

Prasugrel Mylan

Mylan

Filmdragerad tablett 10 mg

(Tillhandahålls för närvarande ej) (Beige, filmdragerad, kapselformad, bikonvex tablett, med måtten 11,15 × 5,15 mm, präglad med "PH4" på ena sidan av tabletten och "M" på andra sidan.)

Antitrombotiska medel, trombocyt aggregationshämmare exkl. heparin

Aktiv substans:

Prasugrel

ATC-kod:

B01AC22

Läkemedel från Mylan omfattas av Läkemedelsförsäkringen.

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

Texten är baserad på produktresumé: 09/2018.

Indikationer

Prasugrel Mylan, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för förebyggande behandling av aterotrombotiska

händelser hos vuxna patienter med akuta koronara syndrom (dvs instabil angina, icke-ST-höjningsinfarkt (UA/NSTEMI) eller ST-höjningsinfarkt (STEMI) som genomgår primär eller fördröjd perkutan koronarintervention (PCI).

För ytterligare information se avsnitt farmakodynamik.

Kontraindikationer

Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt innehåll.

Aktiv patologisk blödning.

Tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA).

Gravt nedsatt leverfunktion (Child Pugh klass C).

Dosering

Dosering

Vuxna

Prasugrel Mylan ska inledas med en enstaka laddningsdos på 60 mg och sedan fortsätta med dosen 10 mg en gång om dagen. För UA/NSTEMI-patienter, som genomgår koronarangiografi inom 48 timmar efter sjukhusinläggning, skall laddningsdosen ges vid tidpunkten för PCI (se avsnitt varningar och försiktighet, biverkningar och farmakodynamik). Patienter som tar Prasugrel Mylan ska också få acetylsalicylsyra (ASA) (75 mg till 325 mg dagligen).

För tidigt avslutad behandling med trombocyttaggregationshämmande medel, inklusive Prasugrel Mylan, kan hos patienter med akuta koronara syndrom (ACS) som behandlas med PCI, resultera i en ökad risk för trombos,

myokardinfarkt eller död beroende på patientens bakomliggande sjukdom. Behandling upp till 12 månader rekommenderas, såvida inte ett avbrytande av behandlingen med Prasugrel Mylan är kliniskt indicerad (se avsnitt varningar och försiktighet och farmakodynamik).

Patienter ≥ 75 år

Användning av Prasugrel Mylan till patienter ≥ 75 år rekommenderas i allmänhet inte. Om det efter en noggrann individuell nytta/risk utredning av den förskrivande läkaren (se avsnitt varningar och försiktighet) bedöms nödvändigt att behandla denna patientgrupp på ≥ 75 år, bör en engångs laddningsdos på 60 mg följt av en lägre underhållsdos på 5 mg förskrivas. Patienter ≥ 75 år har större blödningsbenägenhet och högre exponering för prasugrels aktiva metabolit (se avsnitt varningar och försiktighet, biverkningar, farmakodynamik och farmakokinetik).

Patienter med kroppsvikt understigande 60 kg

Behandling med Prasugrel Mylan ska påbörjas med en engångs laddningsdos på 60 mg och sedan fortsätta med en dos på 5 mg en gång dagligen. Underhållsdosen på 10 mg rekommenderas inte. Detta beror på att patienter med en kroppsvikt under 60 kg har en ökad exponering för prasugrels aktiva metabolit och en ökad risk för blödning med en dos på 10 mg en gång dagligen jämfört med patienter med en kroppsvikt på 60 kg eller högre (se avsnitt varningar och försiktighet, biverkningar och farmakokinetik).

Nedsatt njurfunktion

Ingen dosjustering är nödvändig till patienter med nedsatt njurfunktion, inkluderande patienter med terminal njursjukdom (se avsnitt farmakokinetik). Det finns begränsad erfarenhet från

behandling av patienter med nedsatt njurfunktion (se avsnitt varningar och försiktighet).

Nedsatt leverfunktion

Ingen dosjustering är nödvändig till personer med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion (Child Pugh klass A och B) (se avsnitt farmakokinetik). Det finns begränsad erfarenhet från behandling av patienter med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion (se avsnitt varningar och försiktighet). Prasugrel Mylan är kontraindicerat till patienter med gravt nedsatt leverfunktion (Child Pugh klass C).

Pediatrik population

Säkerhet och effekt för Prasugrel Mylan för barn i åldern under 18 år har ännu inte fastställts. Begränsad data finns tillgänglig för barn med sicklecellanemi (se avsnitt farmakodynamik).

Administreringsätt

Prasugrel Mylan är till för oral användning. Det kan intas oberoende av måltid. Administrering av 60 mg prasugrel laddningsdos vid fasta kan ge den snabbast insättande effekten (se avsnitt farmakokinetik). Tabletterna får inte krossas eller brytas.

Varningar och försiktighet

Blödningsrisk

De viktigaste exklusionskriterierna i fas 3 studien (TRITON) innefattade ökad blödningsrisk, anemi, trombocytopeni, patologiska, intrakraniella fynd i anamnesen. Patienter med akuta koronara syndrom som genomgår PCI och som behandlats med prasugrel och ASA uppvisade en ökad risk för större och mindre blödning enligt klassificeringssystemet TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction). Därför bör användning av prasugrel till

patienter med ökad risk för blödning endast övervägas då fördelen med prevention av ischemiska händelser bedöms uppväga risken för allvarlig blödning. Detta berör särskilt följande patienter:

- ≥ 75 år (se nedan).
- med blödningsbenägenhet (t ex på grund av trauma eller operation under senaste tiden, nyligen inträffad eller återkommande gastrointestinal blödning eller aktivt peptiskt sår).
- med kroppsvikt understigande 60 kg (se avsnitt dosering och biverkningar). Till dessa patienter rekommenderas inte en 10 mg underhållsdos. En 5 mg underhållsdos ska användas.
- som samtidigt får läkemedel som kan öka risken för blödning, däribland orala antikoagulantia, klopido­gel, icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) och fibrinolytika.

För patienter med aktiv blödning där upphävande av den farmakologiska effekten av prasugrel är nödvändig kan trombocyttransfusion vara lämplig.

Användning av Prasugrel Mylan till patienter ≥ 75 år rekommenderas i allmänhet inte. Endast då en noggrann individuell nytta/risk utredning av den förskrivande läkaren visar att fördelen med prevention av ischemiska händelser uppväger risken för allvarlig blödning, kan behandling påbörjas med försiktighet. I den kliniska fas 3 studien hade dessa patienter en större risk för blödning, inkluderande fatal blödning, jämfört med patienter < 75 år. Om det förskrivs ska en lägre underhållsdos på 5 mg användas. Underhållsdosen på 10 mg rekommenderas inte (se avsnitt dosering och biverkningar).

Erfarenhet från behandling med prasugrel till patienter med nedsatt njurfunktion (inkluderande terminal njursjukdom, ESRD) och patienter med måttligt nedsatt leverfunktion är begränsad. Dessa patienter kan ha en ökad risk för blödning. Därför ska prasugrel användas med försiktighet till dessa patienter.

Patienterna ska informeras om att det kan ta längre tid än vanligt att stoppa en blödning då de tar prasugrel (tillsammans med ASA) och att de ska rapportera till läkaren om någon ovanlig blödning (ställe eller varaktighet) inträffar.

Blödningsrisk associerad med tidpunkten för laddningsdos vid NSTEMI

I en klinisk studie med NSTEMI-patienter (ACCOAST studien), där patienterna skulle genomgå koronarangiografi inom 248 timmar efter randomisering, ökade prasugrel laddningsdos, given i genomsnitt 4 timmar före koronarangiografi, risken för större och mindre blödningar i samband med ingreppet jämfört med laddningsdos given i samband med PCI. Därför skall laddningsdosen till UA/NSTEMI-patienter, som genomgår koronarangiografi inom 48 timmar, ges vid tidpunkten för PCI. (se avsnitt dosering, biverkningar och farmakodynamik)

Kirurgiska ingrepp

Patienterna ska rådas att informera läkare och tandläkare om att de tar prasugrel innan ett kirurgiskt ingrepp planeras och innan något nytt läkemedel tas i användning. Om en patient ska genomgå elektiv operation och en trombocyttaggregationshämmande effekt inte är önskvärd ska Prasugrel Mylan utsättas minst 7 dagar före operationen. Ökad blödningsfrekvens (trefaldig) och svårare blödning kan förekomma

hos patienter som genomgår kranskärlskirurgi (CABG) inom 7 dagar efter utsättning av prasugrel (se avsnitt biverkningar). Nyttan och risk med prasugrel ska noggrant övervägas hos patienter där koronaranatomien inte har bestämts och brådskande kranskärlskirurgi är en möjlighet.

Överkänslighet inklusive angioödem

Överkänslighetsreaktioner inklusive angioödem har rapporterats hos patienter som behandlas med prasugrel, inklusive patienter som tidigare fått överkänslighetsreaktioner av klopidogrel.

Övervakning avseende tecken på överkänslighet rekommenderas för patienter med känd allergi mot tienopyridiner (se avsnitt biverkningar).

Trombotisk Trombocytopen Purpura (TTP)

TTP har rapporterats vid användning av prasugrel. TTP är ett allvarligt tillstånd och kräver omedelbar behandling.

Hjälpämnen

Prasugrel Mylan innehåller azofärgämnet para-orange FCF aluminium lake (E110), vilket kan ge allergiska reaktioner.

Interaktioner

Warfarin

Samtidig administrering av Prasugrel Mylan och kumarinderivat, förutom warfarin, har inte undersökts. På grund av den potentiellt ökade risken för blödning ska samtidig administrering av warfarin (eller andra kumarinderivat) och prasugrel ske med försiktighet (se avsnitt varningar och försiktighet).

Icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID)

Samtidig administrering av icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) för kroniskt bruk har inte undersökts. På grund av den potentiellt ökade risken för blödning bör samtidig administrering av Prasugrel Mylan och NSAID-preparat för kroniskt bruk (inkluderande COX2hämmare) ske med försiktighet (se avsnitt varningar och försiktighet).

Prasugrel Mylan kan administreras samtidigt med läkemedel som metaboliseras med hjälp av cytokrom P450 enzymer (inkluderande statiner) och läkemedel som inducerar eller hämmar cytokrom P450 enzymer. Prasugrel Mylan kan också administreras samtidigt med ASA, heparin, digoxin och läkemedel som höjer pH i magsäcken, inkluderande protonpumpshämmare och H₂-receptorantagonister. Prasugrel har i den kliniska fas 3 studien getts samtidigt med lågmolekylärt heparin, bivalirudin och glykoprotein (GP) IIb/IIIa hämmare (ingen information föreligger angående vilken typ av GP IIb/IIIa hämmare som använts) utan tecken på kliniskt signifikanta negativa interaktioner, men några specifika interaktionsstudier har inte utförts.

Effekter av andra läkemedel på Prasugrel Mylan

Acetylsalicylsyra

Prasugrel Mylan är avsett att administreras tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA). Även om en farmakodynamisk interaktion med ASA är möjlig som kan medföra en ökad risk för blödning, har effekten och säkerheten av prasugrel visats hos patienter som samtidigt behandlats med ASA.

Heparin

En enstaka intravenös bolusdos av ofraktionerat heparin (100 E/kg) förändrade inte markant den prasugrelmedierade hämningen av trombocyttaggregationen. Likaledes förändrade prasugrel inte signifikant heparins effekt på koagulationsparametrarna. Därför kan båda läkemedlen administreras samtidigt. Det är möjligt att blödningsrisken ökar då Prasugrel Mylan administreras tillsammans med heparin.

Statiner

Atorvastatin (80 mg dagligen) förändrade inte farmakokinetiken av prasugrel och dess hämning av trombocyttaggregationen. Därför förväntas inte statiner som är substrat till CYP3A ha någon effekt på prasugrels farmakokinetik eller dess hämning av trombocyttaggregationen.

Läkemedel som höjer pH i magsäcken

Samtidig daglig administrering av ranitidin (en H₂-receptorantagonist) eller lansoprazol (en protonpumpshämmare) förändrade inte AUC och T_{max} av prasugrels aktiva metabolit men reducerade C_{max} med 14 % respektive 29 %. I den kliniska fas 3 studien administrerades prasugrel utan hänsyn till samtidig administrering av protonpumpshämmare eller H₂-receptorantagonist. Administrering av prasugrels laddningsdos på 60 mg utan samtidigt intag av protonpumpshämmare kan ge snabbast insättande effekt.

Hämmare av CYP3A

Ketokonazol (400 mg dagligen), en selektiv och potent hämmare av CYP3A4 och CYP3A5, påverkade inte prasugrel-medierad hämning av trombocyttaggregationen eller AUC och T_{max} av prasugrels aktiva metabolit men reducerade C_{max} med 34 % till 46

%. Därför förväntas inte CYP3A hämmare som azol antimykotika, HIV-proteashämmare, klaritromycin, telitromycin, verapamil, diltiazem, indinavir, ciprofloxacin och grapefruktjuice ha någon signifikant effekt på farmakokinetiken av den aktiva metaboliten.

Inducerare av cytokrom P450

Rifampicin (600 mg dagligen), en potent inducerare av CYP3A och CYP2B6 och en inducerare av CYP2C9, CYP2C19 och CYP2C8 förändrade inte signifikant prasugrels farmakokinetik. Därför förväntas inte kända CYP3A inducerare som rifampicin, karbamazepin och andra inducerare av cytokrom P450 ha någon signifikant effekt på den aktiva metabolitens farmakokinetik.

Prasugrel Mylans effekter på andra läkemedel

Digoxin

Prasugrel har ingen kliniskt signifikant effekt på digoxins farmakokinetik.

Läkemedel som metaboliseras med CYP2C9

Prasugrel hämmar inte CYP2C9 eftersom det inte påverkade farmakokinetiken av Swarfarin. På grund av ökad blödningsrisk ska samtidig administrering av warfarin och Prasugrel Mylan ske med försiktighet (se avsnitt varningar och försiktighet).

Läkemedel som metaboliseras med CYP2B6

Prasugrel är en svag hämmare av CYP2B6. Prasugrel reducerade exponeringen av hydroxibupropion, en CYP2B6-medierad metabolit av bupropion, hos friska försökspersoner med 23 %. Denna effekt kommer sannolikt endast få klinisk betydelse när prasugrel administreras med läkemedel för vilka CYP2B6 är det enda

metaboliska steget och som har ett smalt terapeutiskt fönster (t ex cyklofosamid, efavirenz).

Graviditet

Inga kliniska studier har utförts på gravida eller ammande kvinnor.

Djurstudier tyder inte på direkta skadliga effekter vad gäller graviditet, embryonal-/fosterutveckling, förlossning eller utveckling efter födsel (se avsnitt prekliniska uppgifter). Eftersom reproduktionsstudier på djur inte alltid kan förutsäga effekten på människa ska Prasugrel Mylan endast användas under graviditet om den potentiella nyttan för modern bedöms överstiga den potentiella risken för fostret.

Amning

Det är okänt om prasugrel utsöndras i human modersmjölk. Djurstudier har visat utsöndring av prasugrel i bröstmjölk. Användning av prasugrel under amning rekommenderas inte.

Fertilitet

Prasugrel hade ingen effekt på fertiliteten hos han- och honråttor vid orala doser upp till en exponering på 240 gånger den rekommenderade dagliga humana underhållsdosen (baserat på mg/m²).

Trafik

Prasugrel har ingen eller försumbar effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner.

Biverkningar

Sammanfattning av säkerhetsprofil

Säkerheten hos patienter med akuta koronara syndrom som genomgår PCI utvärderades i en klopidogrel-kontrollerad studie (TRITON) där 6741 patienter behandlades med prasugrel (60 mg laddningsdos och 10 mg underhållsdos en gång om dagen) i 14,5 månader (median), (5802 patienter behandlades i mer än 6 månader, 4136 patienter behandlades i mer än 1 år). Intag av studieläkemedlet avbröts på grund av biverkningar hos 7,2 % som intog prasugrel och 6,3 % som intog klopidogrel. Av dessa var blödning den vanligaste biverkningen som ledde till utsättande av studieläkemedlet (2,5 % för prasugrel och 1,4 % för klopidogrel).

Blödning

Blödning som inte har samband med kranskärlskirurgi (CABG)
Tabell 1 visar frekvensen patienter i TRITON som fick en blödning som inte var relaterad till kranskärlskirurgi. Frekvensen av icke-CABG-relaterad större blödning enligt TIMI, inkluderande livshotande och fatal blödning samt även mindre blödning (TIMI) var statistiskt signifikant högre hos patienter som behandlats med prasugrel jämfört med klopidogrel i UA/NSTEMI (Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) populationen och hela ACS (Acute Coronary Syndrome) populationen. Ingen signifikant skillnad observerades i STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction) populationen. Det vanligaste stället för spontan blödning var magtarmkanalen (1,7 % med prasugrel och 1,3 % med klopidogrel). Det vanligast förekommande stället för provocerad blödning var det arteriella punktionsstället (1,3 % med prasugrel och 1,2 % med klopidogrel).

Tabell 1: Incidens av blödningar utan anknytning till kranskärlskirurgia (% patienter)

| Händelse | Hela ACS | | UA/NSTEMI | | STEMI | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | Prasugrelb + ASA (N = 6741) | Klopidogrelb + ASA (N = 6716) | Prasugrelb + ASA (N = 5001) | Klopidogrelb + ASA (N = 4980) | Prasugrelb + ASA (N = 1740) | Klopidogrelb + ASA (N = 1736) |
| TIMI större blödning | 2,2 | 1,7 | 2,2 | 1,6 | 2,2 | 2,0 |
| Livshotad | 1,3 | 0,8 | 1,3 | 0,8 | 1,2 | 1,0 |
| Fatal | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,4 | 0,1 |
| Symtomatisk ICHe | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 |
| Kräver inotropa läkemedel | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,2 |
| Kräver kirurgiskt ingrepp | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,1 | 0,2 |
| Kräver transfusion (≥4 enheter) | 0,7 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 0,8 | 0,8 |
| TIMI mindre blödning | 2,4 | 1,9 | 2,3 | 1,6 | 2,7 | 2,6 |

a Centralt bedömda händelser definierade enligt TIMI

(Thrombolysis in Myocardial Infarction Study Group) kriterier.

b Andra standardbehandlingar som ansågs lämpliga användes.

c Intrakraniell blödning eller kliniskt overt blödning med en minskning av hemoglobin ≥ 50 g/l.

d Livshotande blödning är en undergrupp till större blödning (enligt TIMI) och inkluderar de typer angivna med "-" nedan. Patienterna kan förekomma på mer än en rad.

e ICH = Intrakraniell blödning.

f Kliniskt overt blödning med en minskning i hemoglobin ≥ 30 g/l men < 50 g/l.

Patienter ≥ 75 år

Frekvensen icke-CABG-relaterad större eller mindre blödning (TIMI):

| Ålder | Prasugrel 10 mg | Klopidogrel 75 mg |
|---------------------------|------------------------|-------------------|
| ≥ 75 år (n = 1785)* | 9,0 % (1,0 % fatal) | 6,9% (0,1% fatal) |
| < 75 år (n = 11672)* | 3,8% (0,2% fatal) | 2,9% (0,1% fatal) |
| < 75 år (n = 7180)** | 2,0% (0,1% fatal)a | 1,3% (0,1% fatal) |
| | Prasugrel 5 mg | Klopidogrel 75 mg |
| ≥ 75 år (n = 2060)** | 2,6% (0,3% fatal) | 3,0% (0,5% fatal) |

* TRITON-studien på patienter med akuta koronara syndrom (ACS) som genomgår perkutan koronarintervention (PCI).

**TRILOGY-ACS-studien på patienter som inte genomgår PCI (se farmakodynamik):

a 10 mg prasugrel; 5 mg prasugrel för patienter med kroppsvikt understigande 60 kg

Patienter med kroppsvikt understigande 60 kg

Frekvensen icke-CABG-relaterad större eller mindre blödning (TIMI):

| Vikt | Prasugrel 10 mg | Klopidogrel 75 mg |
|---------------------|--------------------------------|-------------------|
| <60 kg (n = 664)* | 10,1% (0% fatal) | 6,5% (0,3% fatal) |
| ≥60 kg (n = 12672)* | 4,2% (0,3% fatal) | 3,3% (0,1% fatal) |
| ≥60 kg (n = 7845)** | 2,2% (0,2% fatal) ^a | 1,6% (0,2% fatal) |
| | Prasugrel 5 mg | Klopidogrel 75 mg |
| <60 kg (n = 1391)** | 1,4% (0,1% fatal) | 2,2% (0,3% fatal) |

* TRITON-studien på patienter med akuta koronara syndrom (ACS) som genomgår perkutan koronarintervention (PCI).

** TRILOGY-ACS-studien på patienter som inte genomgår PCI (se farmakodynamik):

a 10 mg prasugrel; 5 mg prasugrel för patienter ≥75 år

Patienter med kroppsvikt ≥60 kg och <75 år

Hos patienter med kroppsvikt ≥60 kg och <75 år var frekvensen icke-CABG-relaterad större eller mindre blödning (TIMI) 3,6 % för prasugrel och 2,8 % för klopidogrel, och frekvensen för fatal blödning var 0,2 % för prasugrel och 0,1 % för klopidogrel.

CABG-relaterad blödning

I den kliniska fas 3 studien genomgick 437 patienter kranskärlskirurgi (CABG) under studiens gång. Frekvensen CABG-relaterad större eller mindre blödning (TIMI) hos dessa patienter var 14,1 % för prasugrelgruppen och 4,5 % för klopidogrelgruppen. Den högre risken för blödningsepisoder hos patienter som behandlades med prasugrel kvarstod i upp till 7 dagar från den senast intagna dosen av studieläkemedlet. För patienter som erhöll sin tienopyridin inom 3 dagar före kranskärlskirurgin var frekvensen större och mindre blödning (TIMI) 26,7 % (12 av 45 patienter) i prasugrelgruppen jämfört med 5,0 % (3 av 60 patienter) i klopidogrelgruppen. För patienter som erhöll

sin sista dos tienopyridin inom 4 till 7 dagar före kranskärlskirurgin minskade frekvensen till 11,3 % (9 av 80 patienter) i prasugrelgruppen och 3,4 % (3 av 89 patienter) i klopido­grelgruppen. Längre tid än 7 dagar efter utsättande av läkemedlet var de observerade frekvenserna av CABG-relaterad blödning lika mellan behandlingsgrupperna (se avsnitt varningar och försiktighet).

Blödningsrisk associerad med tidpunkten för laddningsdos vid NSTEMI

I en klinisk studie med NSTEMI-patienter (ACCOAST studien) där patienterna skulle genomgå koronarangiografi inom 248 timmar efter randomisering, hade patienter som gavs en 30 mg laddningsdos av prasugrel i genomsnitt 4 timmar före koronarangiografi följt av en laddningsdos på 30 mg vid tiden för PCI, en ökad risk för icke-CABG blödning i samband med ingreppet och ingen fördel jämfört med patienter som gavs 60 mg laddningsdos vid tiden för PCI (se avsnitt dosering och varningar och försiktighet). Frekvensen icke-CABG-relaterad TIMI blödning de första 7 dagarna för patienter var enligt följande:

| Biverkning | Prasugrel före koronar-angiografia (N = 2037) % | Prasugrel vid tidpunkten för PCIa (N = 1996) % |
|---------------------------|---|--|
| TIMI större blödningb | 1,3 | 0,5 |
| Livshotandec | 0,8 | 0,2 |
| Fatal | 0,1 | 0,0 |
| Symtomatisk ICHd | 0,0 | 0,0 |
| Kräver inotropa läkemedel | 0,3 | 0,2 |
| | 0,4 | 0,1 |

| Biverkning | Prasugrel före koronar-angiografia (N = 2037) % | Prasugrel vid tidpunkten för PCIa (N = 1996) % |
|--|---|--|
| Kräver kirurgiskt ingrepp | | |
| Kräver transfusion (≥ 4 enheter) | 0,3 | 0,1 |
| TIMI mindre blödninge | 1,7 | 0,6 |

a Andra standardbehandlingar som ansågs lämpliga användes. Det kliniska studieprotokollet angav att alla patienter skulle få aspirin och daglig underhållsdos av prasugrel.

b Intrakraniell blödning eller kliniskt overt blödning med en minskning av hemoglobin ≥ 5 g/l.

c Livshotande är en undergrupp av TIMI större blödning och inkluderar de typer som anges nedan. Patienterna kan förekomma på mer än en rad.

d ICH = Intrakraniell blödning.

e Kliniskt overt blödning med en minskning i hemoglobin ≥ 30 g/l men < 50 g/l.

Förteckning i tabellform av biverkningar

Tabell 2 sammanfattar hemorragiska och icke-hemorragiska biverkningar från TRITON studien, och från spontanrapporter, klassificerade enligt frekvens och organsystemklass. Frekvenserna definieras enligt följande:

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 ($< 1/10\ 000$); ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data).

Tabell 2: Hemorragiska och icke-hemorragiska biverkningar

| Organsystem | Vanlig | Ovanlig | Sällsynt | Ingen känd frekvens |
|--|------------------------------|---|----------------|--|
| <i>Blodet och lymfsystemet</i> | Anemi | | Trombocytopeni | Trombotisk trombocytopen purpura (TTP) - se avsnitt varningar och försiktighet |
| <i>Immunsystemet</i> | | Överkänslighet inklusive angioödem | | |
| <i>Ögon</i> | | Blödning i ögat | | |
| <i>Blodkärl</i> | Hematom | | | |
| <i>Andningsvägar, bröstorg och mediastinum</i> | Epistaxis | Hemoptys | | |
| <i>Magtarmkanalen</i> | Blödning från magtarmkanalen | Retroperitoneal blödning Rektal blödning | | |

| Organsystem | Vanlig | Ovanlig | Sällsynt | Ingen känd frekvens |
|--|--|---|-------------------|---------------------|
| | | Hematochezi Blödning från tandköttet | | |
| <i>Hud och subkutan vävnad</i> | Utslag Ekkymos | | | |
| <i>Njurar och urinvägar</i> | Hematuri | | | |
| <i>Allmänna symtom och/eller symtom vid administreringsstället</i> | Hematom vid kärlpunktionssället Blödning vid punktionsstället | | | |
| <i>Skador och förgiftningar och behandlingskomplikationer</i> | Kontusion | Blödning efter ingrepp | Subkutant hematom | |

Hos patienter med eller utan TIA eller stroke i anamnesen var incidensen av stroke i den kliniska fas 3 studien enligt följande (se avsnitt varningar och försiktighet):

| TIA eller stroke i anamnesen | Prasugrel | Klopidogrel |
|------------------------------|--------------------|------------------|
| Ja (n = 518) | 6,5 % (2,3 % ICH*) | 1,2% (0% ICH*) |
| Nej (n = 13090) | 0,9% (0,2% ICH*) | 1,0% (0,3% ICH*) |

**ICH = Intrakraniell blödning*

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

Överdoser av Prasugrel Mylan kan medföra förlängd blödningstid och efterföljande blödningskomplikationer. Inga data finns tillgängliga angående upphävande av den farmakologiska effekten av prasugrel. Om omedelbar korrigerande av förlängd blödningstid är nödvändig kan dock trombocyttransfusion och/eller andra blodprodukter övervägas.

Farmakodynamik

Verkningsmekanism/Farmakodynamisk effekt

Prasugrel är en hämmare av trombocytaktiveringen och trombocyttaggregationen genom att dess aktiva metabolit irreversibelt binder sig till P2Y12-gruppen på trombocyternas adenosindifosfatreceptorer (ADP). Eftersom trombocyter deltar i

initieringen och/eller utvecklingen av trombotiska komplikationer av aterosklerotisk sjukdom, kan hämning av trombocytfunktionen resultera i en reducerad frekvens kardiovaskulära händelser som död, myokardinfarkt och stroke.

Efter en laddningsdos på 60 mg sker hämning av ADP-inducerad trombocyttaggregation vid 15 minuter med 5 μ M ADP och vid 30 minuter med 20 μ M ADP. Maximal hämning av ADP-inducerad trombocyttaggregation med prasugrel är 83 % med 5 μ M ADP och 79 % med 20 μ M. I båda fallen erhöll 89 % av friska försökspersoner och patienter med stabil ateroskleros minst 50 % hämning av trombocyttaggregationen vid 1 timme. Prasugrel-medierad hämning av trombocyttaggregationen visar låg variabilitet mellan individer (9 %) och inom individer (12 %) med både 5 μ M och 20 μ M ADP. Steady-state hämning av trombocyttaggregationen var i genomsnitt 74 % och 69 % för 5 μ M respektive 20 μ M ADP och uppnåddes efter 3 till 5 dagars administrering av 10 mg underhållsdos av prasugrel som föregåtts av en 60 mg laddningsdos. Mer än 98 % av försökspersonerna hade ≥ 20 % hämning av trombocyttaggregationen vid underhållsdosering.

Trombocyttaggregationen återvände gradvis till utgångsvärdet inom 7 till 9 dagar efter behandling med en enstaka laddningsdos prasugrel på 60 mg, och efter 5 dagar efter utsättande av underhållsdosen vid steady-state.

Data gällande byte

Efter administrering av 75 mg klopidogrel en gång dagligen i 10 dagar övergick 40 friska försökspersoner till prasugrel 10 mg en gång dagligen med eller utan en laddningsdos på 60 mg. Liknande

eller högre hämning av trombocyttaggregation har observerats med prasugrel. Då bytet skedde direkt till prasugrel 60 mg laddningsdos erhöles den snabbast insättande högre trombocythämningen. Efter administrering av en 900 mg laddningsdos av klopidogrel (med ASA) behandlades 56 försökspersoner med akuta koronara syndrom i 14 dagar med antingen prasugrel 10 mg en gång dagligen eller klopidogrel 150 mg en gång dagligen och därefter bytte de till antingen klopidogrel 150 mg eller prasugrel 10 mg i ytterligare 14 dagar. Högre hämning av trombocyttaggregation har observerats hos patienter som bytt till prasugrel 10 mg i jämförelse med dem som behandlats med klopidogrel 150 mg. I en studie av 276 ACS-patienter som behandlats med PCI ledde ett byte från en initial laddningsdos på 600 mg klopidogrel eller placebo administrerad vid presentation för sjukhuset före koronar angiografi till en laddningsdos på 60 mg av prasugrel administrerad vid tidpunkten för perkutan koronarintervention till en liknande ökning av hämning av trombocyttaggregation under studiens 72 timmars löptid.

Klinisk effekt och säkerhet

Akuta koronara syndrom (ACS)

Den kliniska fas 3 studien TRITON jämförde prasugrel med klopidogrel och båda läkemedlen gavs tillsammans med ASA och annan standardbehandling. TRITON var en internationell, randomiserad, dubbelblind multicenterstudie med parallella grupper och inkluderade 13608 patienter. Patienterna hade akuta koronara syndrom med måttlig till hög risk för instabil angina (UA), icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) eller ST-höjningsinfarkt (STEMI) och som behandlades med perkutan koronarintervention (PCI).

Patienter med UA/NSTEMI randomiserades inom loppet av 72 timmar efter symtomens insättande eller för STEMI patienter mellan 12 timmar till 14 dagar efter symtomstart, efter att kännedom om koronaranatomin inhämtats. STEMI patienter som planerades genomgå primär koronarintervention kunde randomiseras inom 12 timmar efter symtomens uppträdande utan kännedom om koronaranatomin. För alla patienter kunde laddningsdosen administreras närsomhelst mellan randomiseringstidpunkten och 1 timme efter det att patienten lämnat katetreringslaboratoriet.

Patienter som randomiserats att få prasugrel (60 mg laddningsdos följt av 10 mg en gång om dagen) eller klopidogrel (300 mg laddningsdos följt av 75 mg en gång om dagen) behandlades i 14,5 månader (median), (maximalt 15 månader med minst 6 månaders uppföljning). Patienterna erhöll även ASA (75 mg till 325 mg en gång dagligen). Användning av en tienopyridin inom 5 dagar före studiestart var ett exklusionskriterium. Andra behandlingar, till exempel heparin och GP IIb/IIIa hämmare, kunde administreras baserat på läkarens bedömning. Cirka 40 % av patienterna (i varje behandlingsgrupp) fick GP IIb/IIIa hämmare som understödjande behandling för den perkutana koronarinterventionen (ingen information finns tillgänglig angående typ av GP IIb/IIIa hämmare som användes). Cirka 98 % av patienterna (i varje behandlingsgrupp) fick antitrombotiska läkemedel (heparin, lågmolekylärt heparin, bivalirudin eller andra läkemedel) som direkt understödjande behandling vid den perkutana koronarinterventionen.

Studiens primära effektmått var tid till första uppträdande av kardiovaskulär död, icke-fatal myokardinfarkt eller icke-fatal stroke.

Analys av det sammansatta effektmåttet i hela ACS populationen (UA/NSTEMI och STEMI kohorterna sammanslagna) var betingat av att prasugrel visade sig vara statistiskt överlägset klopidogrel i UA/STEMI kohorten ($p < 0,05$).

Hela ACS-populationen

Prasugrel visade överlägsen effekt jämfört med klopidogrel med avseende på att både reducera de olika händelser som ingick i det primära effektmåttet och de händelser som förspecificerats i det sekundära effektmåttet, inkluderande stenttrombos (se tabell 3). Prasugrels fördel blev märkbar under de första tre dagarna och den kvarstod till studiens slut. Den överlägsna effekten åtföljdes av en ökning i större blödning (se avsnitt varningar och försiktighet och biverkningar). Populationen bestod av 92 % kaukasier, 26 % kvinnor och 39 % ≥ 65 år. De fördelar som sågs med prasugrel var oberoende av användningen av andra akuta eller långtidsbehandlingar av kardiovaskulär sjukdom, inkluderande heparin/lågmolekylärt heparin, bivalirudin, intravenösa GP IIb/IIIa hämmare, lipidsänkande medel, betablockerare och ACE-hämmare. Effekten av prasugrel var oberoende av ASA-dosen (75 mg till 325 mg en gång om dagen). Användning av orala antikoagulantia, andra trombocyttaggregationshämmande medel än de som ingick i studien och NSAID (icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel) för kroniskt bruk var inte tillåtna i TRITON. I den totala ACS-populationen var prasugrel förenat med en lägre incidens av kardiovaskulär död, icke-fatal myokardinfarkt och icke-fatal stroke jämfört med klopidogrel, oberoende av ålder, kön, kroppsvikt, geografiskt område, användning av GP IIb/IIIa hämmare och stenttyp vid studiestart. Fördelen berodde framförallt på en

betydande minskning av icke-fatal myokardinfarkt (se tabell 3).
 Personer med diabetes hade signifikant reducering i det primära
 och i alla sekundära sammansatta effektmått.

Den observerade fördelen med prasugrel var mindre hos patienter
 ≥ 75 år än hos patienter < 75 år. Patienter ≥ 75 år hade en ökad risk
 för blödning, även för fatal blödning (se avsnitt dosering, varningar
 och försiktighet och biverkningar). Hos patienter ≥ 75 år var nyttan
 av prasugrel mera påtaglig hos patienter med diabetes, STEMI,
 högre risk för stenttrombos eller patienter med återkommande
 händelser.

Patienter som haft TIA eller ischemisk stroke mer än 3 månader
 före prasugrelbehandlingen hade ingen reduktion i det primära
 sammansatta effektmåttet.

**Tabell 3: Primär analys av TRITON: patienter med händelser som
 ingick i effektmåttet**

| Händelser | Prasugrel + ASA | Klopidogrel + ASA | Risikförhållan de (HR) (95 % KI) | pvärde |
|--|--------------------|----------------------|--|--------|
| Hela ACS | (N = 6813) % | (N = 6795) % | 0,812 (0,732, | <0,001 |
| Primärt | 9,4 | 11,5 | 0,902) | |
| sammansatt effektmått Kardiovaskul är död, icke-fatal myokardinfa | | | | |

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------------------|--------|
| rkt eller icke-fatal stroke | | | | |
| Primärt enskilt effektmått | | | | |
| Kardiovaskulär död | 2,0 | 2,2 | 0,886 (0,701, 1,118) | 0,307 |
| Icke-fatal myokardinfarkt | 7,0 | 9,1 | 0,757 (0,672, 0,853) | <0,001 |
| Icke-fatal stroke | 0,9 | 0,9 | 1,016 (0,712, 1,451) | 0,930 |
| UA/NSTEMI Primärt sammansatt effektmått | (N = 5044) % | (N = 5030) % | | |
| Kardiovaskulär död, icke-fatal myokardinfarkt eller icke-fatal stroke | 9,3 | 11,2 | 0,820 (0,726, 0,927) | 0,002 |
| Kardiovaskulär död | 1,8 | 1,8 | 0,979 (0,732, 1,309) | 0,885 |
| Icke-fatal myokardinfarkt | 7,1 | 9,2 | 0,761 (0,663, 0,873) | <0,001 |

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------------------|-------|
| Icke-fatal stroke | 0,8 | 0,8 | 0,979 (0,633, 1,513) | 0,922 |
| STEMI Primärt sammansatt effektmaß | (N = 1769) % | (N = 1765) % | | |
| Kardiovaskulär död, icke-fatal myokardinfarkt eller icke-fatal stroke | 9,8 | 12,2 | 0,793 (0,649, 0,968) | 0,019 |
| Kardiovaskulär död | 2,4 | 3,3 | 0,738 (0,497, 1,094) | 0,129 |
| Icke-fatal myokardinfarkt | 6,7 | 8,8 | 0,746 (0,588, 0,948) | 0,016 |
| Icke-fatal stroke | 1,2 | 1,1 | 1,097 (0,590, 2,040) | 0,770 |

I den totala ACS-populationen visade analysen av varje enskilt sekundärt effektmaß en signifikant fördel ($p < 0,001$) för prasugrel gentemot klopidogrel. Dessa inkluderade fastställd eller trolig stenttrombos vid studieslut (0,9 % mot 1,8 %; HR 0,498; KI 0,364, 0,683); kardiovaskulär död, icke-fatal myokardinfarkt eller brådskande kärlrevaskularisering upp till 30 dagar (5,9 % mot 7,4 %; HR 0,784; KI 0,688, 0,894); totala dödsfall (oberoende av orsak),

icke-fatal myokardinfarkt eller icke-fatal stroke fram till studieslut (10,2 % mot 12,1 %; HR 0,831; KI 0,751, 0,919); kardiovaskulär död, icke-fatal myokardinfarkt, icke-fatal stroke eller ischemisk hjärtsjukdom som krävde förnyad sjukhusvistelse fram till studieslut (11,7 % mot 13,8 %; HR 0,838; KI 0,762, 0,921). Analys av alla dödsfall (oberoende av orsak) visade inte någon signifikant skillnad mellan prasugrel och klopidogrel i hela ACS populationen (2,76 % mot 2,90 %), i UA/NSTEMI populationen (2,58 % mot 2,41 %) eller i STEMI populationen (3,28 % mot 4,31 %).

Prasugrel var förenat med en 50 %-ig minskning av stenttrombos under den 15 månader långa uppföljningsperioden. Minskningen av stenttrombos med prasugrel observerades både tidigt och senare än 30 dagar för både rena metallstentar och läkemedelsavgivande stentar.

En analys gjord på patienter som överlevde en ischemisk händelse visade att prasugrel var förenat med en minskning i incidens av efterföljande primära effektmåttshändelser (7,8 % för prasugrel mot 11,9 % för klopidogrel). Trots att prasugrel gav ökad blödning visade analys av det sammansatta effektmåttet av dödsfall (oberoende av orsak), icke-fatal myokardinfarkt, icke-fatal stroke och icke-CABG-relaterad större blödning (TIMI) en fördel för prasugrel i jämförelse med klopidogrel (riskförhållande (HR), 0,87; 95 % KI, 0,79 till 0,95; $p = 0,004$). För varje tusen patienter som behandlades med prasugrel i TRITON-studien var det 22 färre patienter med myokardinfarkt och 5 patienter mer med icke-CABG-relaterad större blödning (TIMI) jämfört med patienter som behandlades med klopidogrel.

Resultat från en farmakodynamisk/farmakogenomisk studie på 720 asiatiska ACS PCI patienter visade att inhibering av trombocyter uppnås i högre utsträckning med prasugrel jämfört med klopidogrel, och att prasugrel 60mg laddningsdos/10mg underhållsdos är lämplig dosering för asiater som väger minst 60 kg och är yngre än 75 år (se avsnitt dosering).

I en 30 månaders studie (TRILOGY-ACS) på 9326 patienter med UA/NSTEMI akuta koronara syndrom (ACS) som fått medicinsk behandling utan revaskularisering (ej godkänd indikation), sågs ingen signifikant reducering i frekvensen av det sammansatta effektmåttet kardiovaskulär död, myokardinfarkt eller stroke, för prasugrel jämfört med klopidogrel. Förekomsten av större TIMI-blödning (inklusive livshotande, fatal och intrakraniell blödning) var jämförbar för patienterna som behandlades med prasugrel respektive klopidogrel. Patienter ≥ 75 års ålder eller patienter med kroppsvikt understigande 60 kg ($n = 3022$) randomiserades till 5 mg prasugrel. Liksom för gruppen patienter under 75 års ålder och med kroppsvikt ≥ 60 kg som behandlades med 10 mg prasugrel, var det ingen skillnad mellan 5 mg prasugrel och 75 mg klopidogrel vad gäller kardiovaskulära händelser. Förekomsten av större blödningar var jämförbar för patienterna som behandlats med 5 mg prasugrel och de som behandlats med 75 mg klopidogrel. Prasugrel 5 mg gav starkare trombocythämmande effekt än klopidogrel 75 mg. Prasugrel ska ges med försiktighet till patienter ≥ 75 års ålder och till patienter med en kroppsvikt understigande 60 kg (se avsnitt dosering, Varningar och försiktighet och biverkningar).

ACCOAST var en 30dagars studie på 4033 NSTEMI-patienter med förhöjt troponin som skulle genomgå koronarangiografi följt av PCI

inom 248 timmar efter randomiseringen. Patienterna som fick en laddningsdos med 30 mg prasugrel i genomsnitt 4 timmar före koronarangiografi följt av en laddningsdos med 30 mg prasugrel vid tiden för PCI (n = 2037) hade en ökad risk för icke-CABG blödning i samband med ingreppet och ingen ytterligare fördel jämfört med patienter som fick en 60 mg laddningsdos vid tiden för PCI (n = 1996). Specifikt var frekvensen av den sammansatta effektvariabeln kardiovaskulär död (CV), myokardinfarkt (MI), stroke, akut revaskularisering (UR) eller användningen av glykoprotein (GP) IIb/IIIa hämmare som räddningsbehandling inom 7 dagar efter randomisering inte signifikant reducerad hos patienter som fick prasugrel före koronarangiografi jämfört med patienter som fick hela laddningsdosen vid tiden för PCI. Dessutom var förekomsten av det viktigaste säkerhetsmålet för samtliga TIMI större blödning (CABG och icke-CABG händelser) inom 7 dagar efter randomiseringen i alla behandlade studiedeltagare signifikant högre hos de som fick prasugrel före koronarangiografi jämfört med de patienter som fick hela laddningsdosen av prasugrel vid tiden för PCI. Därför skall laddningsdosen till UA/NSTEMI-patienter, som genomgår koronar angiografi inom 48 timmar, ges vid tidpunkten för PCI. (se avsnitt dosering, varningar och försiktighet och biverkningar)

Pediatrik population

I studien TADO testades prasugrel (n = 171) jämfört med placebo (n = 170) till patienter med sicklecellanemi i åldern från 2 och upp till 18 år, för minskning av vaso-ocklusiv kris i en fas III-studie. Studien uppfyllde inte några av de primära eller sekundära effektmåtten. Totalt identifierades inga nya säkerhetsdata för prasugrel som monoterapi i denna patientgrupp.”

Farmakokinetik

Prasugrel är en "prodrug" och metaboliseras *snabbt in vivo* till en aktiv metabolit och inaktiva metaboliter. Variabiliteten i AUC (exponering) för den aktiva metaboliten mellan individer (27 %) och inom individer (19 %) är låg till måttlig. Prasugrels farmakokinetik är likartad hos friska försökspersoner, patienter med stabil ateroskleros och patienter som genomgår perkutan koronarintervention.

Absorption

Absorptionen och metabolismen av prasugrel är snabb med maximal plasmakoncentration (C_{max}) av den aktiva metaboliten på cirka 30 minuter. Den aktiva metabolitens AUC (exponering) ökar proportionellt inom det terapeutiska dosintervallet. AUC av den aktiva metaboliten var i en studie på friska försökspersoner opåverkad av en kaloririk måltid med högt fettinnehåll, men C_{max} minskade med 49 % och tiden för att nå C_{max} (T_{max}) ökade från 0,5 till 1,5 timme. I TRITON-studien administrerades Prasugrel utan hänsyn till födointag. Därför kan prasugrel administreras oberoende av måltid, men administrering av laddningsdosen av prasugrel vid fasta kan ge snabbast insättande effekt (se avsnitt dosering).

Distribution

Bindningen till humant albumin i serum (4 % buffrad lösning) av den aktiva metaboliten var 98 %.

Metabolism

Prasugrel kan inte påvisas i plasma efter oral administrering. Det hydrolyseras snabbt i tarmen till en tiolakton som därefter omvandlas till den aktiva metaboliten genom ett enda cytokrom P450 metabolismsteg, framförallt av CYP3A4 och CYP2B6 och i

mindre grad av CYP2C9 och CYP2C19. Den aktiva metaboliten metaboliseras vidare till två inaktiva substanser genom S metylering eller konjugering med cystein.

Hos friska försökspersoner, patienter med stabil ateroskleros och patienter med ACS som erhållit prasugrel konstaterades ingen relevant effekt på prasugrels farmakokinetik eller dess hämning av trombocyttaggregationen orsakad av genetisk variation i CYP3A5, CYP2B6, CYP2C9 eller CYP2C19.

Eliminering

Cirka 68 % av prasugreldosen utsöndras i urinen och 27 % i feces som inaktiva metaboliter. Den aktiva metaboliten har en eliminationshalveringstid på cirka 7,4 timmar (intervall 2 till 15 timmar).

Farmakokinetik i speciella grupper

Äldre

En studie på friska försökspersoner mellan 20 och 80 år visade att ålder inte hade någon signifikant effekt på prasugrels farmakokinetik eller dess hämning av trombocyttaggregationen. I den stora fas 3 studien var den genomsnittliga, uppskattade exponeringen (AUC) av den aktiva metaboliten 19 % högre hos mycket gamla patienter (≥ 75 år) jämfört med personer < 75 år. Prasugrel ska användas med försiktighet till patienter ≥ 75 år på grund av den potentiella risken för blödning i denna population (se avsnitt dosering och varningar och försiktighet). I en studie på patienter med stabil ateroskleros var genomsnittlig AUC av den aktiva metaboliten hos patienter ≥ 75 år som tog 5 mg prasugrel ungefär hälften av AUC hos patienter < 65 år som tog 10 mg

prasugrel. Den trombocyttaggregationshämmande effekten för 5 mg var minskad, men inte sämre, jämfört med 10 mg.

Nedsatt leverfunktion

Ingen dosjustering krävs för patienter med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion (Child Pugh klass A och B). Prasugrels farmakokinetik och dess hämning av trombocyttaggregationen var likartad hos personer med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion och friska försökspersoner. Farmakokinetik och farmakodynamik av prasugrel hos patienter med gravt nedsatt leverfunktion har inte undersökts. Prasugrel får inte användas till patienter med gravt nedsatt leverfunktion (se avsnitt kontraindikationer).

Nedsatt njurfunktion

Ingen dosjustering krävs för patienter med nedsatt njurfunktion, inklusive patienter med terminal njursjukdom (ESRD). Prasugrels farmakokinetik och dess hämning av trombocyttaggregationen är likartad hos patienter med måttligt nedsatt njurfunktion (GFR 30 <math>< 50 \text{ ml/min/1,73 m}^2</math>) och friska försökspersoner.

Prasugrel-medierad hämning av trombocyttaggregationen var också lika hos patienter med terminal njursjukdom, som krävde hemodialys, jämfört med friska försökspersoner, dock minskade C_{max} och AUC av den aktiva metaboliten med 51 % respektive 42 % hos ESRD patienter.

Kroppsvikt

Den genomsnittliga exponeringen (AUC) för den aktiva metaboliten av prasugrel är cirka 30 till 40 % högre hos friska försökspersoner och patienter med en kroppsvikt understigande 60 kg jämfört med personer som väger ≥ 60 kg. Prasugrel ska användas med försiktighet till patienter med en kroppsvikt understigande 60 kg på

grund av den potentiella risken för blödning i denna population (se avsnitt varningar och försiktighet). I en studie på patienter med stabil ateroskleros var genomsnittlig AUC av den aktiva metaboliten hos patienter med kroppsvikt understigande 60 kg som tog 5 mg prasugrel 38 % lägre jämfört med AUC hos patienter ≥ 60 kg som tog 10 mg prasugrel. Den trombocyttaggregationshämmande effekten för 5 mg var likvärdig med 10 mg.

Etnicitet

I kliniska farmakologistudier var AUC av den aktiva metaboliten cirka 19 % högre hos kineser, japaner och koreaner jämfört med kaukasier, efter justering av kroppsvikt. Detta hänför sig huvudsakligen till högre exponering hos asiater med kroppsvikt understigande 60 kg. Det föreligger ingen skillnad i exponering mellan kineser, japaner och koreaner. Exponering hos personer med afrikanskt och latinamerikanskt ursprung är jämförbar med exponering hos kaukasier. Ingen dosjustering rekommenderas enbart baserat på etnisk tillhörighet.

Kön

Prasugrels farmakokinetik är hos friska försökspersoner och patienter lika för män och kvinnor.

Pediatrik population:

Farmakokinetik och farmakodynamik av prasugrel har inte undersökts i den pediatrika populationen (se avsnitt dosering).

Prekliniska uppgifter

Gångse studier avseende säkerhetsfarmakologi, allmäntoxicitet, gentoxicitet, karcinogenicitet, och reproduktionseffekter visade

inte några särskilda risker för människa. I toxikologiska studier sågs effekter endast vid exponeringar avsevärt högre än klinisk exponering. Dessa effekter bedöms därför sakna klinisk relevans.

Toxikologiska studier på embryo- och fosterutveckling hos råtta och kanin visade inga tecken på missbildningar av prasugrel. Vid mycket hög dos (>240 gånger rekommenderad daglig human underhållsdos, baserat på mg/m²) som gav upphov till effekter på moderns kroppsvikt och/eller födointag sågs en mindre reduktion i avkommans kroppsvikt (relativt till kontroller). I pre- och postnatale studier på råtta visades att behandling av modern inte hade någon effekt på avkommans beteende eller reproduktionsutveckling vid doser upp till en exponering som var 240 gånger den rekommenderade dagliga humana underhållsdosen (baser på mg/m²).

Inga substansrelaterade tumörer observerades i en 2-årig studie på råtta med prasugrelexponering upp till högre än 75 gånger rekommenderad human exponering (baserat på exponering av den aktiva metaboliten och de viktigaste humana metaboliterna i plasma). En ökad incidens tumörer (hepatocellulära adenom) observerades hos möss som exponerats i 2 år för höga doser (>75 gånger exponering hos människa), men detta ansågs vara en sekundär effekt av prasugrel-inducerad enzymhämning. Sambandet mellan levertumörer och läkemedelsinducerad enzymhämning specifikt hos gnagare är välkänt i litteraturen. Ökningen av levertumörer vid prasugreladministrering till möss bedöms inte utgöra någon relevant risk för människa.

Innehåll

Kvalitativ och kvantitativ sammansättning

Varje tablett innehåller prasugrelbesilat som motsvarar 10 mg prasugrel.

Hjälpämne med känd effekt

Varje filmdragerad tablett innehåller 0,016 mg av para-orange FCF aluminium lake (E110).

För fullständig förteckning över hjälpämnen, se avsnitt innehåll.

Förteckning över hjälpämnen

Tablettkärna

Mikrokristallin cellulosa

Mannitol

Krospovidon

Kolloidal vattenfri kiseldioxid

Magnesiumstearat

Filmdragering

Polyvinylalkohol

Talk

Titandioxid (E171)

Glycerylmonokaprylokaprat

Natriumdodekylsulfat

Järnoxid gul (E172)

Para-orange FCF aluminium lake (E110)

Järnoxid röd (E172)

Blandbarhet

Inte tillämpligt.

Hållbarhet, förvaring och hantering

Hållbarhet

18 månader.

Särskilda förvaringsanvisningar

Förvaras under 25°C. Förvaras i originalförpackningen så att det skyddas mot fukt.

Särskilda anvisningar för destruktion

Inga särskilda anvisningar.

Förpackningsinformation

Information om förpackningar saknas för denna produkt