

* ITT population (en intention-to-treat analys).

† minsta kvadratmetoden justerat för tidigare antihyperglykemisk behandlingsstatus och utgångsvärde.

‡ p<0,001 jämfört med placebo eller placebo + kombinationsbehandling.

§ HbA_{1c} (%) vid vecka 18.

% HbA_{1c} (%) vid vecka 24.

HbA_{1c} (%) vid vecka 26.

¶ minsta kvadratmetoden justerat för behandling med metformin vid besök 1 (ja/nej), behandling med insulin vid besök 1 (mixinsulin [tvåfasinsulin], medellång- eller långverkande insulin) och utgångsvärde. Stratifiering (metformin- och insulinanvändning) visade ingen signifikans (p>0,10).

En 24-veckors studie med aktiv kontroll (metformin) var utformad för att utvärdera effekt och säkerhet av sitagliptin 100 mg en gång dagligen (N=528) jämfört med metformin (N=522) hos patienter där diet och motion inte givit tillfredsställande glykemisk kontroll och vilka inte stod på antiglykemisk behandling (obehandlade under minst 4 månader). Den genomsnittliga dosen av metformin var cirka 1 900 mg dagligen. Sänkningen av HbA_{1c} från

genomsnittliga utgångsvärden på 7,2 % var -0,43 % i sitagliptingruppen och -0,57 % i metformingruppen (per protokoll-analys). Den totala förekomsten av gastrointestinala biverkningar som bedömdes vara läkemedelsrelaterade hos patienter som behandlades med sitagliptin var 2,7 % jämfört med 12,6 % hos patienter som behandlades med metformin. Förekomsten av hypoglykemi visade ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupperna (sitagliptin, 1,3 %; metformin, 1,9 %). Kroppsvikt minskade från utgångsvärdet i båda grupperna (sitagliptin, -0,6 kg; metformin -1,9 kg).

I en studie som jämförde effekt och säkerhet vid tillägg av sitagliptin 100 mg en gång dagligen eller glipizid (en sulfonureid) till patienter med otillräcklig glykemisk kontroll med metformin i monoterapi, var sitagliptin likvärdig jämfört med glipizid vad gäller sänkning av HbA_{1c}. Den genomsnittliga glipiziddosen i jämförelsegruppen var 10 mg dagligen, cirka 40 % av patienterna behövde en glipiziddos på ≤5 mg/dag studien igenom. Det var dock fler patienter i sitagliptingruppen än i glipizidgruppen som avbröt behandlingen på grund av utebliven effekt. Patienter behandlade med sitagliptin uppvisade en signifikant minskning från utgångsvärdet för kroppsvikt jämfört med en signifikant ökning för patienter som fick glipizid (-1,5 kg jämfört med +1,1 kg). I denna studie användes en effektmarkör för insulinsyntes och insulinfrisättning, förhållandet mellan proinsulin och insulin, detta förhållande förbättrades med sitagliptin- och försämrades med glipizidbehandling. Förekomsten av hypoglykemi var signifikant lägre i gruppen som fick sitagliptin (4,9 %) än i den grupp som fick glipizid (32,0 %).

En 24-veckors placebokontrollerad studie omfattande 660 patienter var utformad för att utvärdera insulinsparande effekt och säkerhet av sitagliptin (100 mg en gång dagligen) som tillägg till insulin glargin med eller utan metformin (minst 1 500 mg) vid intensifierad insulinbehandling. Utgångsvärde för HbA_{1c} var 8,74 % och för insulindos 37 IE/dag. Patienterna instruerades att titrera sin insulin glargindos baserat på kapillärt fasteglukosvärde. Vid vecka 24 var ökningen av den dagliga insulindosen 19 IE/dag hos patienter som behandlades med sitagliptin och 24 IE/dag hos patienter som behandlades med placebo. Minskningen av HbA_{1c} hos patienter som behandlades med sitagliptin och insulin (med eller utan metformin) var -1,31 % jämfört med -0,87 % hos patienter som behandlades med placebo och insulin (med eller utan metformin), en skillnad på -0,45 % [95 % KI: -0,60, -0,29]. Förekomsten av hypoglykemi var 25,2 % hos patienter som behandlades med sitagliptin och insulin (med eller utan metformin) och 36,8 % hos patienter som behandlades med placebo och insulin (med eller utan metformin). Skillnaden berodde främst på att en högre andel av patienterna i placebogrupperna upplevde 3 eller fler episoder av hypoglykemi (9,4 % jämfört med 19,1 %). Det var ingen skillnad i förekomst av allvarlig hypoglykemi.

En studie som jämförde sitagliptin 25 mg eller 50 mg en gång dagligen med glipizid 2,5 till 20 mg/dag genomfördes på patienter med måttligt till kraftigt nedsatt njurfunktion. Denna studie omfattade 423 patienter med kronisk njursjukdom (beräknad glomerulär filtreringshastighet <50 ml/min). Efter 54 veckor var den genomsnittliga minskningen från utgångsvärdet av HbA_{1c} -0,76 % med sitagliptin och -0,64 % med glipizid (per protokoll analys). I denna studie med sitagliptin 25 mg eller 50 mg en gång

dagligen var effekt och säkerhetsprofil i allmänhet likvärdig den som observerats i andra monoterapistudier hos patienter med normal njurfunktion. Förekomsten av hypoglykemi i sitagliptingruppen (6,2 %) var signifikant lägre än i glipizidgruppen (17,0 %). Det fanns också en signifikant skillnad mellan grupperna med avseende på förändring från utgångsvärdet för kroppsvikt (sitagliptin -0,6 kg, glipizid +1,2 kg).

En annan studie som jämförde sitagliptin 25 mg en gång dagligen med glipizid 2,5 till 20 mg/dag genomfördes på 129 patienter med kronisk njursjukdom (ESRD) som fick dialys. Efter 54 veckor var den genomsnittliga minskningen från utgångsvärdet av HbA_{1c} -0,72 % med sitagliptin och -0,87 % med glipizid. I denna studie med sitagliptin 25 mg en gång dagligen, var effekt och säkerhetsprofil i allmänhet likvärdig den som observerats i andra monoterapistudier hos patienter med normal njurfunktion. Det var ingen signifikant skillnad i förekomst av hypoglykemi mellan behandlingsgrupperna (sitagliptin 6,3 %, glipizid 10,8 %).

I en annan studie omfattande 91 patienter med typ 2-diabetes och kronisk njursjukdom (kreatininclearance <50 ml/min) var säkerhet och tolerans vid behandling med sitagliptin 25 mg eller 50 mg en gång dagligen i allmänhet likvärdig den för placebo. Efter 12 veckor var den genomsnittliga minskningen av HbA_{1c} (sitagliptin -0,59 %, placebo -0,18 %) och faste-P-glukos (sitagliptin -25,5 mg/dl, placebo -3,0 mg/dl) dessutom i allmänhet likvärdig den minskning som observerats i andra monoterapistudier hos patienter med normal njurfunktion (se Farmakokinetik).

TECOS var en randomiserad studie med 14 671 patienter i intention-to treat-populationen med HbA_{1c} $\geq 6,5$ till 8,0% (48 mmol/mol – 64 mmol/mol) och fastställd kardiovaskulär sjukdom som fick sitagliptin (7 332) 100 mg dagligen (eller 50 mg dagligen om utgångsvärdet för eGFR var ≥ 30 och < 50 ml/min/1,73 m²) eller placebo (7 339) i tillägg till sedvanlig behandling för att uppnå regionala målnivåer för HbA_{1c} och kardiovaskulära riskfaktorer.

Patienter med eGFR < 30 ml/min/1,73 m² fick inte inkluderas i studien. Studiepopulationen omfattade 2 004 patienter 75 år eller äldre och 3 324 patienter med nedsatt njurfunktion (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²).

Under studiens lopp var den beräknade totala skillnaden i medelvärde (SD) för HbA_{1c} mellan sitagliptin och placebogrupperna 0,29% (0,01), 95% KI (-0,32, -0,27); $p < 0,001$.

Det primära kardiovaskulära effektmåttet var sammansatt av den första förekomsten av kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt, icke-fatal stroke eller sjukhusinläggning för instabil angina. Sekundära kardiovaskulära effektmåttet omfattade den första förekomsten av kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke; första förekomst av den enskilda komponenten i den primärt sammansatta; mortalitet oavsett orsak samt sjukhusinläggning för kronisk hjärtsvikt.

Efter en genomsnittlig uppföljning på 3 år, ökade inte sitagliptin risken för större kardiovaskulära händelser eller risken för sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt när tillagt till sedvanlig behandling, jämfört med sedvanlig behandling utan sitagliptin, hos patienter med typ 2-diabetes (tabell 3).

Tabell 3. Frekvens av sammansatta kardiovaskulära utfall och viktigaste sekundära utfall

	Sitagliptin 100 mg		Placebo		Riskkvot (95% KI)	p-värde [†]
	N (%)	Incidensen per 100 patientår *	N (%)	Incidensen per 100 patientår *		
Analys av intention-to-treat-populationen						
Antal patienter	7 332		7 339			<0,001
Primärt sammansatt effektmått (Kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt, icke-fatal stroke eller sjukhusinläggning)	839 (11,4)	4,1	851 (11,6)	4,2		

	Sitagliptin 100 mg		Placebo		Riskkvot (95% KI)	p-värde [†]
	N (%)	Incidensen per 100 patientår *	N (%)	Incidensen per 100 patientår *		
g för instabil angina)					0,98 (0,89-1, 08)	
Sekundä rt samman satt effektmå tt (Kardiov askulär död, icke-fatal hjärtinfar kt eller icke-fatal stroke)	745 (10,2)	3,6	746 (10,2)	3,6	0,99 (0,89-1, 10)	<0,001
Sekundära utfall						
Kardiova skulär död	380 (5,2)	1,7	366 (5,0)	1,7	1,03 (0,89-1,1 9)	0,711
Samtliga hjärtinfar kter (fatala	300 (4,1)	1,4	316 (4,3)	1,5	0,95 (0,81-1, 11)	0,487

	Sitagliptin 100 mg		Placebo		Riskkvot (95% KI)	p-värde [†]
	N (%)	Incidensen per 100 patientår *	N (%)	Incidensen per 100 patientår *		
och icke-fatala)						
Samtliga stroke (fatale och icke-fatale)	178 (2,4)	0,8	183 (2,5)	0,9	0,97 (0,79-1,19)	0,760
Sjukhusinläggning för instabil angina	116 (1,6)	0,5	129 (1,8)	0,6	0,90 (0,70-1,16)	0,419
Död, oavsett orsak	547 (7,5)	2,5	537 (7,3)	2,5	1,01 (0,90-1,14)	0,875
Sjukhusinläggning för hjärtsvikt ‡	228 (3,1)	1,1	229 (3,1)	1,1	1,00 (0,83-1,20)	0,983

* Incidensen per 100 patientår är beräknad som $100 \times$ (totala antalet patienter med ≥ 1 händelse under passande exponeringsperiod per totala antalet patientår av uppföljning).

† Baserat på en Cox-modell stratifierad för region. För sammansatta effektmått svarar p-värdet mot ett test av non-inferiority avsedd att visa att riskkvoten är mindre än 1,3. För alla andra effektmått svarar p-värdet mot ett test av skillnader i riskfrekvenser.

‡ Analysen av sjukhusinläggning för hjärtsvikt justerades för förekomst av hjärtsvikt vid studiestart.

Pediatrik population

Europeiska läkemedelsmyndigheten har senarelagt kravet att skicka in studieresultat för Januvia för en eller flera grupper av den pediatrika populationen för diabetes mellitus typ 2 (se Dosering för information om pediatrik användning).

Farmakokinetik

Absorption

Efter peroral administrering av en 100 mg dos till friska personer, absorberades sitagliptin snabbt och maximal plasmakoncentration (medianvärdet för T_{\max}) uppnåddes efter 1-4 timmar.

Genomsnittlig

AUC för sitagliptin i plasma var $8,52 \mu\text{M} \times \text{tim}$, C_{\max} var 950 nM.

Den absoluta biotillgängligheten för sitagliptin är ca 87 %. Januvia kan intas med eller utan föda, eftersom samtidigt intag av fettrik måltid och sitagliptin inte har någon effekt på farmakokinetiken.

AUC för sitagliptin i plasma ökade proportionellt mot dosen.

Dosproportionalitet kunde inte fastställas för C_{\max} och $C_{24\text{tim}}$ (C_{\max}

ökade mer och $C_{24\text{tim}}$ minskade mindre än vad som kan förväntas vid dosproportionalitet).

Distribution

Efter en intravenös engångsdos av 100 mg sitagliptin till friska individer är den genomsnittliga distributionsvolymen vid steady state ca 198 liter. Den andel sitagliptin som är bunden till plasmaproteiner är låg (38 %).

Metabolism

Sitagliptin elimineras huvudsakligen oförändrat i urinen (cirka 79 %) och metaboliseras i liten utsträckning.

Efter en peroral dos av [C_{14}]-sitagliptin, utsöndrades ca 16 % av radioaktiviteten som metaboliter av sitagliptin. Spårmängder av sex metaboliter detekterades, men dessa förväntas inte bidra till den DPP-4-hämmande aktiviteten av sitagliptin i plasma. *In vitro* studier tyder på att det enzym som huvudsakligen svarar för den begränsade metabolismen av sitagliptin är CYP3A4 med medverkan av CYP2C8.

In vitro data visade att sitagliptin inte är en hämmare av CYP-isoenzymerna CYP3A4, 2C8, 2C9, 2D6, 1A2, 2C19 eller 2B6 och inducerar inte CYP3A4 och CYP1A2.

Eliminering

Efter en peroral dos av [C_{14}]-sitagliptin till friska individer utsöndrades ca 100 % av den administrerade radioaktiviteten i faeces (13 %) eller i urinen (87 %) inom 1 vecka efter intaget. Efter en 100 mg peroral dos av sitagliptin var den apparenta terminala t

$t_{1/2}$ ca 12,4 timmar. Sitagliptin ackumuleras endast i mindre utsträckning vid upprepad dosering. Renalt clearance var ca 350 ml/min.

Eliminationen av sitagliptin sker huvudsakligen via renal utsöndring och med inslag av aktiv tubulär sekretion. Sitagliptin är substrat för human organisk anjontransportör-3 (hOAT-3), vilken eventuellt är involverad i den renala eliminationen av sitagliptin. Den kliniska betydelsen av hOAT-3 för transporten av sitagliptin har inte fastställts. Sitagliptin är även ett substrat för p-glykoprotein, som också kan vara inblandat i den renala eliminationen av sitagliptin. Ciklosporin, en hämmare av p-glykoprotein, minskade emellertid inte renalt clearance av sitagliptin. Sitagliptin utgör inget substrat för OCT2- eller OAT1- eller PEPT1/2-transportörer. *In vitro* hämmade inte sitagliptin transporten medierad av OAT3 (IC₅₀=160 µM) eller p-glykoprotein (upp till 250 µM) vid terapeutiskt relevanta plasmakoncentrationer. I en klinisk studie hade sitagliptin ringa effekt på digoxinplasmakoncentrationer vilket antyder att sitagliptin kan vara en svag hämmare av p-glykoprotein.

Särskilda patientgrupper

Farmakokinetiken för sitagliptin hos patienter med typ 2-diabetes var i allmänhet jämförbar med den hos friska individer.

Nedsatt njurfunktion: En öppen studie med engångsdosering genomfördes för att utvärdera farmakokinetiken för en sänkt dos av sitagliptin (50 mg) hos patienter med varierande grad av nedsatt njurfunktion jämfört med normala friska kontrollpersoner. I studien inkluderades patienter med lätt, måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion, samt patienter med kronisk njursjukdom (ESRD) med hemodialysbehandling. Med

populationsfarmakokinetiska analyser utvärderades även effekterna av nedsatt njurfunktion på farmakokinetiken av sitagliptin hos patienter med typ 2-diabetes och lätt, måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (inklusive kronisk njursjukdom, ESRD).

Jämfört med normala friska kontrollpersoner ökade plasma-AUC för sitagliptin ca 1,2-faldigt respektive 1,6-faldigt hos patienter med lätt nedsatt njurfunktion ($GFR \geq 60$ till <90 ml/min) och hos patienter med måttligt nedsatt njurfunktion ($GFR \geq 45$ till <60 ml/min). Eftersom ökningarna av denna storlek inte är kliniskt relevanta, behövs inte dosjustering hos dessa patienter.

Plasma-AUC för sitagliptin ökade ca 2-faldigt hos patienter med måttligt nedsatt njurfunktion ($GFR \geq 30$ till <45 ml/min) och ca 4-faldigt hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion ($GFR <30$ ml/min) inkluderande patienter med kronisk njursjukdom (ESRD) med hemodialysbehandling. Sitagliptin avlägsnades i ringa grad genom hemodialys (13,5% under 3-4 timmars hemodialysbehandling påbörjad 4 timmar efter dosering). För att uppnå plasmakoncentrationer av sitagliptin jämförbara med dem hos patienter med normal njurfunktion, rekommenderas lägre doser till patienter med $GFR <45$ ml/min (se Dosering).

Nedsatt leverfunktion: Det behövs ingen dosjustering av Januvia till patienter med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion. (Child-Pugh score ≤ 9). Det finns ingen klinisk erfarenhet från patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh score >9). Eftersom sitagliptin huvudsakligen elimineras renalt, förväntas allvarligt nedsatt leverfunktion inte påverka sitagliptins farmakokinetik.

Äldre

Det behövs ingen dosjustering baserad på ålder. Ålder hade ingen kliniskt betydelsefull inverkan på farmakokinetiken för sitagliptin baserat på farmakokinetisk populationsanalys av data från fas I- och fas II-studier. Äldre personer (65-80 år) hade ca 19 % högre plasmakoncentrationer av sitagliptin jämfört med yngre personer.

Pediatrik population: Det har inte utförts några studier med Januvia hos barn.

Andra patientgrupper: Det behövs ingen dosjustering på grund av kön, ras eller kroppsmasseindex (BMI, Body Mass Index). Dessa variabler hade ingen kliniskt betydelsefull påverkan på sitagliptins farmakokinetik enligt en samanalys av data från flera fas I-studier och en populationsfarmakokinetisk analys av data från fas I- och fas II-studier.

Prekliniska uppgifter

Njur- och levertoxicitet observerades hos gnagare vid en systemisk exponeringsnivå som var 58 gånger den humana exponeringen, medan det däremot inte sågs någon toxisk effekt vid exponering som var 19 gånger högre än den humana nivån.

Framtandsabnormaliteter observerades hos råttor vid exponeringsnivåer som var 67 gånger den kliniska exponeringen; exponeringsnivån där ingen effekt sågs för denna abnormalitet är 58 gånger enligt 14-veckorsstudien på råttor. Dessa fynds betydelse för människa är inte känd. Övergående behandlingsrelaterade fysiska tecken, av vilka en del tyder på neural toxicitet, såsom andning med öppen mun, salivavsöndring, vit skummande emes, ataxi, skakningar, minskad aktivitet och/eller krökt kroppshållning, observerades hos hundar vid exponeringsnivåer som var ca

23 gånger den kliniska nivån. Dessutom observerades histologiskt även mycket lätt till lätt degeneration av skelettmuskulaturen vid doser som resulterade i systemiska exponeringsnivåer som var ca 23 gånger den humana exponeringsnivån. För dessa fynd var exponeringsnivån där ingen sådan effekt sågs 6 gånger den kliniska exponeringsnivån.

Sitagliptin har inte visats vara genotoxiskt i prekliniska studier. Sitagliptin var inte karcinogent hos möss. Hos råttor observerades en ökad förekomst av adenom och karcinom i levern vid systemiska exponeringsnivåer som var 58 gånger den humana exponeringen. Eftersom levertoxicitet har visats korrelera med induktion av hepatisk neoplasia hos råttor, var den ökade förekomsten av levertumörer hos råttor troligtvis sekundär till kronisk levertoxicitet vid denna höga dos. På grund av den höga säkerhetsmarginalen (ingen effekt sågs vid 19 gånger klinisk exponeringsnivå), bedöms inte dessa neoplastiska förändringar vara relevanta för människa.

Det observerades ingen negativ effekt på fertiliteten hos han- och honråttor som fick sitagliptin före och under parningsperioden. I en pre-/postnatal utvecklingsstudie som utfördes på råttor visade sitagliptin inga negativa effekter.

Reproduktionstoxikologiska studier på råttor visade på en lätt behandlingsrelaterad ökning i förekomst av fetal revbensmissbildning (frånvarande, hypoplastiska och vågformade revben) hos avkomman vid systemiska exponeringsnivåer som var mer än 29 gånger den humana exponeringen. Maternell toxicitet observerades hos kaniner vid mer än 29 gånger den humana exponeringsnivån. På grund av den höga säkerhetsmarginalen,

tyder dessa fynd inte på någon relevant risk för human fortplantning. Sitagliptin utsöndras i avsevärda mängder i mjölken hos digivande råttor (mjölk/plasma-förhållande: 4:1).

Innehåll

Varje tablett innehåller: sitagliptinfosfatmonohydrat motsvarande 50 mg sitagliptin, cellulosa, mikrokristallin (E460), kalciumvätefosfat, vattenfri (E341), kroskarmellosnatrium (E468), magnesiumstearat (E470b), natriumstearylfumarat, poly(vinylalkohol), makrogol 3350, talk (E553b), titandioxid (E171), röd järnoxid (E172), gul järnoxid (E172).

Miljöpåverkan

Sitagliptin

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

Nedbrytning: Sitagliptin är potentiellt persistent.

Bioackumulering: Sitagliptin har låg potential att bioackumuleras.

Detaljerad miljöinformation

Environmental Risk Classification

Predicted Environmental Concentration (PEC)

PEC is calculated according to the following formula:

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

$$PEC = 0.21 \mu\text{g/L}$$

Where:

A = 1379 kg (total sold amount API in Sweden year 2015, data from IMS Health).

R = 0 % removal rate (worst case assumption)

P = number of inhabitants in Sweden = $9 \cdot 10^6$

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

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

Predicted No Effect Concentration (PNEC)

Ecotoxicological studies

Green Algae (Pseudokirchneriella subcapitata) (OECD 201) (Ref. II):

EC₅₀ 72 h (growth rate) > 39 mg/L

NOEC = 0.84 mg/L

Crustacean, water flea (Daphnia magna):

Acute toxicity

EC₅₀ 48 h (immobility) = 60 mg/L (OECD 202) (Ref. III)

NOEC = 25 mg/L

Chronic toxicity

NOEC 21 day (survival, reproduction, and growth) = 9.8 mg/L (OECD 211) (Ref. IV)

No effects seen up to highest concentration tested

Fish, fathead minnow (Pimephales promelas):

Acute toxicity

LC₅₀ 96 h (mortality) > 100 mg/L (OECD 203) (Ref.V)

NOEC = 100 mg/L

No effects seen up to highest concentration tested

Chronic toxicity

NOEC 33 days (percent live normal fry, total length and dry weight)
= 9.2 mg/L (OECD 210) (Ref. VI)

No effects seen up to highest concentration tested

PNEC = 84 µg/L (840 µg/L/ 10 based on the most sensitive chronic
NOEC for the green algae with an assessment factor (AF) of 10)

Environmental risk classification (PEC/PNEC ratio)

PEC/PNEC = 0.21/84 = 0.002, i.e. PEC/PNEC ≤ .1 which justifies the
phrase "Use of sitagliptin has been considered to result in
insignificant environmental risk."

Degradation

Biotic degradation

Test results 7 % degradation in 28 days (OECD 302B). (Ref. VII)

- Test results 75% elimination (loss of parent) at Day 28, 40% evolved as CO₂.

DT₅₀ for loss of parent = 21.1 hours; DT₅₀ for CO₂ production
= 108 days. (OECD 314). (Ref VIII)

Abiotic degradation

Hydrolysis:

No significant degradation (Half life = 895 days at pH 7) (OECD 111). (Ref. IX)

Photolysis:

No potential for phototransformation between 295 and 800 nm (OECD 316). (Ref. X)

Justification of chosen degradation phrase:

Sitagliptin is slightly biodegradable in biological systems and does not meet the criteria for ready degradability (70% degradation in 7 days criterion was not met). In addition, the half-life in sludge for mineralization (108 days) is greater than the REACH persistence criterion for water (>40 days), although less than the criterion for sediment (>120 days). Sitagliptin does not undergo hydrolysis or photolysis, therefore the phrase "Sitagliptin is potentially persistent in the environment" was thus chosen.

Bioaccumulation

Partitioning coefficient:

Log K_{ow} = -0.03 at pH 7 (OECD 107). (Ref.XI)

Justification of chosen bioaccumulation phrase:

Since $\log K_{ow} < 4$ at pH 7, the substance has low potential for bioaccumulation.

References

I. ECHA, European Chemicals Agency. 2008 Guidance on information requirements and chemical safety assessment. http://guidance.echa.europa.eu/docs/guidance_document/information_

- II. Wildlife International, 2009. "Sitagliptin: A 96-Hour Toxicity Test with the Freshwater Alga (*Pseudokirchneriella subcapitata*)," Project No., 105A-187A, WIL, Easton, MD, USA, 01 June 2009.
- III. Toxikon Corporation, 2004. "MK-0431: Acute Toxicity to the Water Flea, *Daphnia magna*, Under Static Conditions," Study No., 04J0005a, Jupiter, FL, USA, 08 July 2004.
- IV. Wildlife International, 2006. "MK-0431: A Flow-Through Life-Cycle Toxicity Test with the Cladoceran (*Daphnia magna*)," Project No., 105A-146, WIL, Easton, MD, USA, 27 June 2006.
- V. Toxikon Corporation, 2004. "MK-0431: Acute Toxicity to Fathead Minnow, *Pimephales promelas*, Under Static Conditions," Study No., 04J0005b, Jupiter, FL, USA, 29 June 2004.
- VI. Wildlife International, 2006. "MK-0431: An Early Life-Stage Toxicity Test with the Fathead Minnow (*Pimephales promelas*)," Project No., 105A-147, WIL, Easton, MD, USA, 05 July 2006
- VII. Wildlife International, 2005. "MK-0431: An Evaluation of Inherent Biodegradability Using the Zahn-Wellens/EMPA Test," Project No., 105E-108, WIL, Easton, MD, USA, 07 December 2005.
- VIII. Wildlife International, 2009. "[14C] MK-0431: Biodegradation in Activated Sludge," Project No., 105E-146, WIL, Easton, MD, USA, 17 September 2009.

IX. Wildlife International, 2005. "MK-0431: An Evaluation of Hydrolysis as a Function of pH," Project No., 105C-102, WIL, Easton, MD, USA, 07 December 2005.

X. Wildlife International, 2005. " Phototransformation Potential of MK-0431," Project No., 105C-103, WIL, Easton, MD, USA, 02 December 2005.

XI. Wildlife International, 2009. "Determination of n-Octanol/Water Partition Coefficient of MK-0431 by the Shake Flask Method," Project No., 105C-118, WIL, Easton, MD, USA, 27 January 2009.

Hållbarhet, förvaring och hantering

Ej använt läkemedel och avfall ska kasseras enligt gällande anvisningar.

Förpackningsinformation

Filmdragerad tablett 50 mg Rund, ljusbeige, märkt 112 på ena sidan

28 tablett(er) blister, 333:71, (F)

98 tablett(er) blister, 1169:27, (F)

Följande produkter har även paralleldistribuerade förpackningar:
Filmdragerad tablett 50 mg