

I LISA
RAVIMI OMADUSTE KOKKUVÕTE

▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimetest teavitamise kohta vt lõik 4.8.

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 15 mg õhukese polümeerikattega tabletid

2. KVALITATIIVNE JA KVANTITATIIVNE KOOSTIS

Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 15 mg edoksabaani (tosilaadina).

Abiainete täielik loetelu vt lõik 6.1.

3. RAVIMVORM

Õhukese polümeerikattega tablett.

Oranžid ümarad õhukese polümeerikattega tabletid (6,7 mm diameetriga), millel on pimetrükk "DSC L15".

4. KLIINILISED ANDMED

4.1 Näidustused

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on südame paispuudulikkus, hüpertensioon, vanus ≥ 75 aastat, diabeet, eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA).

Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) ravi ning korduva SVT ja KATE ennetamine täiskasvanutel (hemodünaamiliselt ebastabiilse KATE-ga patsientide kohta vt lõik 4.4).

4.2 Annustamine ja manustamisviis

Annustamine

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine

Soovitav annus on 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas.

Patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia, peab ravi edoksabaaniga olema pikaajaline.

SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine

Soovitav annus on 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas pärast parenteraalse antikoagulandi esmast kasutamist vähemalt 5 päeva jooksul (vt lõik 5.1). Edoksabaani ei tohi manustada samaaegselt esmase parenteraalse antikoagulandiga.

SVT ja KATE (veenide trombemboolia, VTE) ravi ning korduva VTE ennetamise kestus tuleb määrata kindlaks individuaalselt pärast ravimi kasu ja verejooksu riski suhte põhjalikku hindamist (vt lõik 4.4). Lühiajalise ravi (vähemalt 3 kuud) korral tuleb võtta arvesse ajutisi riskitegureid (nt hiljutine operatsioon, trauma, liikumatus) ning pikemaajalise ravi korral püsivaid riskitegureid või idiopaatilist SVT-d ja KATE-d.

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE puhul on soovitatav annus 30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas patsientidel, kellel on üks või mitu järgmist kliinilist tegurit:

- mõõdukas või raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens 15–50 ml/min)
- väike kehakaal ≤ 60 kg
- järgmiste P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegne kasutamine: tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool.

Tabel 1. Annustamise kokkuvõte mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE (SVT ja KATE) korral

Kokkuvõtlik annustamisjuhised		
Soovitatav annus		60 mg 1 kord ööpäevas
Annustamissoovitus ühe või mitme järgmise kliinilise teguriga patsientidele:		
Neerukahjustus	<i>Mõõdukas või raske (kreatiniini kliirens 15-50 ml/min)</i>	30 mg 1 kord ööpäevas
Väike kehamass	≤ 60 kg	
P-gp inhibiitorid	<i>Tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool</i>	

Vahelejäänud annus

Kui Lixiana annus on vahele jäänud, tuleb see kohe võtta ja järgmisel päeval jätkata üks kord ööpäevas võtmisega vastavalt soovitustele. Patsient ei tohi võtta vahelejäänud annuse asendamiseks ühel päeval kahekordset määratud annust.

Lixianale ja Lixianalt üleminek

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE-ga patsientidel on tähtis hüübimisvastast ravi jätkata. Mõnel juhul on vaja hüübimisvastast ravi vahetada (tabel 2).

Tabel 2. Vahtamine

Üleminek Lixianale		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
K-vitamiini antagonist	Lixiana	Lõpetada K-vitamiini antagonisti võtmine ja alustada Lixiana võtmist, kui rahvusvaheline normaliseeritud suhtarv (INR) on $\leq 2,5$.
Muud suukaudsed antikoagulandid peale K-vitamiini antagonisti <ul style="list-style-type: none"> • dabigatraan • rivaroksabaan • apiksabaan 	Lixiana	Lõpetada dabigatraani, rivaroksabaani või apiksabaani võtmine ja alustada Lixiana võtmist suukaudse antagonisti järgmise annuse ajal (vt lõik 5.1).
Parenteraalsed antikoagulandid	Lixiana	Neid ravimeid ei tohi manustada üheaegselt. Subkutaanne antikoagulant (s.t madalmolekulaarne hepariin, fondaparinuks): lõpetada subkutaanse antikoagulandi kasutamine ja alustada Lixiana kasutamist subkutaanse antikoagulandi järgmise ettenähtud annuse ajal.
		Intravenoosne fraktsioneerimata hepariin: katkestada infusioon ja alustada 4 tunni pärast Lixiana manustamist.

Üleminek Lixianalt		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
Lixiana	K-vitamiini antagonist	<p>Üleminekul Lixianalt K-vitamiini antagonisti võtmisele võib hüübimisvastane toime jääda ebapiisavaks. Üleminekul alternatiivsele antikoagulandile tuleb alati tagada piisava hüübimisvastase toime jätkumine.</p> <p><i>Suukaudsel manustamisel:</i> 60 mg annust kasutanud patsientidele manustada koos sobiva K-vitamiini antagonisti annusega Lixiana annus 30 mg üks kord ööpäevas.</p> <p>30 mg annust kasutanud patsientidele (ühe või mitme järgmise kliinilise teguri korral: mõõdukas kuni raske neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 15-50 ml/min), vähene kehamass või kasutamine koos teatavate P-gp inhibiitoritega) manustada koos sobiva K-vitamiini antagonisti annusega Lixiana annus 15 mg üks kord ööpäevas.</p> <p>Patsiendid ei tohi võtta K-vitamiini antagonisti küllastusannust, stabiilse INR-i vahemiku 2 kuni 3 kiireks saavutamiseks. Soovitatav on võtta arvesse K-vitamiini antagonisti säilitusannust ning kui patsient võttis varem K-vitamiini antagonisti, või kasutada kehtivat K-vitamiini antagonistil põhinevat K-vitamiini antagonistiga ravi algoritmi vastavalt kohalikule ravitavale.</p> <p>INR $\geq 2,0$ saavutamisel tuleb Lixiana kasutamine lõpetada. Enamikul patsientidel (85%) peaks olema võimalik saavutada INR $\geq 2,0$ Lixiana ja K-vitamiini antagonisti kasutamise tulemusena 14 päeva jooksul. 14 päeva möödumisel on soovitatav Lixiana kasutamine lõpetada ja jätkata K-vitamiini antagonisti tiitrimist INR vahemiku 2 kuni 3 saavutamiseks.</p> <p>Samaaegse ravi esimese 14 päeva jooksul mõõdetakse INR-i vähemalt 3 korda vahetult enne Lixiana ööpäevase annuse võtmist, et Lixiana mõjutaks võimalikult vähe INR mõõtmist. Lixiana ja K-vitamiini antagonisti samaaegne kasutamine võib suurendada INR-i pärast Lixiana annust kuni 46%.</p> <p><i>Parenteraalsel manustamisel:</i> lõpetada Lixiana kasutamine ja manustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalset antikoagulanti ja K-vitamiini antagonisti. Stabiilse INR-i $\geq 2,0$ saavutamisel tuleb parenteraalse antikoagulandi kasutamine lõpetada ja jätkata K-vitamiini antagonisti kasutamist.</p>

Üleminek Lixianalt		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
Lixiana	Muud suukaudsed antikoagulandid peale K-vitamiini antagonisti	Lõpetada Lixiana kasutamine ja alustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal mitte-K-vitamiini antagonistist antikoagulandi annusega.
Lixiana	Parenteraalsed antikoagulandid	Neid ravimeid ei tohi manustada üheaegselt. Lõpetada Lixiana kasutamine ja alustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalse antikoagulandi annusega.

Erirühmad

Neerufunktsiooni hindamine:

- Enne ravi alustamist Lixianaga tuleb kõikidel patsientidel hinnata neerufunktsiooni kreatiini kliirensi arvutamise teel, et välistada lõppstaadiumis neeruhaigusega patsiendid (s.t kreatiini kliirens < 15 ml/min), kasutada õiget Lixiana annust patsientidel kreatiini kliirensiga 15–50 ml/min (30 mg üks kord ööpäevas) ja patsientidel kreatiini kliirensiga > 50 ml/min (60 mg üks kord ööpäevas) ja otsustada Lixiana kasutamise üle suurema kreatiini kliirensiga patsientidel (vt lõik 4.4).
- Neerufunktsiooni tuleb hinnata ka juhul, kui ravi ajal tekib neerufunktsiooni muutuse kahtlus (nt hüповoleemia, dehüdratsiooni ja teatavate ravimite samaaegse kasutamise korral).

Lixiana kliinilise väljatöötamise ajal kasutati neerufunktsiooni hindamiseks (kreatiini kliirens ml/min) Cockcrofti-Gaulti meetodit. Võrrand on järgmine:

- Kreatiin $\mu\text{mol/l}$:

$$\frac{1,23 \times (140 - \text{vanus [aastates]}) \times \text{kehakaal [kg]} (\times 0,85 \text{ naiste puhul})}{\text{seerumi kreatiniinitase } [\mu\text{mol/l}]}$$

- Kreatiin mg/dl :

$$\frac{(140 - \text{vanus [aastates]}) \times \text{kehakaal [kg]} (\times 0,85 \text{ naiste puhul})}{72 \times \text{seerumi kreatiniinitase [mg/dl]}}$$

Seda meetodit on soovitatav kasutada patsientide kreatiini kliirensi hindamiseks enne ravi ja ravi ajal Lixianaga.

Neerufunktsiooni kahjustus

Soovitatav annus kerge neerufunktsiooni kahjustusega patsientidele (kreatiini kliirens > 50-80 ml/min) on 60 mg Lixianat üks kord ööpäevas.

Soovitatav annus mõõduka või raske neerufunktsiooni kahjustusega patsientidele (kreatiini kliirens 15-50 ml/min) on 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2).

Lõppstaadiumis neeruhaigusega (kreatiini kliirens < 15 ml/min) või dialüüsi saavatel patsientidel ei ole Lixiana kasutamine soovitatav (vt lõigud 4.4 ja 5.2).

Maksafunktsiooni kahjustus

Lixiana on vastunäidustatud patsientidele, kellel on maksahaigus, millega kaasneb koagulopaatia ja kliiniliselt oluline veritsemisoht (vt lõik 4.3).

Raske maksafunktsiooni kahjustusega patsientidele ei ole Lixiana kasutamine soovitatav (vt lõigud 4.4 ja 5.2).

Soovitatav annus kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidele on 60 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2). Lixiana kasutamisel kerge kuni mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb olla ettevaatlik (vt lõik 4.4).

Patsiendid, kellel oli tõusnud maksaensüümide (ALAT/ASAT > 2 x normi ülempiirist) või üldbilirubiini tase $\geq 1,5$ x normi ülempiirist, jäeti kliinilistest uuringutest välja. Seetõttu tuleb olla Lixiana kasutamisel sellel populatsioonil ettevaatlik (vt lõigud 4.4 ja 5.2). Enne Lixiana kasutamise alustamist tuleb teha maksafunktsiooni analüüsid.

Kehamass

Soovitatav annus patsientidele kehamassiga ≤ 60 kg on 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2).

Eakad

Annuse vähendamine ei ole vajalik (vt lõik 5.2).

Sugu

Annuse vähendamine ei ole vajalik (vt lõik 5.2).

Lixiana ja P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegne kasutamine

Lixiana kasutamisel järgmisi P-gp inhibiitoreid kasutataval patsientidel: tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool, on soovitatav annus 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 4.5). Samaaegsel kasutamisel amiodarooni, kinidiini või verapamiiliga (vt lõik 4.5) ei ole annuse vähendamine vajalik.

Lixiana kasutamist koos teiste P-gp inhibiitoritega, sealhulgas HIV proteaasi inhibiitoritega, ei ole uuritud.

Lapsed

Lixiana ohutus ja efektiivsus lastel ja noorukitel vanuses alla 18 aasta ei ole tõestatud. Andmed puuduvad.

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Lixiana kasutamist võib alustada või jätkata patsientidel, kes võivad vajada kardioversiooni. Transösofageaalse ehokardiogrammi (*transoesophageal echocardiogram*, TEE) abil sooritatava kardioversiooni korral tuleb patsientidel, keda ei ole varem hüübimisvastaste ravimitega ravitud, alustada piisava hüübimisvastase toime saavutamiseks ravi Lixianaga vähemalt **2 tundi** enne kardioversiooni (vt lõigud 5.1 ja 5.2). Kardioversioon tuleb teha hiljemalt 12 tunni möödumisel Lixiana annusest protseduuri päeval.

Kõikidel patsientidel, kellel sooritatakse kardioversioon: enne kardioversiooni tuleb veenduda, et patsient on saanud Lixiana määratud annuse. Ravi alustamine ja kestus tuleb otsustada, lähtudes kardioversiooni vajavate patsientide hüübimisvastase ravi suhtes kehtestatud juhenditest.

Manustamisviis

Suukaudne.

Lixianat võib võtta koos toiduga või ilma (vt lõik 5.2).

4.3 Vastunäidustused

- Ülitundlikkus toimeaine või lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainete suhtes.
- Kliiniliselt oluline aktiivne verejooks.
- Maksahaigus, millega on seotud koagulopaatia ja kliiniliselt oluline verejooksuohu.
- Kahjustused või seisundid, mille puhul peetakse suure verejooksu riski märkimisväärseks. Siia võivad kuuluda olemasolev või hiljutine seedetrakti haavand; kõrge verejooksuriskiga pahaloomulise kasvaja esinemine; hiljutine aju või lülisamba vigastus; hiljutine aju-, lülisamba- või silmaoperatsioon; hiljutine intrakraniaalne hemorraagia; teadaolevad või kahtlustatavad söögitoru vaariksid; arteriovenoossed malformatsioonid; vaskulaarsed aneurüsmid või ulatuslikud intraspinaalsed või intratserebraalsed veresoonehäired.
- Ravile allumatu raske hüpertensioon.
- Samaaegne ravi mis tahes muu antikoagulandiga, nt fraktsioneerimata hepariini, madalmolekulaarsete hepariinide (enoksapariin, daltepariin jne), hepariini derivaatide (fondapariinuks jne), suukaudsete antikoagulantidega (varfariin, dabigatraaneteksilaat, rivaroksabaan, apiksabaan jne), välja arvatud suukaudse antikoagulant-ravi vahetamise eritingimustes (vt lõik 4.2) või kui fraktsioneerimata hepariini manustatakse annuses, mis on vajalik tagamaks tsentraalse veeni- või arterikateetri avatus (vt lõik 4.5).
- Rasedus ja imetamine (vt lõik 4.6).

4.4 Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel

Lixiana 15 mg ei ole näidustatud monoravina, sest selle tulemusena võib efektiivsus väheneda. See on näidustatud ainult üleminekul Lixiana 30 mg-lt (patsiendid ühe või mitme kliinilise teguriga, mis suurendavad kontsentratsiooni, vt tabel 1) K-vitamiini antagonistiga kasutamisele koos K-vitamiini sobiva annusega (vt tabel 2, lõik 4.2).

Veritsemisrisk

Edoksabaan suurendab veritsemisriski ja võib põhjustada tõsist, potentsiaalselt surmaga lõppevat verejooksu. Suurenenud veritsemisriskiga patsientidel on Lixianat, nagu teisi antikoagulante, soovitatav kasutada ettevaatusega. Tõsise verejooksu puhul tuleb Lixiana manustamine lõpetada (vt lõigud 4.8 ja 4.9).

Kliinilistes uuringutes esines pikaajalisel edoksabaanraviga võrreldes raviga K-vitamiini antagonistiga sagedamini limaskestast verejookse (nina-, seedetrakti-, sugu-kusetee verejooksu) ja aneemiat. Seega, lisaks piisavale kliinilisele jälgimisele võib varjatud verejooksu kindlakstegemisel olla kasu ka hemoglobiini/hematokriti laboratoorsel määramisel, kui see on asjakohane.

Mitmel allpool loetletud patsientide alarühmal suureneb veritsemisohu. Seetõttu tuleb neid patsiente pärast ravi alustamist hoolikalt jälgida veritsemisega seotud tüsistuste nähtude ja sümptomite ning aneemia suhtes (vt lõik 4.8). Iga ootamatu hemoglobiinitaseme või vererõhu languse korral tuleb otsida veritsuskohta.

Edoksabaani hüübimisvastast toimet ei saa standardsete laborianalüüsidega usaldusväärselt hinnata. Edoksabaani puhul ei ole spetsiaalset hüübimisvastast toimet tagasipööravat ainet saadaval (vt lõik 4.9).

Hemodialüüs edoksabaani kliirensit oluliselt ei suurenda (vt lõik 5.2).

Eakad

Lixiana manustamisel eakatele patsientidele samaaegselt atsetüülsalitsüülhappega tuleb olla ettevaatlik võimaliku suurenenud veritsemisohu tõttu (vt lõik 4.5).

Neerufunktsiooni kahjustus

Kerge (kreatiniini kliirens > 50–80 ml/min), mõõduka (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min) ja raske (kreatiniini kliirens < 30 ml/min, kuid dialüüsi ei saa) neerufunktsiooni kahjustusega uuringus osalejatel suurenes plasma AUC vastavalt 32%, 74% ja 72% võrreldes normaalse neerufunktsiooniga uuringus osalejatega (annuse vähendamise kohta vt lõik 4.2).

Lõppstaadiumis neeruhaigusega või dialüüsi saavatel patsientidel ei ole Lixianat soovitatav kasutada (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Neerufunktsioon mittevalvulaarse kodade virvenduse korral

Edoksabaani kasutamisel täheldati hästi kohandatud varfariinraviga võrreldes suundumust efektiivsuse vähenemisele kreatiniini kliirensi suurenedes (vt lõik 5.1). Seetõttu võib edoksabaani kasutada mittevalvulaarse kodade virvendusega ja suure kreatiniini kliirensiga patsientidel alles pärast patsiendi individuaalse tromboemboolia- ja veritsemisriski hoolikat hindamist.

Neerufunktsiooni hindamine: kreatiniini kliirensit tuleb kontrollida ravi algul kõikidel patsientidel ning edaspidi vastavalt kliinilisele näidustusele (vt lõik 4.2).

Maksakahjustus

Lixianat ei ole soovitatav kasutada raske maksakahjustusega patsientidel (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Lixiana kasutamisel kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb olla ettevaatlik (vt lõik 4.2).

Patsiendid, kellel oli tõusnud maksaensüümide (ALAT/ASAT > 2 x normi ülempiirist) või üldbilirubiini tase $\geq 1,5$ x normi ülempiirist, jäeti kliinilistest uuringutest välja. Seetõttu tuleb olla Lixiana kasutamisel sellel populatsioonil ettevaatlik (vt lõigud 4.2 ja 5.2). Enne Lixiana kasutamise alustamist tuleb teha maksafunktsiooni analüüsid. Lixiana kasutamisel rohkem kui 1 aasta jooksul on soovitatav maksa näitajaid perioodiliselt jälgida.

Katkestamine operatsiooni ja muude sekkumiste ajaks

Kui operatsioonil või muudel protseduuridel tekkiva veritsemisriski tõttu on vaja hüübimisvastane ravi katkestada, tuleb Lixiana kasutamine niipea kui võimalik lõpetada, eelistatavalt vähemalt 24 tundi enne protseduuri.

Otsustamisel selle üle, kas protseduur tuleb edasi lükata kuni vähemalt 24 tunni möödumiseni Lixiana viimasest annusest, tuleb suurenenud veritsemisohtu hinnata võrdluses sekkumisvajaduse pakilisusega. Lixiana võtmist pärast kirurgilist või muud protseduuri tuleb uuesti alustada niipea, kui on saavutatud piisav hemolüüs, võttes arvesse, et edoksabaani hüübimisvastase ravitoime tekkimiseni kulub 1–2 tundi. Kui kirurgilise sekkumise ajal või pärast seda ei ole võimalik suukaudseid ravimeid võtta, tuleb kaaluda parenteraalse antikoagulandi manustamist ja seejärel üleminekut Lixiana suukaudsele manustamisele üks kord ööpäevas (vt lõik 4.2).

Antikoagulandid, trombotsüütide vastased ained ja trombolüütikumid

Samaaegne hemostaasi mõjutavate ravimite kasutamine võib veritsemisriski suurendada. Nendeks on atsetüülsalitsüülhape, P2Y₁₂ trombotsüütide inhibiitorid, muud tromboosivastased ained, fibrinolüütiline ravi ja krooniline MSPVA-de kasutamine (vt lõik 4.5).

Südameklapi proteesid ja mõõdukas või raske mitraalstenooos

Edoksabaani kasutamist mehaaniliste südameklappidega patsientidel, patsientidel esimese 3 kuu jooksul alates südameklapi bioproteesi paigaldamisest, koos kodade virvendusega või ilma ning mõõduka või raske mitraalstenooosiga patsientidel ei ole uuritud. Seepärast ei ole edoksabaani kasutamine neil patsientidel soovitatav.

Hemodünaamiliselt ebastabiilse KATE-ga patsiendid või trombolüüsi või kopsuarteri embolektoomiat vajavad patsiendid

Lixianat ei ole soovitatav kasutada alternatiivina fraktsioneerimata hepariinile kopsuarteri trombembooliaga patsientidel, kes on hemodünaamiliselt ebastabiilsed või kellele võidakse teha trombolüüs või kopsuarteri embolektoomia, sest edoksabaani ohutust ja efektiivsust neis kliinilistes olukordades ei ole tõestatud.

Aktiivse vähihaigusega patsiendid

Edoksabaani efektiivsus ja ohutus VTE raviks ja/või ennetamiseks aktiivse vähihaigusega patsientidel ei ole tõestatud.

Laboratoorsed hüübimisparameetrid

Kuigi edoksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt, saab hüübimisvastast toimet hinnata kalibreeritud kvantitatiivse anti-faktor Xa analüüsiga, mis võib aidata saada infot eriolukorras kliiniliste otsuste tegemiseks, nt üleannustamise ja erakorralise operatsiooni puhul (vt ka lõik 5.2).

Edoksabaan suurendab Xa faktori inhibeerimise tõttu standardsete hüübimistestide tulemusi, nt protrombiiniaega (PT), INR-i ja aktiveeritud osalist tromboplastiiniaega (aPTT). Terapeutilise annuse kasutamisel on nendes hüübimisanalüüsides täheldatud muutused siiski väikesed, väga varieeruvad ning ei ole kasulikud edoksabaani hüübimisvastase toime jälgimisel.

4.5 Koostoimed teiste ravimitega ja muud koostoimed

Edoksabaan imendub valdavalt seedetrakti ülaosas. Seega võivad mao tühjenemist ja soolte motiilsust suurendavad ravimid või haigusseisundid edoksabaani lahustamist ja imendumist vähendada.

P-gp inhibiitorid

Edoksabaan on väljavoolu transporteri P-gp substraat. Farmakokineetilistes uuringutes suurendas edoksabaani samaaegne manustamine P-gp inhibiitoritega: tsüklosporiini, dronedarooni, erütromütsiini, ketokonasooli, kinidiini või verapamiiliga edoksabaani kontsentratsioone plasmas. Edoksabaani samaaegseks kasutamiseks tsüklosporiini, dronedarooni, erütromütsiini või ketokonasooliga tuleb annust vähendada 30 mg-ni üks kord ööpäevas. Edoksabaani samaaegsel kasutamisel kinidiini, verapamiili või amiodarooniga ei ole kliiniliste andmete põhjal annuse vähendamine vajalik (vt lõik 4.2).

Edoksabaani kasutamist koos teiste P-gp inhibiitoritega, sealhulgas HIV proteaasi inhibiitoritega, ei ole uuritud.

Samaaegsel kasutamisel järgmiste P-gp inhibiitoritega tuleb Lixianat manustada 30 mg üks kord ööpäevas:

- *Tsüklosporiin:* 500 mg tsüklosporiini ühekordse annuse samaaegsel manustamisel 60 mg edoksabaani ühekordse annusega suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 73% ja 74%.
- *Dronedaroon:* 400 mg dronedarooni samaaegsel manustamisel kaks korda ööpäevas 7 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 85% ja 46%.
- *Eritromütsiin:* 500 mg erütromütsiini samaaegsel manustamisel neli korda ööpäevas 8 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 7. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 85% ja 68%.
- *Ketokonasool:* 400 mg ketokonasooli samaaegsel manustamisel üks kord ööpäevas 7 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 4. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 87% ja 89%.

Samaaegsel kasutamisel järgmiste P-gp inhibiitoritega on soovitatav Lixianat manustada 60 mg üks kord ööpäevas:

- *Kinidiin*: 300 mg kinidiini samaaegsel manustamisel 1. ja 4. päeval üks kord ööpäevas ja 2. ja 3. päeval kolm korda ööpäevas 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 3. päeval suurenesid vastavalt edoksabaani AUC 24 tunni jooksul 77% ja C_{max} 85%.
- *Verapamiil*: 240 mg verapamiili samaaegsel manustamisel üks kord ööpäevas 11 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 10. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} ligikaudu 53%.
- *Amiodaroon*: 400 mg amiodarooni üks kord ööpäevas samaaegne manustamine 60 mg edoksabaaniga üks kord ööpäevas suurendas AUC-d 40% ja C_{max} -i 66%. Seda kliiniliselt oluliseks ei loetud. Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 olid uuringus osalejate ohutuse ja efektiivsuse alased tulemused amiodarooni samaaegse kasutamisega ja ilma sarnased.

P-gp indutseerijad

Edoksabaani manustamine koos P-gp indutseerija rifampitsiiniga põhjustas edoksabaani keskmise AUC vähenemist ja lühendas poolväärtusaega paralleelselt farmakodünaamiliste toimete võimaliku vähenemisega. Edoksabaani samaaegne kasutamine teiste P-gp indutseerijatega (nt fenütoin, karbamasepiin, fenobarbitaal või harilik naistepuna) võib samuti põhjustada edoksabaani plasmakontsentratsiooni vähenemist. Edoksabaani kasutamisel samaaegselt P-gp indutseerijatega tuleb olla ettevaatlik.

P-gp substraadid

Digoksiin: 60 mg edoksabaani manustamine üks kord ööpäevas 1. kuni 14. päeval samaaegselt 0,25 mg digoksiini korduvate ööpäevaste annustega kaks korda ööpäevas (8. ja 9. päeval) ja 0,25 mg üks kord ööpäevas (10. kuni 14. päeval) suurendas edoksabaani C_{max} -i 17%, kuid püsikontsentratsioonil AUC-le ega neerukliirensile mõju ei avaldanud. Edoksabaani mõju uurimisel digoksiini farmakokineetikale leiti, et digoksiini C_{max} suurenes ligikaudu 28% ja AUC 7%. Seda kliiniliselt asjakohaseks ei loetud. Lixiana manustamisel koos digoksiiniga ei ole annuse muutmine vajalik.

Antikoagulandid, trombotsüütide vastased ained ja MSPVA-d

Antikoagulandid: edoksabaani samaaegne manustamine teiste hüübimisvastaste ainetelega on vastunäidustatud veritsemisriski suurenemise tõttu (vt lõik 4.3).

Atsetüülsalitsüülhape: atsetüülsalitsüülhappe (100 mg või 325 mg) samaaegne manustamine edoksabaaniga pikendas veritsemisaega võrreldes kummagi ravimi eraldi kasutamisega. Suures annuses atsetüülsalitsüülhappe (325 mg) samaaegne manustamine suurendas edoksabaani C_{max} -i ja AUC-d püsikontsentratsioonil vastavalt 35% ja 32%. Suures annuses atsetüülsalitsüülhappe (325 mg) korduv kasutamine samaaegselt edoksabaaniga ei ole soovitatav. Atsetüülsalitsüülhappe manustamine suuremates annustes kui 100 mg võib toimuda ainult meditsiinilise järelevalve all.

Kliinilistes uuringutes oli atsetüülsalitsüülhappe (väheses annuses ≤ 100 mg ööpäevas), teiste trombotsüütidevastaste ainete ja tienopüridiinide samaaegne kasutamine lubatud ja suurendas suuremaid verejookse ligikaudu 2-kordselt võrreldes nende mittesamaaegse kasutamisega, kuigi edoksabaani ja varfariini rühmas sarnasel määral (vt lõik 4.4). Väheses annuses atsetüülsalitsüülhappe (≤ 100 mg) samaaegne kasutamine edoksabaani maksimaalset ega üldist kontsentratsiooni pärast ühekordset annust ega püsikontsentratsioonil ei mõjutanud.

Edoksabaani võib manustada koos väheses annuses atsetüülsalitsüülhappega (≤ 100 mg päevas).

Trombotsüütide inhibiitorid: uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 oli tienopüridiinide (nt klopidogreeli) monoravi samaaegne kasutamine lubatud ja suurendas kliiniliselt asjakohast veritsemist, kuigi edoksabaani kasutamisel väiksema veritsemisriskiga võrreldes varfariiniga (vt lõik 4.4).

Edoksabaani kasutamiseks koos kahe trombotsüütidevastase ravimiga või fibrinolüütiliste ainetega on väga vähe kogemusi.

MSPVA-d: naprokseeni samaaegne manustamine edoksabaaniga pikendas veritsemisaega võrreldes kummagi ravimi eraldi kasutamiselega. Naprokseen edoksabaani C_{max} -i ja AUC-d ei mõjutanud. Kliinilistes uuringutes suurendas MSPVA-de samaaegne kasutamine kliiniliselt asjakohast veritsemist. MSPVA-de korduv samaaegne kasutamine edoksabaaniga ei ole soovitatav.

Edoksabaani toime teistele ravimitele

Edoksabaan suurendas samaaegselt manustatava digoksiini C_{max} -i 28%; AUC-d see aga ei mõjutanud. Edoksabaan kinidiini C_{max} -i ja AUC-d ei mõjutanud.

Edoksabaan vähendas samaaegselt manustatava verapamiili C_{max} -i ja AUC-d vastavalt 14% ja 16%.

4.6 Fertiilsus, rasedus ja imetamine

Fertiilses eas naised

Fertiilses eas naised peavad ravi ajal edoksabaaniga rasestumist vältima.

Rasedus

Edoksabaani ohutus ja efektiivsus rasedatel ei ole tõestatud. Loomkatsed on näidanud kahjulikku toimet reproduktiivsusele (vt lõik 5.3). Edoksabaani võimaliku reproduktiivtoksilisuse, sellele omase veritsemisriski ja tõestatult platsenta läbimise tõttu on Lixiana kasutamine raseduse ajal vastunäidustatud (vt lõik 4.3).

Imetamine

Edoksabaani ohutus ja efektiivsus imetamise ajal ei ole tõestatud. Loomkatsete andmete kohaselt imendub edoksabaan rinnapiima. Seetõttu on Lixiana vastunäidustatud rinnaga toitmise ajal (vt lõik 4.3). Tuleb otsustada, kas katkestada rinnaga toitmine või katkestada/vältida ravi.

Fertiilsus

Toime hindamiseks inimeste fertiilsusele ei ole edoksabaaniga spetsiaalselt uuringuid läbi viidud. Uuringus toimeid isaste ja emaste rottide fertiilsusele ei täheldatud (vt lõik 5.3).

4.7 Toime reaktsioonikiirusele

Lixianal ei ole või on ebaoluline toime autojuhtimise ja masinate käsitlemise võimele.

4.8 Kõrvaltoimed

Ohutusprofili kokkuvõte

Edoksabaani ohutust ja efektiivsust hinnati kahes III faasi uuringus, sealhulgas 21 105 mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia patsiendil (uuring ENGAGE AF-TIMI 48) ja 8292 VTE-ga (SVT ja KATE) patsiendil (uuring Hokusai-VTE).

Edoksabaani 60 mg (sealhulgas vähendatud annust 30 mg) kasutasid uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 osalenud 7012 patsienti keskmiselt 2,5 aastat ja uuringus Hokusai-VTE osalenud 4118 patsienti 251 päeva. Kõrvaltoimeid tekkis uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 kokku 2256 (32,2%) patsiendil, keda raviti edoksabaani 60 mg-ga (vähendatud annusega 30 mg), ja uuringus Hokusai-VTE kokku 1249 (30,3%) patsiendil.

Mõlemas uuringus olid kõige sagedamad veritsemisega seotud kõrvaltoimed seoses 60 mg edoksabaani kasutamise eelstatud terminite põhjal naha pehmete kudede veritsemine (kuni 5,9%) ja ninaverejooks (kuni 4,7%) ning ainult uuringus Hokusai-VTE oli kõige sagedam veritsemisega seotud kõrvaltoime tupeverejooks (9,0%).

Veritsemine võib tekkida mis tahes kohal ning olla raske või isegi surmaga lõppeda (vt lõik 4.4).

Edoksabaani muud sagedad kõrvaltoimed olid aneemia, lööve ja maksafunktsiooni analüüside kõrvalekalded.

Kõrvaltoimete tabel

Tabelis 3 on esitatud loetelu kahes keskses III faasi uuringus VTE-ga (SVT ja KATE) (uuring Hokusai-VTE) ja kodade virvendusarütmia (uuring ENGAGE AF-TIMI 48) patsientidel mõlema näidustuse puhul kokku esinenud kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimed on organsüsteemi klassi ja esinemissageduse järgi liigitatud järgmiselt: väga sage ($\geq 1/10$), sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$), aeg-ajalt ($\geq 1/1000$ kuni $< 1/100$), harv ($\geq 1/10\ 000$ kuni $< 1/1000$), väga harv ($< 1/10\ 000$), teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel).

Tabel 3. Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE korral esinenud kõrvaltoimete loetelu

Organsüsteemi klass	Sagedus
Vere ja lümfisüsteemi häired	
Aneemia	Sage
Immuunsüsteemi häired	
Ülitundlikkus	Aeg-ajalt
Anafülaktiline reaktsioon	Harv
Allergiline turse	Harv
Närvisüsteemi häired	
Pearinglus	Sage
Peavalu	Sage
Koljusisene verejooks	Aeg-ajalt
Subarahnoidaalne verejooks	Harv
Silma kahjustused	
Silma side- ja kõvakesta verejooks	Aeg-ajalt
Silmasisene verejooks	Aeg-ajalt
Südame häired	
Perikardiaalne verejooks	Harv
Vaskulaarsed häired	
Muu verejooks	Aeg-ajalt
Respiratoorsed, rindkere ja mediastiinumi häired	
Ninaverejooks	Sage
Hemoptüüs	Aeg-ajalt
Seedetrakti häired	
Kõhuvalu	Sage
Seedetrakti alaosa verejooks	Sage
Seedetrakti ülaosa verejooks	Sage
Suu/kõri verejooks	Sage
Iiveldus	Sage
Retroperitoneaalne verejooks	Harv
Maksa- ja sapiteede häired	
Vere bilirubiinitaseme tõus	Sage
Gammaglutamüültransferaasi taseme tõus	Sage

Organsüsteemi klass	Sagedus
Vere alkaalse fosfataasi taseme tõus	Aeg-ajalt
Transaminaaside aktiivsuse tõus	Aeg-ajalt
Aspartaadi aminotransferaasi taseme tõus	Aeg-ajalt
Naha ja nahaaluskoe kahjustused	
Naha pehmete kudede veritsemine	Sage
Lööve	Sage
Kihelus	Sage
Nõgestõbi	Aeg-ajalt
Lihase-skeleti ja sidekoe kahjustused	
Intramuskulaarne verejooks (kompartmenti sündroomita)	Harv
Liigesesisene verejooks	Harv
Neerude ja kuseteede häired	
Makroskoopiline hematuria / ureetra verejooks	Sage
Reproduktiivse süsteemi ja rinnanäärme häired	
Tupeverejooks ¹	Sage
Üldised häired ja manustamiskoha reaktsioonid	
Verejooks punktsioonikohal	Sage
Uuringud	
Maksafunktsiooni analüüside kõrvalekalded	Sage
Vigastus, mürgistus ja protseduuri tüsistused	
Verejooks operatsioonikohal	Aeg-ajalt
Subduraalne verejooks	Harv
Protseduuriga seotud verejooks	Harv

¹ Esinemissagedused põhinevad naiste populatsiooni kliinilistel uuringutel. Tupeverejookse esines sageli alla 50 aasta vanustel naistel, kuid üle 50 aasta vanustel naistel esines neid aeg-ajalt.

Valitud kõrvaltoimete kirjeldus

Farmakoloogilise toimemehhanismi tõttu võib Lixiana kasutamist seostada varjatud või nähtava ükskõik millisest koest või elundist tekkiva verejooksu riski suurenemisega, mis võib viia posthemorraagilise aneemia tekkeni. Tunnused, sümptomid ja raskusaste (sealhulgas surmaga lõppev) on erinevad ja sõltuvad verejooksu asukohast ja verejooksu ja/või aneemia määrast või ulatusest (vt lõik 4.9 „Verejooksu kontrollimine“). Kliinilistes uuringutes esines pikaajalisel ravil edoksabaaniga sagedamini limaskestast verejookse (nt nina-, seedetrakti-, sugu-kuseteede verejooksu) ja aneemiat võrrelduna VKA-raviga. Seega lisaks piisavale kliinilisele jälgimisele võib varjatud verejooksu kindlakstegemisel olla kasu ka hemoglobiini/hematokriti laboratoorsel määramisel, kui see on asjakohane. Veritsemisoht võib olla suurem teatavates patsiendirühmades, nt ravimata raske arteriaalse hüpertensiooniga ja/või samaaegselt hemostaasi mõjutavat ravi saavatel patsientidel (vt „Veritsemisoht“, lõik 4.4). Menstruaalverejooks võib olla tugevam ja/või pikemaajalisem. Hemorraagilised tüsistused võivad avalduda nõrkuse, kahvatuse, pearingluse, peavalu või seletamatu paistetuse, düspnoena ja teadmata põhjusega šokina. Lixiana kasutamisel on teada antud tõsisest verejooksust tingitud tüsistustest, nt kompartment-sündroom ja hüperperfusioonist põhjustatud neerupuudulikkus. Seetõttu tuleb kõikide antikoagulantide saavate patsientide seisundi hindamisel arvestada hemorraagia võimalusega.

Võimalikest kõrvaltoimetest teavitamine

Ravimi võimalikest kõrvaltoimetest on oluline teavitada ka pärast ravimi müügiloa väljastamist. See võimaldab jätkuvalt hinnata ravimi kasu/riski suhet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest riikliku teavitamissüsteemi, mis on loetletud [V lisas](#), kaudu.

4.9 Üleannustamine

Edoksabaani üleannustamine võib põhjustada verejooksu. Üleannustamisjuhtudega on väga vähe kogemusi.

Edoksabaani farmakodünaamilisele toimele antagonistliku toimega spetsiaalne antidoot puudub.

Edoksabaani üleannustamise korral võib imendumise vähendamiseks kaaluda varakult aktiivsöe kasutamist. See soovitus põhineb ravimite üleannustamise tavaravil ja kättesaadavatel andmetel sarnaste ühendite kohta, sest edoksabaani kliinilises programmis ei ole aktiivsöe kasutamist edoksabaani imendumise vähendamiseks spetsiaalselt uuritud.

Verejooksu kontrollimine

Kui edoksabaani saaval patsiendil tekib veritsustüsistus, tuleb edoksabaani järgmise annuse võtmine edasi lükata või ravi katkestada, nagu sobivam on. Edoksabaani poolväärtusaeg on ligikaudu 10...14 tundi (vt lõik 5.2). Verejooksu kontrolli alla saamine tuleb korraldada individuaalselt vastavalt hemorraagia raskusastmele ja asukohale. Vajadusel võib kasutada asjakohast sümptomaatilist ravi, nt mehaanilist kompressiooni (nt tugeva epistaksise korral), kirurgilist hemostaasi koos verejooksu kontrollimise protseduuridega, vedelikuasendust ja hemodünaamilist toetusravi, veretoodete (erütrotsüütide preparaadid või värskelt külmutatud plasma, sõltuvalt kaasnevast aneemiast või koagulopaatias) või trombotsüütide ülekannet.

Kui selliste meetmetega nagu vereülekanne või hemostaas ei õnnestu eluohtlikku verejooksu peatada, on 4 faktoriga protrombiinikompleksi kontsentradi manustamisega 50 RÜ/kg Lixiana toimeid tagasi pööratud 30 minuti jooksul pärast infusiooni lõppu.

Võib kaaluda ka rekombinantse VIIa faktori (r-FVIIa) manustamise jätkamist. Kuid selle toote kasutamise kliinilised kogemused edoksabaani saavatel patsientidel on piiratud.

Suurte verejooksude korral tuleb võimalusel (spetsialisti olemasolu korral) kaaluda konsulteerimist koagulatsioonialase eksperdiga.

Protamiinsulfaat ja K-vitamiin ei mõjuta eeldatavasti edoksabaani antikoagulantset toimet.

Antifibrinolüütiliste ainete (traneksaanhape, aminokapronhape) kasutamise kogemus edoksabaani saavatel patsientidel puudub. Puudub teaduslik põhjendus süsteemsete hemostaatikumide (desmopressiin, aprotiniin) kasu kohta ja kogemus nende kasutamisest edoksabaani saavatel inimestel. Tõenäoliselt ei ole edoksabaan dialüüsitar, kuna ta seondub ulatuslikult plasmavalkudega.

5. FARMAKOLOOGILISED OMADUSED

5.1 Farmakodünaamilised omadused

Farmakoterapeutiline rühm: teised tromboosivastased ained, ATC-kood: B01AF03

Toimemehhanism

Edoksabaan on hüübimiskaskaadi lõplikul ühisel teel asuva seriini proteaasi Xa faktori väga selektiivne otsene ja pöörduv inhibiitor. Edoksabaan inhibeerib vaba Xa faktori ja protrombinaasi aktiivsust. Xa faktori inhibeerimine hüübimiskaskaadis vähendab trombiini genereerimist, pikendab hüübimisaega ja vähendab trombide moodustumise riski.

Farmakodünaamilised toimed

Edoksabaani farmakodünaamilised toimed tekivad kiiresti, 1–2 tunni jooksul, mis vastab edoksabaani maksimaalsele kontsentratsioonile (C_{max}). Anti-Xa faktori analüüsiga mõõdetud farmakodünaamilised toimed on prognoositavad ja kooskõlas edoksabaani annuse ja kontsentratsiooniga. FXa inhibeerimise tulemusena pikendab edoksabaan ka hüübimisaega näiteks protrombiiniaja (PT) ja aktiveeritud osalise tromboplastiiniaja (aPTT) analüüsides. Nende hüübimisanalüüside muutused eeldatava raviannusega on siiski väikesed, suuresti varieeruvad ning ei ole kasulikud edoksabaani hüübimisvastase toime jälgimisel.

Hüübimismarkerite toimed üleminekul rivaroksabaanilt, dabigatraanilt või apiksabaanilt edoksabaanile

Kliinilise farmakoloogia uuringutes manustati tervetele uuringus osalejatele 20 mg rivaroksabaani üks kord ööpäevas, 150 mg dabigatraani kaks korda ööpäevas või 5 mg apiksabaani kaks korda ööpäevas ning seejärel ühekordse annusena 60 mg edoksabaani 4. päeval. Mõõdeti toimet protrombiiniajale (PT) ja muudele hüübimise biomarkeritele (nt anti-FXa, aPTT). Pärast üleminekut edoksabaanile 4. päeval oli PT samal tasemel rivaroksabaani ja apiksabaani kasutamisega 3. päeval. Dabigatraani puhul täheldati aPTT suuremat aktiivsust pärast edoksabaani manustamist dabigatraanravi järel võrreldes tasemega pärast ainult edoksabaani kasutamist. Selle põhjuseks loetakse dabigatraanravi ülekanduvat toimet, kuid see ei pikendanud veritsemisaega.

Nende andmete põhjal võib neilt antikoagulantidelt edoksabaani kasutamisele üleminekul alustada edoksabaani esimese annusega eelmise antikoagulandi annuse ettenähtud ajal (vt lõik 4.2).

Kliiniline efektiivsus ja ohutus

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine

Edoksabaani kliiniline programm kodade virvendusarütmia raviks koostati edoksabaani kahe annuserühma efektiivsuse ja ohutuse tõestamiseks võrreldes varfariiniga insuldi ja süsteemse emboolia ennetamiseks mittevõlvalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringus osalejatel, kellel oli mõõdukas kuni kõrge insuldi ja süsteemsete emboolianähtude tekkimise risk.

Keskmes uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 (sündmusjuhitav III faasi mitmekeskuseline, randomiseeritud, topeltpime, topelt-imiteeritud paralleelrühmadega uuring) randomiseeriti 21 105 uuringus osalejat, kelle keskmine CHADS₂ skoor oli 2,8, rühmadesse, kellele manustati kas 30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas või 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas või varfariini. Mõlemas edoksabaani ravirühmas vähendati uuringus osalejate annust poole võrra ühe või mitme järgmise kliinilise teguri korral: mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min), vähene kehamass (≤ 60 kg) või teatavate P-gp inhibiitorite (verapamiil, kinidiin, dronedaroon) samaaegne kasutamine.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli insuldi ja süsteemsete emboolianähtude liittulemusnäitaja. Teised efektiivsuse tulemusnäitajad olid: insuldist, süsteemsest embooliast ja südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud suremuse liittulemusnäitaja; oluline südame-veresoonkonnaga seotud kõrvaltoime, mis on surmaga mittelõppenud müokardiinfarkti, surmaga mittelõppenud insuldi, surmaga mittelõppenud süsteemse emboolia ja südame-veresoonkonnaga seotud või verejooksust põhjustatud surma liittulemusnäitaja; insuldist, süsteemsest embooliast põhjustatud ja kõikidel põhjustel suremuse liittulemusnäitaja.

Edoksabaani 60 mg ja 30 mg ravirühmades oli uuringuravimi kasutamise mediaanne kestus 2,5 aastat. Edoksabaani 60 mg ja 30 mg ravirühmades oli uuringu järelkontrolli mediaanne kestus 2,8 aastat. Mediaanne kestus uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuses oli 60 mg ja 30 mg ravirühmas vastavalt 15 471 ja 15 840; ja järelkontrolli kestus uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuses oli 60 mg ja 30 mg ravirühmas vastavalt 19 191 ja 19 216.

Varfariini rühmas oli mediaanne aeg terapeutilises vahemikus (INR 2,0 kuni 3,0) 68,4%.

Efektiivsuse põhianalüüsi eesmärk oli näidata edoksabaani mittehalemust varfariiniga võrreldes muudetud ravikavatsuslikus populatsioonis ravi ajal või 3 päeva jooksul pärast viimase annuse võtmist

tekinud esimese insuldi või süsteemse emboolia korral. 60 mg edoksabaani ei olnud insuldi või süsteemse embooliaga seotud efektiivsuse esmase tulemusnäitaja osas varfariinist halvem (riskisuhte 97,5% usaldusvahemiku ülempiir oli allpool eelnevalt kehtestatud mittehalvemuse varu 1,38) (tabel 4).

Tabel 4. Insuldi ja süsteemse emboolia juhtumid uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 (muudetud ravikavatsuslik populatsioon, ravi ajal)

Esmane tulemusnäitaja	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annus 30 mg) (N = 7012)	Varfariin (N = 7012)
Esimene insult / süsteemne emboolia^a		
n	182	232
Nähu sagedus (% aastas) ^b	1,18	1,50
Riskisuhe (97,5% usaldusvahemik)	0,79 (0,63, 0,99)	
Mittehalvemuse p-väärtus ^c	< 0,0001	
Esimene isheemiline insult		
n	135	144
Nähu sagedus (% aastas) ^b	0,87	0,93
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,94 (0,75, 1,19)	
Esimene hemorraagiline insult		
n	40	76
Nähu sagedus (% aastas) ^b	0,26	0,49
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,53 (0,36, 0,78)	
Esimene süsteemne emboolia		
n (% aastas) ^a	8 (0,05)	13 (0,08)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,62 (0,26, 1,50)	

Lühendid: n = nähtude arv, N = uuringus osalejate arv ravikavatsuslikus populatsioonis.

^a Uuringus osaleja võib sisalduda mitmel real.

^b Nähu sagedus (% aastas) on arvutatud nähtude arvuna uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuse kohta.

^c Kahepoolne p-väärtus põhineb mittehalvemuse varul 1,38.

Kogu uuringuperioodil tekkis ravikavatsuslikus populatsioonis (paremust näitav analüüsikogum) kinnitust leidnud insult või süsteemne emboolia 60 mg edoksabaani ravirühmas 296 uuringus osalejal (1,57% aastas) ja varfariini rühmas 337 uuringus osalejal (1,80% aastas). Varfariiniga ravitud uuringus osalejatega võrreldes oli 60 mg edoksabaani ravirühmas riskisuhe 0,87 (99% usaldusvahemik: 0,71, 1,07, p < 0,08 paremus suhtes).

Alarühmade analüüsides oli uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 60 mg ravirühma kuuluvatel uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni (kehamass ≤ 60 kg, mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus või P-gp inhibiitorite samaaegne kasutamine), nähtude esinemissagedus: esmase tulemusnäitaja puhul 2,29% aastas võrreldes nähtude esinemissagedusega 2,66% aastas varfariini rühma vastavatel uuringus osalejatel [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,86 (0,66, 1,13)].

Eelnevalt määratletud põhilistes alarühmades (vajaduse korral annuse vähendamisega), sealhulgas vanuse, kehamassi, soo, neerufunktsiooni seisundi, varem esinenud insuldi või transitoorse isheemilise ataki, diabeedi ja P-gp inhibiitorite järgi saadud efektiivsusega seotud tulemused olid üldiselt kooskõlas uuringus uuritud üldisel populatsioonil esmase efektiivsuse osas saavutatud tulemustega.

Uuringukeskustes, kus varfariini INR oli sihtvahemikus (INR TTR) keskmiselt lühemat aega, oli esmase tulemusnäitaja riskisuhe (60 mg edoksabaan vs varfariin) 0,73-0,80 kolmes madalaimas

kvartiilis (INR TTR $\leq 57,7\%$ kuni $\leq 73,9\%$). Uuringukeskustes, kus varfariinravi andis kõige paremaid tulemusi, oli see 1,07 (4. kvartiil, kus $> 73,9\%$ INR väärtustest olid terapeutilises vahemikus).

Edoksabaani ja varfariini vahel tekkisid statistiliselt olulised koostoimed uuringu põhitulemusele (insult / süsteemne emboolia) ja neerufunktsioonile (p-väärtus 0,0042; mITT, kogu uuringuperiood).

Tabelis 5 on näidatud isheemiliste insultide / süsteemse emboolia esinemissagedus kreatiniini kliirensi kategooriate järgi mittevälvulaarse kodade virvendusega patsientidel uuringus ENGAGE AF-TIMI 48. Mõlemas ravirühmas kreatiniini kliirensi suurenedes nende nähtude esinemissagedus vähenes.

Tabel 5. Isheemiliste insultide / süsteemse emboolia juhtude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ravikavatsuslikus analüüsikogumis kogu uuringuperioodil

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	63	1,89	1305	67	2,05	0,93 (0,66, 1,31)
> 50 kuni ≤ 70	2093	85	1,51	2106	95	1,70	0,88 (0,66, 1,18)
> 70 kuni ≤ 90	1661	45	0,99	1703	50	1,08	0,92 (0,61, 1,37)
> 90 kuni ≤ 110	927	27	1,08	960	26	0,98	1,10 (0,64, 1,89)
> 110 kuni ≤ 130	497	14	1,01	469	10	0,78	1,27 (0,57, 2,85)
> 130	462	10	0,78	418	3	0,25	--*

Lühendid: N = uuringus osalejate arv ravikavatsuslikus populatsioonis kogu uuringuperioodil; n = patsientide arv alarühmas

*Riskisuhet ei arvatatud, kui juhtude arv ühes ravirühmas oli < 5 .

Neerufunktsiooni alarühmades olid tulemused teiseste efektiivsuse tulemusnäitajate osas kooskõlas tulemustega esmase tulemusnäitaja osas.

Paremust analüüsiti ravikavatsuslikul populatsioonil üldisel uuringuperioodil.

Edoksabaani 60 mg ravirühmas esines insulti ja süsteemset embooliat vähematel uuringus osalejatel kui varfariini rühmas (vastavalt 1,57% ja 1,80% aastas) riskisuhetega 0,87 (99% usaldusvahemik: 0,71, 1,07, $p = 0,0807$ paremus suhtes).

Eelnevalt määratletud liittulemusnäitajad edoksabaani 60 mg ravirühma võrdlemiseks varfariini kasutamise: insuldist, süsteemset embooliat ja südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud suremuse riskisuhe (99% usaldusvahemik) oli 0,87 (0,76, 0,99), olulise südame-veresoonkonnaga seotud kõrvaltoime puhul 0,89 (0,78, 1,00) ning insuldist, süsteemset embooliat põhjustatud ja kõikidel põhjustel suremuse puhul 0,90 (0,80, 1,01).

Tulemused kõikidel põhjustel suremuse osas (lahendatud surmajuhtumid) uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 olid 769 (3,99% aastas) 60 mg edoksabaani võtnud uuringus osalejatel (vähendatud annusega 30 mg) võrreldes 836-ga (4,35% aastas) varfariini puhul [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,91 (0,83, 1,01)].

Suremus kõikidel põhjustel (hinnatud surmajuhtumid) neerufunktsiooni alarühmade järgi (edoksabaan vs varfariin): kreatiniini kliirens 30 kuni ≤ 50 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,81 (0,68,

0,97)]; kreatiniini kliirens > 50 kuni < 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,87 (0,75, 1,02)]; kreatiniini kliirens ≥ 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 1,15 (0,95, 1,40)].

60 mg edoksabaani (vähendatud annusega 30 mg) kasutamisel oli südame-veresoonkonna haigustesse suremuse esinemissagedus väiksem kui varfariini kasutamisel [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,86 (0,77, 0,97)].

Hinnatud efektiivsuse andmed suremuse osas südame-veresoonkonna haiguste tagajärjel neerufunktsiooni alarühmade järgi (edoksabaan vs varfariin): kreatiniini kliirens 30 kuni ≤ 50 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,80 (0,65, 0,99)]; kreatiniini kliirens > 50 kuni < 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,75 (0,62, 0,90)]; kreatiniini kliirens ≥ 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 1,16 (0,92, 1,46)].

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmiaiga patsientide ohutus uuringus ENGAGE AF-TIMI 48

Esmane ohutusala tulemusnäitaja oli suur verejooks.

Edoksabaani 60 mg ravirühmas vähenes risk oluliselt võrreldes varfariini rühmaga suurema verejooksu (vastavalt 2,75% ja 3,43% aastas) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,80 (0,71, 0,91); p = 0,0009], koljusisese verejooksu (vastavalt 0,39% ja 0,85% aastas) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,47 (0,34, 0,63); p < 0,0001] ja muud tüüpi verejooksude osas (tabel 6).

Ka surmaga lõppenud verejooksude vähenemine oli edoksabaani 60 mg ravirühmas oluline võrreldes varfariini rühmaga (0,21% ja 0,38%) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,55 (0,36, 0,84); p = 0,0059 paremuse suhtes], eelkõige surmaga lõppevate koljusiseste verejooksude vähenemise osas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,58 (0,35, 0,95); p = 0,0312].

Tabel 6. Veritsemisnähtud uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 – raviage se ohutuse analüüs

	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 7012)	Varfariin (N = 7012)
Suurem verejooks		
n	418	524
Nähu sagedus (% aastas) ^a	2,75	3,43
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,80 (0,71, 0,91)	
p-väärtus	0,0009	
Koljusisene verejooks^b		
n	61	132
Nähu sagedus (% aastas) ^a	0,39	0,85
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,47 (0,34, 0,63)	
Surmaga lõppenud verejooks		
n	32	59
Nähu sagedus (% aastas) ^a	0,21	0,38
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,55 (0,36, 0,84)	
Kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks		
n	1214	1396
Nähu sagedus (% aastas) ^a	8,67	10,15
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,86 (0,80, 0,93)	
Igasugune kinnitust leidnud verejooks^c		
n	1865	2114
Nähu sagedus (% aastas) ^a	14,15	16,40
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,87 (0,82, 0,92)	

Lühendid: n = nähtudega uuringus osalejate arv, N = uuringus osalejate arv ohutusalasest populatsioonis.

- ^a Nähu sagedus (% aastas) on arvatud nähtude arvuna uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuse kohta.
- ^b Koljusisene verejooks hõlmab eelkõige hemorraagilist insulti, subarahnoidaalset verejooksu, epi-/subduraalset verejooksu ja isheemilist insulti olulise hemorraagilise transformatsiooniga. Hõlmab kõiki koljusiseseid verejookse, mis on osalejate andmekaartidel esitatud kinnitust leidnud lahendatud aju veresoonekonna ja mittekoljusisesed verejooksud.
- ^c Kinnitust leidnud verejooksud hõlmavad lahendaja poolt kliiniliselt avaldunudena määratletud verejookse.

Märkus: uuringus osaleja võib kuuluda mitmesse alamkategoriasse, kui tal on esinenud nende kategooriate nähtud. Analüüsis võetakse arvesse iga kategooria esimest nähtu.

Tabelites 7, 8 ja 9 on esitatud vastavalt suurte, surmaga lõppenud ja intrakraniaalsete verejooksude esinemissagedus mittevalvulaarse kodade virvendusarütmiaaga patsientidel uuringus ENGAGE AF-TIMI 48. Mõlemas ravirühmas kreatiniini kliirensi suurenedes esinemissagedus vähenes.

Tabel 7. Suurte verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	96	3,91	1305	128	5,23	0,75 (0,58, 0,98)
> 50 kuni ≤ 70	2093	148	3,31	2106	171	3,77	0,88 (0,71, 1,10)
> 70 kuni ≤ 90	1661	108	2,88	1703	119	3,08	0,93 (0,72, 1,21)
> 90 kuni ≤ 110	927	29	1,33	960	56	2,48	0,54 (0,34, 0,84)
> 110 kuni ≤ 130	497	20	1,70	469	24	2,14	0,79 (0,44, 1,42)
> 130	462	13	1,18	418	21	2,08	0,58 (0,29, 1,15)

Tabel 8. Surmaga lõppenud verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	9	0,36	1305	18	0,72	0,51 (0,23, 1,14)
> 50 kuni ≤ 70	2093	8	0,18	2106	23	0,50	0,35 (0,16, 0,79)
> 70 kuni ≤ 90	1661	10	0,26	1703	9	0,23	1,14 (0,46, 2,82)
> 90 kuni ≤ 110	927	2	0,09	960	3	0,13	--*
> 110 kuni ≤ 130	497	1	0,08	469	5	0,44	--*
> 130	462	2	0,18	418	0	0,00	--*

Tabel 9. Intrakraniaalsete verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	16	0,64	1305	35	1,40	0,45 (0,25, 0,81)
> 50 kuni ≤ 70	2093	19	0,42	2106	51	1,10	0,38 (0,22, 0,64)
> 70 kuni ≤ 90	1661	17	0,44	1703	35	0,89	0,50 (0,28, 0,89)
> 90 kuni ≤ 110	927	5	0,23	960	6	0,26	0,87 (0,27, 2,86)
> 110 kuni ≤ 130	497	2	0,17	469	3	0,26	--*
> 130	462	1	0,09	418	1	0,10	--*

Lühendid: N = uuringus osalejate arv muudetud ravikavatsuslikus populatsioonis kogu uuringuperioodil, n = patsientide arv alarühmas

*Riskisuhet ei arvatud, kui juhtude arv ühes ravirühmas oli < 5.

^a Ravi ajal: aeg uuringuravimi esimesest annusest viimase annuseni, pluss 3 päeva.

Alarühmade analüüsidest tekkis uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 60 mg ravirühma kuuluvatel uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni kehamassi ≤ 60 kg, mõõduka neerufunktsiooni kahjustuse või P-gp inhibiitorite samaaegse kasutamise tõttu, suurem verejooks 104-l (3,05% aastas) edoksabaani 30 mg vähendatud annusega uuringus osalejal ja 166-l (4,85% aastas) vähendatud varfariinannusega uuringus osalejal [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,63 (0,50, 0,81)].

Uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 paranes puhas kliiniline tulemus (esimese insuldi, süsteemse emboolia, suurema verejooksu või kõikidel põhjustel suremuse osas: ravikavatsuslik populatsioon, uuringuperioodil kokku) oluliselt edoksabaani kasuks, riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,89 (0,83, 0,96); p = 0,0024, kui võrreldi edoksabaani 60 mg ravirühma varfariiniga.

SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine

Edoksabaani kliiniline programm VTE raviks koostati edoksabaani efektiivsuse ja ohutuse tõestamiseks SVT ja KATE raviks ning korduva SVT ja KATE ennetamiseks.

Kesktes uuringus Hokusai-VTE randomiseeriti 8292 uuringus osalejat esmase hepariinravi saamiseks (enoksapariin või fraktsioneerimata hepariin), millele järgnes ravi edoksabaani 60 mg-ga üks kord ööpäevas või võrdlusravimiga. Võrdlusravimi rühmas said uuringus osalejad esmast hepariinravi samaaegselt varfariiniga, mis oli tiitritud siht-INR-ini 2,0 kuni 3,0 ja millele järgnes ravi ainult varfariiniga. Ravi kestus oli 3 kuust 12 kuuni olenevalt uurija otsusest patsiendi kliinilise seisundi näitajaid arvestades.

Enamik edoksabaaniga ravitud patsientidest olid euroopiidsest rassist (69,6%) ja asiaadid (21,0%), 3,8% olid mustanahalised ja 5,3% muudest rassidest.

Ravi kestus oli vähemalt 3 kuud 3718 (91,6%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 3727 (91,4%) uuringus osalejaga varfariini rühmas; vähemalt 6 kuud 3495 (86,1%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 3491 (85,6%) uuringus osalejaga varfariini rühmas ja 12 kuud 1643 (40,5%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 1659 (40,4%) uuringus osalejaga varfariini rühmas.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli sümptomaatilise VTE kordumine, mida määratleti korduva sümptomaatilise SVT, surmaga mittelõppenud sümptomaatilise KATE ja surmaga lõppenud KATE liittulemusnäitajana uuringus osalejatel 12-kuulisel uuringuperioodil. Teised efektiivsusega seotud tulemusnäitajad olid muu hulgas korduva VTE ja kõikidel põhjustel suremuse kliiniline liittulemusnäitaja.

30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas kasutati ühe või mitme järgmise kliinilise teguriga uuringus osalejatel: mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min), vähene kehamass (≤ 60 kg) või teatavate P-gp inhibiitorite samaaegne kasutamine.

Uuringus Hokusai-VTE (tabel 10) tõestati edoksabaani mittehalvemust varfariinist esmase efektiivsuse tulemusnäitaja, korduva VTE osas, mida esines edoksabaani rühmas 130 uuringus osalejal 4118-st (3,2%) võrreldes 146-ga 4122 uuringus osalejast (3,5%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,89, (0,70, 1,13) $p < 0,0001$ mittehalvemuse osas]. Varfariini rühmas oli mediaanne aeg terapeutilises vahemikus (INR 2,0 kuni 3,0) 65,6%. KATE-ga (SVT-ga või ilma) uuringus osalejatest oli 47-l (2,8%) edoksabaani rühmas ja 65-l (3,9%) varfariini rühmas korduv VTE [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,73 (0,50, 1,06)].

Tabel 10. Uuringu Hokusai-VTE efektiivsusega seotud tulemused – ravikavatsuslik populatsioon, kogu uuringuperiood

Esmane tulemusnäitaja ^a	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 4118)	Varfariin (N = 4122)	Edoksabaan vs varfariin Riskisuhe (95% usaldusvahemik) ^b , p-väärtus ^c
Kõik uuringus osalejad sümptomaatilise korduva VTE-ga, ^c n (%)	130 (3,2)	146 (3,5)	0,89 (0,70, 1,13) p-väärtus < 0,0001 (mittehalvemus)
KATE SVT-ga või ilma	73 (1,8)	83 (2,0)	
Surmaga lõppenud KATE / surm, mille puhul ei saa välistada KATE-d	24 (0,6)	24 (0,6)	
Surmaga mittelõppenud KATE	49 (1,2)	59 (1,4)	
Ainult SVT	57 (1,4)	63 (1,5)	

Lühendid: N = uuringus osalejate arv uuringuplaanile vastavas populatsioonis; n = nähtude arv; SVT = süvaveenitromboos; KATE = kopsuarterite trombemboolia; VTE = veenide trombemboolia

^a Efektiivsusega seotud esmane tulemusnäitaja: sümptomaatiline korduv VTE (s.t SVT, surmaga mittelõppenud KATE ja surmaga lõppenud KATE liittulemusnäitaja).

^b Riskisuhte kahepoolne usaldusvahemik põhineb Coxi võrdeliste riskide regressioonimudelil, milles kaasmuutujad on ravi ja järgmised randomiseerimise stratifitseerimistegurid: diagnoos ravi algul (KATE koos SVT-ga või ilma, ainult SVT), ravieelsed riskitegurid (ajutised tegurid, kõik muud) ja 30 mg edoksabaani / edoksabaani platseebo annuse vajadus randomiseerimisel (jah/ei).

^c Eelnevalt kehtestatud mittehalvemuse varu p-väärtus on 1,5.

Uuringus osalejatest, kelle annust vähendati 30 mg-ni (põhiliselt vähese kehamassi või neerufunktsiooni tõttu), tekkis 15-l (2,1%) edoksabaani rühmas ja 22-l (3,1%) varfariini rühmas korduv VTE [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,69 (0,36, 1,34)].

Teisene liittulemusnäitaja, mis koosnes korduvast VTE-st ja kõikidel põhjustel suremusest, esines 138 uuringus osalejal (3,4%) edoksabaani rühmas ja 158 uuringus osalejal (3,9%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,87 (0,70, 1,10)].

Tulemused kõikidel põhjustel suremuse osas (lahendatud surmajuhtumid) uuringus Hokusai-VTE olid 136 (3,3%) juhtumit 60 mg edoksabaani (vähendatud 30 mg) kasutanud uuringus osalejatel võrreldes 130-ga (3,2%) varfariini puhul.

KATE-ga uuringus osalejate eelnevalt määratletud alarühma analüüsis leiti vastavalt 447 (30,6%) ja 483 (32,2%) edoksabaani ja varfariiniga ravitud uuringus osalejal olevat KATE ja B-tüüpi natriureetilise propeptiidi N-terminaalne fragment (NT-proBNP) \geq 500 pg/ml. Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja esines vastavalt 14 (3,1%) ja 30 (6,2%) edoksabaani ja varfariini kasutanud uuringus osalejal [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,50 (0,26, 0,94)].

Eelnevalt määratletud põhilistes alarühmades (vajaduse korral annuse vähendamise), sealhulgas vanuse, kehamassi, soo ja neerufunktsiooni seisundi järgi saadud efektiivsusega seotud tulemused olid kooskõlas uuringus uuritud üldisel populatsioonil esmase efektiivsuse osas saavutatud tulemustega.

Ohutus VTE-ga (SVT ja KATE-ga) patsientidel uuringus Hokusai-VTE

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli kliiniliselt asjakohane verejooks (suurem või kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks).

Tabelis 11 on kokkuvõtlikult esitatud ohutuse analüüsikogumis esile toodud kindlaksmääratud veritsemisjuhud ravi ajal.

Esmase ohutuse tulemusnäitaja kliiniliselt asjakohase veritsemise (suurema verejooksu või kliiniliselt asjakohase väiksema verejooksu liittulemusnäitaja) osas vähenes risk oluliselt rohkem edoksabaani kasutamisel võrreldes varfariini kasutamisega, seda esines 349 uuringus osalejal 4118-st (8,5%) edoksabaani rühmas ja 423 uuringus osalejal 4122-st (10,3%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,81 (0,71, 0,94); $p = 0,004$ paremuse osas].

Tabel 11. Veritsemisnähtud uuringus Hokusai-VTE – ohutusanalüüs ravi ajal^a

	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 4118)	Varfariin (N = 4122)
Kliiniliselt asjakohane verejooks (suurem ja kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks), ^b n (%)		
n	349 (8,5)	423 (10,3)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,81 (0,71, 0,94)	
p-väärtus	0,004 (paremuse osas)	
Suurem verejooks n (%)		
n	56 (1,4)	66 (1,6)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,84 (0,59, 1,21)	
Surmaga lõppenud koljusisene verejooks	0	6 (0,1)
Surmaga mittelõppenud koljusisene verejooks	5 (0,1)	12 (0,3)
Kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks		
n	298 (7,2)	368 (8,9)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,80 (0,68, 0,93)	
Igasugune verejooks		
n	895 (21,7)	1056 (25,6)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,82 (0,75, 0,90)	

Lühendid: N = uuringus osalejate arv ohutusalasest populatsioonist; n = nähtude arv

^a Raviperiood: aeg uuringuravimi esimesest annusest viimase annuseni pluss 3 päeva.

^b Esmane ohutusala tulemusnäitaja: kliiniliselt asjakohane verejooks (suurema verejooksu või kliiniliselt asjakohase väiksema verejooksu liitulemusnäitaja).

Alarühmade analüüsidest tekkis uuringus Hokusai-VTE uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni kehamassi ≤ 60 kg, mõõduka neerufunktsiooni kahjustuse või P-gp inhibiitorite samaaegse kasutamise tõttu, suurem verejooks või kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks 58-l (7,9%) 30 mg edoksabaani vähendatud annusega uuringus osalejal ja 92-l (12,8%) varfariini kasutanud uuringus osalejal [riskisuhe (95%): 0,62 (0,44, 0,86)].

Uuringus Hokusai-VTE oli edoksabaani võrdlemisel varfariiniga puhta kliinilise tulemuse (korduv VTE, suurem verejooks või suremus kõikidel põhjustel: ravikavatsuslik populatsioon, uuringuperioodil kokku) riskisuhe (95% usaldusvahemik) 1,00 (0,85, 1,18).

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Mitmekeskuselises, prospektiivses, randomiseeritud, avatud uuringus tulemusnäitaja pimendatud hindamisega (ENSURE-AF) randomiseeriti (suukaudseid hüübimisvastaseid aineid varem mittekasutanud ja varem kasutanud) 2199 uuringus osalejat, kellel oli mittevalvulaarne kodade virvendus ja ette nähtud teha kardioversioon, edoksabaani 60 mg üks kord ööpäevas võrdlemiseks enoksapariini/varfariini kasutamisega INR-i hoidmiseks terapeutilises vahemikus 2,0...3,0 (randomiseeritud 1:1), keskmine aeg terapeutilises vahemikus oli varfariini kasutamisel 70,8%. Kokku 2149 uuringus osalejat raviti kas edoksabaaniga (N = 1067) või enoksapariini/varfariiniga (N = 1082). Edoksabaani ravirühmas manustati uuringus osalejatele 30 mg üks kord ööpäevas ühe või mitme järgmise kliinilise teguri olemasolul: mõõdukas neerukahjustus (kreatiniini kliirens 30...50 ml/min), väike kehakaal (≤ 60 kg) või samaaegne konkreetsete P-gp inhibiitorite kasutamine. Enamikule edoksabaani ja varfariini rühma uuringus osalejatest tehti kardioversioon (vastavalt 83,7% ja 78,9%)

või taastus südamerütm iseeneslikult (vastavalt 6,6% ja 8,6%). Kardioversioon tehti TEE abil (3 päeva jooksul alustamisest) või tavapärase kardioversioonina (vähemalt 21-päevase eelraviga). Uuringus osalejate ravi jätkus 28 päeva pärast kardioversiooni.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli liittulemusnäitaja, mis hõlmas kõiki insuldi, süsteemse emboolia ja müokardiinfarkti juhtumeid ning surmajuhtumeid südame-veresoonkonna haiguse tagajärjel. Edoksabaani rühmas (N = 1095) esines kokku 5 juhtumit (0,5%, 95% usaldusvahemik 0,15%...1,06%) ja varfariini rühmas (N = 1104) 11 (1,0%, 95% usaldusvahemik 0,50%...1,78%) juhtumit; üldine ravivastus oli 0,46 (95% usaldusvahemik 0,12...1,43); ravikavatsusliku populatsiooni analüüsikogum uuringuperioodi keskmise kogukestusega 66 päeva.

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli liitnäitaja, mis hõlmas suuremaid verejookse ja kliiniliselt olulisi väiksemaid verejookse. Edoksabaani rühmas (N = 1067) esines kokku 16 (1,5%, 95% usaldusvahemik 0,86%...2,42%) juhtu ja varfariini rühmas (N = 1082) 11 (1,0%, 95% usaldusvahemik 0,51%...1,81%) juhtu; üldine ravivastus 1,48 (95% usaldusvahemik 0,64...3,55); ohutuse analüüsikogum raviperioodil.

See uurimuslik uuring näitas suuremate verejooksude ja kliiniliselt oluliste väiksemate verejooksude ja trombembooliate vähest esinemissagedust neis kahes kardioversiooniga seotud ravirühmas.

Lapsed

Euroopa Ravimiamet on peatanud kohustuse esitada edoksabaaniga läbi viidud uuringute tulemused laste ühe või mitme alarühma kohta arteriaalse tromboosi ennetamisel, trombemboolia ravis ja trombemboolia ennetamisel (teave lastel kasutamise kohta: vt lõik 4.2).

5.2 Farmakokineetilised omadused

Imendumine

Edoksabaan imendub maksimaalsete plasmakontsentratsioonide saavutamiseks 1–2 tunni jooksul. Absoluutne biosaadavus on ligikaudu 62%. Toit suurendab maksimaalset kontsentratsiooni varieeruvul määral, kuid mõjutab üldist kontsentratsiooni minimaalselt. Edoksabaani manustati uuringutes ENGAGE AF-TIMI 48 ja Hokusai-VTE koos toiduga ja ilma. Edoksabaan on pH 6,0 või kõrgema taseme korral halvasti lahustuv. Samaaegne manustamine prootonpumba inhibiitoritega edoksabaani kontsentratsiooni asjakohaselt ei mõjutanud.

Jaotumine

Dispositsioon on kahefaasiline. Keskmise jaotusmaht on 107 (19,9) l (standardhälve). *In vitro* seondub plasmavalkudega ligikaudu 55%. Edoksabaani annustamisel üks kord ööpäevas kliiniliselt asjakohast akumulatsiooni ei toimu (akumulatsiooni suhe 1,14). Püsikontsentratsioonid saavutatakse 3 päeva jooksul.

Biotransformatsioon

Plasmas sisaldub valdavalt edoksabaan muutumatul kujul. Edoksabaan metaboliseerub hüdroolüüsi (karboksüülesteras 1 vahendusel), konjugatsiooni või oksüdatsiooni teel CYP3A4/5 toimel (< 10%). Edoksabaanil on kolm aktiivset metaboliiti, hüdroolüüsi tulemusena moodustuv valdav metaboliit (M-4) on aktiivne ja moodustab tervetel uuringus osalejatel vähem kui 10% lähteühendi kontsentratsioonist. Teiste metaboliitide kontsentratsioon on vähem kui 5%. Edoksabaan on väljavoolu transporteri P-glükoproteiini (P-gp) substraat, kuid mitte vastuvõtu transporterite, näiteks orgaaniliste anioonide transporteri polüpeptiid OATP1B1, orgaaniliste anioonide transporterite OAT1 või OAT3 või orgaaniliste kationide transporteri OCT2 substraat. Selle aktiivne metaboliit on OATP1B1 substraat.

Eritumine

Tervetel uuringus osalejatel on hinnanguline kogukliirens 22 (±3) l tunnis; 50% eritub renaalselt (11 l tunnis). Neerukliirens moodustab ligikaudu 35% manustatud annusest. Ülejäänud kliirensi moodustab metabolism ja eritumine sapiteede/soole kaudu. Suukaudse manustamise $t_{1/2}$ on 10–14 tundi.

Lineaarsus/mittelineaarsus

Edoksabaani farmakokineetika tervetel uuringus osalejatel annuste 15 mg kuni 60 mg puhul on ligikaudu annusega proportsionaalne.

Eriühmad

Eakad

Võttes arvesse neerufunktsiooni ja kehamassi, ei olnud mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia keskse III faasi uuringu (ENGAGE AF-TIMI 48) populatsiooni farmakokineetilises analüüsis vanusel täiendavat kliiniliselt olulist mõju edoksabaani farmakokineetikale.

Sugu

Võttes arvesse kehamassi, ei olnud mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia keskse III faasi uuringu (ENGAGE AF-TIMI 48) populatsiooni farmakokineetilises analüüsis sool täiendavat kliiniliselt olulist mõju edoksabaani farmakokineetikale.

Rahvus

Uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 populatsiooni farmakokineetilises analüüsis olid maksimaalne ja üldine kontsentratsioon asiaatidest ja mitte-asiaatidest patsientidel võrreldavad.

Neerufunktsiooni kahjustus

Kerge (kreatiniini kliirens > 50–80 ml/min), mõõduka (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min) ja raske (kreatiniini kliirens < 30 ml/min, kuid dialüüsi ei saa) neerufunktsiooni kahjustusega uuringus osalejatel suurenes plasma AUC vastavalt 32%, 74% ja 72% võrreldes normaalse neerufunktsiooniga uuringus osalejatega. Neerukahjustusega patsientidel metaboliitide profiil muutub ja aktiivseid metaboliite moodustub suuremal hulgal.

Edoksabaani plasmakontsentratsioon ja anti-FXa aktiivsus on omavahel lineaarses korrelatsioonis olenemata neerufunktsioonist.

Lõppstaadiumis neeruhaigusega uuringus osalejatel, kes said peritoneaalset dialüüsi, oli üldine kontsentratsioon 93% kõrgem võrreldes tervete uuringus osalejatega.

Populatsiooni farmakokineetiline mudel näitab, et raske neerufunktsiooni kahjustusega (kreatiniini kliirens 15–29 ml/min) patsientidel kontsentratsioon ligikaudu kahekordistub võrreldes normaalse neerufunktsiooniga patsientidega.

Anti-FXa aktiivsus kreatiniini kliirensi kategooriate järgi

Allpool tabelis 12 on esitatud edoksabaani anti-FXa faktori aktiivsus olenevalt kreatiniini kliirensi kategooriast iga näidustuse puhul.

Tabel 12. Edoksabaani anti-FXa aktiivsus olenevalt kreatiniini kliirensist

Edoksabaani annus	Kreatiniini kliirens (ml/min)	Edoksabaani annusejärgne anti-FXa aktiivsus (RÜ/ml) ¹	Edoksabaani annuse-eelne anti-FXa aktiivsus (RÜ/ml) ²
Mediaan [2,5–97,5% vahemik]			
Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine: mittevalvulaarne kodade virvendus			
30 mg üks kord ööpäevas	≥ 30 kuni ≤ 50	2,92 [0,33–5,88]	0,53 [0,11–2,06]
60 mg üks kord ööpäevas*	> 50 kuni ≤ 70	4,52 [0,38–7,64]	0,83 [0,16–2,61]
	> 70 kuni ≤ 90	4,12 [0,19–7,55]	0,68 [0,05–2,33]
	> 90 kuni ≤ 110	3,82 [0,36–7,39]	0,60 [0,14–3,57]
	> 110 kuni ≤ 130	3,16 [0,28–6,71]	0,41 [0,15–1,51]
	> 130	2,76 [0,12–6,10]	0,45 [0,00–3,10]
SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine			
30 mg üks kord ööpäevas	≥ 30 kuni ≤ 50	2,21 [0,14–4,47]	0,22 [0,00–1,09]
60 mg üks kord ööpäevas*	> 50 kuni ≤ 70	3,42 [0,19–6,13]	0,34 [0,00–3,10]
	> 70 kuni ≤ 90	2,97 [0,24–5,82]	0,24 [0,00–1,77]
	> 90 kuni ≤ 110	2,82 [0,14–5,31]	0,20 [0,00–2,52]
	> 110 kuni ≤ 130	2,64 [0,13–5,57]	0,17 [0,00–1,86]
	> 130	2,39 [0,10–4,92]	0,13 [0,00–2,43]

*Annuse vähendamine tasemeni 30 mg väikese kehakaalu ≤ 60 kg korral või teatavate P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegsel kasutamisel

¹ Annusejärgne vastab C_{max}-ile (annusejärgsed proovid võeti 1–3 tundi pärast edoksabaani manustamist)

² Annuse-eelne vastab C_{min}-ile

Kuigi edoksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt, saab hüübimisvastast toimet hinnata kalibreeritud kvantitatiivse anti-faktor Xa analüüsiga, mis võib aidata saada infot kliiniliste otsuste tegemisel eriolukorras, nt üleannustamise ja erakorralise operatsiooni puhul (vt ka lõik 4.4).

Hemodialüüs

4-tunnine hemodialüüs vähendas edoksabaani üldisi kontsentratsioone vähem kui 9%.

Maksafunktsiooni kahjustus

Farmakokineetika ja farmakodünaamika kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel oli võrreldav neile vastava tervete kontrollrühmaga. Edoksabaani kasutamist raske maksakahjustusega patsientidel ei ole uuritud (vt lõik 4.2).

Kehamass

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 populatsiooni farmakokineetilise analüüsi kohaselt suurenesid mediaanse väikese kehamassiga (55 kg) patsientidel C_{max} ja AUC vastavalt 40% ja 13% võrreldes mediaanse suure kehamassiga (84 kg) patsientidega. III faasi kliinilistes uuringutes (nii mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia kui ka VTE näidustustega) vähendati patsientidel kehamassiga ≤ 60 kg edoksabaani annust 50% ning selle efektiivsus ja veritsemist vähendav toime oli varfariiniga võrreldes sarnane.

Farmakokineetilised/farmakodünaamilised toimed

PT, INR, aPTT ja Xa faktori antikehad on edoksabaani kontsentratsioonidega lineaarses korrelatsioonis.

5.3 Prekliinilised ohutusandmed

Farmakoloogilise ohutuse, kroonilise toksilisuse, genotoksilisuse, kartsinogeensuse ja fototoksilisuse mittekliinilised uuringud ei ole näidanud kahjulikku toimet inimesele.

Reproduktsoonitoksilisus

Edoksabaani kasutamisel suuremates annustes tekkis rottidel ja küülikutel tupeverejooks, kuid rottide reproduktiivsusele see mõju ei avaldanud.

Rottidel toimeid emas- ja isasloomade fertiilsusele ei täheldatud.

Loomade reproduktiooni uuringutes suurenes küülikutel sapipõie kõrvalekallete esinemissagedus annuste 200 mg/kg kasutamisel, mis on ligikaudu 65 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest 60 mg ööpäevas, lähtudes kogu kehapinnast mg/m^2 alusel. Rottidel tekkisid vastavalt annuste 300 mg/kg ööpäevas (ligikaudu 49 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest) ja küülikutel annuste 200 mg/kg ööpäevas (ligikaudu 65 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest) kasutamisel implantatsioonijärgsed tiinuse katkemised.

Edoksabaan eritus lakteerivate rottide piima.

Keskkonnamiski hindamine

Toimeaine edoksabaantosilaat on keskkonnas püsiv (juhiseid hävitamise kohta vt lõik 6.6).

6. FARMATSEUTILISED ANDMED

6.1 Abiainete loetelu

Tableti sisu:

Mannitool (E421)
Eelželatiniseeritud tärklis
Krospovidoon
Hüdroksüpropüültselluloos
Magneesiumstearaat (E470b)

Õhuke polümeerikate:

Hüpromelloos (E464)
Makrogool 8000
Titaandioksiid (E171)
Talk
Karnaubavaha
Kollane raudoksiid (E172)
Punane raudoksiid (E172)

6.2 Sobimatus

Ei kohaldata.

6.3 Kõlblikusaeg

5 aastat

6.4 Säilitamise eritingimused

See ravimpreparaat ei vaja säilitamisel eritingimusi.

6.5 Pakendi iseloomustus ja sisu

Polüvinüülkloriid-/alumiiniumblistrid. Karbis on 10 õhukese polümeerikattega tabletti. Polüvinüülkloriidist/alumiiniumist perforeeritud üksikannusteks jaotatud blisterid 10 x 1 õhukese polümeerikattega tablettidega.

Kõik pakendi suurused ei pruugi olla müügil.

6.6 Erihoiatused ravimpreparaadi hävitamiseks

Kasutamata ravimpreparaat või jäätmematerjalid tuleb hävitada vastavalt kohalikele nõuetele.

7. MÜÜGILOA HOIDJA

Daiichi Sankyo Europe GmbH
Zielstattstrasse 48
81379 Munich
Saksamaa

8. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/15/993/001
EU/1/15/993/016

9. ESMASE MÜÜGILOA VÄLJASTAMISE / MÜÜGILOA UUENDAMISE KUUPÄEV

Müügiloa esmase väljastamise kuupäev: 19. juuni 2015

10. TEKSTI LÄBIVAATAMISE KUUPÄEV

Täpne teave selle ravimpreparaadi kohta on Euroopa Ravimiameti kodulehel
<http://www.ema.europa.eu/>.

▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimetest teavitamise kohta vt lõik 4.8.

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid

2. KVALITATIIVNE JA KVANTITATIIVNE KOOSTIS

Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 30 mg edoksabaani (tosilaadina).

Abiainete täielik loetelu vt lõik 6.1.

3. RAVIMVORM

Õhukese polümeerikattega tablett.

Roosad ümarad õhukese polümeerikattega tabletid (8,5 mm diameetriga), millel on pimetrükk "DSC L30".

4. KLIINILISED ANDMED

4.1 Näidustused

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on südame paispuudulikkus, hüpertensioon, vanus ≥ 75 aastat, diabeet, eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA).

Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) ravi ning korduva SVT ja KATE ennetamine täiskasvanutel (hemodünaamiliselt ebastabiilse KATE-ga patsientide kohta vt lõik 4.4).

4.2 Annustamine ja manustamisviis

Annustamine

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine

Soovitav annus on 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas.

Patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia, peab ravi edoksabaaniga olema pikaaegne.

SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine

Soovitav annus on 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas pärast parenteraalse antikoagulandi esmast kasutamist vähemalt 5 päeva jooksul (vt lõik 5.1). Edoksabaani ei tohi manustada samaaegselt esmase parenteraalse antikoagulandiga.

SVT ja KATE (veenide trombemboolia, VTE) ravi ning korduva VTE ennetamise kestus tuleb määrata kindlaks individuaalselt pärast ravimi kasu ja verejooksu riski suhte põhjalikku hindamist (vt lõik 4.4). Lühiajalise ravi (vähemalt 3 kuud) korral tuleb võtta arvesse ajutisi riskitegureid (nt hiljutine operatsioon, trauma, liikumatus) ning pikemaajalise ravi korral püsivaid riskitegureid või idiopaatilist SVT-d ja KATE-d.

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE puhul on soovitatav annus 30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas patsientidel, kellel on üks või mitu järgmist kliinilist tegurit:

- mõõdukas või raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens 15–50 ml/min)
- väike kehakaal ≤ 60 kg
- järgmiste P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegne kasutamine: tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool.

Tabel 1. Annustamise kokkuvõte mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE (SVT ja KATE) korral

Kokkuvõtlik annustamisjuhised		
Soovitatav annus		60 mg 1 kord ööpäevas
Annustamissoovitus ühe või mitme järgmise kliinilise teguriga patsientidele:		
Neerukahjustus	<i>Mõõdukas või raske (kreatiniini kliirens 15-50 ml/min)</i>	30 mg 1 kord ööpäevas
Väike kehakaal	≤ 60 kg	
P-gp inhibiitorid	<i>Tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool</i>	

Vahelejäänud annus

Kui Lixiana annus on vahele jäänud, tuleb see kohe võtta ja järgmisel päeval jätkata üks kord ööpäevas võtmisega vastavalt soovitusetele. Patsient ei tohi võtta vahelejäänud annuse asendamiseks ühel päeval kahekordset määratud annust.

Lixianale ja Lixianalt üleminek

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE-ga patsientidel on tähtis hüübimisvastast ravi jätkata. Mõnel juhul on vaja hüübimisvastast ravi vahetada (tabel 2).

Tabel 2. Vahtamine

Üleminek Lixianale		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
K-vitamiini antagonist	Lixiana	Lõpetada K-vitamiini antagonisti võtmine ja alustada Lixiana võtmist, kui rahvusvaheline normaliseeritud suhtarv (INR) on $\leq 2,5$.
Muud suukaudsed antikoagulandid peale K-vitamiini antagonisti <ul style="list-style-type: none"> • dabigatraan • rivaroksabaan • apiksabaan 	Lixiana	Lõpetada dabigatraani, rivaroksabaani või apiksabaani võtmine ja alustada Lixiana võtmist suukaudse antagonisti järgmise annuse ajal (vt lõik 5.1).
Parenteraalsed antikoagulandid	Lixiana	Neid ravimeid ei tohi manustada üheaegselt. Subkutaanne antikoagulant (s.t madalmolekulaarne hepariin, fondaparinuks): lõpetada subkutaanse antikoagulandi kasutamine ja alustada Lixiana kasutamist subkutaanse antikoagulandi järgmise ettenähtud annuse ajal.
		Intravenoosne fraktsioneerimata hepariin: katkestada infusioon ja alustada 4 tunni pärast Lixiana manustamist.

Üleminek Lixianalt		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
Lixiana	K-vitamiini antagonist	<p>Üleminekul Lixianalt K-vitamiini antagonisti võtmisele võib hüübimisvastane toime jääda ebapiisavaks. Üleminekul alternatiivsele antikoagulandile tuleb alati tagada piisava hüübimisvastase toime jätkumine.</p> <p><i>Suukaudsel manustamisel:</i> 60 mg annust kasutanud patsientidele manustada koos sobiva K-vitamiini antagonisti annusega Lixiana annus 30 mg üks kord ööpäevas.</p> <p>30 mg annust kasutanud patsientidele (ühe või mitme järgmise kliinilise teguri korral: mõõdukas kuni raske neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 15-50 ml/min), vähene kehamass või kasutamine koos teatavate P-gp inhibiitoritega) manustada koos sobiva K-vitamiini antagonisti annusega Lixiana annus 15 mg üks kord ööpäevas.</p> <p>Patsiendid ei tohi võtta K-vitamiini antagonisti küllastusannust, stabiilse INR-i vahemiku 2 kuni 3 kiireks saavutamiseks. Soovitatav on võtta arvesse K-vitamiini antagonisti säilitusannust ning kui patsient võttis varem K-vitamiini antagonisti, või kasutada kehtivat K-vitamiini antagonistil põhinevat K-vitamiini antagonistiga ravi algoritmi vastavalt kohalikule ravitavale.</p> <p>INR $\geq 2,0$ saavutamisel tuleb Lixiana kasutamine lõpetada. Enamikul patsientidel (85%) peaks olema võimalik saavutada INR $\geq 2,0$ Lixiana ja K-vitamiini antagonisti kasutamise tulemusena 14 päeva jooksul. 14 päeva möödumisel on soovitatav Lixiana kasutamine lõpetada ja jätkata K-vitamiini antagonisti tiitrimist INR vahemiku 2 kuni 3 saavutamiseks.</p> <p>Samaaegse ravi esimese 14 päeva jooksul mõõdetakse INR-i vähemalt 3 korda vahetult enne Lixiana ööpäevase annuse võtmist, et Lixiana mõjutaks võimalikult vähe INR mõõtmist. Lixiana ja K-vitamiini antagonisti samaaegne kasutamine võib suurendada INR-i pärast Lixiana annust kuni 46%.</p> <p><i>Parenteraalsel manustamisel:</i> lõpetada Lixiana kasutamine ja manustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalset antikoagulanti ja K-vitamiini antagonisti. Stabiilse INR-i $\geq 2,0$ saavutamisel tuleb parenteraalse antikoagulandi kasutamine lõpetada ja jätkata K-vitamiini antagonisti kasutamist.</p>

Üleminek Lixianalt		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
Lixiana	Muud suukaudsed antikoagulandid peale K-vitamiini antagonisti	Lõpetada Lixiana kasutamine ja alustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal mitte-K-vitamiini antagonistist antikoagulandi annusega.
Lixiana	Parenteraalsed antikoagulandid	Neid ravimeid ei tohi manustada üheaegselt. Lõpetada Lixiana kasutamine ja alustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalse antikoagulandi annusega.

Erirühmad

Neerufunktsiooni hindamine:

- Enne ravi alustamist Lixianaga tuleb kõikidel patsientidel hinnata neerufunktsiooni kreatiini kliirensi arvutamise teel, et välistada lõppstaadiumis neeruhaigusega patsiendid (s.t kreatiini kliirens < 15 ml/min), kasutada õiget Lixiana annust patsientidel kreatiini kliirensiga 15–50 ml/min (30 mg üks kord ööpäevas) ja patsientidel kreatiini kliirensiga > 50 ml/min (60 mg üks kord ööpäevas) ja otsustada Lixiana kasutamise üle suurema kreatiini kliirensiga patsientidel (vt lõik 4.4).
- Neerufunktsiooni tuleb hinnata ka juhul, kui ravi ajal tekib neerufunktsiooni muutuse kahtlus (nt hüповoleemia, dehüdratsiooni ja teatavate ravimite samaaegse kasutamise korral).

Lixiana kliinilise väljatöötamise ajal kasutati neerufunktsiooni hindamiseks (kreatiini kliirens ml/min) Cockcrofti-Gaulti meetodit. Võrrand on järgmine:

- Kreatiin $\mu\text{mol/l}$:

$$\frac{1,23 \times (140 - \text{vanus [aastates]}) \times \text{kehakaal [kg]} (\times 0,85 \text{ naiste puhul})}{\text{seerumi kreatiniinitase } [\mu\text{mol/l}]}$$

- Kreatiin mg/dl:

$$\frac{(140 - \text{vanus [aastates]}) \times \text{kehakaal [kg]} (\times 0,85 \text{ naiste puhul})}{72 \times \text{seerumi kreatiniinitase [mg/dl]}}$$

Seda meetodit on soovitatav kasutada patsientide kreatiini kliirensi hindamiseks enne ravi ja ravi ajal Lixianaga.

Neerufunktsiooni kahjustus

Soovitatav annus kerge neerufunktsiooni kahjustusega patsientidele (kreatiini kliirens > 50-80 ml/min) on 60 mg Lixianat üks kord ööpäevas.

Soovitatav annus mõõduka või raske neerufunktsiooni kahjustusega patsientidele (kreatiini kliirens 15-50 ml/min) on 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2).

Lõppstaadiumis neeruhaigusega (kreatiini kliirens < 15 ml/min) või dialüüsi saavatel patsientidel ei ole Lixiana kasutamine soovitatav (vt lõigud 4.4 ja 5.2).

Maksafunktsiooni kahjustus

Lixiana on vastunäidustatud patsientidele, kellel on maksahaigus, millega kaasneb koagulopaatia ja kliiniliselt oluline veritsemisoht (vt lõik 4.3).

Raske maksafunktsiooni kahjustusega patsientidele ei ole Lixiana kasutamine soovitatav (vt lõigud 4.4 ja 5.2).

Soovitatav annus kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidele on 60 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2). Lixiana kasutamisel kerge kuni mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb olla ettevaatlik (vt lõik 4.4).

Patsiendid, kellel oli tõusnud maksaensüümide (ALAT/ASAT > 2 x normi ülempiirist) või üldbilirubiini tase $\geq 1,5$ x normi ülempiirist, jäeti kliinilistest uuringutest välja. Seetõttu tuleb olla Lixiana kasutamisel sellel populatsioonil ettevaatlik (vt lõigud 4.4 ja 5.2). Enne Lixiana kasutamise alustamist tuleb teha maksafunktsiooni analüüsid.

Kehamass

Soovitatav annus patsientidele kehamassiga ≤ 60 kg on 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2).

Eakad

Annuse vähendamine ei ole vajalik (vt lõik 5.2).

Sugu

Annuse vähendamine ei ole vajalik (vt lõik 5.2).

Lixiana ja P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegne kasutamine

Lixiana kasutamisel järgmisi P-gp inhibiitoreid kasutataval patsientidel: tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool, on soovitatav annus 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 4.5). Samaaegsel kasutamisel amiodarooni, kinidiini või verapamiiliga (vt lõik 4.5) ei ole annuse vähendamine vajalik.

Lixiana kasutamist koos teiste P-gp inhibiitoritega, sealhulgas HIV proteaasi inhibiitoritega, ei ole uuritud.

Lapsed

Lixiana ohutus ja efektiivsus lastel ja noorukitel vanuses alla 18 aasta ei ole tõestatud. Andmed puuduvad.

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Lixiana kasutamist võib alustada või jätkata patsientidel, kes võivad vajada kardioversiooni. Transösofageaalse ehokardiogrammi (*transoesophageal echocardiogram*, TEE) abil sooritatava kardioversiooni korral tuleb patsientidel, keda ei ole varem hüübimisvastaste ravimitega ravitud, alustada piisava hüübimisvastase toime saavutamiseks ravi Lixianaga vähemalt **2 tundi** enne kardioversiooni (vt lõigud 5.1 ja 5.2). Kardioversioon tuleb teha hiljemalt 12 tunni möödumisel Lixiana annusest protseduuri päeval.

Kõikidel patsientidel, kellel sooritatakse kardioversioon: enne kardioversiooni tuleb veenduda, et patsient on saanud Lixiana määratud annuse. Ravi alustamine ja kestus tuleb otsustada, lähtudes kardioversiooni vajavate patsientide hüübimisvastase ravi suhtes kehtestatud juhenditest.

Manustamisviis

Suukaudne.

Lixianat võib võtta koos toiduga või ilma (vt lõik 5.2).

4.3 Vastunäidustused

- Ülitundlikkus toimeaine või lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainete suhtes.
- Kliiniliselt oluline aktiivne verejooks.
- Maksahaigus, millega on seotud koagulopaatia ja kliiniliselt oluline verejooksuohu.
- Kahjustused või seisundid, mille puhul peetakse suure verejooksu riski märkimisväärseks. Siia võivad kuuluda olemasolev või hiljutine seedetrakti haavand; kõrge verejooksuriskiga pahaloomulise kasvaja esinemine; hiljutine aju või lülisamba vigastus; hiljutine aju-, lülisamba- või silmaoperatsioon; hiljutine intrakraniaalne hemorraagia; teadaolevad või kahtlustatavad söögitoru vaariks; arteriovenoossed malformatsioonid; vaskulaarsed aneurüsmid või ulatuslikud intraspinaalsed või intratserebraalsed veresoonehäired.
- Ravile allumatu raske hüpertensioon.
- Samaaegne ravi mis tahes muu antikoagulandiga, nt fraktsioneerimata hepariini, madalmolekulaarsete hepariinide (enoksapariin, daltepariin jne), hepariini derivaatide (fondapariinuks jne), suukaudsete antikoagulantidega (varfariin, dabigatraneteksilaat, rivaroksabaan, apiksabaan jne), välja arvatud suukaudse antikoagulant-ravi vahetamise eritingimustes (vt lõik 4.2) või kui fraktsioneerimata hepariini manustatakse annuses, mis on vajalik tagamaks tsentraalse veeni- või arterikateetri avatus (vt lõik 4.5).
- Rasedus ja imetamine (vt lõik 4.6).

4.4 Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel

Lixiana 15 mg ei ole näidustatud monoravina, sest selle tulemusena võib efektiivsus väheneda. See on näidustatud ainult üleminekul Lixiana 30 mg-lt (patsiendid ühe või mitme kliinilise teguriga, mis suurendavad kontsentratsiooni, vt tabel 1) K-vitamiini antagonistide kasutamisele koos K-vitamiini sobiva annusega (vt tabel 2, lõik 4.2).

Veritsemisrisk

Edoksabaan suurendab veritsemisriski ja võib põhjustada tõsist, potentsiaalselt surmaga lõppevat verejooksu. Suurenenud veritsemisriskiga patsientidel on Lixianat, nagu teisi antikoagulante, soovitatav kasutada ettevaatusega. Tõsise verejooksu puhul tuleb Lixiana manustamine lõpetada (vt lõigud 4.8 ja 4.9).

Kliinilistes uuringutes esines pikaajalisel edoksabaanraviga võrreldes raviga K-vitamiini antagonistiga sagedamini limaskestast verejookse (nina-, seedetrakti-, sugu-kusetee verejooksu) ja aneemiat. Seega, lisaks piisavale kliinilisele jälgimisele võib varjatud verejooksu kindlakstegemisel olla kasu ka hemoglobiini/hematokriti laboratoorsel määramisel, kui see on asjakohane.

Mitmel allpool loetletud patsientide alarühmal suureneb veritsemisohu. Seetõttu tuleb neid patsiente pärast ravi alustamist hoolikalt jälgida veritsemisega seotud tüsistuste nähtude ja sümptomite ning aneemia suhtes (vt lõik 4.8). Iga ootamatu hemoglobiinitaseme või vererõhu languse korral tuleb otsida veritsuskohta.

Edoksabaani hüübimisvastast toimet ei saa standardsete laborianalüüsidega usaldusväärselt hinnata. Edoksabaani puhul ei ole spetsiaalset hüübimisvastast toimet tagasipööravat ainet saadaval (vt lõik 4.9).

Hemodialüüs edoksabaani kliirensit oluliselt ei suurenda (vt lõik 5.2).

Eakad

Lixiana manustamisel eakatele patsientidele samaaegselt atsetüülsalitsüülhappega tuleb olla ettevaatlik võimaliku suurenenud veritsemisohu tõttu (vt lõik 4.5).

Neerufunktsiooni kahjustus

Kerge (kreatiniini kliirens > 50–80 ml/min), mõõduka (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min) ja raske (kreatiniini kliirens < 30 ml/min, kuid dialüüsi ei saa) neerufunktsiooni kahjustusega uuringus osalejatel suurenes plasma AUC vastavalt 32%, 74% ja 72% võrreldes normaalse neerufunktsiooniga uuringus osalejatega (annuse vähendamise kohta vt lõik 4.2).

Lõppstaadiumis neeruhaigusega või dialüüsi saavatel patsientidel ei ole Lixianat soovitatav kasutada (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Neerufunktsioon mittevalvulaarse kodade virvenduse korral

Edoksabaani kasutamisel täheldati hästi kohandatud varfariinraviga võrreldes suundumust efektiivsuse vähenemisele kreatiniini kliirensi suurenedes (vt lõik 5.1). Seetõttu võib edoksabaani kasutada mittevalvulaarse kodade virvendusega ja suure kreatiniini kliirensiga patsientidel alles pärast patsiendi individuaalse tromboemboolia- ja veritsemisriski hoolikat hindamist.

Neerufunktsiooni hindamine: kreatiniini kliirensit tuleb kontrollida ravi algul kõikidel patsientidel ning edaspidi vastavalt kliinilisele näidustusele (vt lõik 4.2).

Maksakahjustus

Lixianat ei ole soovitatav kasutada raske maksakahjustusega patsientidel (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Lixiana kasutamisel kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb olla ettevaatlik (vt lõik 4.2).

Patsiendid, kellel oli tõusnud maksaensüümide (ALAT/ASAT > 2 x normi ülempiirist) või üldbilirubiini tase $\geq 1,5$ x normi ülempiirist, jäeti kliinilistest uuringutest välja. Seetõttu tuleb olla Lixiana kasutamisel sellel populatsioonil ettevaatlik (vt lõigud 4.2 ja 5.2). Enne Lixiana kasutamise alustamist tuleb teha maksafunktsiooni analüüsid. Lixiana kasutamisel rohkem kui 1 aasta jooksul on soovitatav maksa näitajaid perioodiliselt jälgida.

Katkestamine operatsiooni ja muude sekkumiste ajaks

Kui operatsioonil või muudel protseduuridel tekkiva veritsemisriski tõttu on vaja hüübimisvastane ravi katkestada, tuleb Lixiana kasutamine niipea kui võimalik lõpetada, eelistatavalt vähemalt 24 tundi enne protseduuri.

Otsustamisel selle üle, kas protseduur tuleb edasi lükata kuni vähemalt 24 tunni möödumiseni Lixiana viimasest annusest, tuleb suurenenud veritsemisohtu hinnata võrdluses sekkumisvajaduse pakilisusega. Lixiana võtmist pärast kirurgilist või muud protseduuri tuleb uuesti alustada niipea, kui on saavutatud piisav hemolüüs, võttes arvesse, et edoksabaani hüübimisvastase ravitoime tekkimiseni kulub 1–2 tundi. Kui kirurgilise sekkumise ajal või pärast seda ei ole võimalik suukaudseid ravimeid võtta, tuleb kaaluda parenteraalse antikoagulandi manustamist ja seejärel üleminekut Lixiana suukaudsele manustamisele üks kord ööpäevas (vt lõik 4.2).

Antikoagulandid, trombotsüütide vastased ained ja trombolüütikumid

Samaaegne hemostaasi mõjutavate ravimite kasutamine võib veritsemisriski suurendada. Nendeks on atsetüülsalitsüülhape, P2Y₁₂ trombotsüütide inhibiitorid, muud tromboosivastased ained, fibrinolüütiline ravi ja krooniline MSPVA-de kasutamine (vt lõik 4.5).

Südameklapi proteesid ja mõõdukas või raske mitraalstenooos

Edoksabaani kasutamist mehaaniliste südameklappidega patsientidel, patsientidel esimese 3 kuu jooksul alates südameklapi bioproteesi paigaldamisest, koos kodade virvendusega või ilma ning mõõduka või raske mitraalstenooosiga patsientidel ei ole uuritud. Seepärast ei ole edoksabaani kasutamine neil patsientidel soovitatav.

Hemodünaamiliselt ebastabiilse KATE-ga patsiendid või trombolüüsi või kopsuarteri embolektoomiat vajavad patsiendid

Lixianat ei ole soovitatav kasutada alternatiivina fraktsioneerimata hepariinile kopsuarteri trombembooliaga patsientidel, kes on hemodünaamiliselt ebastabiilsed või kellele võidakse teha trombolüüs või kopsuarteri embolektoomia, sest edoksabaani ohutust ja efektiivsust neis kliinilistes olukordades ei ole tõestatud.

Aktiivse vähihaigusega patsiendid

Edoksabaani efektiivsus ja ohutus VTE raviks ja/või ennetamiseks aktiivse vähihaigusega patsientidel ei ole tõestatud.

Laboratoorsed hüübimisparameetrid

Kuigi edoksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt, saab hüübimisvastast toimet hinnata kalibreeritud kvantitatiivse anti-faktor Xa analüüsiga, mis võib aidata saada infot eriolukorras kliiniliste otsuste tegemiseks, nt üleannustamise ja erakorralise operatsiooni puhul (vt ka lõik 5.2).

Edoksabaan suurendab Xa faktori inhibeerimise tõttu standardsete hüübimistestide tulemusi, nt protrombiiniaega (PT), INR-i ja aktiveeritud osalist tromboplastiiniaega (aPTT). Terapeutilise annuse kasutamisel on nendes hüübimisanalüüsides täheldatud muutused siiski väikesed, väga varieeruvad ning ei ole kasulikud edoksabaani hüübimisvastase toime jälgimisel.

4.5 Koostoimed teiste ravimitega ja muud koostoimed

Edoksabaan imendub valdavalt seedetrakti ülaosas. Seega võivad mao tühjenemist ja soolte motiilsust suurendavad ravimid või haigusseisundid edoksabaani lahustamist ja imendumist vähendada.

P-gp inhibiitorid

Edoksabaan on väljavoolu transporteri P-gp substraat. Farmakokineetilistes uuringutes suurendas edoksabaani samaaegne manustamine P-gp inhibiitoritega: tsüklosporiini, dronedarooni, erütromütsiini, ketokonasooli, kinidiini või verapamiiliga edoksabaani kontsentratsioone plasmas. Edoksabaani samaaegseks kasutamiseks tsüklosporiini, dronedarooni, erütromütsiini või ketokonasooliga tuleb annust vähendada 30 mg-ni üks kord ööpäevas. Edoksabaani samaaegsel kasutamisel kinidiini, verapamiili või amiodarooniga ei ole kliiniliste andmete põhjal annuse vähendamine vajalik (vt lõik 4.2).

Edoksabaani kasutamist koos teiste P-gp inhibiitoritega, sealhulgas HIV proteaasi inhibiitoritega, ei ole uuritud.

Samaaegsel kasutamisel järgmiste P-gp inhibiitoritega tuleb Lixianat manustada 30 mg üks kord ööpäevas:

- *Tsüklosporiin:* 500 mg tsüklosporiini ühekordse annuse samaaegsel manustamisel 60 mg edoksabaani ühekordse annusega suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 73% ja 74%.
- *Dronedaroon:* 400 mg dronedarooni samaaegsel manustamisel kaks korda ööpäevas 7 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 85% ja 46%.
- *Eritromütsiin:* 500 mg erütromütsiini samaaegsel manustamisel neli korda ööpäevas 8 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 7. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 85% ja 68%.
- *Ketokonasool:* 400 mg ketokonasooli samaaegsel manustamisel üks kord ööpäevas 7 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 4. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 87% ja 89%.

Samaaegsel kasutamisel järgmiste P-gp inhibiitoritega on soovitatav Lixianat manustada 60 mg üks kord ööpäevas:

- *Kinidiin*: 300 mg kinidiini samaaegsel manustamisel 1. ja 4. päeval üks kord ööpäevas ja 2. ja 3. päeval kolm korda ööpäevas 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 3. päeval suurenesid vastavalt edoksabaani AUC 24 tunni jooksul 77% ja C_{max} 85%.
- *Verapamiil*: 240 mg verapamiili samaaegsel manustamisel üks kord ööpäevas 11 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 10. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} ligikaudu 53%.
- *Amiodaroon*: 400 mg amiodarooni üks kord ööpäevas samaaegne manustamine 60 mg edoksabaaniga üks kord ööpäevas suurendas AUC-d 40% ja C_{max} -i 66%. Seda kliiniliselt oluliseks ei loetud. Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 olid uuringus osalejate ohutuse ja efektiivsuse alased tulemused amiodarooni samaaegse kasutamisega ja ilma sarnased.

P-gp indutseerijad

Edoksabaani manustamine koos P-gp indutseerija rifampitsiiniga põhjustas edoksabaani keskmise AUC vähenemist ja lühendas poolväärtusaega paralleelselt farmakodünaamiliste toimete võimaliku vähenemisega. Edoksabaani samaaegne kasutamine teiste P-gp indutseerijatega (nt fenütoin, karbamasepiin, fenobarbitaal või harilik naistepuna) võib samuti põhjustada edoksabaani plasmakontsentratsiooni vähenemist. Edoksabaani kasutamisel samaaegselt P-gp indutseerijatega tuleb olla ettevaatlik.

P-gp substraadid

Digoksiin: 60 mg edoksabaani manustamine üks kord ööpäevas 1. kuni 14. päeval samaaegselt 0,25 mg digoksiini korduvate ööpäevaste annustega kaks korda ööpäevas (8. ja 9. päeval) ja 0,25 mg üks kord ööpäevas (10. kuni 14. päeval) suurendas edoksabaani C_{max} -i 17%, kuid püsikontsentratsioonil AUC-le ega neerukliirensile mõju ei avaldanud. Edoksabaani mõju uurimisel digoksiini farmakokineetikale leiti, et digoksiini C_{max} suurenes ligikaudu 28% ja AUC 7%. Seda kliiniliselt asjakohaseks ei loetud. Lixiana manustamisel koos digoksiiniga ei ole annuse muutmine vajalik.

Antikoagulandid, trombotsüütide vastased ained ja MSPVA-d

Antikoagulandid: edoksabaani samaaegne manustamine teiste hüübimisvastaste ainetelega on vastunäidustatud veritsemisriski suurenemise tõttu (vt lõik 4.3).

Atsetüülsalitsüülhape: atsetüülsalitsüülhappe (100 mg või 325 mg) samaaegne manustamine edoksabaaniga pikendas veritsemisaega võrreldes kummagi ravimi eraldi kasutamisega. Suures annuses atsetüülsalitsüülhappe (325 mg) samaaegne manustamine suurendas edoksabaani C_{max} -i ja AUC-d püsikontsentratsioonil vastavalt 35% ja 32%. Suures annuses atsetüülsalitsüülhappe (325 mg) korduv kasutamine samaaegselt edoksabaaniga ei ole soovitatav. Atsetüülsalitsüülhappe manustamine suuremates annustes kui 100 mg võib toimuda ainult meditsiinilise järelevalve all.

Kliinilistes uuringutes oli atsetüülsalitsüülhappe (väheses annuses ≤ 100 mg ööpäevas), teiste trombotsüütidevastaste ainete ja tienopüridiinide samaaegne kasutamine lubatud ja suurendas suuremaid verejookse ligikaudu 2-kordselt võrreldes nende mittesamaaegse kasutamisega, kuigi edoksabaani ja varfariini rühmas sarnasel määral (vt lõik 4.4). Väheses annuses atsetüülsalitsüülhappe (≤ 100 mg) samaaegne kasutamine edoksabaani maksimaalset ega üldist kontsentratsiooni pärast ühekordset annust ega püsikontsentratsioonil ei mõjutanud.

Edoksabaani võib manustada koos väheses annuses atsetüülsalitsüülhappega (≤ 100 mg päevas).

Trombotsüütide inhibiitorid: uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 oli tienopüridiinide (nt klopidogreeli) monoravi samaaegne kasutamine lubatud ja suurendas kliiniliselt asjakohast veritsemist, kuigi edoksabaani kasutamisel väiksema veritsemisriskiga võrreldes varfariiniga (vt lõik 4.4).

Edoksabaani kasutamise koos kahe trombotsüütidevastase ravimiga või fibrinolüütiliste ainetega on väga vähe kogemusi.

MSPVA-d: naprokseeni samaaegne manustamine edoksabaaniga pikendas veritsemisaega võrreldes kummagi ravimi eraldi kasutamise. Naprokseen edoksabaani C_{max} -i ja AUC-d ei mõjutanud. Kliinilistes uuringutes suurendas MSPVA-de samaaegne kasutamine kliiniliselt asjakohast veritsemist. MSPVA-de korduv samaaegne kasutamine edoksabaaniga ei ole soovitatav.

Edoksabaani toime teistele ravimitele

Edoksabaan suurendas samaaegselt manustatava digoksiini C_{max} -i 28%; AUC-d see aga ei mõjutanud. Edoksabaan kinidiini C_{max} -i ja AUC-d ei mõjutanud.

Edoksabaan vähendas samaaegselt manustatava verapamiili C_{max} -i ja AUC-d vastavalt 14% ja 16%.

4.6 Fertiilsus, rasedus ja imetamine

Fertiilses eas naised

Fertiilses eas naised peavad ravi ajal edoksabaaniga rasestumist vältima.

Rasedus

Edoksabaani ohutus ja efektiivsus rasedatel ei ole tõestatud. Loomkatsed on näidanud kahjulikku toimet reproduktiivsusele (vt lõik 5.3). Edoksabaani võimaliku reproduktiivtoksilisuse, sellele omase veritsemisriski ja tõestatult platsenta läbimise tõttu on Lixiana kasutamine raseduse ajal vastunäidustatud (vt lõik 4.3).

Imetamine

Edoksabaani ohutus ja efektiivsus imetamise ajal ei ole tõestatud. Loomkatsete andmete kohaselt imendub edoksabaan rinnapiima. Seetõttu on Lixiana vastunäidustatud rinnaga toitmise ajal (vt lõik 4.3). Tuleb otsustada, kas katkestada rinnaga toitmine või katkestada/vältida ravi.

Fertiilsus

Toime hindamiseks inimeste fertiilsusele ei ole edoksabaaniga spetsiaalselt uuringuid läbi viidud. Uuringus toimeid isaste ja emaste rottide fertiilsusele ei täheldatud (vt lõik 5.3).

4.7 Toime reaktsioonikiirusele

Lixianal ei ole või on ebaoluline toime autojuhtimise ja masinate käsitlemise võimele.

4.8 Kõrvaltoimed

Ohutusprofili kokkuvõte

Edoksabaani ohutust ja efektiivsust hinnati kahes III faasi uuringus, sealhulgas 21 105 mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia patsiendil (uuring ENGAGE AF-TIMI 48) ja 8292 VTE-ga (SVT ja KATE) patsiendil (uuring Hokusai-VTE).

Edoksabaani 60 mg (sealhulgas vähendatud annust 30 mg) kasutasid uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 osalenud 7012 patsienti keskmiselt 2,5 aastat ja uuringus Hokusai-VTE osalenud 4118 patsienti 251 päeva. Kõrvaltoimeid tekkis uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 kokku 2256 (32,2%) patsiendil, keda raviti edoksabaani 60 mg-ga (vähendatud annusega 30 mg), ja uuringus Hokusai-VTE kokku 1249 (30,3%) patsiendil.

Mõlemas uuringus olid kõige sagedamad veritsemisega seotud kõrvaltoimed seoses 60 mg edoksabaani kasutamise eelistatud terminite põhjal naha pehmete kudede veritsemine (kuni 5,9%) ja ninaverejooks (kuni 4,7%) ning ainult uuringus Hokusai-VTE oli kõige sagedam veritsemisega seotud kõrvaltoime tupeverejooks (9,0%).

Veritsemine võib tekkida mis tahes kohal ning olla raske või isegi surmaga lõppeda (vt lõik 4.4).

Edoksabaani muud sagedad kõrvaltoimed olid aneemia, lööve ja maksafunktsiooni analüüside kõrvalekalded.

Kõrvaltoimete tabel

Tabelis 3 on esitatud loetelu kahes keskses III faasi uuringus VTE-ga (SVT ja KATE) (uuring Hokusai-VTE) ja kodade virvendusarütmia (uuring ENGAGE AF-TIMI 48) patsientidel mõlema näidustuse puhul kokku esinenud kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimed on organsüsteemi klassi ja esinemissageduse järgi liigitatud järgmiselt: väga sage ($\geq 1/10$), sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$), aeg-ajalt ($\geq 1/1000$ kuni $< 1/100$), harv ($\geq 1/10\ 000$ kuni $< 1/1000$), väga harv ($< 1/10\ 000$), teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel).

Tabel 3. Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE korral esinenud kõrvaltoimete loetelu

Organsüsteemi klass	Sagedus
Vere ja lümfisüsteemi häired	
Aneemia	Sage
Immuunsüsteemi häired	
Ülitundlikkus	Aeg-ajalt
Anafülaktiline reaktsioon	Harv
Allergiline turse	Harv
Närvisüsteemi häired	
Pearinglus	Sage
Peavalu	Sage
Koljusisene verejooks	Aeg-ajalt
Subarahnoidaalne verejooks	Harv
Silma kahjustused	
Silma side- ja kõvakesta verejooks	Aeg-ajalt
Silmasisene verejooks	Aeg-ajalt
Südame häired	
Perikardiaalne verejooks	Harv
Vaskulaarsed häired	
Muu verejooks	Aeg-ajalt
Respiratoorsed, rindkere ja mediastiinumi häired	
Ninaverejooks	Sage
Hemoptüüs	Aeg-ajalt
Seedetrakti häired	
Kõhuvalu	Sage
Seedetrakti alaosa verejooks	Sage
Seedetrakti ülaosa verejooks	Sage
Suu/kõri verejooks	Sage
Iiveldus	Sage
Retroperitoneaalne verejooks	Harv
Maksa- ja sapiteede häired	
Vere bilirubiinitaseme tõus	Sage
Gammaglutamüültransferaasi taseme tõus	Sage

Organsüsteemi klass	Sagedus
Vere alkaalse fosfataasi taseme tõus	Aeg-ajalt
Transaminaaside aktiivsuse tõus	Aeg-ajalt
Aspartaadi aminotransferaasi taseme tõus	Aeg-ajalt
Naha ja nahaaluskoe kahjustused	
Naha pehmete kudede veritsemine	Sage
Lööve	Sage
Kihelus	Sage
Nõgestõbi	Aeg-ajalt
Lihaskoe ja sidekoe kahjustused	
Intramuskulaarne verejooks (kompartmenti sündroomita)	Harv
Liigesesisene verejooks	Harv
Neerude ja kuseteede häired	
Makroskoopiline hematuria / ureetra verejooks	Sage
Reproduktiivse süsteemi ja rinnanäärme häired	
Tupeverejooks ¹	Sage
Üldised häired ja manustamiskoha reaktsioonid	
Verejooks punktsioonikohal	Sage
Uuringud	
Maksafunktsiooni analüüside kõrvalekalded	Sage
Vigastus, mürgistus ja protseduuri tüsistused	
Verejooks operatsioonikohal	Aeg-ajalt
Subduraalne verejooks	Harv
Protseduuriga seotud verejooks	Harv

¹ Esinemissagedused põhinevad naiste populatsiooni kliinilistel uuringutel. Tupeverejookse esines sageli alla 50 aasta vanustel naistel, kuid üle 50 aasta vanustel naistel esines neid aeg-ajalt.

Valitud kõrvaltoimete kirjeldus

Farmakoloogilise toimemehhanismi tõttu võib Lixiana kasutamist seostada varjatud või nähtava ükskõik millise koest või elundist tekkiva verejooksu riski suurenemisega, mis võib viia posthemorraagilise aneemia tekkeni. Tunnused, sümptomid ja raskusaste (sealhulgas surmaga lõppev) on erinevad ja sõltuvad verejooksu asukohast ja verejooksu ja/või aneemia määrast või ulatusest (vt lõik 4.9 „Verejooksu kontrollimine“). Kliinilistes uuringutes esines pikaajalisel ravil edoksabaaniga sagedamini limaskestast verejookse (nt nina-, seedetrakti-, sugu-kuseteede verejooksu) ja aneemiat võrrelduna VKA-raviga. Seega lisaks piisavale kliinilisele jälgimisele võib varjatud verejooksu kindlakstegemisel olla kasu ka hemoglobiini/hematokriti laboratoorsel määramisel, kui see on asjakohane. Veritsemisoht võib olla suurem teatavates patsiendirühmades, nt ravimata raske arteriaalse hüpertensiooniga ja/või samaaegselt hemostaasi mõjutavat ravi saavatel patsientidel (vt „Veritsemisoht“, lõik 4.4). Menstruaalverejooks võib olla tugevam ja/või pikemaajalisem. Hemorraagilised tüsistused võivad avalduda nõrkuse, kahvatuse, pearingluse, peavalu või seletamatu paistetuse, düspnoena ja teadmata põhjusega šokina. Lixiana kasutamisel on teada antud tõsisest verejooksust tingitud tüsistustest, nt kompartment-sündroom ja hüpoperfusioonist põhjustatud neerupuudulikkus. Seetõttu tuleb kõikide antikoagulantide saavate patsientide seisundi hindamisel arvestada hemorraagia võimalusega.

Võimalikest kõrvaltoimetest teavitamine

Ravimi võimalikest kõrvaltoimetest on oluline teavitada ka pärast ravimi müügiloa väljastamist. See võimaldab jätkuvalt hinnata ravimi kasu/riski suhet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest riikliku teavitamissüsteemi, mis on loetletud [V lisas](#), kaudu.

4.9 Üleannustamine

Edoksabaani üleannustamine võib põhjustada verejooksu. Üleannustamisjuhtudega on väga vähe kogemusi.

Edoksabaani farmakodünaamilisele toimele antagonistliku toimega spetsiaalne antidoot puudub.

Edoksabaani üleannustamise korral võib imendumise vähendamiseks kaaluda varakult aktiivsöe kasutamist. See soovitus põhineb ravimite üleannustamise tavaravil ja kättesaadavatel andmetel sarnaste ühendite kohta, sest edoksabaani kliinilises programmis ei ole aktiivsöe kasutamist edoksabaani imendumise vähendamiseks spetsiaalselt uuritud.

Verejooksu kontrollimine

Kui edoksabaani saaval patsiendil tekib veritsustüsistus, tuleb edoksabaani järgmise annuse võtmine edasi lükata või ravi katkestada, nagu sobivam on. Edoksabaani poolväärtusaeg on ligikaudu 10...14 tundi (vt lõik 5.2). Verejooksu kontrolli alla saamine tuleb korraldada individuaalselt vastavalt hemorraagia raskusastmele ja asukohale. Vajadusel võib kasutada asjakohast sümptomaatilist ravi, nt mehaanilist kompressiooni (nt tugeva epistaksise korral), kirurgilist hemostaasi koos verejooksu kontrollimise protseduuridega, vedelikuasendust ja hemodünaamilist toetusravi, veretoodete (erütrotsüütide preparaadid või värskest külmutatud plasma, sõltuvalt kaasnevast aneemiast või koagulopaatias) või trombotsüütide ülekannet.

Kui selliste meetmetega nagu vereülekanne või hemostaas ei õnnestu eluohtlikku verejooksu peatada, on 4 faktoriga protrombiinikompleksi kontsentradi manustamisega 50 RÜ/kg Lixiana toimeid tagasi pööratud 30 minuti jooksul pärast infusiooni lõppu.

Võib kaaluda ka rekombinantse VIIa faktori (r-FVIIa) manustamise jätkamist. Kuid selle toote kasutamise kliinilised kogemused edoksabaani saavatel patsientidel on piiratud.

Suurte verejooksude korral tuleb võimalusel (spetsialisti olemasolu korral) kaaluda konsulteerimist koagulatsioonialase eksperdiga.

Protamiinsulfaat ja K-vitamiin ei mõjuta eeldatavasti edoksabaani antikoagulantset toimet.

Antifibrinolüütiliste ainete (traneksaanhape, aminokapronhape) kasutamise kogemus edoksabaani saavatel patsientidel puudub. Puudub teaduslik põhjendus süsteemsete hemostaatikumide (desmopressiin, aprotiniin) kasu kohta ja kogemus nende kasutamisest edoksabaani saavatel inimestel. Tõenäoliselt ei ole edoksabaan dialüüsitav, kuna ta seondub ulatuslikult plasmavalkudega.

5. FARMAKOLOOGILISED OMADUSED

5.1 Farmakodünaamilised omadused

Farmakoterapeutiline rühm: teised tromboosivastased ained, ATC-kood: B01AF03

Toimemehhanism

Edoksabaan on hüübimiskaskaadi lõplikul ühisel teel asuva seriini proteaasi Xa faktori väga selektiivne otsene ja pöörduv inhibiitor. Edoksabaan inhibeerib vaba Xa faktori ja protrombinaasi aktiivsust. Xa faktori inhibeerimine hüübimiskaskaadis vähendab trombiini genereerimist, pikendab hüübimisaega ja vähendab trombide moodustumise riski.

Farmakodünaamilised toimed

Edoksabaani farmakodünaamilised toimed tekivad kiiresti, 1–2 tunni jooksul, mis vastab edoksabaani maksimaalsele kontsentratsioonile (C_{max}). Anti-Xa faktori analüüsiga mõõdetud farmakodünaamilised toimed on prognoositavad ja kooskõlas edoksabaani annuse ja kontsentratsiooniga. FXa inhibeerimise tulemusena pikendab edoksabaan ka hüübimisaega näiteks protrombiiniaja (PT) ja aktiveeritud osalise tromboplastiiniaja (aPTT) analüüsides. Nende hüübimisanalüüside muutused eeldatava raviannusega on siiski väikesed, suuresti varieeruvad ning ei ole kasulikud edoksabaani hüübimisvastase toime jälgimisel.

Hüübimismarkerite toimed üleminekul rivaroksabaanilt, dabigatraanilt või apiksabaanilt edoksabaanile

Kliinilise farmakoloogia uuringutes manustati tervetele uuringus osalejatele 20 mg rivaroksabaani üks kord ööpäevas, 150 mg dabigatraani kaks korda ööpäevas või 5 mg apiksabaani kaks korda ööpäevas ning seejärel ühekordse annusena 60 mg edoksabaani 4. päeval. Mõõdeti toimet protrombiiniajale (PT) ja muudele hüübimise biomarkeritele (nt anti-FXa, aPTT). Pärast üleminekut edoksabaanile 4. päeval oli PT samal tasemel rivaroksabaani ja apiksabaani kasutamise 3. päeval. Dabigatraani puhul täheldati aPTT suuremat aktiivsust pärast edoksabaani manustamist dabigatraanravi järel võrreldes tasemega pärast ainult edoksabaani kasutamist. Selle põhjuseks loetakse dabigatraanravi ülekanduvat toimet, kuid see ei pikendanud veritsemisaega.

Nende andmete põhjal võib neilt antikoagulantidelt edoksabaani kasutamisele üleminekul alustada edoksabaani esimese annusega eelmise antikoagulandi annuse ettenähtud ajal (vt lõik 4.2).

Kliiniline efektiivsus ja ohutus

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine

Edoksabaani kliiniline programm kodade virvendusarütmia raviks koostati edoksabaani kahe annuserühma efektiivsuse ja ohutuse tõestamiseks võrreldes varfariiniga insuldi ja süsteemse emboolia ennetamiseks mittevõlvalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringus osalejatel, kellel oli mõõdukas kuni kõrge insuldi ja süsteemsete emboolianähtude tekkimise risk.

Keskmes uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 (sündmusjuhitav III faasi mitmekeskuseline, randomiseeritud, topeltpime, topelt-imiteeritud paralleelrühmadega uuring) randomiseeriti 21 105 uuringus osalejat, kelle keskmine CHADS₂ skoor oli 2,8, rühmadesse, kellele manustati kas 30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas või 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas või varfariini. Mõlemas edoksabaani ravirühmas vähendati uuringus osalejate annust poole võrra ühe või mitme järgmise kliinilise teguri korral: mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min), vähene kehamass (≤ 60 kg) või teatavate P-gp inhibiitorite (verapamiil, kinidiin, dronedaroon) samaaegne kasutamine.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli insuldi ja süsteemsete emboolianähtude liittulemusnäitaja. Teised efektiivsuse tulemusnäitajad olid: insuldist, süsteemisest embooliast ja südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud suremuse liittulemusnäitaja; oluline südame-veresoonkonnaga seotud kõrvaltoime, mis on surmaga mittelõppenud müokardiinfarkti, surmaga mittelõppenud insuldi, surmaga mittelõppenud süsteemse emboolia ja südame-veresoonkonnaga seotud või verejooksust põhjustatud surma liittulemusnäitaja; insuldist, süsteemisest embooliast põhjustatud ja kõikidel põhjustel suremuse liittulemusnäitaja.

Edoksabaani 60 mg ja 30 mg ravirühmades oli uuringuravimi kasutamise mediaanne kestus 2,5 aastat. Edoksabaani 60 mg ja 30 mg ravirühmades oli uuringu järelkontrolli mediaanne kestus 2,8 aastat. Mediaanne kestus uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuses oli 60 mg ja 30 mg ravirühmas vastavalt 15 471 ja 15 840; ja järelkontrolli kestus uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuses oli 60 mg ja 30 mg ravirühmas vastavalt 19 191 ja 19 216.

Varfariini rühmas oli mediaanne aeg terapeutilises vahemikus (INR 2,0 kuni 3,0) 68,4%.

Efektiivsuse põhianalüüsi eesmärk oli näidata edoksabaani mittehalvemust varfariiniga võrreldes muudetud ravikavatsuslikus populatsioonis ravi ajal või 3 päeva jooksul pärast viimase annuse võtmist

tekinud esimese insuldi või süsteemse emboolia korral. 60 mg edoksabaani ei olnud insuldi või süsteemse embooliaga seotud efektiivsuse esmase tulemusnäitaja osas varfariinist halvem (riskisuhte 97,5% usaldusvahemiku ülempiir oli allpool eelnevalt kehtestatud mittehalvemuse varu 1,38) (tabel 4).

Tabel 4. Insuldi ja süsteemse emboolia juhtumid uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 (muudetud ravikavatsuslik populatsioon, ravi ajal)

Esmane tulemusnäitaja	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annus 30 mg) (N = 7012)	Varfariin (N = 7012)
Esimene insult / süsteemne emboolia^a		
n	182	232
Nähu sagedus (% aastas) ^b	1,18	1,50
Riskisuhe (97,5% usaldusvahemik)	0,79 (0,63, 0,99)	
Mittehalvemuse p-väärtus ^c	< 0,0001	
Esimene isheemiline insult		
n	135	144
Nähu sagedus (% aastas) ^b	0,87	0,93
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,94 (0,75, 1,19)	
Esimene hemorraagiline insult		
n	40	76
Nähu sagedus (% aastas) ^b	0,26	0,49
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,53 (0,36, 0,78)	
Esimene süsteemne emboolia		
n (% aastas) ^a	8 (0,05)	13 (0,08)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,62 (0,26, 1,50)	

Lühendid: n = nähtude arv, N = uuringus osalejate arv ravikavatsuslikus populatsioonis.

^a Uuringus osaleja võib sisalduda mitmel real.

^b Nähu sagedus (% aastas) on arvatud nähtude arvuna uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuse kohta.

^c Kahepoolne p-väärtus põhineb mittehalvemuse varul 1,38.

Kogu uuringuperioodil tekkis ravikavatsuslikus populatsioonis (paremust näitav analüüsikogum) kinnitust leidnud insult või süsteemne emboolia 60 mg edoksabaani ravirühmas 296 uuringus osalejal (1,57% aastas) ja varfariini rühmas 337 uuringus osalejal (1,80% aastas). Varfariiniga ravitud uuringus osalejatega võrreldes oli 60 mg edoksabaani ravirühmas riskisuhe 0,87 (99% usaldusvahemik: 0,71, 1,07, p < 0,08 paremus suhtes).

Alarühmade analüüsides oli uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 60 mg ravirühma kuuluvatel uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni (kehamass ≤ 60 kg, mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus või P-gp inhibiitorite samaaegne kasutamine), nähtude esinemissagedus: esmase tulemusnäitaja puhul 2,29% aastas võrreldes nähtude esinemissagedusega 2,66% aastas varfariini rühma vastavatel uuringus osalejatel [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,86 (0,66, 1,13)].

Eelnevalt määratletud põhilistes alarühmades (vajaduse korral annuse vähendamisega), sealhulgas vanuse, kehamassi, soo, neerufunktsiooni seisundi, varem esinenud insuldi või transitoorse isheemilise ataki, diabeedi ja P-gp inhibiitorite järgi saadud efektiivsusega seotud tulemused olid üldiselt kooskõlas uuringus uuritud üldisel populatsioonil esmase efektiivsuse osas saavutatud tulemustega.

Uuringukeskustes, kus varfariini INR oli sihtvahemikus (INR TTR) keskmiselt lühemat aega, oli esmase tulemusnäitaja riskisuhe (60 mg edoksabaan vs varfariin) 0,73-0,80 kolmes madalaimas kvartiilis (INR TTR ≤ 57,7% kuni ≤ 73,9%). Uuringukeskustes, kus varfariinravi andis kõige paremaid tulemusi, oli see 1,07 (4. kvartiil, kus > 73,9% INR väärtustest olid terapeutilises vahemikus).

Edoksabaani ja varfariini vahel tekkisid statistiliselt olulised koostoimed uuringu põhitulemusele (insult / süsteemne emboolia) ja neerufunktsioonile (p-väärtus 0,0042; mITT, kogu uuringuperiood).

Tabelis 5 on näidatud isheemiliste insultide / süsteemse emboolia esinemissagedus kreatiniini kliirensi kategooriate järgi mittevõlvulaarse kodade virvendusega patsientidel uuringus ENGAGE AF-TIMI 48. Mõlemas ravirühmas kreatiniini kliirensi suurenedes nende nähtude esinemissagedus vähenes.

Tabel 5. Isheemiliste insultide / süsteemse emboolia juhtude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ravikavatsuslikus analüüsikogumis kogu uuringuperioodil

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	63	1,89	1305	67	2,05	0,93 (0,66, 1,31)
> 50 kuni ≤ 70	2093	85	1,51	2106	95	1,70	0,88 (0,66, 1,18)
> 70 kuni ≤ 90	1661	45	0,99	1703	50	1,08	0,92 (0,61, 1,37)
> 90 kuni ≤ 110	927	27	1,08	960	26	0,98	1,10 (0,64, 1,89)
> 110 kuni ≤ 130	497	14	1,01	469	10	0,78	1,27 (0,57, 2,85)
> 130	462	10	0,78	418	3	0,25	--*

Lühendid: N = uuringus osalejate arv ravikavatsuslikus populatsioonis kogu uuringuperioodil; n = patsientide arv alarühmas

*Riskisuhet ei arvatud, kui juhtude arv ühes ravirühmas oli < 5.

Neerufunktsiooni alarühmades olid tulemused teiseste efektiivsuse tulemusnäitajate osas kooskõlas tulemustega esmase tulemusnäitaja osas.

Paremust analüüsiti ravikavatsuslikul populatsioonil üldisel uuringuperioodil.

Edoksabaani 60 mg ravirühmas esines insulti ja süsteemset embooliat vähematel uuringus osalejatel kui varfariini rühmas (vastavalt 1,57% ja 1,80% aastas) riskisuhetega 0,87 (99% usaldusvahemik: 0,71, 1,07, p = 0,0807 paremus suhtes).

Eelnevalt määratletud liittulemusnäitajad edoksabaani 60 mg ravirühma võrdlemiseks varfariini kasutamise: insuldist, süsteemsest embooliast ja südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud suremuse riskisuhe (99% usaldusvahemik) oli 0,87 (0,76, 0,99), olulise südame-veresoonkonnaga seotud kõrvaltoime puhul 0,89 (0,78, 1,00) ning insuldist, süsteemsest embooliast põhjustatud ja kõikidel põhjustel suremuse puhul 0,90 (0,80, 1,01).

Tulemused kõikidel põhjustel suremuse osas (lahendatud surmajuhtumid) uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 olid 769 (3,99% aastas) 60 mg edoksabaani võtnud uuringus osalejatel (vähendatud annusega 30 mg) võrreldes 836-ga (4,35% aastas) varfariini puhul [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,91 (0,83, 1,01)].

Suremus kõikidel põhjustel (hinnatud surmajuhtumid) neerufunktsiooni alarühmade järgi (edoksabaan vs varfariin): kreatiniini kliirens 30 kuni ≤ 50 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,81 (0,68, 0,97)]; kreatiniini kliirens > 50 kuni < 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,87 (0,75, 1,02)]; kreatiniini kliirens ≥ 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 1,15 (0,95, 1,40)].

60 mg edoksabaani (vähendatud annusega 30 mg) kasutamisel oli südame-veresoonkonna haigustesse suremuse esinemissagedus väiksem kui varfariini kasutamisel [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,86 (0,77, 0,97)].

Hinnatud efektiivsuse andmed suremuse osas südame-veresoonkonna haiguste tagajärjel neerufunktsiooni alarühmade järgi (edoksabaan vs varfariin): kreatiniini kliirens 30 kuni ≤ 50 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,80 (0,65, 0,99)]; kreatiniini kliirens > 50 kuni < 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,75 (0,62, 0,90)]; kreatiniini kliirens ≥ 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 1,16 (0,92, 1,46)].

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmiaiga patsientide ohutus uuringus ENGAGE AF-TIMI 48

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli suur verejooks.

Edoksabaani 60 mg ravirühmas vähenes risk oluliselt võrreldes varfariini rühmaga suurema verejooksu (vastavalt 2,75% ja 3,43% aastas) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,80 (0,71, 0,91); $p = 0,0009$], koljusisese verejooksu (vastavalt 0,39% ja 0,85% aastas) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,47 (0,34, 0,63); $p < 0,0001$] ja muud tüüpi verejooksude osas (tabel 6).

Ka surmaga lõppenud verejooksude vähenemine oli edoksabaani 60 mg ravirühmas oluline võrreldes varfariini rühmaga (0,21% ja 0,38%) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,55 (0,36, 0,84); $p = 0,0059$ paremuse suhtes], eelkõige surmaga lõppevate koljusiseste verejooksude vähenemise osas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,58 (0,35, 0,95); $p = 0,0312$].

Tabel 6. Veritsemisnähtud uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 – raviage se ohutuse analüüs

	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 7012)	Varfariin (N = 7012)
Suurem verejooks		
n	418	524
Nähu sagedus (% aastas) ^a	2,75	3,43
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,80 (0,71, 0,91)	
p-väärtus	0,0009	
Koljusisene verejooks^b		
n	61	132
Nähu sagedus (% aastas) ^a	0,39	0,85
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,47 (0,34, 0,63)	
Surmaga lõppenud verejooks		
n	32	59
Nähu sagedus (% aastas) ^a	0,21	0,38
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,55 (0,36, 0,84)	
Kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks		
n	1214	1396
Nähu sagedus (% aastas) ^a	8,67	10,15
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,86 (0,80, 0,93)	
Igasugune kinnitust leidnud verejooks^c		
n	1865	2114
Nähu sagedus (% aastas) ^a	14,15	16,40
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,87 (0,82, 0,92)	

Lühendid: n = nähtudega uuringus osalejate arv, N = uuringus osalejate arv ohutusalases populatsioonis.

^a Nähu sagedus (% aastas) on arvatud nähtude arvuna uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuse kohta.

^b Koljusisene verejooks hõlmab eelkõige hemorraagilist insulti, subarahnoidaalset verejooksu, epi-/subduraalset verejooksu ja isheemilist insulti olulise hemorraagilise transformatsiooniga. Hõlmab kõiki koljusiseseid verejookse, mis on osalejate andmekaartidel esitatud kinnitust leidnud lahendatud aju veresoonekonna ja mittekoljusisesed verejooksud.

^c Kinnitust leidnud verejooksud hõlmavad lahendaja poolt kliiniliselt avaldunudena määratletud verejookse.

Märkus: uuringus osaleja võib kuuluda mitmesse alamkategoriasse, kui tal on esinenud nende kategooriate nähud. Analüüsis võetakse arvesse iga kategooria esimest nähtu.

Tabelites 7, 8 ja 9 on esitatud vastavalt suurte, surmaga lõppenud ja intrakraniaalsete verejooksude esinemissagedus mittevalvulaarse kodade virvendusarütmiaaga patsientidel uuringus ENGAGE AF-TIMI 48. Mõlemas ravirühmas kreatiniini kliirensi suurenedes esinemissagedus vähenes.

Tabel 7. Suurte verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	96	3,91	1305	128	5,23	0,75 (0,58, 0,98)
> 50 kuni ≤ 70	2093	148	3,31	2106	171	3,77	0,88 (0,71, 1,10)
> 70 kuni ≤ 90	1661	108	2,88	1703	119	3,08	0,93 (0,72, 1,21)
> 90 kuni ≤ 110	927	29	1,33	960	56	2,48	0,54 (0,34, 0,84)
> 110 kuni ≤ 130	497	20	1,70	469	24	2,14	0,79 (0,44, 1,42)
> 130	462	13	1,18	418	21	2,08	0,58 (0,29, 1,15)

Tabel 8. Surmaga lõppenud verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	9	0,36	1305	18	0,72	0,51 (0,23, 1,14)
> 50 kuni ≤ 70	2093	8	0,18	2106	23	0,50	0,35 (0,16, 0,79)
> 70 kuni ≤ 90	1661	10	0,26	1703	9	0,23	1,14 (0,46, 2,82)
> 90 kuni ≤ 110	927	2	0,09	960	3	0,13	--*
> 110 kuni ≤ 130	497	1	0,08	469	5	0,44	--*
> 130	462	2	0,18	418	0	0,00	--*

Tabel 9. Intrakraniaalsete verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	16	0,64	1305	35	1,40	0,45 (0,25, 0,81)
> 50 kuni ≤ 70	2093	19	0,42	2106	51	1,10	0,38 (0,22, 0,64)
> 70 kuni ≤ 90	1661	17	0,44	1703	35	0,89	0,50 (0,28, 0,89)
> 90 kuni ≤ 110	927	5	0,23	960	6	0,26	0,87 (0,27, 2,86)
> 110 kuni ≤ 130	497	2	0,17	469	3	0,26	--*
> 130	462	1	0,09	418	1	0,10	--*

Lühendid: N = uuringus osalejate arv muudetud ravikavatsuslikus populatsioonis kogu uuringuperioodil, n = patsientide arv alarühmas

*Riskisuhet ei arvatud, kui juhtude arv ühes ravirühmas oli < 5.

^a Ravi ajal: aeg uuringuravimi esimesest annusest viimase annuseni, pluss 3 päeva.

Alarühmade analüüsidest tekkis uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 60 mg ravirühma kuuluvatel uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni kehamassi ≤ 60 kg, mõõduka neerufunktsiooni kahjustuse või P-gp inhibiitorite samaaegse kasutamise tõttu, suurem verejooks 104-l (3,05% aastas) edoksabaani 30 mg vähendatud annusega uuringus osalejal ja 166-l (4,85% aastas) vähendatud varfariinannusega uuringus osalejal [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,63 (0,50, 0,81)].

Uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 paranes puhas kliiniline tulemus (esimese insuldi, süsteemse emboolia, suurema verejooksu või kõikidel põhjustel suremuse osas: ravikavatsuslik populatsioon, uuringuperioodil kokku) oluliselt edoksabaani kasuks, riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,89 (0,83, 0,96); p = 0,0024, kui võrreldi edoksabaani 60 mg ravirühma varfariiniga.

SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine

Edoksabaani kliiniline programm VTE raviks koostati edoksabaani efektiivsuse ja ohutuse tõestamiseks SVT ja KATE raviks ning korduva SVT ja KATE ennetamiseks.

Kesktes uuringus Hokusai-VTE randomiseeriti 8292 uuringus osalejat esmase hepariini saamiseks (enoksapariin või fraktsioneerimata hepariin), millele järgnes ravi edoksabaani 60 mg-ga üks kord ööpäevas või võrdlusravimiga. Võrdlusravimi rühmas said uuringus osalejad esmast hepariini ravi samaaegselt varfariiniga, mis oli tiitritud siht-INR-ini 2,0 kuni 3,0 ja millele järgnes ravi ainult varfariiniga. Ravi kestus oli 3 kuust 12 kuuni olenevalt uurija otsusest patsiendi kliinilise seisundi näitajaid arvestades.

Enamik edoksabaaniga ravitud patsientidest olid euroopiidsest rassist (69,6%) ja asiaadid (21,0%), 3,8% olid mustanahalised ja 5,3% muudest rassidest.

Ravi kestus oli vähemalt 3 kuud 3718 (91,6%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 3727 (91,4%) uuringus osalejaga varfariini rühmas; vähemalt 6 kuud 3495 (86,1%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 3491 (85,6%) uuringus osalejaga varfariini rühmas ja 12 kuud 1643 (40,5%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 1659 (40,4%) uuringus osalejaga varfariini rühmas.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli sümptomaatilise VTE kordumine, mida määratleti korduva sümptomaatilise SVT, surmaga mittelõppenud sümptomaatilise KATE ja surmaga lõppenud KATE liittulemusnäitajana uuringus osalejatel 12-kuulisel uuringuperioodil. Teised efektiivsusega seotud tulemusnäitajad olid muu hulgas korduva VTE ja kõikidel põhjustel suremuse kliiniline liittulemusnäitaja.

30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas kasutati ühe või mitme järgmise kliinilise teguriga uuringus osalejatel: mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min), vähene kehamass (≤ 60 kg) või teatavate P-gp inhibiitorite samaaegne kasutamine.

Uuringus Hokusai-VTE (tabel 10) tõestati edoksabaani mittehalvemust varfariinist esmase efektiivsuse tulemusnäitaja, korduva VTE osas, mida esines edoksabaani rühmas 130 uuringus osalejal 4118-st (3,2%) võrreldes 146-ga 4122 uuringus osalejast (3,5%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,89, (0,70, 1,13) $p < 0,0001$ mittehalvemuse osas]. Varfariini rühmas oli mediaanne aeg terapeutilises vahemikus (INR 2,0 kuni 3,0) 65,6%. KATE-ga (SVT-ga või ilma) uuringus osalejatest oli 47-l (2,8%) edoksabaani rühmas ja 65-l (3,9%) varfariini rühmas korduv VTE [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,73 (0,50, 1,06)].

Tabel 10. Uuringu Hokusai-VTE efektiivsusega seotud tulemused – ravikavatsuslik populatsioon, kogu uuringuperiood

Esmane tulemusnäitaja ^a	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 4118)	Varfariin (N = 4122)	Edoksabaan vs varfariin Riskisuhe (95% usaldusvahemik) ^b , p-väärtus ^c
Kõik uuringus osalejad sümptomaatilise korduva VTE-ga, ^c n (%)	130 (3,2)	146 (3,5)	0,89 (0,70, 1,13) p-väärtus < 0,0001 (mittehalvemus)
KATE SVT-ga või ilma	73 (1,8)	83 (2,0)	
Surmaga lõppenud KATE / surm, mille puhul ei saa välistada KATE-d	24 (0,6)	24 (0,6)	
Surmaga mittelõppenud KATE	49 (1,2)	59 (1,4)	
Ainult SVT	57 (1,4)	63 (1,5)	

Lühendid: N = uuringus osalejate arv uuringuplaanile vastavas populatsioonis; n = nähtude arv; SVT = süvaveenitromboos; KATE = kopsuarterite trombemboolia; VTE = veenide trombemboolia

^a Efektiivsusega seotud esmane tulemusnäitaja: sümptomaatiline korduv VTE (s.t SVT, surmaga mittelõppenud KATE ja surmaga lõppenud KATE liittulemusnäitaja).

^b Riskisuhte kahepoolne usaldusvahemik põhineb Coxi võrdeliste riskide regressioonimudelil, milles kaasmuutujad on ravi ja järgmised randomiseerimise stratifitseerimistegurid: diagnoos ravi algul (KATE koos SVT-ga või ilma, ainult SVT), ravieelsed riskitegurid (ajutised tegurid, kõik muud) ja 30 mg edoksabaani / edoksabaani platseebo annuse vajadus randomiseerimisel (jah/ei).

^c Eelnevalt kehtestatud mittehalvemuse varu p-väärtus on 1,5.

Uuringus osalejatest, kelle annust vähendati 30 mg-ni (põhiliselt vähese kehamassi või neerufunktsiooni tõttu), tekkis 15-l (2,1%) edoksabaani rühmas ja 22-l (3,1%) varfariini rühmas korduv VTE [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,69 (0,36, 1,34)].

Teisene liittulemusnäitaja, mis koosnes korduvast VTE-st ja kõikidel põhjustel suremusest, esines 138 uuringus osalejäl (3,4%) edoksabaani rühmas ja 158 uuringus osalejäl (3,9%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,87 (0,70, 1,10)].

Tulemused kõikidel põhjustel suremuse osas (lahendatud surmajuhtumid) uuringus Hokusai-VTE olid 136 (3,3%) juhtumit 60 mg edoksabaani (vähendatud 30 mg) kasutanud uuringus osalejatel võrreldes 130-ga (3,2%) varfariini puhul.

KATE-ga uuringus osalejate eelnevalt määratletud alarühma analüüsis leiti vastavalt 447 (30,6%) ja 483 (32,2%) edoksabaani ja varfariiniga ravitud uuringus osalejäl olevat KATE ja B-tüüpi natriureetilise propeptiidi N-terminaalne fragment (NT-proBNP) \geq 500 pg/ml. Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja esines vastavalt 14 (3,1%) ja 30 (6,2%) edoksabaani ja varfariini kasutanud uuringus osalejäl [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,50 (0,26, 0,94)].

Eelnevalt määratletud põhilistes alarühmades (vajaduse korral annuse vähendamise), sealhulgas vanuse, kehamassi, soo ja neerufunktsiooni seisundi järgi saadud efektiivsusega seotud tulemused olid kooskõlas uuringus uuritud üldisel populatsioonil esmase efektiivsuse osas saavutatud tulemustega.

Ohutus VTE-ga (SVT ja KATE-ga) patsientidel uuringus Hokusai-VTE

Esmane ohutuslane tulemusnäitaja oli kliiniliselt asjakohane verejooks (suurem või kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks).

Tabelis 11 on kokkuvõtlikult esitatud ohutuse analüüsikogumis esile toodud kindlaksmääratud veritsemisjuhud ravi ajal.

Esmase ohutuse tulemusnäitaja kliiniliselt asjakohase veritsemise (suurema verejooksu või kliiniliselt asjakohase väiksema verejooksu liittulemusnäitaja) osas vähenes risk oluliselt rohkem edoksabaani kasutamisel võrreldes varfariini kasutamisega, seda esines 349 uuringus osalejäl 4118-st (8,5%) edoksabaani rühmas ja 423 uuringus osalejäl 4122-st (10,3%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,81 (0,71, 0,94); p = 0,004 paremuse osas].

Tabel 11. Veritsemisnähtud uuringus Hokusai-VTE – ohutusanalüüs ravi ajal^a

	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 4118)	Varfariin (N = 4122)
Kliiniliselt asjakohane verejooks (suurem ja kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks), ^b n (%)		
n	349 (8,5)	423 (10,3)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,81 (0,71, 0,94)	
p-väärtus	0,004 (paremuse osas)	
Suurem verejooks n (%)		
n	56 (1,4)	66 (1,6)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,84 (0,59, 1,21)	
Surmaga lõppenud koljusisene verejooks	0	6 (0,1)
Surmaga mittelõppenud koljusisene verejooks	5 (0,1)	12 (0,3)
Kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks		
n	298 (7,2)	368 (8,9)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,80 (0,68, 0,93)	
Igasugune verejooks		
n	895 (21,7)	1056 (25,6)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,82 (0,75, 0,90)	

Lühendid: N = uuringus osalejate arv ohutusalasest populatsioonist; n = nähtude arv

^a Raviperiood: aeg uuringuravimi esimesest annusest viimase annuseni pluss 3 päeva.

^b Esmane ohutusala tulemusnäitaja: kliiniliselt asjakohane verejooks (suurema verejooksu või kliiniliselt asjakohase väiksema verejooksu liitulemusnäitaja).

Alarühmade analüüsidest tekkis uuringus Hokusai-VTE uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni kehamassi ≤ 60 kg, mõõduka neerufunktsiooni kahjustuse või P-gp inhibiitorite samaaegse kasutamise tõttu, suurem verejooks või kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks 58-l (7,9%) 30 mg edoksabaani vähendatud annusega uuringus osalejal ja 92-l (12,8%) varfariini kasutanud uuringus osalejal [riskisuhe (95%): 0,62 (0,44, 0,86)].

Uuringus Hokusai-VTE oli edoksabaani võrdlemisel varfariiniga puhta kliinilise tulemuse (korduv VTE, suurem verejooks või suremus kõikidel põhjustel: ravikavatsuslik populatsioon, uuringuperioodil kokku) riskisuhe (95% usaldusvahemik) 1,00 (0,85, 1,18).

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Mitmekeskuselises, prospektiivses, randomiseeritud, avatud uuringus tulemusnäitaja pimendatud hindamisega (ENSURE-AF) randomiseeriti (suukaudseid hüübimisvastaseid aineid varem mittekasutanud ja varem kasutanud) 2199 uuringus osalejat, kellel oli mittevalvulaarne kodade virvendus ja ette nähtud teha kardioversioon, edoksabaani 60 mg üks kord ööpäevas võrdlemiseks enoksapariini/varfariini kasutamisega INR-i hoidmiseks terapeutilises vahemikus 2,0...3,0 (randomiseeritud 1:1), keskmine aeg terapeutilises vahemikus oli varfariini kasutamisel 70,8%. Kokku 2149 uuringus osalejat raviti kas edoksabaaniga (N = 1067) või enoksapariini/varfariiniga (N = 1082). Edoksabaani ravirühmas manustati uuringus osalejatele 30 mg üks kord ööpäevas ühe või mitme järgmise kliinilise teguri olemasolul: mõõdukas neerukahjustus (kreatiniini kliirens 30...50 ml/min), väike kehakaal (≤ 60 kg) või samaaegne konkreetsete P-gp inhibiitorite kasutamine. Enamikule edoksabaani ja varfariini rühma uuringus osalejatest tehti kardioversioon (vastavalt 83,7% ja 78,9%)

või taastus südamerütm iseeneslikult (vastavalt 6,6% ja 8,6%). Kardioversioon tehti TEE abil (3 päeva jooksul alustamisest) või tavapärase kardioversioonina (vähemalt 21-päevase eelraviga). Uuringus osalejate ravi jätkus 28 päeva pärast kardioversiooni.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli liittulemusnäitaja, mis hõlmas kõiki insuldi, süsteemse emboolia ja müokardiinfarkti juhtumeid ning surmajuhtumeid südame-veresoonkonna haiguse tagajärjel. Edoksabaani rühmas (N = 1095) esines kokku 5 juhtumit (0,5%, 95% usaldusvahemik 0,15%...1,06%) ja varfariini rühmas (N = 1104) 11 (1,0%, 95% usaldusvahemik 0,50%...1,78%) juhtumit; üldine ravivastus oli 0,46 (95% usaldusvahemik 0,12...1,43); ravikavatsusliku populatsiooni analüüsikogum uuringuperioodi keskmise kogukestusega 66 päeva.

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli liitnäitaja, mis hõlmas suuremaid verejookse ja kliiniliselt olulisi väiksemaid verejookse. Edoksabaani rühmas (N = 1067) esines kokku 16 (1,5%, 95% usaldusvahemik 0,86%...2,42%) juhtu ja varfariini rühmas (N = 1082) 11 (1,0%, 95% usaldusvahemik 0,51%...1,81%) juhtu; üldine ravivastus 1,48 (95% usaldusvahemik 0,64...3,55); ohutuse analüüsikogum raviperioodil.

See uurimuslik uuring näitas suuremate verejooksude ja kliiniliselt oluliste väiksemate verejooksude ja trombembooliate vähest esinemissagedust neis kahes kardioversiooniga seotud ravirühmas.

Lapsed

Euroopa Ravimiamet on peatanud kohustuse esitada edoksabaaniga läbi viidud uuringute tulemused laste ühe või mitme alarühma kohta arteriaalse tromboosi ennetamisel, trombemboolia ravis ja trombemboolia ennetamisel (teave lastel kasutamise kohta: vt lõik 4.2).

5.2 Farmakokineetilised omadused

Imendumine

Edoksabaan imendub maksimaalsete plasmakontsentratsioonide saavutamiseks 1–2 tunni jooksul. Absoluutne biosaadavus on ligikaudu 62%. Toit suurendab maksimaalset kontsentratsiooni varieeruvul määral, kuid mõjutab üldist kontsentratsiooni minimaalselt. Edoksabaani manustati uuringutes ENGAGE AF-TIMI 48 ja Hokusai-VTE koos toiduga ja ilma. Edoksabaan on pH 6,0 või kõrgema taseme korral halvasti lahustuv. Samaaegne manustamine prootonpumba inhibiitoritega edoksabaani kontsentratsiooni asjakohaselt ei mõjutanud.

Jaotumine

Dispositsioon on kahefaasiline. Keskmise jaotusmaht on 107 (19,9) l (standardhälve). *In vitro* seondub plasmavalkudega ligikaudu 55%. Edoksabaani annustamisel üks kord ööpäevas kliiniliselt asjakohast akumulatsiooni ei toimu (akumulatsiooni suhe 1,14). Püsikontsentratsioonid saavutatakse 3 päeva jooksul.

Biotransformatsioon

Plasmas sisaldub valdavalt edoksabaan muutumatul kujul. Edoksabaan metaboliseerub hüdroolüüsi (karboksüülesteras 1 vahendusel), konjugatsiooni või oksüdatsiooni teel CYP3A4/5 toimel (< 10%). Edoksabaanil on kolm aktiivset metaboliiti, hüdroolüüsi tulemusena moodustuv valdav metaboliit (M-4) on aktiivne ja moodustab tervetel uuringus osalejatel vähem kui 10% lähteühendi kontsentratsioonist. Teiste metaboliitide kontsentratsioon on vähem kui 5%. Edoksabaan on väljavoolu transporteri P-glükoproteiini (P-gp) substraat, kuid mitte vastuvõtu transporterite, näiteks orgaaniliste anioonide transporteri polüpeptiid OATP1B1, orgaaniliste anioonide transporterite OAT1 või OAT3 või orgaaniliste kationide transporteri OCT2 substraat. Selle aktiivne metaboliit on OATP1B1 substraat.

Eritumine

Tervetel uuringus osalejatel on hinnanguline kogukliirens 22 (±3) l tunnis; 50% eritub renaalselt (11 l tunnis). Neerukliirens moodustab ligikaudu 35% manustatud annusest. Ülejäänud kliirensi moodustab metabolism ja eritumine sapiteede/soole kaudu. Suukaudse manustamise $t_{1/2}$ on 10–14 tundi.

Lineaarsus/mittelineaarsus

Edoksabaani farmakokineetika tervetel uuringus osalejatel annuste 15 mg kuni 60 mg puhul on ligikaudu annusega proportsionaalne.

Eriühmad

Eakad

Võttes arvesse neerufunktsiooni ja kehamassi, ei olnud mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia keskse III faasi uuringu (ENGAGE AF-TIMI 48) populatsiooni farmakokineetilises analüüsis vanusel täiendavat kliiniliselt olulist mõju edoksabaani farmakokineetikale.

Sugu

Võttes arvesse kehamassi, ei olnud mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia keskse III faasi uuringu (ENGAGE AF-TIMI 48) populatsiooni farmakokineetilises analüüsis sool täiendavat kliiniliselt olulist mõju edoksabaani farmakokineetikale.

Rahvus

Uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 populatsiooni farmakokineetilises analüüsis olid maksimaalne ja üldine kontsentratsioon asiaatidest ja mitte-asiaatidest patsientidel võrreldavad.

Neerufunktsiooni kahjustus

Kerge (kreatiniini kliirens > 50–80 ml/min), mõõduka (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min) ja raske (kreatiniini kliirens < 30 ml/min, kuid dialüüsi ei saa) neerufunktsiooni kahjustusega uuringus osalejatel suurenes plasma AUC vastavalt 32%, 74% ja 72% võrreldes normaalse neerufunktsiooniga uuringus osalejatega. Neerukahjustusega patsientidel metaboliitide profiil muutub ja aktiivseid metaboliite moodustub suuremal hulgal.

Edoksabaani plasmakontsentratsioon ja anti-FXa aktiivsus on omavahel lineaarses korrelatsioonis olenemata neerufunktsioonist.

Lõppstaadiumis neeruhaigusega uuringus osalejatel, kes said peritoneaalset dialüüsi, oli üldine kontsentratsioon 93% kõrgem võrreldes tervete uuringus osalejatega.

Populatsiooni farmakokineetiline mudel näitab, et raske neerufunktsiooni kahjustusega (kreatiniini kliirens 15–29 ml/min) patsientidel kontsentratsioon ligikaudu kahekordistub võrreldes normaalse neerufunktsiooniga patsientidega.

Anti-FXa aktiivsus kreatiniini kliirensi kategooriate järgi

Allpool tabelis 12 on esitatud edoksabaani anti-FXa faktori aktiivsus olenevalt kreatiniini kliirensi kategooriast iga näidustuse puhul.

Tabel 12. Edoksabaani anti-FXa aktiivsus olenevalt kreatiniini kliirensist

Edoksabaani annus	Kreatiniini kliirens (ml/min)	Edoksabaani annusejärgne anti-FXa aktiivsus (RÜ/ml) ¹	Edoksabaani annuse-eelne anti-FXa aktiivsus (RÜ/ml) ²
Mediaan [2,5–97,5% vahemik]			
Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine: mittevalvulaarne kodade virvendus			
30 mg üks kord ööpäevas	≥ 30 kuni ≤ 50	2,92 [0,33–5,88]	0,53 [0,11–2,06]
60 mg üks kord ööpäevas*	> 50 kuni ≤ 70	4,52 [0,38–7,64]	0,83 [0,16–2,61]
	> 70 kuni ≤ 90	4,12 [0,19–7,55]	0,68 [0,05–2,33]
	> 90 kuni ≤ 110	3,82 [0,36–7,39]	0,60 [0,14–3,57]
	> 110 kuni ≤ 130	3,16 [0,28–6,71]	0,41 [0,15–1,51]
	> 130	2,76 [0,12–6,10]	0,45 [0,00–3,10]
SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine			
30 mg üks kord ööpäevas	≥ 30 kuni ≤ 50	2,21 [0,14–4,47]	0,22 [0,00–1,09]
60 mg üks kord ööpäevas*	> 50 kuni ≤ 70	3,42 [0,19–6,13]	0,34 [0,00–3,10]
	> 70 kuni ≤ 90	2,97 [0,24–5,82]	0,24 [0,00–1,77]
	> 90 kuni ≤ 110	2,82 [0,14–5,31]	0,20 [0,00–2,52]
	> 110 kuni ≤ 130	2,64 [0,13–5,57]	0,17 [0,00–1,86]
	> 130	2,39 [0,10–4,92]	0,13 [0,00–2,43]

*Annuse vähendamine tasemeni 30 mg väikese kehakaalu ≤ 60 kg korral või teatavate P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegsel kasutamisel

¹ Annusejärgne vastab C_{max}-ile (annusejärgsed proovid võeti 1–3 tundi pärast edoksabaani manustamist)

² Annuse-eelne vastab C_{min}-ile

Kuigi edoksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt, saab hüübimisvastast toimet hinnata kalibreeritud kvantitatiivse anti-faktor Xa analüüsiga, mis võib aidata saada infot kliiniliste otsuste tegemisel eriolukorras, nt üleannustamise ja erakorralise operatsiooni puhul (vt ka lõik 4.4).

Hemodialüüs

4-tunnine hemodialüüs vähendas edoksabaani üldisi kontsentratsioone vähem kui 9%.

Maksafunktsiooni kahjustus

Farmakokineetika ja farmakodünaamika kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel oli võrreldav neile vastava tervete kontrollrühmaga. Edoksabaani kasutamist raske maksakahjustusega patsientidel ei ole uuritud (vt lõik 4.2).

Kehamass

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 populatsiooni farmakokineetilise analüüsi kohaselt suurenesid mediaanse väikese kehahamassiga (55 kg) patsientidel

C_{max} ja AUC vastavalt 40% ja 13% võrreldes mediaanse suure kehamassiga (84 kg) patsientidega. III faasi kliinilistes uuringutes (nii mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia kui ka VTE näidustustega) vähendati patsientidel kehamassiga ≤ 60 kg edoksabaani annust 50% ning selle efektiivsus ja veritsemist vähendav toime oli varfariiniga võrreldes sarnane.

Farmakokineetilised/farmakodünaamilised toimed

PT, INR, aPTT ja Xa faktori antikehad on edoksabaani kontsentratsioonidega lineaarses korrelatsioonis.

5.3 Prekliinilised ohutusandmed

Farmakoloogilise ohutuse, kroonilise toksilisuse, genotoksilisuse, kartsinogeensuse ja fototoksilisuse mittekliinilised uuringud ei ole näidanud kahjulikku toimet inimesele.

Reproduktsoonitoksilisus

Edoksabaani kasutamisel suuremates annustes tekkis rottidel ja küülikutel tupeverejooks, kuid rottide reproduktiivsusele see mõju ei avaldanud.

Rottidel toimeid emas- ja isasloomade fertiilsusele ei täheldatud.

Loomade reproduktiooni uuringutes suurenes küülikutel sapipõie kõrvalekallete esinemissagedus annuste 200 mg/kg kasutamisel, mis on ligikaudu 65 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest 60 mg ööpäevas, lähtudes kogu kehapinnast mg/m^2 alusel. Rottidel tekkisid vastavalt annuste 300 mg/kg ööpäevas (ligikaudu 49 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest) ja küülikutel annuste 200 mg/kg ööpäevas (ligikaudu 65 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest) kasutamisel implantatsioonijärgsed tiinuse katkemised.

Edoksabaan eritus lakteerivate rottide piima.

Keskkonnariski hindamine

Toimeaine edoksabaantosilaat on keskkonnas püsiv (juhiseid hävitamise kohta vt lõik 6.6).

6. FARMATSEUTILISED ANDMED

6.1 Abiainete loetelu

Tableti sisu:

mannitool (E421)
eelželatiniseeritud tärklis
krospovidoon
hüdrosüpropüültselluloos
magneesiumstearaat (E470b)

Õhuke polümeerikate:

hüpromelloos (E464)
makrogool 8000
titaandioksiid (E171)
talk
karnaubavaha
punane rauaoksiid (E172)

6.2 Sobimatus

Ei kohaldata.

6.3 Kõlblikusaeg

5 aastat

6.4 Säilitamise eritingimused

See ravimpreparaat ei vaja säilitamisel eritingimusi.

6.5 Pakendi iseloomustus ja sisu

Polüvinüülkloriid-/alumiiniumblistrid. Karbis on 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98 ja 100 õhukese polümeerikattega tabletti.

Polüvinüülkloriidist/alumiiniumist perforeeritud üksikannusteks jaotatud blistrid 10 x 1, 50 x 1 and 100 x 1 õhukese polümeerikattega tablettidega.

Kõik pakendi suurused ei pruugi olla müügil.

6.6 Erihoiatused ravimpreparaadi hävitamiseks

Kasutamata ravimpreparaat või jäätmematerjalid tuleb hävitada vastavalt kohalikele nõuetele.

7. MÜÜGILOA HOIDJA

Daiichi Sankyo Europe GmbH
Zielstattstrasse 48
81379 Munich
Saksamaa

8. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/15/993/002
EU/1/15/993/004–015

9. ESMASE MÜÜGILOA VÄLJASTAMISE / MÜÜGILOA UUENDAMISE KUUPÄEV

Müügiloa esmase väljastamise kuupäev: 19. juuni 2015

10. TEKSTI LÄBIVAATAMISE KUUPÄEV

Täpne teave selle ravimpreparaadi kohta on Euroopa Raviameti kodulehel
<http://www.ema.europa.eu/>.

▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimetest teavitamise kohta vt lõik 4.8.

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid

2. KVALITATIIVNE JA KVANTITATIIVNE KOOSTIS

Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 60 mg edoksabaani (tosilaadina).

Abiainete täielik loetelu vt lõik 6.1.

3. RAVIMVORM

Õhukese polümeerikattega tablett.

Kollased ümarad õhukese polümeerikattega tabletid (10,5 mm diameetriga), millel on pimetrükk "DSC L60".

4. KLIINILISED ANDMED

4.1 Näidustused

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on südame paispuudulikkus, hüpertensioon, vanus ≥ 75 aastat, diabeet, eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA).

Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) ravi ning korduva SVT ja KATE ennetamine täiskasvanutel (hemodünaamiliselt ebastabiilse KATE-ga patsientide kohta vt lõik 4.4).

4.2 Annustamine ja manustamisviis

Annustamine

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine

Soovitav annus on 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas.

Patsientidel, kellel esineb mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia, peab ravi edoksabaaniga olema pikaajaline.

SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine

Soovitav annus on 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas pärast parenteraalse antikoagulandi esmast kasutamist vähemalt 5 päeva jooksul (vt lõik 5.1). Edoksabaani ei tohi manustada samaaegselt esmase parenteraalse antikoagulandiga.

SVT ja KATE (veenide trombemboolia, VTE) ravi ning korduva VTE ennetamise kestus tuleb määrata kindlaks individuaalselt pärast ravimi kasu ja verejooksu riski suhte põhjalikku hindamist (vt lõik 4.4). Lühiajalise ravi (vähemalt 3 kuud) korral tuleb võtta arvesse ajutisi riskitegureid (nt hiljutine operatsioon, trauma, liikumatus) ning pikemaajalise ravi korral püsivaid riskitegureid või idiopaatilist SVT-d ja KATE-d.

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE puhul on soovitatav annus 30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas patsientidel, kellel on üks või mitu järgmist kliinilist tegurit:

- mõõdukas või raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens 15–50 ml/min)
- väike kehakaal ≤ 60 kg
- järgmiste P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegne kasutamine: tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool.

Tabel 1. Annustamise kokkuvõte mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE (SVT ja KATE) korral

Kokkuvõtlik annustamisjuhised		
Soovitatav annus		60 mg 1 kord ööpäevas
Annustamissoovitus ühe või mitme järgmise kliinilise teguriga patsientidele:		
Neerukahjustus	<i>Mõõdukas või raske (kreatiniini kliirens 15-50 ml/min)</i>	30 mg 1 kord ööpäevas
Väike kehakaal	≤ 60 kg	
P-gp inhibiitorid	<i>Tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool</i>	

Vahelejäänud annus

Kui Lixiana annus on vahele jäänud, tuleb see kohe võtta ja järgmisel päeval jätkata üks kord ööpäevas võtmisega vastavalt soovitusetele. Patsient ei tohi võtta vahelejäänud annuse asendamiseks ühel päeval kahekordset määratud annust.

Lixianale ja Lixianalt üleminek

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE-ga patsientidel on tähtis hüübimisvastast ravi jätkata. Mõnel juhul on vaja hüübimisvastast ravi vahetada (tabel 2).

Tabel 2. Vahtamine

Üleminek Lixianale		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
K-vitamiini antagonist	Lixiana	Lõpetada K-vitamiini antagonisti võtmine ja alustada Lixiana võtmist, kui rahvusvaheline normaliseeritud suhtarv (INR) on $\leq 2,5$.
Muud suukaudsed antikoagulandid peale K-vitamiini antagonisti <ul style="list-style-type: none"> • dabigatraan • rivaroksabaan • apiksabaan 	Lixiana	Lõpetada dabigatraani, rivaroksabaani või apiksabaani võtmine ja alustada Lixiana võtmist suukaudse antagonisti järgmise annuse ajal (vt lõik 5.1).
Parenteraalsed antikoagulandid	Lixiana	Neid ravimeid ei tohi manustada üheaegselt. Subkutaanne antikoagulant (s.t madalmolekulaarne hepariin, fondaparinuks): lõpetada subkutaanse antikoagulandi kasutamine ja alustada Lixiana kasutamist subkutaanse antikoagulandi järgmise ettenähtud annuse ajal.
		Intravenoosne fraktsioneerimata hepariin: katkestada infusioon ja alustada 4 tunni pärast Lixiana manustamist.

Üleminek Lixianalt		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
Lixiana	K-vitamiini antagonist	<p>Üleminekul Lixianalt K-vitamiini antagonisti võtmisele võib hüübimisvastane toime jääda ebapiisavaks. Üleminekul alternatiivsele antikoagulandile tuleb alati tagada piisava hüübimisvastase toime jätkumine.</p> <p><i>Suukaudsel manustamisel:</i> 60 mg annust kasutanud patsientidele manustada koos sobiva K-vitamiini antagonisti annusega Lixiana annus 30 mg üks kord ööpäevas.</p> <p>30 mg annust kasutanud patsientidele (ühe või mitme järgmise kliinilise teguri korral: mõõdukas kuni raske neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 15-50 ml/min), vähene kehamass või kasutamine koos teatavate P-gp inhibiitoritega) manustada koos sobiva K-vitamiini antagonisti annusega Lixiana annus 15 mg üks kord ööpäevas.</p> <p>Patsiendid ei tohi võtta K-vitamiini antagonisti küllastusannust, stabiilse INR-i vahemiku 2 kuni 3 kiireks saavutamiseks. Soovitatav on võtta arvesse K-vitamiini antagonisti säilitusannust ning kui patsient võttis varem K-vitamiini antagonisti, või kasutada kehtivat K-vitamiini antagonistil põhinevat K-vitamiini antagonistiga ravi algoritmi vastavalt kohalikule ravitavale.</p> <p>INR $\geq 2,0$ saavutamisel tuleb Lixiana kasutamine lõpetada. Enamikul patsientidel (85%) peaks olema võimalik saavutada INR $\geq 2,0$ Lixiana ja K-vitamiini antagonisti kasutamise tulemusena 14 päeva jooksul. 14 päeva möödumisel on soovitatav Lixiana kasutamine lõpetada ja jätkata K-vitamiini antagonisti tiitrimist INR vahemiku 2 kuni 3 saavutamiseks.</p> <p>Samaaegse ravi esimese 14 päeva jooksul mõõdetakse INR-i vähemalt 3 korda vahetult enne Lixiana ööpäevase annuse võtmist, et Lixiana mõjutaks võimalikult vähe INR mõõtmist. Lixiana ja K-vitamiini antagonisti samaaegne kasutamine võib suurendada INR-i pärast Lixiana annust kuni 46%.</p> <p><i>Parenteraalsel manustamisel:</i> lõpetada Lixiana kasutamine ja manustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalset antikoagulanti ja K-vitamiini antagonisti. Stabiilse INR-i $\geq 2,0$ saavutamisel tuleb parenteraalse antikoagulandi kasutamine lõpetada ja jätkata K-vitamiini antagonisti kasutamist.</p>

Üleminek Lixianalt		
Ravimilt	Ravimile	Soovitus
Lixiana	Muud suukaudsed antikoagulandid peale K-vitamiini antagonisti	Lõpetada Lixiana kasutamine ja alustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal mitte-K-vitamiini antagonistist antikoagulandi annusega.
Lixiana	Parenteraalsed antikoagulandid	Neid ravimeid ei tohi manustada üheaegselt. Lõpetada Lixiana kasutamine ja alustada Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalse antikoagulandi annusega.

Erirühmad

Neerufunktsiooni hindamine:

- Enne ravi alustamist Lixianaga tuleb kõikidel patsientidel hinnata neerufunktsiooni kreatiini kliirensi arvutamise teel, et välistada lõppstaadiumis neeruhaigusega patsiendid (s.t kreatiini kliirens < 15 ml/min), kasutada õiget Lixiana annust patsientidel kreatiini kliirensiga 15–50 ml/min (30 mg üks kord ööpäevas) ja patsientidel kreatiini kliirensiga > 50 ml/min (60 mg üks kord ööpäevas) ja otsustada Lixiana kasutamise üle suurema kreatiini kliirensiga patsientidel (vt lõik 4.4).
- Neerufunktsiooni tuleb hinnata ka juhul, kui ravi ajal tekib neerufunktsiooni muutuse kahtlus (nt hüповoleemia, dehüdratsiooni ja teatavate ravimite samaaegse kasutamise korral).

Lixiana kliinilise väljatöötamise ajal kasutati neerufunktsiooni hindamiseks (kreatiini kliirens ml/min) Cockcrofti-Gaulti meetodit. Võrrand on järgmine:

- Kreatiin $\mu\text{mol/l}$:

$$\frac{1,23 \times (140 - \text{vanus [aastates]}) \times \text{kehakaal [kg]} (\times 0,85 \text{ naiste puhul})}{\text{seerumi kreatiniinitase } [\mu\text{mol/l}]}$$

- Kreatiin mg/dl:

$$\frac{(140 - \text{vanus [aastates]}) \times \text{kehakaal [kg]} (\times 0,85 \text{ naiste puhul})}{72 \times \text{seerumi kreatiniinitase [mg/dl]}}$$

Seda meetodit on soovitatav kasutada patsientide kreatiini kliirensi hindamiseks enne ravi ja ravi ajal Lixianaga.

Neerufunktsiooni kahjustus

Soovitatav annus kerge neerufunktsiooni kahjustusega patsientidele (kreatiini kliirens > 50-80 ml/min) on 60 mg Lixianat üks kord ööpäevas.

Soovitatav annus mõõduka või raske neerufunktsiooni kahjustusega patsientidele (kreatiini kliirens 15-50 ml/min) on 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2).

Lõppstaadiumis neeruhaigusega (kreatiini kliirens < 15 ml/min) või dialüüsi saavatel patsientidel ei ole Lixiana kasutamine soovitatav (vt lõigud 4.4 ja 5.2).

Maksafunktsiooni kahjustus

Lixiana on vastunäidustatud patsientidele, kellel on maksahaigus, millega kaasneb koagulopaatia ja kliiniliselt oluline veritsemisoht (vt lõik 4.3).

Raske maksafunktsiooni kahjustusega patsientidele ei ole Lixiana kasutamine soovitatav (vt lõigud 4.4 ja 5.2).

Soovitatav annus kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidele on 60 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2). Lixiana kasutamisel kerge kuni mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb olla ettevaatlik (vt lõik 4.4).

Patsiendid, kellel oli tõusnud maksaensüümide (ALAT/ASAT > 2 x normi ülempiirist) või üldbilirubiini tase $\geq 1,5$ x normi ülempiirist, jäeti kliinilistest uuringutest välja. Seetõttu tuleb olla Lixiana kasutamisel sellel populatsioonil ettevaatlik (vt lõigud 4.4 ja 5.2). Enne Lixiana kasutamise alustamist tuleb teha maksafunktsiooni analüüsid.

Kehamass

Soovitatav annus patsientidele kehamassiga ≤ 60 kg on 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 5.2).

Eakad

Annuse vähendamine ei ole vajalik (vt lõik 5.2).

Sugu

Annuse vähendamine ei ole vajalik (vt lõik 5.2).

Lixiana ja P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegne kasutamine

Lixiana kasutamisel järgmisi P-gp inhibiitoreid kasutataval patsientidel: tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool, on soovitatav annus 30 mg Lixianat üks kord ööpäevas (vt lõik 4.5). Samaaegsel kasutamisel amiodarooni, kinidiini või verapamiiliga (vt lõik 4.5) ei ole annuse vähendamine vajalik.

Lixiana kasutamist koos teiste P-gp inhibiitoritega, sealhulgas HIV proteaasi inhibiitoritega, ei ole uuritud.

Lapsed

Lixiana ohutus ja efektiivsus lastel ja noorukitel vanuses alla 18 aasta ei ole tõestatud. Andmed puuduvad.

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Lixiana kasutamist võib alustada või jätkata patsientidel, kes võivad vajada kardioversiooni. Transösofageaalse ehokardiogrammi (*transoesophageal echocardiogram*, TEE) abil sooritatava kardioversiooni korral tuleb patsientidel, keda ei ole varem hüübimisvastaste ravimitega ravitud, alustada piisava hüübimisvastase toime saavutamiseks ravi Lixianaga vähemalt **2 tundi** enne kardioversiooni (vt lõigud 5.1 ja 5.2). Kardioversioon tuleb teha hiljemalt 12 tunni möödumisel Lixiana annusest protseduuri päeval.

Kõikidel patsientidel, kellel sooritatakse kardioversioon: enne kardioversiooni tuleb veenduda, et patsient on saanud Lixiana määratud annuse. Ravi alustamine ja kestus tuleb otsustada, lähtudes kardioversiooni vajavate patsientide hüübimisvastase ravi suhtes kehtestatud juhenditest.

Manustamisviis

Suukaudne.

Lixianat võib võtta koos toiduga või ilma (vt lõik 5.2).

4.3 Vastunäidustused

- Ülitundlikkus toimeaine või lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainete suhtes.
- Kliiniliselt oluline aktiivne verejooks.
- Maksahaigus, millega on seotud koagulopaatia ja kliiniliselt oluline verejooksuohu.
- Kahjustused või seisundid, mille puhul peetakse suure verejooksu riski märkimisväärseks. Siia võivad kuuluda olemasolev või hiljutine seedetrakti haavand; kõrge verejooksuriskiga pahaloomulise kasvaja esinemine; hiljutine aju või lülisamba vigastus; hiljutine aju-, lülisamba- või silmaoperatsioon; hiljutine intrakraniaalne hemorraagia; teadaolevad või kahtlustatavad söögitoru vaariksid; arteriovenoossed malformatsioonid; vaskulaarsed aneurüsmid või ulatuslikud intraspinaalsed või intratserebraalsed veresoonehäired.
- Ravile allumatu raske hüpertensioon.
- Samaaegne ravi mis tahes muu antikoagulandiga, nt fraktsioneerimata hepariini, madalmolekulaarsete hepariinide (enoksapariin, daltepariin jne), hepariini derivaatide (fondapariinuks jne), suukaudsete antikoagulantidega (varfariin, dabigatraneteksilaat, rivaroksabaan, apiksabaan jne), välja arvatud suukaudse antikoagulant-ravi vahetamise eritingimustes (vt lõik 4.2) või kui fraktsioneerimata hepariini manustatakse annuses, mis on vajalik tagamaks tsentraalse veeni- või arterikateetri avatus (vt lõik 4.5).
- Rasedus ja imetamine (vt lõik 4.6).

4.4 Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel

Lixiana 15 mg ei ole näidustatud monoravina, sest selle tulemusena võib efektiivsus väheneda. See on näidustatud ainult üleminekul Lixiana 30 mg-lt (patsiendid ühe või mitme kliinilise teguriga, mis suurendavad kontsentratsiooni, vt tabel 1) K-vitamiini antagonistiga kasutamisele koos K-vitamiini sobiva annusega (vt tabel 2, lõik 4.2).

Veritsemisrisk

Edoksabaan suurendab veritsemisriski ja võib põhjustada tõsist, potentsiaalselt surmaga lõppevat verejooksu. Suurenenud veritsemisriskiga patsientidel on Lixianat, nagu teisi antikoagulante, soovitatav kasutada ettevaatusega. Tõsise verejooksu puhul tuleb Lixiana manustamine lõpetada (vt lõigud 4.8 ja 4.9).

Kliinilistes uuringutes esines pikaajalisel edoksabaanraviga võrreldes raviga K-vitamiini antagonistiga sagedamini limaskestast verejookse (nina-, seedetrakti-, sugu-kusetee verejooksu) ja aneemiat. Seega, lisaks piisavale kliinilisele jälgimisele võib varjatud verejooksu kindlakstegemisel olla kasu ka hemoglobiini/hematokriti laboratoorsel määramisel, kui see on asjakohane.

Mitmel allpool loetletud patsientide alarühmal suureneb veritsemisohu. Seetõttu tuleb neid patsiente pärast ravi alustamist hoolikalt jälgida veritsemisega seotud tüsistuste nähtude ja sümptomite ning aneemia suhtes (vt lõik 4.8). Iga ootamatu hemoglobiinitaseme või vererõhu languse korral tuleb otsida veritsuskohta.

Edoksabaani hüübimisvastast toimet ei saa standardsete laborianalüüsidega usaldusväärselt hinnata. Edoksabaani puhul ei ole spetsiaalset hüübimisvastast toimet tagasipööravat ainet saadaval (vt lõik 4.9).

Hemodialüüs edoksabaani kliirensit oluliselt ei suurenda (vt lõik 5.2).

Eakad

Lixiana manustamisel eakatele patsientidele samaaegselt atsetüülsalitsüülhappesega tuleb olla ettevaatlik võimaliku suurenenud veritsemisohu tõttu (vt lõik 4.5).

Neerufunktsiooni kahjustus

Kerge (kreatiniini kliirens > 50–80 ml/min), mõõduka (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min) ja raske (kreatiniini kliirens < 30 ml/min, kuid dialüüsi ei saa) neerufunktsiooni kahjustusega uuringus osalejatel suurenes plasma AUC vastavalt 32%, 74% ja 72% võrreldes normaalse neerufunktsiooniga uuringus osalejatega (annuse vähendamise kohta vt lõik 4.2).

Lõppstaadiumis neeruhaigusega või dialüüsi saavatel patsientidel ei ole Lixianat soovitatav kasutada (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Neerufunktsioon mittevalvulaarse kodade virvenduse korral

Edoksabaani kasutamisel täheldati hästi kohandatud varfariinraviga võrreldes suundumust efektiivsuse vähenemisele kreatiniini kliirensi suurenedes (vt lõik 5.1). Seetõttu võib edoksabaani kasutada mittevalvulaarse kodade virvendusega ja suure kreatiniini kliirensiga patsientidel alles pärast patsiendi individuaalse tromboemboolia- ja veritsemisriski hoolikat hindamist.

Neerufunktsiooni hindamine: kreatiniini kliirensit tuleb kontrollida ravi algul kõikidel patsientidel ning edaspidi vastavalt kliinilisele näidustusele (vt lõik 4.2).

Maksakahjustus

Lixianat ei ole soovitatav kasutada raske maksakahjustusega patsientidel (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Lixiana kasutamisel kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb olla ettevaatlik (vt lõik 4.2).

Patsiendid, kellel oli tõusnud maksaensüümide (ALAT/ASAT > 2 x normi ülempiirist) või üldbilirubiini tase $\geq 1,5$ x normi ülempiirist, jäeti kliinilistest uuringutest välja. Seetõttu tuleb olla Lixiana kasutamisel sellel populatsioonil ettevaatlik (vt lõigud 4.2 ja 5.2). Enne Lixiana kasutamise alustamist tuleb teha maksafunktsiooni analüüsid. Lixiana kasutamisel rohkem kui 1 aasta jooksul on soovitatav maksa näitajaid perioodiliselt jälgida.

Katkestamine operatsiooni ja muude sekkumiste ajaks

Kui operatsioonil või muudel protseduuridel tekkiva veritsemisriski tõttu on vaja hüübimisvastane ravi katkestada, tuleb Lixiana kasutamine niipea kui võimalik lõpetada, eelistatavalt vähemalt 24 tundi enne protseduuri.

Otsustamisel selle üle, kas protseduur tuleb edasi lükata kuni vähemalt 24 tunni möödumiseni Lixiana viimasest annusest, tuleb suurenenud veritsemisohtu hinnata võrdluses sekkumisvajaduse pakilisusega. Lixiana võtmist pärast kirurgilist või muud protseduuri tuleb uuesti alustada niipea, kui on saavutatud piisav hemolüüs, võttes arvesse, et edoksabaani hüübimisvastase ravitoime tekkimiseni kulub 1–2 tundi. Kui kirurgilise sekkumise ajal või pärast seda ei ole võimalik suukaudseid ravimeid võtta, tuleb kaaluda parenteraalse antikoagulandi manustamist ja seejärel üleminekut Lixiana suukaudsele manustamisele üks kord ööpäevas (vt lõik 4.2).

Antikoagulandid, trombotsüütide vastased ained ja trombolüütikumid

Samaaegne hemostaasi mõjutavate ravimite kasutamine võib veritsemisriski suurendada. Nendeks on atsetüülsalitsüülhape, P2Y₁₂ trombotsüütide inhibiitorid, muud tromboosivastased ained, fibrinolüütiline ravi ja krooniline MSPVA-de kasutamine (vt lõik 4.5).

Südameklapi proteesid ja mõõdukas või raske mitraalstenooos

Edoksabaani kasutamist mehaaniliste südameklappidega patsientidel, patsientidel esimese 3 kuu jooksul alates südameklapi bioproteesi paigaldamisest, koos kodade virvendusega või ilma ning mõõduka või raske mitraalstenooosiga patsientidel ei ole uuritud. Seepärast ei ole edoksabaani kasutamine neil patsientidel soovitatav.

Hemodünaamiliselt ebastabiilse KATE-ga patsiendid või trombolüüsi või kopsuarteri embolektoomiat vajavad patsiendid

Lixianat ei ole soovitatav kasutada alternatiivina fraktsioneerimata hepariinile kopsuarteri trombembooliaga patsientidel, kes on hemodünaamiliselt ebastabiilsed või kellele võidakse teha trombolüüs või kopsuarteri embolektoomia, sest edoksabaani ohutust ja efektiivsust neis kliinilistes olukordades ei ole tõestatud.

Aktiivse vähihaigusega patsiendid

Edoksabaani efektiivsus ja ohutus VTE raviks ja/või ennetamiseks aktiivse vähihaigusega patsientidel ei ole tõestatud.

Laboratoorsed hüübimisparameetrid

Kuigi edoksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt, saab hüübimisvastast toimet hinnata kalibreeritud kvantitatiivse anti-faktor Xa analüüsiga, mis võib aidata saada infot eriolukorras kliiniliste otsuste tegemiseks, nt üleannustamise ja erakorralise operatsiooni puhul (vt ka lõik 5.2).

Edoksabaan suurendab Xa faktori inhibeerimise tõttu standardsete hüübimistestide tulemusi, nt protrombiiniaega (PT), INR-i ja aktiveeritud osalist tromboplastiiniaega (aPTT). Terapeutilise annuse kasutamisel on nendes hüübimisanalüüsides täheldatud muutused siiski väikesed, väga varieeruvad ning ei ole kasulikud edoksabaani hüübimisvastase toime jälgimisel.

4.5 Koostoimed teiste ravimitega ja muud koostoimed

Edoksabaan imendub valdavalt seedetrakti ülaosas. Seega võivad mao tühjenemist ja soolte motiilsust suurendavad ravimid või haigusseisundid edoksabaani lahustamist ja imendumist vähendada.

P-gp inhibiitorid

Edoksabaan on väljavoolu transporteri P-gp substraat. Farmakokineetilistes uuringutes suurendas edoksabaani samaaegne manustamine P-gp inhibiitoritega: tsüklosporiini, dronedarooni, erütromütsiini, ketokonasooli, kinidiini või verapamiiliga edoksabaani kontsentratsioone plasmas. Edoksabaani samaaegseks kasutamiseks tsüklosporiini, dronedarooni, erütromütsiini või ketokonasooliga tuleb annust vähendada 30 mg-ni üks kord ööpäevas. Edoksabaani samaaegsel kasutamisel kinidiini, verapamiili või amiodarooniga ei ole kliiniliste andmete põhjal annuse vähendamine vajalik (vt lõik 4.2).

Edoksabaani kasutamist koos teiste P-gp inhibiitoritega, sealhulgas HIV proteaasi inhibiitoritega, ei ole uuritud.

Samaaegsel kasutamisel järgmiste P-gp inhibiitoritega tuleb Lixianat manustada 30 mg üks kord ööpäevas:

- *Tsüklosporiin:* 500 mg tsüklosporiini ühekordse annuse samaaegsel manustamisel 60 mg edoksabaani ühekordse annusega suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 73% ja 74%.
- *Dronedaroon:* 400 mg dronedarooni samaaegsel manustamisel kaks korda ööpäevas 7 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 85% ja 46%.
- *Eritromütsiin:* 500 mg erütromütsiini samaaegsel manustamisel neli korda ööpäevas 8 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 7. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 85% ja 68%.
- *Ketokonasool:* 400 mg ketokonasooli samaaegsel manustamisel üks kord ööpäevas 7 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 4. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} vastavalt 87% ja 89%.

Samaaegsel kasutamisel järgmiste P-gp inhibiitoritega on soovitatav Lixianat manustada 60 mg üks kord ööpäevas:

- *Kinidiin*: 300 mg kinidiini samaaegsel manustamisel 1. ja 4. päeval üks kord ööpäevas ja 2. ja 3. päeval kolm korda ööpäevas 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 3. päeval suurenesid vastavalt edoksabaani AUC 24 tunni jooksul 77% ja C_{max} 85%.
- *Verapamiil*: 240 mg verapamiili samaaegsel manustamisel üks kord ööpäevas 11 päeva jooksul 60 mg edoksabaani ühekordse annusega 10. päeval suurenesid edoksabaani AUC ja C_{max} ligikaudu 53%.
- *Amiodaroon*: 400 mg amiodarooni üks kord ööpäevas samaaegne manustamine 60 mg edoksabaaniga üks kord ööpäevas suurendas AUC-d 40% ja C_{max} -i 66%. Seda kliiniliselt oluliseks ei loetud. Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 olid uuringus osalejate ohutuse ja efektiivsuse alased tulemused amiodarooni samaaegse kasutamisega ja ilma sarnased.

P-gp indutseerijad

Edoksabaani manustamine koos P-gp indutseerija rifampitsiiniga põhjustas edoksabaani keskmise AUC vähenemist ja lühendas poolväärtusaega paralleelselt farmakodünaamiliste toimete võimaliku vähenemisega. Edoksabaani samaaegne kasutamine teiste P-gp indutseerijatega (nt fenütoin, karbamasepiin, fenobarbitaal või harilik naistepuna) võib samuti põhjustada edoksabaani plasmakontsentratsiooni vähenemist. Edoksabaani kasutamisel samaaegselt P-gp indutseerijatega tuleb olla ettevaatlik.

P-gp substraadid

Digoksiin: 60 mg edoksabaani manustamine üks kord ööpäevas 1. kuni 14. päeval samaaegselt 0,25 mg digoksiini korduvate ööpäevaste annustega kaks korda ööpäevas (8. ja 9. päeval) ja 0,25 mg üks kord ööpäevas (10. kuni 14. päeval) suurendas edoksabaani C_{max} -i 17%, kuid püsikontsentratsioonil AUC-le ega neerukliirensile mõju ei avaldanud. Edoksabaani mõju uurimisel digoksiini farmakokineetikale leiti, et digoksiini C_{max} suurenes ligikaudu 28% ja AUC 7%. Seda kliiniliselt asjakohaseks ei loetud. Lixiana manustamisel koos digoksiiniga ei ole annuse muutmine vajalik.

Antikoagulandid, trombotsüütide vastased ained ja MSPVA-d

Antikoagulandid: edoksabaani samaaegne manustamine teiste hüübimisvastaste ainetelega on vastunäidustatud veritsemisriski suurenemise tõttu (vt lõik 4.3).

Atsetüülsalitsüülhape: atsetüülsalitsüülhappe (100 mg või 325 mg) samaaegne manustamine edoksabaaniga pikendas veritsemisaega võrreldes kummagi ravimi eraldi kasutamisega. Suures annuses atsetüülsalitsüülhappe (325 mg) samaaegne manustamine suurendas edoksabaani C_{max} -i ja AUC-d püsikontsentratsioonil vastavalt 35% ja 32%. Suures annuses atsetüülsalitsüülhappe (325 mg) korduv kasutamine samaaegselt edoksabaaniga ei ole soovitatav. Atsetüülsalitsüülhappe manustamine suuremates annustes kui 100 mg võib toimuda ainult meditsiinilise järelevalve all.

Kliinilistes uuringutes oli atsetüülsalitsüülhappe (väheses annuses ≤ 100 mg ööpäevas), teiste trombotsüütidevastaste ainete ja tienopüridiinide samaaegne kasutamine lubatud ja suurendas suuremaid verejookse ligikaudu 2-kordselt võrreldes nende mittesamaaegse kasutamisega, kuigi edoksabaani ja varfariini rühmas sarnasel määral (vt lõik 4.4). Väheses annuses atsetüülsalitsüülhappe (≤ 100 mg) samaaegne kasutamine edoksabaani maksimaalset ega üldist kontsentratsiooni pärast ühekordset annust ega püsikontsentratsioonil ei mõjutanud.

Edoksabaani võib manustada koos väheses annuses atsetüülsalitsüülhappega (≤ 100 mg päevas).

Trombotsüütide inhibiitorid: uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 oli tienopüridiinide (nt klopido greeli) monoravi samaaegne kasutamine lubatud ja suurendas kliiniliselt asjakohast veritsemist, kuigi edoksabaani kasutamisel väiksema veritsemisriskiga võrreldes varfariiniga (vt lõik 4.4).

Edoksabaani kasutamiseks koos kahe trombotsüütidevastase ravimiga või fibrinolüütiliste ainetega on väga vähe kogemusi.

MSPVA-d: naprokseeni samaaegne manustamine edoksabaaniga pikendas veritsemisaega võrreldes kummagi ravimi eraldi kasutamisega. Naprokseen edoksabaani C_{\max} -i ja AUC-d ei mõjutanud. Kliinilistes uuringutes suurendas MSPVA-de samaaegne kasutamine kliiniliselt asjakohast veritsemist. MSPVA-de korduv samaaegne kasutamine edoksabaaniga ei ole soovitatav.

Edoksabaani toime teistele ravimitele

Edoksabaan suurendas samaaegselt manustatava digoksiini C_{\max} -i 28%; AUC-d see aga ei mõjutanud. Edoksabaan kinidiini C_{\max} -i ja AUC-d ei mõjutanud.

Edoksabaan vähendas samaaegselt manustatava verapamiili C_{\max} -i ja AUC-d vastavalt 14% ja 16%.

4.6 Fertiilsus, rasedus ja imetamine

Fertiilses eas naised

Fertiilses eas naised peavad ravi ajal edoksabaaniga rasestumist vältima.

Rasedus

Edoksabaani ohutus ja efektiivsus rasedatel ei ole tõestatud. Loomkatsed on näidanud kahjulikku toimet reproduktiivsusele (vt lõik 5.3). Edoksabaani võimaliku reproduktiivtoksilisuse, sellele omase veritsemisriski ja tõestatult platsenta läbimise tõttu on Lixiana kasutamine raseduse ajal vastunäidustatud (vt lõik 4.3).

Imetamine

Edoksabaani ohutus ja efektiivsus imetamise ajal ei ole tõestatud. Loomkatsete andmete kohaselt imendub edoksabaan rinnapiima. Seetõttu on Lixiana vastunäidustatud rinnaga toitmise ajal (vt lõik 4.3). Tuleb otsustada, kas katkestada rinnaga toitmine või katkestada/vältida ravi.

Fertiilsus

Toime hindamiseks inimeste fertiilsusele ei ole edoksabaaniga spetsiaalselt uuringuid läbi viidud. Uuringus toimeid isaste ja emaste rottide fertiilsusele ei täheldatud (vt lõik 5.3).

4.7 Toime reaktsioonikiirusele

Lixianal ei ole või on ebaoluline toime autojuhtimise ja masinate käsitlemise võimele.

4.8 Kõrvaltoimed

Ohutusprofili kokkuvõte

Edoksabaani ohutust ja efektiivsust hinnati kahes III faasi uuringus, sealhulgas 21 105 mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia patsiendil (uuring ENGAGE AF-TIMI 48) ja 8292 VTE-ga (SVT ja KATE) patsiendil (uuring Hokusai-VTE).

Edoksabaani 60 mg (sealhulgas vähendatud annust 30 mg) kasutasid uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 osalenud 7012 patsienti keskmiselt 2,5 aastat ja uuringus Hokusai-VTE osalenud 4118 patsienti 251 päeva. Kõrvaltoimeid tekkis uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 kokku 2256 (32,2%) patsiendil, keda raviti edoksabaani 60 mg-ga (vähendatud annusega 30 mg), ja uuringus Hokusai-VTE kokku 1249 (30,3%) patsiendil.

Mõlemas uuringus olid kõige sagedamad veritsemisega seotud kõrvaltoimed seoses 60 mg edoksabaani kasutamisega eelistatud terminite põhjal naha pehmete kudede veritsemine (kuni 5,9%) ja ninaverejooks (kuni 4,7%) ning ainult uuringus Hokusai-VTE oli kõige sagedam veritsemisega seotud kõrvaltoime tupeverejooks (9,0%).

Veritsemine võib tekkida mis tahes kohal ning olla raske või isegi surmaga lõppeda (vt lõik 4.4).

Edoksabaani muud sagedad kõrvaltoimed olid aneemia, lööve ja maksafunktsiooni analüüside kõrvalekalded.

Kõrvaltoimete tabel

Tabelis 3 on esitatud loetelu kahes keskses III faasi uuringus VTE-ga (SVT ja KATE) (uuring Hokusai-VTE) ja kodade virvendusarütmia (uuring ENGAGE AF-TIMI 48) patsientidel mõlema näidustuse puhul kokku esinenud kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimed on organsüsteemi klassi ja esinemissageduse järgi liigitatud järgmiselt: väga sage ($\geq 1/10$), sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$), aeg-ajalt ($\geq 1/1000$ kuni $< 1/100$), harv ($\geq 1/10\ 000$ kuni $< 1/1000$), väga harv ($< 1/10\ 000$), teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel).

Tabel 3. Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia ja VTE korral esinenud kõrvaltoimete loetelu

Organsüsteemi klass	Sagedus
Vere ja lümfisüsteemi häired	
Aneemia	Sage
Immuunsüsteemi häired	
Ülitundlikkus	Aeg-ajalt
Anafülaktiline reaktsioon	Harv
Allergiline turse	Harv
Närvisüsteemi häired	
Pearinglus	Sage
Peavalu	Sage
Koljusisene verejooks	Aeg-ajalt
Subarahnoidaalne verejooks	Harv
Silma kahjustused	
Silma side- ja kõvakesta verejooks	Aeg-ajalt
Silmasisene verejooks	Aeg-ajalt
Südame häired	
Perikardiaalne verejooks	Harv
Vaskulaarsed häired	
Muu verejooks	Aeg-ajalt
Respiratoorsed, rindkere ja mediastiinumi häired	
Ninaverejooks	Sage
Hemoptüüs	Aeg-ajalt
Seedetrakti häired	
Kõhuvalu	Sage
Seedetrakti alaosa verejooks	Sage
Seedetrakti ülaosa verejooks	Sage
Suu/kõri verejooks	Sage
Iiveldus	Sage
Retroperitoneaalne verejooks	Harv
Maksa- ja sapiteede häired	
Vere bilirubiinitaseme tõus	Sage
Gammaglutamüültransferaasi taseme tõus	Sage

Organsüsteemi klass	Sagedus
Vere alkaalse fosfataasi taseme tõus	Aeg-ajalt
Transaminaaside aktiivsuse tõus	Aeg-ajalt
Aspartaadi aminotransferaasi taseme tõus	Aeg-ajalt
Naha ja nahaaluskoe kahjustused	
Naha pehmete kudede veritsemine	Sage
Lööve	Sage
Kihelus	Sage
Nõgestõbi	Aeg-ajalt
Lihaskoe ja sidekoe kahjustused	
Intramuskulaarne verejooks (kompartmenti sündroomita)	Harv
Liigesesisene verejooks	Harv
Neerude ja kuseteede häired	
Makroskoopiline hematuria / ureetra verejooks	Sage
Reproduktiivse süsteemi ja rinnanäärme häired	
Tupeverejooks ¹	Sage
Üldised häired ja manustamiskoha reaktsioonid	
Verejooks punktsioonikohal	Sage
Uuringud	
Maksafunktsiooni analüüside kõrvalekalded	Sage
Vigastus, mürgistus ja protseduuri tüsistused	
Verejooks operatsioonikohal	Aeg-ajalt
Subduraalne verejooks	Harv
Protseduuriga seotud verejooks	Harv

¹ Esinemissagedused põhinevad naiste populatsiooni kliinilistel uuringutel. Tupeverejookse esines sageli alla 50 aasta vanustel naistel, kuid üle 50 aasta vanustel naistel esines neid aeg-ajalt.

Valitud kõrvaltoimete kirjeldus

Farmakoloogilise toimemehhanismi tõttu võib Lixiana kasutamist seostada varjatud või nähtava ükskõik millises koostisainetes või elundist tekkiva verejooksu riski suurenemisega, mis võib viia posthemorraagilise aneemia tekkeni. Tunnused, sümptomid ja raskusaste (sealhulgas surmaga lõppev) on erinevad ja sõltuvad verejooksu asukohast ja verejooksu ja/või aneemia määrast või ulatusest (vt lõik 4.9 „Verejooksu kontrollimine“). Kliinilistes uuringutes esines pikaajalisel ravil edoksabaaniga sagedamini limaskestast verejookse (nt nina-, seedetrakti-, sugu-kuseteede verejooksu) ja aneemiat võrrelduna VKA-raviga. Seega lisaks piisavale kliinilisele jälgimisele võib varjatud verejooksu kindlakstegemisel olla kasu ka hemoglobiini/hematokriti laboratoorsel määramisel, kui see on asjakohane. Veritsemisoht võib olla suurem teatavates patsiendirühmades, nt ravimata raske arteriaalse hüpertensiooniga ja/või samaaegselt hemostaasi mõjutavat ravi saavatel patsientidel (vt „Veritsemisoht“, lõik 4.4). Menstruaalverejooks võib olla tugevam ja/või pikemaajalisem. Hemorraagilised tüsistused võivad avalduda nõrkuse, kahvatuse, pearingluse, peavalu või seletamatu paistetuse, düspnoena ja teadmata põhjusega šokina. Lixiana kasutamisel on teada antud tõsisest verejooksust tingitud tüsistustest, nt kompartment-sündroom ja hüperperfusioonist põhjustatud neerupuudulikkus. Seetõttu tuleb kõikide antikoagulantide saavate patsientide seisundi hindamisel arvestada hemorraagia võimalusega.

Võimalikest kõrvaltoimetest teavitamine

Ravimi võimalikest kõrvaltoimetest on oluline teavitada ka pärast ravimi müügiloa väljastamist. See võimaldab jätkuvalt hinnata ravimi kasu/riski suhet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest riikliku teavitamissüsteemi, mis on loetletud [V lisas](#), kaudu.

4.9 Üleannustamine

Edoksabaani üleannustamine võib põhjustada verejooksu. Üleannustamisjuhtudega on väga vähe kogemusi.

Edoksabaani farmakodünaamilisele toimele antagonistliku toimega spetsiaalne antidoot puudub.

Edoksabaani üleannustamise korral võib imendumise vähendamiseks kaaluda varakult aktiivsöe kasutamist. See soovitus põhineb ravimite üleannustamise tavaravil ja kättesaadavatel andmetel sarnaste ühendite kohta, sest edoksabaani kliinilises programmis ei ole aktiivsöe kasutamist edoksabaani imendumise vähendamiseks spetsiaalselt uuritud.

Verejooksu kontrollimine

Kui edoksabaani saaval patsiendil tekib veritsustüsistus, tuleb edoksabaani järgmise annuse võtmine edasi lükata või ravi katkestada, nagu sobivam on. Edoksabaani poolväärtusaeg on ligikaudu 10...14 tundi (vt lõik 5.2). Verejooksu kontrolli alla saamine tuleb korraldada individuaalselt vastavalt hemorraagia raskusastmele ja asukohale. Vajadusel võib kasutada asjakohast sümptomaatilist ravi, nt mehaanilist kompressiooni (nt tugeva epistaksise korral), kirurgilist hemostaasi koos verejooksu kontrollimise protseduuridega, vedelikuasendust ja hemodünaamilist toetusravi, veretoodete (erütrotsüütide preparaadid või värskelt külmutatud plasma, sõltuvalt kaasnevast aneemiast või koagulopaatias) või trombotsüütide ülekannet.

Kui selliste meetmetega nagu vereülekanne või hemostaas ei õnnestu eluohtlikku verejooksu peatada, on 4 faktoriga protrombiinikompleksi kontsentradi manustamisega 50 RÜ/kg Lixiana toimeid tagasi pööratud 30 minuti jooksul pärast infusiooni lõppu.

Võib kaaluda ka rekombinantse VIIa faktori (r-FVIIa) manustamise jätkamist. Kuid selle toote kasutamise kliinilised kogemused edoksabaani saavatel patsientidel on piiratud.

Suurte verejooksude korral tuleb võimalusel (spetsialisti olemasolu korral) kaaluda konsulteerimist koagulatsioonialase eksperdiga.

Protamiinsulfaat ja K-vitamiin ei mõjuta eeldatavasti edoksabaani antikoagulantset toimet.

Antifibrinolüütiliste ainete (traneksaanhape, aminokapronhape) kasutamise kogemus edoksabaani saavatel patsientidel puudub. Puudub teaduslik põhjendus süsteemsete hemostaatikumide (desmopressiin, aprotiniin) kasu kohta ja kogemus nende kasutamisest edoksabaani saavatel inimestel. Tõenäoliselt ei ole edoksabaan dialüüsitav, kuna ta seondub ulatuslikult plasmavalkudega.

5. FARMAKOLOOGILISED OMADUSED

5.1 Farmakodünaamilised omadused

Farmakoterapeutiline rühm: teised tromboosivastased ained, ATC-kood: B01AF03

Toimemehhanism

Edoksabaan on hüübimiskaskaadi lõplikul ühisel teel asuva seriini proteaasi Xa faktori väga selektiivne otsene ja pöörduv inhibiitor. Edoksabaan inhibeerib vaba Xa faktori ja protrombinaasi aktiivsust. Xa faktori inhibeerimine hüübimiskaskaadis vähendab trombiini genereerimist, pikendab hüübimisaega ja vähendab trombide moodustumise riski.

Farmakodünaamilised toimed

Edoksabaani farmakodünaamilised toimed tekivad kiiresti, 1–2 tunni jooksul, mis vastab edoksabaani maksimaalsele kontsentratsioonile (C_{max}). Anti-Xa faktori analüüsiga mõõdetud farmakodünaamilised toimed on prognoositavad ja kooskõlas edoksabaani annuse ja kontsentratsiooniga. FXa inhibeerimise tulemusena pikendab edoksabaan ka hüübimisaega näiteks protrombiiniaja (PT) ja aktiveeritud osalise tromboplastiiniaja (aPTT) analüüsides. Nende hüübimisanalüüside muutused eeldatava raviannusega on siiski väikesed, suuresti varieeruvad ning ei ole kasulikud edoksabaani hüübimisvastase toime jälgimisel.

Hüübimismarkerite toimed üleminekul rivaroksabaanilt, dabigatraanilt või apiksabaanilt edoksabaanile

Kliinilise farmakoloogia uuringutes manustati tervetele uuringus osalejatele 20 mg rivaroksabaani üks kord ööpäevas, 150 mg dabigatraani kaks korda ööpäevas või 5 mg apiksabaani kaks korda ööpäevas ning seejärel ühekordse annusena 60 mg edoksabaani 4. päeval. Mõõdeti toimet protrombiiniajale (PT) ja muudele hüübimise biomarkeritele (nt anti-FXa, aPTT). Pärast üleminekut edoksabaanile 4. päeval oli PT samal tasemel rivaroksabaani ja apiksabaani kasutamisega 3. päeval. Dabigatraani puhul täheldati aPTT suuremat aktiivsust pärast edoksabaani manustamist dabigatraanravi järel võrreldes tasemega pärast ainult edoksabaani kasutamist. Selle põhjuseks loetakse dabigatraanravi ülekanduvat toimet, kuid see ei pikendanud veritsemisaega.

Nende andmete põhjal võib neilt antikoagulantidelt edoksabaani kasutamisele üleminekul alustada edoksabaani esimese annusega eelmise antikoagulandi annuse ettenähtud ajal (vt lõik 4.2).

Kliiniline efektiivsus ja ohutus

Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine

Edoksabaani kliiniline programm kodade virvendusarütmia raviks koostati edoksabaani kahe annuserühma efektiivsuse ja ohutuse tõestamiseks võrreldes varfariiniga insuldi ja süsteemse emboolia ennetamiseks mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringus osalejatel, kellel oli mõõdukas kuni kõrge insuldi ja süsteemsete emboolianähtude tekkimise risk.

Keskmes uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 (sündmusjuhitav III faasi mitmekeskuseline, randomiseeritud, topeltpime, topelt-imateeritud paralleelrühmadega uuring) randomiseeriti 21 105 uuringus osalejat, kelle keskmine CHADS₂ skoor oli 2,8, rühmadesse, kellele manustati kas 30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas või 60 mg edoksabaani üks kord ööpäevas või varfariini. Mõlemas edoksabaani ravirühmas vähendati uuringus osalejate annust poole võrra ühe või mitme järgmise kliinilise teguri korral: mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min), vähene kehamass (≤ 60 kg) või teatavate P-gp inhibiitorite (verapamiil, kinidiin, dronedaroon) samaaegne kasutamine.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli insuldi ja süsteemsete emboolianähtude liittulemusnäitaja. Teised efektiivsuse tulemusnäitajad olid: insuldist, süsteemisest embooliast ja südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud suremuse liittulemusnäitaja; oluline südame-veresoonkonnaga seotud kõrvaltoime, mis on surmaga mittelõppenud müokardiinfarkti, surmaga mittelõppenud insuldi, surmaga mittelõppenud süsteemse emboolia ja südame-veresoonkonnaga seotud või verejooksust põhjustatud surma liittulemusnäitaja; insuldist, süsteemisest embooliast põhjustatud ja kõikidel põhjustel suremuse liittulemusnäitaja.

Edoksabaani 60 mg ja 30 mg ravirühmades oli uuringuravimi kasutamise mediaanne kestus 2,5 aastat. Edoksabaani 60 mg ja 30 mg ravirühmades oli uuringu järelkontrolli mediaanne kestus 2,8 aastat. Mediaanne kestus uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuses oli 60 mg ja 30 mg ravirühmas vastavalt 15 471 ja 15 840; ja järelkontrolli kestus uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuses oli 60 mg ja 30 mg ravirühmas vastavalt 19 191 ja 19 216.

Varfariini rühmas oli mediaanne aeg terapeutilises vahemikus (INR 2,0 kuni 3,0) 68,4%.

Efektiivsuse põhianalüüsi eesmärk oli näidata edoksabaani mittehalvemust varfariiniga võrreldes muudetud ravikavatsuslikus populatsioonis ravi ajal või 3 päeva jooksul pärast viimase annuse võtmist

tekkinud esimese insuldi või süsteemse emboolia korral. 60 mg edoksabaani ei olnud insuldi või süsteemse embooliaga seotud efektiivsuse esmase tulemusnäitaja osas varfariinist halvem (riskisuhte 97,5% usaldusvahemiku ülempiir oli allpool eelnevalt kehtestatud mittehalvemuse varu 1,38) (tabel 4).

Tabel 4. Insuldi ja süsteemse emboolia juhtumid uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 (muudetud ravikavatsuslik populatsioon, ravi ajal)

Esmane tulemusnäitaja	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annus 30 mg) (N = 7012)	Varfariin (N = 7012)
Esimene insult / süsteemne emboolia^a		
n	182	232
Nähu sagedus (% aastas) ^b	1,18	1,50
Riskisuhe (97,5% usaldusvahemik)	0,79 (0,63, 0,99)	
Mittehalvemuse p-väärtus ^c	< 0,0001	
Esimene isheemiline insult		
n	135	144
Nähu sagedus (% aastas) ^b	0,87	0,93
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,94 (0,75, 1,19)	
Esimene hemorraagiline insult		
n	40	76
Nähu sagedus (% aastas) ^b	0,26	0,49
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,53 (0,36, 0,78)	
Esimene süsteemne emboolia		
n (% aastas) ^a	8 (0,05)	13 (0,08)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,62 (0,26, 1,50)	

Lühendid: n = nähtude arv, N = uuringus osalejate arv ravikavatsuslikus populatsioonis.

^a Uuringus osaleja võib sisalduda mitmel real.

^b Nähu sagedus (% aastas) on arvatud nähtude arvuna uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuse kohta.

^c Kahepoolne p-väärtus põhineb mittehalvemuse varul 1,38.

Kogu uuringuperioodil tekkis ravikavatsuslikus populatsioonis (paremust näitav analüüsikogum) kinnitust leidnud insult või süsteemne emboolia 60 mg edoksabaani ravirühmas 296 uuringus osalejal (1,57% aastas) ja varfariini rühmas 337 uuringus osalejal (1,80% aastas). Varfariiniga ravitud uuringus osalejatega võrreldes oli 60 mg edoksabaani ravirühmas riskisuhe 0,87 (99% usaldusvahemik: 0,71, 1,07, p < 0,08 paremus suhtes).

Alarühmade analüüsides oli uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 60 mg ravirühma kuuluvatel uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni (kehamass ≤ 60 kg, mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus või P-gp inhibiitorite samaaegne kasutamine), nähtude esinemissagedus: esmase tulemusnäitaja puhul 2,29% aastas võrreldes nähtude esinemissagedusega 2,66% aastas varfariini rühma vastavatel uuringus osalejatel [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,86 (0,66, 1,13)].

Eelnevalt määratletud põhilistes alarühmades (vajaduse korral annuse vähendamisega), sealhulgas vanuse, kehamassi, soo, neerufunktsiooni seisundi, varem esinenud insuldi või transitoorse isheemilise ataki, diabeedi ja P-gp inhibiitorite järgi saadud efektiivsusega seotud tulemused olid üldiselt kooskõlas uuringus uuritud üldisel populatsioonil esmase efektiivsuse osas saavutatud tulemustega.

Uuringukeskustes, kus varfariini INR oli sihtvahemikus (INR TTR) keskmiselt lühemat aega, oli esmase tulemusnäitaja riskisuhe (60 mg edoksabaan vs varfariin) 0,73-0,80 kolmes madalaimas kvartiilis (INR TTR ≤ 57,7% kuni ≤ 73,9%). Uuringukeskustes, kus varfariinravi andis kõige paremaid tulemusi, oli see 1,07 (4. kvartiil, kus > 73,9% INR väärtustest olid terapeutilises vahemikus).

Edoksabaani ja varfariini vahel tekkisid statistiliselt olulised koostoimed uuringu põhitulemusele (insult / süsteemne emboolia) ja neerufunktsioonile (p-väärtus 0,0042; mITT, kogu uuringuperiood).

Tabelis 5 on näidatud isheemiliste insultide / süsteemse emboolia esinemissagedus kreatiniini kliirensi kategooriate järgi mitteväljavoolava kodade virvendusega patsientidel uuringus ENGAGE AF-TIMI 48. Mõlemas ravirühmas kreatiniini kliirensi suurenedes nende nähtude esinemissagedus vähenes.

Tabel 5. Isheemiliste insultide / süsteemse emboolia juhtude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ravikavatsuslikus analüüsikogumis kogu uuringuperioodil

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	63	1,89	1305	67	2,05	0,93 (0,66, 1,31)
> 50 kuni ≤ 70	2093	85	1,51	2106	95	1,70	0,88 (0,66, 1,18)
> 70 kuni ≤ 90	1661	45	0,99	1703	50	1,08	0,92 (0,61, 1,37)
> 90 kuni ≤ 110	927	27	1,08	960	26	0,98	1,10 (0,64, 1,89)
> 110 kuni ≤ 130	497	14	1,01	469	10	0,78	1,27 (0,57, 2,85)
> 130	462	10	0,78	418	3	0,25	--*

Lühendid: N = uuringus osalejate arv ravikavatsuslikus populatsioonis kogu uuringuperioodil; n = patsientide arv alarühmas

*Riskisuhet ei arvatud, kui juhtude arv ühes ravirühmas oli < 5.

Neerufunktsiooni alarühmades olid tulemused teiseste efektiivsuse tulemusnäitajate osas kooskõlas tulemustega esmase tulemusnäitaja osas.

Paremust analüüsiti ravikavatsuslikul populatsioonil üldisel uuringuperioodil.

Edoksabaani 60 mg ravirühmas esines insulti ja süsteemset embooliat vähemal uuringus osalejatel kui varfariini rühmas (vastavalt 1,57% ja 1,80% aastas) riskisuhetega 0,87 (99% usaldusvahemik: 0,71, 1,07, p = 0,0807 paremus suhtes).

Eelnevalt määratletud liittulemusnäitajad edoksabaani 60 mg ravirühma võrdlemiseks varfariini kasutamise: insuldist, süsteemsest embooliast ja südame-veresoonkonna haigustest põhjustatud suremuse riskisuhe (99% usaldusvahemik) oli 0,87 (0,76, 0,99), olulise südame-veresoonkonnaga seotud kõrvaltoime puhul 0,89 (0,78, 1,00) ning insuldist, süsteemsest embooliast põhjustatud ja kõikidel põhjustel suremuse puhul 0,90 (0,80, 1,01).

Tulemused kõikidel põhjustel suremuse osas (lahendatud surmajuhtumid) uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 olid 769 (3,99% aastas) 60 mg edoksabaani võtnud uuringus osalejatel (vähendatud annusega 30 mg) võrreldes 836-ga (4,35% aastas) varfariini puhul [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,91 (0,83, 1,01)].

Suremus kõikidel põhjustel (hinnatud surmajuhtumid) neerufunktsiooni alarühmade järgi (edoksabaan vs varfariin): kreatiniini kliirens 30 kuni ≤ 50 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,81 (0,68, 0,97)]; kreatiniini kliirens > 50 kuni < 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,87 (0,75, 1,02)]; kreatiniini kliirens ≥ 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 1,15 (0,95, 1,40)].

60 mg edoksabaani (vähendatud annusega 30 mg) kasutamisel oli südame-veresoonkonna haigustesse suremuse esinemissagedus väiksem kui varfariini kasutamisel [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,86 (0,77, 0,97)].

Hinnatud efektiivsuse andmed suremuse osas südame-veresoonkonna haiguste tagajärjel neerufunktsiooni alarühmade järgi (edoksabaan vs varfariin): kreatiniini kliirens 30 kuni ≤ 50 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,80 (0,65, 0,99)]; kreatiniini kliirens > 50 kuni < 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,75 (0,62, 0,90)]; kreatiniini kliirens ≥ 80 ml/min [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 1,16 (0,92, 1,46)].

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmiaiga patsientide ohutus uuringus ENGAGE AF-TIMI 48

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli suur verejooks.

Edoksabaani 60 mg ravirühmas vähenes risk oluliselt võrreldes varfariini rühmaga suurema verejooksu (vastavalt 2,75% ja 3,43% aastas) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,80 (0,71, 0,91); $p = 0,0009$], koljusisese verejooksu (vastavalt 0,39% ja 0,85% aastas) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,47 (0,34, 0,63); $p < 0,0001$] ja muud tüüpi verejooksude osas (tabel 6).

Ka surmaga lõppenud verejooksude vähenemine oli edoksabaani 60 mg ravirühmas oluline võrreldes varfariini rühmaga (0,21% ja 0,38%) [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,55 (0,36, 0,84); $p = 0,0059$ paremuse suhtes], eelkõige surmaga lõppevate koljusiseste verejooksude vähenemise osas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,58 (0,35, 0,95); $p = 0,0312$].

Tabel 6. Veritsemisnähtud uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 – raviage se ohutuse analüüs

	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 7012)	Varfariin (N = 7012)
Suurem verejooks		
n	418	524
Nähu sagedus (% aastas) ^a	2,75	3,43
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,80 (0,71, 0,91)	
p-väärtus	0,0009	
Koljusisene verejooks^b		
n	61	132
Nähu sagedus (% aastas) ^a	0,39	0,85
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,47 (0,34, 0,63)	
Surmaga lõppenud verejooks		
n	32	59
Nähu sagedus (% aastas) ^a	0,21	0,38
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,55 (0,36, 0,84)	
Kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks		
n	1214	1396
Nähu sagedus (% aastas) ^a	8,67	10,15
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,86 (0,80, 0,93)	
Igasugune kinnitust leidnud verejooks^c		
n	1865	2114
Nähu sagedus (% aastas) ^a	14,15	16,40
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,87 (0,82, 0,92)	

Lühendid: n = nähtudega uuringus osalejate arv, N = uuringus osalejate arv ohutusalasest populatsioonis.

- ^a Nähu sagedus (% aastas) on arvatud nähtude arvuna uuringus osalejate kasutamisaastate arvestuse kohta.
- ^b Koljusisene verejooks hõlmab eelkõige hemorraagilist insulti, subarahnoidaalset verejooksu, epi-/subduraalset verejooksu ja isheemilist insulti olulise hemorraagilise transformatsiooniga. Hõlmab kõiki koljusiseseid verejookse, mis on osalejate andmekaartidel esitatud kinnitust leidnud lahendatud aju veresoonekonna ja mittekoljusisesed verejooksud.
- ^c Kinnitust leidnud verejooksud hõlmavad lahendaja poolt kliiniliselt avaldunudena määratletud verejookse.

Märkus: uuringus osaleja võib kuuluda mitmesse alamkategoriasse, kui tal on esinenud nende kategooriate nähtud. Analüüsis võetakse arvesse iga kategooria esimest nähtu.

Tabelites 7, 8 ja 9 on esitatud vastavalt suurte, surmaga lõppenud ja intrakraniaalsete verejooksude esinemissagedus mittevalvulaarse kodade virvendusarütmiaaga patsientidel uuringus ENGAGE AF-TIMI 48. Mõlemas ravirühmas kreatiniini kliirensi suurenedes esinemissagedus vähenes.

Tabel 7. Suurte verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	96	3,91	1305	128	5,23	0,75 (0,58, 0,98)
> 50 kuni ≤ 70	2093	148	3,31	2106	171	3,77	0,88 (0,71, 1,10)
> 70 kuni ≤ 90	1661	108	2,88	1703	119	3,08	0,93 (0,72, 1,21)
> 90 kuni ≤ 110	927	29	1,33	960	56	2,48	0,54 (0,34, 0,84)
> 110 kuni ≤ 130	497	20	1,70	469	24	2,14	0,79 (0,44, 1,42)
> 130	462	13	1,18	418	21	2,08	0,58 (0,29, 1,15)

Tabel 8. Surmaga lõppenud verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	9	0,36	1305	18	0,72	0,51 (0,23, 1,14)
> 50 kuni ≤ 70	2093	8	0,18	2106	23	0,50	0,35 (0,16, 0,79)
> 70 kuni ≤ 90	1661	10	0,26	1703	9	0,23	1,14 (0,46, 2,82)
> 90 kuni ≤ 110	927	2	0,09	960	3	0,13	--*
> 110 kuni ≤ 130	497	1	0,08	469	5	0,44	--*
> 130	462	2	0,18	418	0	0,00	--*

Tabel 9. Intrakraniaalsete verejooksude arv kreatiniini kliirensi kategooriate järgi uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 ohutusanalüüsis ravi ajal^a

Kreatiniini kliirensi alarühm (ml/min)	Edoksabaan 60 mg (N = 7012)			Varfariin (N = 7012)			Riskisuhe (95% usaldusvahemik)
	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	n	Juhtude arv	Juhtude esinemis sagedus (% aastas)	
≥ 30 kuni ≤ 50	1302	16	0,64	1305	35	1,40	0,45 (0,25, 0,81)
> 50 kuni ≤ 70	2093	19	0,42	2106	51	1,10	0,38 (0,22, 0,64)
> 70 kuni ≤ 90	1661	17	0,44	1703	35	0,89	0,50 (0,28, 0,89)
> 90 kuni ≤ 110	927	5	0,23	960	6	0,26	0,87 (0,27, 2,86)
> 110 kuni ≤ 130	497	2	0,17	469	3	0,26	--*
> 130	462	1	0,09	418	1	0,10	--*

Lühendid: N = uuringus osalejate arv muudetud ravikavatsuslikus populatsioonis kogu uuringuperioodil, n = patsientide arv alarühmas

*Riskisuhet ei arvatud, kui juhtude arv ühes ravirühmas oli < 5.

^a Ravi ajal: aeg uuringuravimi esimesest annusest viimase annuseni, pluss 3 päeva.

Alarühmade analüüsidest tekkis uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 60 mg ravirühma kuuluvatel uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni kehamassi ≤ 60 kg, mõõduka neerufunktsiooni kahjustuse või P-gp inhibiitorite samaaegse kasutamise tõttu, suurem verejooks 104-l (3,05% aastas) edoksabaani 30 mg vähendatud annusega uuringus osalejal ja 166-l (4,85% aastas) vähendatud varfariinannusega uuringus osalejal [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,63 (0,50, 0,81)].

Uuringus ENGAGE AF-TIMI 48 paranes puhas kliiniline tulemus (esimese insuldi, süsteemse emboolia, suurema verejooksu või kõikidel põhjustel suremuse osas: ravikavatsuslik populatsioon, uuringuperioodil kokku) oluliselt edoksabaani kasuks, riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,89 (0,83, 0,96); p = 0,0024, kui võrreldi edoksabaani 60 mg ravirühma varfariiniga.

SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine

Edoksabaani kliiniline programm VTE raviks koostati edoksabaani efektiivsuse ja ohutuse tõestamiseks SVT ja KATE raviks ning korduva SVT ja KATE ennetamiseks.

Kesktes uuringus Hokusai-VTE randomiseeriti 8292 uuringus osalejat esmase hepariini saamiseks (enoksapariin või fraktsioneerimata hepariin), millele järgnes ravi edoksabaani 60 mg-ga üks kord ööpäevas või võrdlusravimiga. Võrdlusravimi rühmas said uuringus osalejad esmast hepariini ravi samaaegselt varfariiniga, mis oli tiitritud siht-INR-ini 2,0 kuni 3,0 ja millele järgnes ravi ainult varfariiniga. Ravi kestus oli 3 kuust 12 kuuni olenevalt uurija otsusest patsiendi kliinilise seisundi näitajaid arvestades.

Enamik edoksabaaniga ravitud patsientidest olid euroopiidsest rassist (69,6%) ja asiaadid (21,0%), 3,8% olid mustanahalised ja 5,3% muudest rassidest.

Ravi kestus oli vähemalt 3 kuud 3718 (91,6%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 3727 (91,4%) uuringus osalejaga varfariini rühmas; vähemalt 6 kuud 3495 (86,1%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 3491 (85,6%) uuringus osalejaga varfariini rühmas ja 12 kuud 1643 (40,5%) edoksabaani rühma uuringus osalejal võrreldes 1659 (40,4%) uuringus osalejaga varfariini rühmas.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli sümptomaatilise VTE kordumine, mida määratleti korduva sümptomaatilise SVT, surmaga mittelõppenud sümptomaatilise KATE ja surmaga lõppenud KATE liittulemusnäitajana uuringus osalejatel 12-kuulisel uuringuperioodil. Teised efektiivsusega seotud tulemusnäitajad olid muu hulgas korduva VTE ja kõikidel põhjustel suremuse kliiniline liittulemusnäitaja.

30 mg edoksabaani üks kord ööpäevas kasutati ühe või mitme järgmise kliinilise teguriga uuringus osalejatel: mõõdukas neerufunktsiooni kahjustus (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min), vähene kehamass (≤ 60 kg) või teatavate P-gp inhibiitorite samaaegne kasutamine.

Uuringus Hokusai-VTE (tabel 10) tõestati edoksabaani mittehalvemust varfariinist esmase efektiivsuse tulemusnäitaja, korduva VTE osas, mida esines edoksabaani rühmas 130 uuringus osalejal 4118-st (3,2%) võrreldes 146-ga 4122 uuringus osalejast (3,5%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,89, (0,70, 1,13) $p < 0,0001$ mittehalvemuse osas]. Varfariini rühmas oli mediaanne aeg terapeutilises vahemikus (INR 2,0 kuni 3,0) 65,6%. KATE-ga (SVT-ga või ilma) uuringus osalejatest oli 47-l (2,8%) edoksabaani rühmas ja 65-l (3,9%) varfariini rühmas korduv VTE [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,73 (0,50, 1,06)].

Tabel 10. Uuringu Hokusai-VTE efektiivsusega seotud tulemused – ravikavatsuslik populatsioon, kogu uuringuperiood

Esmane tulemusnäitaja ^a	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 4118)	Varfariin (N = 4122)	Edoksabaan vs varfariin Riskisuhe (95% usaldusvahemik) ^b , p-väärtus ^c
Kõik uuringus osalejad sümptomaatilise korduva VTE-ga, ^c n (%)	130 (3,2)	146 (3,5)	0,89 (0,70, 1,13) p-väärtus < 0,0001 (mittehalvemus)
KATE SVT-ga või ilma	73 (1,8)	83 (2,0)	
Surmaga lõppenud KATE / surm, mille puhul ei saa välistada KATE-d	24 (0,6)	24 (0,6)	
Surmaga mittelõppenud KATE	49 (1,2)	59 (1,4)	
Ainult SVT	57 (1,4)	63 (1,5)	

Lühendid: N = uuringus osalejate arv uuringuplaanile vastavas populatsioonis; n = nähtude arv; SVT = süvaveenitromboos; KATE = kopsuarterite trombemboolia; VTE = veenide trombemboolia

^a Efektiivsusega seotud esmane tulemusnäitaja: sümptomaatiline korduv VTE (s.t SVT, surmaga mittelõppenud KATE ja surmaga lõppenud KATE liittulemusnäitaja).

^b Riskisuhte kahepoolne usaldusvahemik põhineb Coxi võrdeliste riskide regressioonimudelil, milles kaasmuutujad on ravi ja järgmised randomiseerimise stratifitseerimistegurid: diagnoos ravi algul (KATE koos SVT-ga või ilma, ainult SVT), ravieelsed riskitegurid (ajutised tegurid, kõik muud) ja 30 mg edoksabaani / edoksabaani platseebo annuse vajadus randomiseerimisel (jah/ei).

^c Eelnevalt kehtestatud mittehalvemuse varu p-väärtus on 1,5.

Uuringus osalejatest, kelle annust vähendati 30 mg-ni (põhiliselt vähese kehamassi või neerufunktsiooni tõttu), tekkis 15-l (2,1%) edoksabaani rühmas ja 22-l (3,1%) varfariini rühmas korduv VTE [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,69 (0,36, 1,34)].

Teisene liittulemusnäitaja, mis koosnes korduvast VTE-st ja kõikidel põhjustel suremusest, esines 138 uuringus osalejäl (3,4%) edoksabaani rühmas ja 158 uuringus osalejäl (3,9%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,87 (0,70, 1,10)].

Tulemused kõikidel põhjustel suremuse osas (lahendatud surmajuhtumid) uuringus Hokusai-VTE olid 136 (3,3%) juhtumit 60 mg edoksabaani (vähendatud 30 mg) kasutanud uuringus osalejatel võrreldes 130-ga (3,2%) varfariini puhul.

KATE-ga uuringus osalejate eelnevalt määratletud alarühma analüüsis leiti vastavalt 447 (30,6%) ja 483 (32,2%) edoksabaani ja varfariiniga ravitud uuringus osalejäl olevat KATE ja B-tüüpi natriureetilise propeptiidi N-terminaalne fragment (NT-proBNP) \geq 500 pg/ml. Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja esines vastavalt 14 (3,1%) ja 30 (6,2%) edoksabaani ja varfariini kasutanud uuringus osalejäl [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,50 (0,26, 0,94)].

Eelnevalt määratletud põhilistes alarühmades (vajaduse korral annuse vähendamise), sealhulgas vanuse, kehamassi, soo ja neerufunktsiooni seisundi järgi saadud efektiivsusega seotud tulemused olid kooskõlas uuringus uuritud üldisel populatsioonil esmase efektiivsuse osas saavutatud tulemustega.

Ohutus VTE-ga (SVT ja KATE-ga) patsientidel uuringus Hokusai-VTE

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli kliiniliselt asjakohane verejooks (suurem või kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks).

Tabelis 11 on kokkuvõtlikult esitatud ohutuse analüüsikogumis esile toodud kindlaksmääratud veritsemisjuhud ravi ajal.

Esmase ohutuse tulemusnäitaja kliiniliselt asjakohase veritsemise (suurema verejooksu või kliiniliselt asjakohase väiksema verejooksu liittulemusnäitaja) osas vähenes risk oluliselt rohkem edoksabaani kasutamisel võrreldes varfariini kasutamisega, seda esines 349 uuringus osalejäl 4118-st (8,5%) edoksabaani rühmas ja 423 uuringus osalejäl 4122-st (10,3%) varfariini rühmas [riskisuhe (95% usaldusvahemik): 0,81 (0,71, 0,94); p = 0,004 paremuse osas].

Tabel 11. Veritsemisnähtud uuringus Hokusai-VTE – ohutusanalüüs ravi ajal^a

	Edoksabaan 60 mg (vähendatud annusega 30 mg) (N = 4118)	Varfariin (N = 4122)
Kliiniliselt asjakohane verejooks (suurem ja kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks), ^b n (%)		
n	349 (8,5)	423 (10,3)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,81 (0,71, 0,94)	
p-väärtus	0,004 (paremuse osas)	
Suurem verejooks n (%)		
n	56 (1,4)	66 (1,6)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,84 (0,59, 1,21)	
Surmaga lõppenud koljusisene verejooks	0	6 (0,1)
Surmaga mittelõppenud koljusisene verejooks	5 (0,1)	12 (0,3)
Kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks		
n	298 (7,2)	368 (8,9)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,80 (0,68, 0,93)	
Igasugune verejooks		
n	895 (21,7)	1056 (25,6)
Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	0,82 (0,75, 0,90)	

Lühendid: N = uuringus osalejate arv ohutusalasest populatsioonist; n = nähtude arv

^a Raviperiood: aeg uuringuravimi esimesest annusest viimase annuseni pluss 3 päeva.

^b Esmane ohutusala tulemusnäitaja: kliiniliselt asjakohane verejooks (suurema verejooksu või kliiniliselt asjakohase väiksema verejooksu liitulemusnäitaja).

Alarühmade analüüsidest tekkis uuringus Hokusai-VTE uuringus osalejatel, kelle annus oli vähendatud 30 mg-ni kehamassi ≤ 60 kg, mõõduka neerufunktsiooni kahjustuse või P-gp inhibiitorite samaaegse kasutamise tõttu, suurem verejooks või kliiniliselt asjakohane väiksem verejooks 58-l (7,9%) 30 mg edoksabaani vähendatud annusega uuringus osalejal ja 92-l (12,8%) varfariini kasutanud uuringus osalejal [riskisuhe (95%): 0,62 (0,44, 0,86)].

Uuringus Hokusai-VTE oli edoksabaani võrdlemisel varfariiniga puhta kliinilise tulemuse (korduv VTE, suurem verejooks või suremus kõikidel põhjustel: ravikavatsuslik populatsioon, uuringuperioodil kokku) riskisuhe (95% usaldusvahemik) 1,00 (0,85, 1,18).

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Mitmekeskuselises, prospektiivses, randomiseeritud, avatud uuringus tulemusnäitaja pimendatud hindamisega (ENSURE-AF) randomiseeriti (suukaudseid hüübimisvastaseid aineid varem mittekasutanud ja varem kasutanud) 2199 uuringus osalejat, kellel oli mittevalvulaarne kodade virvendus ja ette nähtud teha kardioversioon, edoksabaani 60 mg üks kord ööpäevas võrdlemiseks enoksapariini/varfariini kasutamisega INR-i hoidmiseks terapeutilises vahemikus 2,0...3,0 (randomiseeritud 1:1), keskmine aeg terapeutilises vahemikus oli varfariini kasutamisel 70,8%. Kokku 2149 uuringus osalejat raviti kas edoksabaaniga (N = 1067) või enoksapariini/varfariiniga (N = 1082). Edoksabaani ravirühmas manustati uuringus osalejatele 30 mg üks kord ööpäevas ühe või mitme järgmise kliinilise teguri olemasolul: mõõdukas neerukahjustus (kreatiniini kliirens 30...50 ml/min), väike kehakaal (≤ 60 kg) või samaaegne konkreetsete P-gp inhibiitorite kasutamine. Enamikule edoksabaani ja varfariini rühma uuringus osalejatest tehti kardioversioon (vastavalt 83,7% ja 78,9%)

või taastus südamerütm iseeneslikult (vastavalt 6,6% ja 8,6%). Kardioversioon tehti TEE abil (3 päeva jooksul alustamisest) või tavapärase kardioversioonina (vähemalt 21-päevase eelraviga). Uuringus osalejate ravi jätkus 28 päeva pärast kardioversiooni.

Esmane efektiivsusega seotud tulemusnäitaja oli liittulemusnäitaja, mis hõlmas kõiki insuldi, süsteemse emboolia ja müokardiinfarkti juhtumeid ning surmajuhtumeid südame-veresoonkonna haiguse tagajärjel. Edoksabaani rühmas (N = 1095) esines kokku 5 juhtumit (0,5%, 95% usaldusvahemik 0,15%...1,06%) ja varfariini rühmas (N = 1104) 11 (1,0%, 95% usaldusvahemik 0,50%...1,78%) juhtumit; üldine ravivastus oli 0,46 (95% usaldusvahemik 0,12...1,43); ravikavatsusliku populatsiooni analüüsikogum uuringuperioodi keskmise kogukestusega 66 päeva.

Esmane ohutusalaane tulemusnäitaja oli liitnäitaja, mis hõlmas suuremaid verejookse ja kliiniliselt olulisi väiksemaid verejookse. Edoksabaani rühmas (N = 1067) esines kokku 16 (1,5%, 95% usaldusvahemik 0,86%...2,42%) juhtu ja varfariini rühmas (N = 1082) 11 (1,0%, 95% usaldusvahemik 0,51%...1,81%) juhtu; üldine ravivastus 1,48 (95% usaldusvahemik 0,64...3,55); ohutuse analüüsikogum raviperioodil.

See uurimuslik uuring näitas suuremate verejooksude ja kliiniliselt oluliste väiksemate verejooksude ja trombembooliate vähest esinemissagedust neis kahes kardioversiooniga seotud ravirühmas.

Lapsed

Euroopa Ravimiamet on peatanud kohustuse esitada edoksabaaniga läbi viidud uuringute tulemused laste ühe või mitme alarühma kohta arteriaalse tromboosi ennetamisel, trombemboolia ravis ja trombemboolia ennetamisel (teave lastel kasutamise kohta: vt lõik 4.2).

5.2 Farmakokineetilised omadused

Imendumine

Edoksabaan imendub maksimaalsete plasmakontsentratsioonide saavutamiseks 1–2 tunni jooksul. Absoluutne biosaadavus on ligikaudu 62%. Toit suurendab maksimaalset kontsentratsiooni varieeruvul määral, kuid mõjutab üldist kontsentratsiooni minimaalselt. Edoksabaani manustati uuringutes ENGAGE AF-TIMI 48 ja Hokusai-VTE koos toiduga ja ilma. Edoksabaan on pH 6,0 või kõrgema taseme korral halvasti lahustuv. Samaaegne manustamine prootonpumba inhibiitoritega edoksabaani kontsentratsiooni asjakohaselt ei mõjutanud.

Jaotumine

Dispositsioon on kahefaasiline. Keskmise jaotusmaht on 107 (19,9) l (standardhälve). *In vitro* seondub plasmavalkudega ligikaudu 55%. Edoksabaani annustamisel üks kord ööpäevas kliiniliselt asjakohast akumulatsiooni ei toimu (akumulatsiooni suhe 1,14). Püsikontsentratsioonid saavutatakse 3 päeva jooksul.

Biotransformatsioon

Plasmas sisaldub valdavalt edoksabaan muutumatul kujul. Edoksabaan metaboliseerub hüdroolüüsi (karboksüülesteras 1 vahendusel), konjugatsiooni või oksüdatsiooni teel CYP3A4/5 toimel (< 10%). Edoksabaanil on kolm aktiivset metaboliiti, hüdroolüüsi tulemusena moodustuv valdav metaboliit (M-4) on aktiivne ja moodustab tervetel uuringus osalejatel vähem kui 10% lähteühendi kontsentratsioonist. Teiste metaboliitide kontsentratsioon on vähem kui 5%. Edoksabaan on väljavoolu transporteri P-glükoproteiini (P-gp) substraat, kuid mitte vastuvõtu transporterite, näiteks orgaaniliste anioonide transporteri polüpeptiid OATP1B1, orgaaniliste anioonide transporterite OAT1 või OAT3 või orgaaniliste kationide transporteri OCT2 substraat. Selle aktiivne metaboliit on OATP1B1 substraat.

Eritumine

Tervetel uuringus osalejatel on hinnanguline kogukliirens 22 (±3) l tunnis; 50% eritub renaalselt (11 l tunnis). Neerukliirens moodustab ligikaudu 35% manustatud annusest. Ülejäänud kliirensi moodustab metabolism ja eritumine sapiteede/soole kaudu. Suukaudse manustamise $t_{1/2}$ on 10–14 tundi.

Lineaarsus/mittelineaarsus

Edoksabaani farmakokineetika tervetel uuringus osalejatel annuste 15 mg kuni 60 mg puhul on ligikaudu annusega proportsionaalne.

Eriühmad

Eakad

Võttes arvesse neerufunktsiooni ja kehamassi, ei olnud mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia keskse III faasi uuringu (ENGAGE AF-TIMI 48) populatsiooni farmakokineetilises analüüsis vanusel täiendavat kliiniliselt olulist mõju edoksabaani farmakokineetikale.

Sugu

Võttes arvesse kehamassi, ei olnud mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia keskse III faasi uuringu (ENGAGE AF-TIMI 48) populatsiooni farmakokineetilises analüüsis sool täiendavat kliiniliselt olulist mõju edoksabaani farmakokineetikale.

Rahvus

Uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 populatsiooni farmakokineetilises analüüsis olid maksimaalne ja üldine kontsentratsioon asiaatidest ja mitte-asiaatidest patsientidel võrreldavad.

Neerufunktsiooni kahjustus

Kerge (kreatiniini kliirens > 50–80 ml/min), mõõduka (kreatiniini kliirens 30–50 ml/min) ja raske (kreatiniini kliirens < 30 ml/min, kuid dialüüsi ei saa) neerufunktsiooni kahjustusega uuringus osalejatel suurenes plasma AUC vastavalt 32%, 74% ja 72% võrreldes normaalse neerufunktsiooniga uuringus osalejatega. Neerukahjustusega patsientidel metaboliitide profiil muutub ja aktiivseid metaboliite moodustub suuremal hulgal.

Edoksabaani plasmakontsentratsioon ja anti-FXa aktiivsus on omavahel lineaarses korrelatsioonis olenemata neerufunktsioonist.

Lõppstaadiumis neeruhaigusega uuringus osalejatel, kes said peritoneaalset dialüüsi, oli üldine kontsentratsioon 93% kõrgem võrreldes tervete uuringus osalejatega.

Populatsiooni farmakokineetiline mudel näitab, et raske neerufunktsiooni kahjustusega (kreatiniini kliirens 15–29 ml/min) patsientidel kontsentratsioon ligikaudu kahekordistub võrreldes normaalse neerufunktsiooniga patsientidega.

Anti-FXa aktiivsus kreatiniini kliirensi kategooriate järgi

Allpool tabelis 12 on esitatud edoksabaani anti-FXa faktori aktiivsus olenevalt kreatiniini kliirensi kategooriast iga näidustuse puhul.

Tabel 12. Edoksabaani anti-FXa aktiivsus olenevalt kreatiniini kliirensist

Edoksabaani annus	Kreatiniini kliirens (ml/min)	Edoksabaani annusejärgne anti-FXa aktiivsus (RÜ/ml) ¹	Edoksabaani annuse-eelne anti-FXa aktiivsus (RÜ/ml) ²
Mediaan [2,5–97,5% vahemik]			
Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine: mittevalvulaarne kodade virvendus			
30 mg üks kord ööpäevas	≥ 30 kuni ≤ 50	2,92 [0,33–5,88]	0,53 [0,11–2,06]
60 mg üks kord ööpäevas*	> 50 kuni ≤ 70	4,52 [0,38–7,64]	0,83 [0,16–2,61]
	> 70 kuni ≤ 90	4,12 [0,19–7,55]	0,68 [0,05–2,33]
	> 90 kuni ≤ 110	3,82 [0,36–7,39]	0,60 [0,14–3,57]
	> 110 kuni ≤ 130	3,16 [0,28–6,71]	0,41 [0,15–1,51]
	> 130	2,76 [0,12–6,10]	0,45 [0,00–3,10]
SVT ravi, KATE ravi ning korduva SVT ja KATE (VTE) ennetamine			
30 mg üks kord ööpäevas	≥ 30 kuni ≤ 50	2,21 [0,14–4,47]	0,22 [0,00–1,09]
60 mg üks kord ööpäevas*	> 50 kuni ≤ 70	3,42 [0,19–6,13]	0,34 [0,00–3,10]
	> 70 kuni ≤ 90	2,97 [0,24–5,82]	0,24 [0,00–1,77]
	> 90 kuni ≤ 110	2,82 [0,14–5,31]	0,20 [0,00–2,52]
	> 110 kuni ≤ 130	2,64 [0,13–5,57]	0,17 [0,00–1,86]
	> 130	2,39 [0,10–4,92]	0,13 [0,00–2,43]

*Annuse vähendamine tasemeni 30 mg väikese kehakaalu ≤ 60 kg korral või teatavate P-glükoproteiini (P-gp) inhibiitorite samaaegsel kasutamisel

¹ Annusejärgne vastab C_{max}-ile (annusejärgsed proovid võeti 1–3 tundi pärast edoksabaani manustamist)

² Annuse-eelne vastab C_{min}-ile

Kuigi edoksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt, saab hüübimisvastast toimet hinnata kalibreeritud kvantitatiivse anti-faktor Xa analüüsiga, mis võib aidata saada infot kliiniliste otsuste tegemisel eriolukorras, nt üleannustamise ja erakorralise operatsiooni puhul (vt ka lõik 4.4).

Hemodialüüs

4-tunnine hemodialüüs vähendas edoksabaani üldisi kontsentratsioone vähem kui 9%.

Maksafunktsiooni kahjustus

Farmakokineetika ja farmakodünaamika kerge või mõõduka maksafunktsiooni kahjustusega patsientidel oli võrreldav neile vastava tervete kontrollrühmaga. Edoksabaani kasutamist raske maksakahjustusega patsientidel ei ole uuritud (vt lõik 4.2).

Kehamass

Mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia uuringu ENGAGE AF-TIMI 48 populatsiooni farmakokineetilise analüüsi kohaselt suurenesid mediaanse väikese kehamassiga (55 kg) patsientidel C_{max} ja AUC vastavalt 40% ja 13% võrreldes mediaanse suure kehamassiga (84 kg) patsientidega. III faasi kliinilistes uuringutes (nii mittevalvulaarse kodade virvendusarütmia kui ka VTE näidustustega) vähendati patsientidel kehamassiga ≤ 60 kg edoksabaani annust 50% ning selle efektiivsus ja veritsemist vähendav toime oli varfariiniga võrreldes sarnane.

Farmakokineetilised/farmakodünaamilised toimed

PT, INR, aPTT ja Xa faktori antikehad on edoksabaani kontsentratsioonidega lineaarses korrelatsioonis.

5.3 Prekliinilised ohutusandmed

Farmakoloogilise ohutuse, kroonilise toksilisuse, genotoksilisuse, kartsinogeensuse ja fototoksilisuse mittekliinilised uuringud ei ole näidanud kahjulikku toimet inimesele.

Reproduktsoonitoksilisus

Edoksabaani kasutamisel suuremates annustes tekkis rottidel ja küülikutel tupeverejooks, kuid rottide reproduktiivsusele see mõju ei avaldanud.

Rottidel toimeid emas- ja isasloomade fertiilsusele ei täheldatud.

Loomade reproduktiooni uuringutes suurenes küülikutel sapipõie kõrvalekallete esinemissagedus annuste 200 mg/kg kasutamisel, mis on ligikaudu 65 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest 60 mg ööpäevas, lähtudes kogu kehapinnast mg/m^2 alusel. Rottidel tekkisid vastavalt annuste 300 mg/kg ööpäevas (ligikaudu 49 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest) ja küülikutel annuste 200 mg/kg ööpäevas (ligikaudu 65 korda suuremad inimese maksimaalsest soovitatavast annusest) kasutamisel implantatsioonijärgsed tiinuse katkemised.

Edoksabaan eritus lakteerivate rottide piima.

Keskkonnariski hindamine

Toimeaine edoksabaantosilaat on keskkonnas püsiv (juhiseid hävitamise kohta vt lõik 6.6).

6. FARMATSEUTILISED ANDMED

6.1 Abiainete loetelu

Tableti sisu:

mannitool (E421)
eelželatiniseeritud tärklis
krospovidoon
hüdroksüpropüültselluloos
magneesiumstearaat (E470b)

Õhuke polümeerikate:

hüpromelloos (E464)
makrogool 8000
titaandioksiid (E171)
talk
karnaubavaha
kollane raudoksiid (E172)

6.2 Sobimatus

Ei kohaldata.

6.3 Kõlblikkusaeg

5 aastat

6.4 Säilitamise eritingimused

See ravimpreparaat ei vaja säilitamisel eritingimusi.

6.5 Pakendi iseloomustus ja sisu

Polüvinüülkloriid-/alumiiniumblistrid. Karbis on 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98 ja 100 õhukese polümeerikattega tabletti.

Polüvinüülkloriidist/alumiiniumist perforeeritud üksikannusteks jaotatud blistrid 10 x 1, 50 x 1 ja 100 x 1 õhukese polümeerikattega tablettidega.

Kõik pakendi suurused ei pruugi olla müügil.

6.6 Erihoiatused ravimpreparaadi hävitamiseks

Kasutamata ravimpreparaat või jäätmematerjalid tuleb hävitada vastavalt kohalikele nõuetele.

7. MÜÜGILOA HOIDJA

Daiichi Sankyo Europe GmbH
Zielstattstrasse 48
81379 Munich
Saksamaa

8. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/15/993/003
EU/1/15/993/017-028

9. ESMASE MÜÜGILOA VÄLJASTAMISE / MÜÜGILOA UUENDAMISE KUUPÄEV

Müügiloa esmase väljastamise kuupäev: 19. juuni 2015

10. TEKSTI LÄBIVAATAMISE KUUPÄEV

Täpne teave selle ravimpreparaadi kohta on Euroopa Ravimiameti kodulehel
<http://www.ema.europa.eu/>.

II LISA

- A. RAVIMIPARTII KASUTAMISEKS VABASTAMISE EEST VASTUTAV(AD) TOOTJA(D)**
- B. HANKE- JA KASUTUSTINGIMUSED VÕI PIIRANGUD**
- C. MÜÜGILOA MUUD TINGIMUSED JA NÕUDED**
- D. RAVIMPREPARAADI OHUTU JA EFEKTIIVSE KASUTAMISE TINGIMUSED JA PIIRANGUD**

A. RAVIMIPARTII KASUTAMISEKS VABASTAMISE EEST VASTUTAV TOOTJA

Ravimipartii kasutamiseks vabastamise eest vastutava tootja nimi ja aadress

Daiichi Sankyo Europe GmbH
Luitpoldstrasse 1
85276 Pfaffenhofen, Bayern
Saksamaa

B. HANKE- JA KASUTUSTINGIMUSED VÕI PIIRANGUD

Retseptiravim.

C. MÜÜGILOA MUUD TINGIMUSED JA NÕUDED

- **Perioodilised ohutusaruanded**

Nõuded asjaomase ravimi perioodiliste ohutusaruannete esitamiseks on sätestatud direktiivi 2001/83/EÜ artikli 107c punkti 7 kohaselt liidu kontrollpäevade loetelus (EURD loetelu) ja iga hilisem uuendus avaldatakse Euroopa ravimite veebiportaalis.

D. RAVIMPREPARAADI OHUTU JA EFEKTIIVSE KASUTAMISE TINGIMUSED JA PIIRANGUD

- **Riskijuhtimiskava**

Müügiloa hoidja peab nõutavad ravimiohutuse toimingud ja sekkumismeetmed läbi viima vastavalt müügiloa moodulis 1.8.2 esitatud kokkulepitud riskijuhtimiskavale ja mis tahes järgmistele ajakohastatud riskijuhtimiskavadele.

Ajakohastatud riskijuhtimiskava tuleb esitada:

- Euroopa Ravimiameti nõudel;
- kui muudetakse riskijuhtimissüsteemi, eriti kui saadakse uut teavet, mis võib oluliselt mõjutada riski/kasu suhet, või kui saavutatakse oluline (ravimiohutuse või riski minimeerimise) eesmärk.

- **Riski minimeerimise lisameetmed**

Müügiloa hoidja peab enne Lixiana turule toomist igas liikmesriigis leppima riigi pädeva ametiasutusega kokku teavitusprogrammi sisu ja vormi, sealhulgas teabekanalid, levitamisviisid ja programmi muud aspektid.

Teavitusprogrammi eesmärk on leevendada tõsiste veritsemiste või verejooksude riski Lixianaga ravitud patsientidel, tagades ravi määraja teadlikkuse ja andes juhiseid sobiva patsiendi valimiseks, õigeks annustamiseks ja riskide juhtimiseks.

Programmi eesmärk on ka tagada Lixianat määrata soovivate tervishoiutöötajate teadlikkus patsiendi hoiatuskaardist ning kaardi väljastamine ja tutvustamine kõikidele Lixianaga ravitavatele patsientidele.

Müügiloa hoidja tagab igas liikmesriigis, kus Lixiana turule tuuakse, kõikide eeldatavalt Lixianat määravate tervishoiutöötajate varustamise järgmise teabematerjaliga:

- ravimi omaduste kokkuvõte
- ravi määraja juhend tervishoiutöötajatele
- patsiendi hoiatuskaart

Ravi määraja juhend tervishoiutöötajatele peab sisaldama järgmisi põhielemente:

- asjakohane teave veritsemisohu kohta
- potentsiaalselt suurema veritsemisriskiga populatsiooni iseloomustus
- vastunäidustused
- soovitusel annuse kohandamiseks suurema riskiga populatsioonidel, sealhulgas neeru- või maksakahjustusega, väikese kehakaaluga ja samaaegselt teatavaid P-gp inhibiitoreid kasutavatel patsientidel
- juhised üleminekuks ravilt ja ravile Lixianaga
- juhised operatsiooni või invasiivse protseduuri puhuks ja ravi ajutiseks katkestamiseks
- toimimine üleannustamise ja verejooksude korral
- hüübimisanalüüside kasutamine ja tõlgendamine
- kõikide patsientide varustamine patsiendi hoiatuskaardiga ja nõustamine järgmistes küsimustes:
 - veritsemise nähud või sümptomid ja millal pöörduda tervishoiutöötaja poole
 - ravijärgimuse tähtsus
 - vajadus patsiendi hoiatuskaarti alati kaasas kanda
 - vajadus teavitada operatsiooni või invasiivse protseduuri korral tervishoiutöötajaid Lixiana kasutamisest

Patsiendi hoiatuskaart peab sisaldama järgmist olulist ohutusala teavet:

- veritsemise nähud ja sümptomid ja millal pöörduda arsti poole
- ravijärgimuse tähtsus
- vajadus patsiendi hoiatuskaarti alati kaasas kanda
- vajadus teavitada operatsiooni või invasiivse protseduuri korral tervishoiutöötajaid Lixiana kasutamisest

III LISA
PAKENDI MÄRGISTUS JA INFOLEHT

A. PAKENDI MÄRGISTUS

VÄLISPAKENDIL PEAVAD OLEMA JÄRGMISED ANDMED

VÄLISPAKEND 15 MG

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 15 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. TOIMEAINE(TE) SISALDUS

Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 15 mg edoksabaani (tosilaadina).

3. ABIAINED

4. RAVIMVORM JA PAKENDI SUURUS

10 õhukese polümeerikattega tabletti
10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti

5. MANUSTAMISVIIS JA -TEE(D)

Enne ravimi kasutamist lugege pakendi infolehte.
Suukaudne.

6. ERIHOIATUS, ET RAVIMIT TULEB HOIDA LASTE EEST VARJATUD JA KÄTTESAAMATUS KOHAS

Hoida laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

7. TEISED ERIHOIATUSED (VAJADUSEL)

8. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

9. SÄILITAMISE ERITINGIMUSED

10. ERINÕUDED KASUTAMATA JÄÄNUD RAVIMPREPARAADI VÕI SELLEST TEKKINUD JÄÄTMEMATERJALI HÄVITAMISEKS, VASTAVALT VAJADUSELE

11. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI JA AADRESS

Daiichi Sankyo Europe GmbH
81366 Munich
Saksamaa

12. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/15/993/001 10 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/016 10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti

13. PARTII NUMBER

Lot:

14. RAVIMI VÄLJASTAMISTINGIMUSED

Retseptiravim.

15. KASUTUSJUHEND**16. TEAVE BRAILLE' KIRJAS (PUNKTKIRJAS)**

Lixiana 15 mg

17. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – 2D-vöötkood

Lisatud on 2D-vöötkood, mis sisaldab ainulaadset identifikaatorit.

18. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – INIMLOETAVAD ANDMED

PC:
SN:
NN:

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
BLISTER 10 ÕHUKESE POLÜMEERIKATTEGA TABLETIGA 15 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 15 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
ÜKSIKANNUSTEKS JAOTATUD BLISTER (10 x 1 TABLETTI) 15 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 15 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

VÄLISPAKENDIL PEAVAD OLEMA JÄRGMISED ANDMED**VÄLISPAKEND 30 MG****1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS**

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. TOIMEAINE(TE) SISALDUS

Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 30 mg edoksabaani (tosilaadina).

3. ABIAINED**4. RAVIMVORM JA PAKENDI SUURUS**

10 õhukese polümeerikattega tabletti
14 õhukese polümeerikattega tabletti
28 õhukese polümeerikattega tabletti
30 õhukese polümeerikattega tabletti
56 õhukese polümeerikattega tabletti
60 õhukese polümeerikattega tabletti
84 õhukese polümeerikattega tabletti
90 õhukese polümeerikattega tabletti
98 õhukese polümeerikattega tabletti
100 õhukese polümeerikattega tabletti
10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
50 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
100 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti

5. MANUSTAMISVIIS JA -TEE(D)

Enne ravimi kasutamist lugege pakendi infolehte.
Suukaudne.

6. ERIHOIATUS, ET RAVIMIT TULEB HOIDA LASTE EEST VARJATUD JA KÄTTESAAMATUS KOHAS

Hoida laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

7. TEISED ERIHOIATUSED (VAJADUSEL)**8. KÕLBLIKKUSAEG**

EXP:

9. SÄILITAMISE ERITINGIMUSED**10. ERINÕUDED KASUTAMATA JÄÄNUD RAVIMPREPARAADI VÕI SELLEST
TEKKINUD JÄÄTMEMATERJALI HÄVITAMISEKS, VASTAVALT VAJADUSELE****11. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI JA AADRESS**

Daiichi Sankyo Europe GmbH
81366 Munich
Saksamaa

12. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/15/993/002 10 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/004 14 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/005 28 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/006 30 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/007 56 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/008 60 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/009 84 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/010 90 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/011 98 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/012 100 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/013 10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/014 50 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/015 100 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti

13. PARTII NUMBER

Lot:

14. RAVIMI VÄLJASTAMISTINGIMUSED

Retseptiravim.

15. KASUTUSJUHEND**16. TEAVE BRAILLE' KIRJAS (PUNKTKIRJAS)**

Lixiana 30 mg

17. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – 2D-vöötkood

Lisatud on 2D-vöötkood, mis sisaldab ainulaadset identifikaatorit.

18. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – INIMLOETAVAD ANDMED

PC:
SN:
NN:

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
BLISTER 10 ÕHUKESE POLÜMEERIKATTEGA TABLETIGA 30 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
BLISTER 14 ÕHUKESE POLÜMEERIKATTEGA TABLETIGA 30 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

E, T, K, N, R, L, P

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
ÜKSIKANNUSTEKS JAOTATUD BLISTER (10 x 1 TABLETTI) 30 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

VÄLISPAKENDIL PEAVAD OLEMA JÄRGMISED ANDMED

VÄLISPAKEND 60 MG

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. TOIMEAINE(TE) SISALDUS

Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 60 mg edoksabaani (tosilaadina).

3. ABIAINED

4. RAVIMVORM JA PAKENDI SUURUS

10 õhukese polümeerikattega tabletti
14 õhukese polümeerikattega tabletti
28 õhukese polümeerikattega tabletti
30 õhukese polümeerikattega tabletti
56 õhukese polümeerikattega tabletti
60 õhukese polümeerikattega tabletti
84 õhukese polümeerikattega tabletti
90 õhukese polümeerikattega tabletti
98 õhukese polümeerikattega tabletti
100 õhukese polümeerikattega tabletti
10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
50 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
100 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti

5. MANUSTAMISVIIS JA -TEE(D)

Enne ravimi kasutamist lugege pakendi infolehte.
Suukaudne.

6. ERIHOIATUS, ET RAVIMIT TULEB HOIDA LASTE EEST VARJATUD JA KÄTTESAAMATUS KOHAS

Hoida laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

7. TEISED ERIHOIATUSED (VAJADUSEL)

8. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

9. SÄILITAMISE ERITINGIMUSED**10. ERINÕUDED KASUTAMATA JÄÄNUD RAVIMPREPARAADI VÕI SELLEST
TEKKINUD JÄÄTMEMATERJALI HÄVITAMISEKS, VASTAVALT VAJADUSELE****11. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI JA AADRESS**

Daiichi Sankyo Europe GmbH
81366 Munich
Saksamaa

12. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/15/993/003 10 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/017 14 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/018 28 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/019 30 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/020 56 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/021 60 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/022 84 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/023 90 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/024 98 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/025 100 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/026 10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/027 50 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti
EU/1/15/993/028 100 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti

13. PARTII NUMBER

Lot:

14. RAVIMI VÄLJASTAMISTINGIMUSED

Retseptiravim.

15. KASUTUSJUHEND**16. TEAVE BRAILLE' KIRJAS (PUNKTKIRJAS)**

Lixiana 60 mg

17. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – 2D-vöötkood

Lisatud on 2D-vöötkood, mis sisaldab ainulaadset identifikaatorit.

18. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – INIMLOETAVAD ANDMED

PC:
SN:
NN:

MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
BLISTER 10 ÕHUKESE POLÜMEERIKATTEGA TABLETIGA 60 MG

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
BLISTER 14 ÕHUKESE POLÜMEERIKATTEGA TABLETIGA 60 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

E, T, K, N, R, L, P

**MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL
ÜKSIKANNUSTEKS JAOTATUD BLISTER (10 x 1 TABLETTI) 60 MG**

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Daiichi-Sankyo (logo)

3. KÕLBLIKKUSAEG

EXP:

4. PARTII NUMBER

Lot:

5. MUU

PATSIENDI HOIATUSKAART

PATSIENDI HOIATUSKAART

Lixiana

õhukese polümeerikattega tabletid
edoksabaan

Kandke seda kaarti alati kaasas.

Esitage see tervishoiutöötajale, apteekrile, kirurgile või hambaarstile enne ravi alustamist või operatsiooni.

PATSIENDI ANDMED

Patsiendi nimi:

Sünniaeg:

Hädaolukorras helistage:

Nimi:

Telefoni nr:

RAVI ANDMED

(täidab arst)

Lixiana on määratud annuses üks kord ööpäevas: mg

Alates / (kk/aa)

Veregrupp:

Muud ravimid/haigused:

RAVI MÄÄRAJA ANDMED

Lisateabe saamiseks või hädaolukorras võtke ühendust:

Arsti nimi:

Telefoninumber, arsti pitsat:

Arsti allkiri:

TEAVE TERVISHOIUTÖÖTAJATELE

- Lixiana on suukaudne Xa hüübimisfaktori inhibiitor.
- Kui on vaja teha invasiivne protseduur, tuleb Lixiana kasutamine vähemalt 24 tundi enne protseduuri lõpetada ja olla ettevaatlik.
- Lixiana võib suurendada veritsemisohtu. Kliiniliselt olulise verejooksu korral katkestada kohe ravi.

- Hüübimisanalüüsides, nagu INR, protrombiiniaeg (PT) või aktiveeritud osaline tromboplastiiniaeg (aPTT), ei ole Lixiana toime mõõtmisel kasu. Kliiniliste otsuste tegemisel võib kasulikku teavet anda aga kalibreeritud anti-Xa faktori analüüs.

Lisateavet lugege ravimi omaduste kokkuvõttest.

Daiichi Sankyo [LOGO]

TEIE RAVIST

Teile on välja kirjutatud hüübimisvastane ravim Lixiana, mis vedeldab teie verd ja aitab vältida verehüüvete tekkimist. Tähtis on võtta seda ravimit täpselt arsti juhiste kohaselt.

- Kui jätate annuse vahele, võtke see kohe ja jätkake järgmisel päeval selle võtmist nagu tavaliselt – ärge võtke ühe ööpäeva jooksul kahekordset ettenähtud annust.
- Ärge alustage teiste (sealhulgas vabamüügil olevate) ravimite võtmist oma arstiga nõu pidamata.
- Ärge lõpetage Lixiana võtmist arstiga nõu pidamata, sest see võib teil suurendada verehüübe tekkimise riski.
- Palun lugege läbi Lixiana igas pakendis sisalduv infoleht.

MILLAL PÖÖRDUDA ARSTI POOLE

VEREJOOKSUDE OHT

Hüübimisvastase ravimi, nagu Lixiana, kasutamisel võib teil suurenedada verejooksude oht. Seetõttu on tähtis olla teadlik verejooksude võimalikest nähtudest ja sümptomitest ja pöörduda **kohe** arsti poole järgmiste nähtude tekkimisel:

- verevalumid või nahaalune veritsemine
- veri uriinis
- verikõha
- vere või jahvatatud kohvi taolise materjali sisaldumine okses
- ninaverejooks või sisselõike korral raskesti peatatav verejooks
- tõrvavärvi väljaheide
- pearinglus või äkki tekkiv peavalu
- seletamatu väsimustunne
- ebanormaalne tupeverejooks, sealhulgas suurema vereeritusega või pikaajaline menstruatsioon

Rääkige arstile, kui teil tekib ebatavalisi sümptomeid.

B. PAKENDI INFOLEHT

Pakendi infoleht: teave kasutajale

Lixiana 15 mg õhukese polümeerikattega tabletid

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid

Edoksabaan

▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Te saate sellele kaasa aidata, teavitades ravimi kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimetest teavitamise kohta vt lõik 4.

Enne ravimi võtmist lugege hoolikalt infolehte, sest siin on teile vajalikku teavet.

- Hoidke infoleht alles, et seda vajadusel uuesti lugeda.
- Kui teil on lisaküsimusi, pidage nõu oma arsti või apteekriga.
- Ravim on välja kirjutatud üksnes teile. Ärge andke seda kellelegi teisele. Ravim võib olla neile kahjulik, isegi kui haigusnähud on sarnased.
- Kui teil tekib ükskõik milline kõrvaltoime, pidage nõu oma arsti või apteekriga. Kõrvaltoime võib olla ka selline, mida selles infolehes ei ole nimetatud. Vt lõik 4.

Infolehe sisukord

1. Mis ravim on Lixiana ja milleks seda kasutatakse
2. Mida on vaja teada enne Lixiana võtmist
3. Kuidas Lixianat võtta
4. Võimalikud kõrvaltoimed
5. Kuidas Lixianat säilitada
6. Pakendi sisu ja muu teave

1. Mis ravim on Lixiana ja milleks seda kasutatakse

Lixiana sisaldab toimeainet edoksabaan ja kuulub ravimite rühma, mida nimetatakse antikoagulantideks. Ravim aitab vältida verehüüvete teket. See blokeerib faktori Xa aktiivsust, mis on oluline komponent vere hüübimises.

Lixianat kasutatakse täiskasvanutel:

- **et ennetada verehüüvete teket ajus** (insuldi korral) **ja keha muudes veresoontes**, kui teil on südame rütmihäire, mida nimetatakse mittevalvulaarseks kodade virvendusarütmiaks, ja vähemalt üks täiendav riskitegur;
- **et ravida verehüübeid jalaveenides** (süvaveenitromboos) **ja kopsuveresoontes** (kopsuarteri trombemboolia) ning ennetamaks verehüüvete taasteket jalgade ja/või kopsude veresoontes.

2. Mida on vaja teada enne Lixiana võtmist

Ärge võtke Lixianat:

- kui olete edoksabaani või selle ravimi mis tahes koostisosade (loetletud lõigus 6) suhtes allergiline
- kui teil esineb aktiivne veritsemine
- kui teil on haigus või seisund, mis suurendab tõsise verejooksu tekkeriski (nt maohaavand, ajuvigastus või –verejooks või hiljutine aju- või silmaoperatsioon)

- kui võtate muid vere hüübimist takistavaid ravimeid (nt varfariin, dabigatraan, rivaroksabaan, apiksabaan või hepariin), välja arvatud juhul, kui te vahetate hüübimisvastast ravi või kui te saate veeni- või arterikateetri kaudu hepariini, tagamaks selle avatuna püsimist
- kui teil on maksahaigus, millega kaasneb suurem veritsusohu
- kui teil on ravile allumatu hüpertensioon
- kui te olete rase või imetate last

Hoiatused ja ettevaatusabinõud

Enne Lixiana võtmist pidage nõu oma arsti või apteekriga.

- kui teil on suurenenud veritsemisrisk, mis on võimalik näiteks järgmiste seisundite korral:
 - lõppstaadiumis neeruhaigus või dialüüsi kasutamine
 - raske maksahaigus
 - veritsemishäired
 - silmapõhjade veresoonte häire (retinopaatia)
 - hiljutine ajuverejooks (intrakraniaalne verejooks)
 - pea- või seljaaju veresoonte häired
- kui teil on mehaaniline südameklapp

Lixiana 15 mg on ette nähtud kasutamiseks ainult üleminekul Lixiana 30 mg-lt mõne K-vitamiini antagonistiga (nt varfariini) kasutamisele (vt lõik 3 „Kuidas Lixianat võtta“).

Kui te peate minema operatsioonile:

On väga oluline võtta Lixianat enne ja pärast operatsiooni täpselt sellel ajal, nagu arst on teile öelnud. Võimaluse korral tuleb Lixiana kasutamine katkestada vähemalt 24 tundi enne operatsiooni. Teie arst otsustab, millal ravi Lixianaga uuesti alustada.

Lapsed ja noorukid

Lixianat ei soovitata kasutada alla 18-aastastel lastel ja noorukitel. Puudub teave lastel ja noorukitel kasutamise kohta.

Muud ravimid ja Lixiana

Teatage oma arstile või apteekrile, kui te kasutate, olete hiljuti kasutanud või kavatsete kasutada mis tahes muid ravimeid.

Kui te võtate mõnda järgmist ravimit:

- teatud seeninfektsioonide vastased ravimid (nt ketokonasool)
- südame rütmihäirete ravimid (nt dronedaroon, kinidiin, verapamiil)
- muud vere hüübimist vähendavad ained (nt hepariin, klopidogreel või K-vitamiini antagonistid, näiteks varfariin, atsenokumarool, fenprokumoon või dabigatraan, rivaroksabaan, apiksabaan)
- antibiootikumid (nt erütromütsiin)
- elundi siirdamisjärgset äratõuget ennetavad ravimid (nt tsüklosporiin)
- põletikuvastased ja valuvaigistavad ravimid (nt naprokseen või atsetüülsalitsüülhappe (aspiriin))

Teatage sellest oma arstile enne Lixiana võtmist, sest need ravimid võivad tugevdada Lixiana toimeid ja suurendada soovimatute verejooksude võimalust. Arst otsustab, kas teid tuleks Lixianaga ravida ja kas teid tuleks jälgida.

Kui te võtate mõnda järgmist ravimit:

- teatud epilepsiaravimid (nt fenütoiin, karbamasepiin, fenobarbitaal)
- ravimtaim naistepuna, mida kasutatakse ärevuse ja kerge depressiooni korral
- antibiootikum rifampitsiin

Kui mõni eeltoodud hoiatus puudutab teid, öelge seda oma arstile enne Lixiana võtmist, sest Lixiana toime võib väheneda. Arst otsustab, kas teid tuleks Lixianaga ravida ja kas teid tuleks jälgida.

Rasedus ja imetamine

Ärge võtke Lixianat, kui te olete rase või imetate last. Kui te võite rasestuda, kasutage Lixiana võtmise ajal usaldusväärset rasestumisvastast vahendit. Kui rasestute Lixiana võtmise ajal, teatage sellest kohe arstile, kes otsustab, kuidas teid ravida.

Autojuhtimine ja masinatega töötamine

Lixianal ei ole või on ebaoluline toime autojuhtimise ja masinate käsitlemise võimele.

3. Kuidas Lixianat võtta

Kasutage seda ravimit alati täpselt nii, nagu arst või apteeker on teile selgitanud. Kui te ei ole milleski kindel, pidage nõu oma arsti või apteekriga.

Kui palju võtta

Soovitav annus on üks **60 mg** tablett üks kord ööpäevas.

- **Kui teie neerufunktsioon on halvenenud**, võib teie arst annuse vähendada ühe **30 mg** tabletti üks kord ööpäevas.
- **Kui teie kehakaal on 60 kg või vähem**, on soovitatav annus üks **30 mg** tablett üks kord ööpäevas.
- **Kui teie arst on teile määranud ravimeid, mida nimetatakse P-gp inhibiitoriteks:** tsüklosporiin, dronedaroon, erütromütsiin või ketokonasool, on soovitatav annus üks **30 mg** tablett üks kord ööpäevas.

Kuidas tabletti võtta

Neelake tablett alla, eelistatavalt veega.

Lixianat võib võtta koos toiduga või ilma.

Teie arst võib muuta teie hüübimisvastast ravi järgmiselt:

K-vitamiini antagonistide (nt varfariini) asendamine Lixianaga

Lõpetage K-vitamiini antagonistide (nt varfariini) kasutamine. Teie arstil on vaja teha teile vereanalüüsid ja anda teile juhised, millal alustada Lixiana võtmist.

Üleminek mitte-K-vitamiini antagonistidelt (dabigataraan, rivaroksabaan või apiksabaan) Lixianale

Lõpetage eelmiste ravimite (nt dabigataraan, rivaroksabaan või apiksabaan) kasutamine ja alustage järgmise ettenähtud annuse ajal Lixiana võtmist.

Parenteraalsete hüübimisvastaste ainete (nt hepariini) asendamine Lixianaga

Lõpetage hüübimisvastase aine (nt hepariini) kasutamine ja alustage Lixiana võtmist järgmise ettenähtud hüübimisvastase aine annuse ajal.

Lixiana asendamine K-vitamiini antagonistidega (nt varfariiniga)

Kui võtate praegu 60 mg Lixianat:

Arst annab teile juhise vähendada Lixiana annus 30 mg tabletti üks kord ööpäevas ja võtta seda koos K-vitamiini antagonistiga (nt varfariiniga). Teie arstil on vaja teha teile vereanalüüsid ja anda teile juhised, millal lõpetada Lixiana võtmine.

Kui võtate praegu 30 mg (vähendatud annus) Lixianat:

Arst annab teile juhise vähendada Lixiana annus 15 mg tabletti üks kord ööpäevas ja võtta seda koos K-vitamiini antagonistiga (nt varfariiniga). Teie arstil on vaja teha teile vereanalüüsid ja anda teile juhised, millal lõpetada Lixiana võtmine.

Üleminek Lixianalt mitte-K-vitamiini antagonistidele (dabigatraan, rivaroksabaan või apiksabaan)
Lõpetage Lixiana kasutamine ja alustage Lixiana järgmise määratud annuse ajal mitte-K-vitamiini antagonistist antikoagulandi annusega (nt dabigatraan, rivaroksabaan või apiksabaan).

Lixiana asendamine parenteraalsete hüübimisvastaste ainetega (nt hepariiniga)
Lõpetage Lixiana kasutamine ja alustage Lixiana järgmise määratud annuse ajal parenteraalse hüübimisvastase aine (nt hepariini) annusega.

Kardioversiooni vajavad patsiendid

Kui teie südame rütmihäireid on vaja normaliseerida protseduuriga, mida nimetatakse kardioversiooniks, võtke Lixianat arsti määratud aegadel, et ennetada verehüüvete tekkimist ajus ja teie keha muudes veresoontes.

Kui te võtate Lixianat rohkem kui ette nähtud

Õelge oma arstile kohe, kui olete võtnud liiga palju Lixiana tablette.
Kui võtate Lixianat rohkem kui soovitatud, võib teil suureneda veritsemisrisk.

Kui te unustate Lixianat võtta

Võtke tablett kohe ja jätkake siis järgmisel päeval tableti tavapärase võtmisega üks kord ööpäevas.
Ärge võtke ühel päeval kahekordset annust, kui annus jäi eelmisel korral võtmata.

Kui te lõpetate Lixiana võtmise

Ärge lõpetage Lixiana võtmist arstiga eelnevalt nõu pidamata, sest Lixiana ravib ja ennetab tõsiseid seisundeid.

Kui teil on lisaküsimusi selle ravimi kasutamise kohta, pidage nõu oma arsti või apteekriga.

4. Võimalikud kõrvaltoimed

Nagu kõik ravimid, võib ka see ravim põhjustada kõrvaltoimeid, kuigi kõigil neid ei teki.

Nagu teisedki sarnased (vere hüübimist vähendavad) ravimid, võib Lixiana põhjustada verejookse, mis võivad olla eluohtlikud. Mõnel juhul ei pruugi verejooks olla ilmne.

Kui teil tekib veritsemine, mis ise ei lakka, või kui tekivad ülemäärase verejooksu tunnused (eriline nõrkus, väsimus, kahvatus, pearinglus, peavalu või seletamatu paistetus) pidage kohe nõu arstiga.
Teie arst võib otsustada teid tähelepanelikumalt jälgida või muuta teie ravimit.

Võimalike kõrvaltoimete üldine loend:

Sage (võib esineda kuni 1 inimesel 10st):

- kõhuvalu
- maksa vereanalüüside kõrvalekalded
- verejooks nahalt või nahaalune verejooks
- aneemia (vere punaliblede vähesus)
- ninaverejooks
- tupeverejooks
- lööve
- sooleverejooks
- suu- ja/või kõriverejooks
- vere sisaldumine uriinis
- vigastuse (torke) järgne verejooks
- maoverejooks
- pearinglus
- iiveldus

- peavalu
- kihelus

Aeg-ajalt (võib esineda kuni 1 inimesel 100st):

- muud tüüpi verejooksud
- silmaverejooks
- operatsioonihaava veritsemine pärast operatsiooni
- vere sisaldumine rõgas kõhimisel
- ajuverejooks
- allergiline reaktsioon
- nahapõletik

Harv (võib esineda kuni 1 inimesel 1000st):

- lihaste verejooks
- liigeste verejooks
- verejooks kõhuõõnes
- südameverejooks
- koljusisene verejooks
- kirurgilise protseduuri järgne verejooks

Kõrvaltoimetest teavitamine

Kui teil tekib ükskõik milline kõrvaltoime, pidage nõu oma arsti või apteekriga. Kõrvaltoime võib olla ka selline, mida selles infolehes ei ole nimetatud. Kõrvaltoimetest võite ka ise teavitada **riikliku teavitussüsteemi**, mis on loetletud [V lisas](#), kaudu. Teavitades aitate saada rohkem infot ravimi ohutusest.

5. Kuidas Lixianat säilitada

Hoidke seda ravimit laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

Ärge kasutage seda ravimit pärast kõlblikkusaega, mis on märgitud karbil ja igal blistril pärast „EXP“. Kõlblikkusaeg viitab selle kuu viimasele päevale.

See ravimpreparaat ei vaja säilitamisel eritingimusi.

Ärge visake ravimeid kanalisatsiooni ega olmejäätmete hulka. Küsige oma apteekrilt, kuidas visata ära ravimeid, mida te enam ei kasuta. Need meetmed aitavad kaitsta keskkonda.

6. Pakendi sisu ja muu teave

Mida Lixiana sisaldab

- Toimeaine on edoksabaan (tosilaadina).
Lixiana 15 mg: üks tablett sisaldab 15 mg edoksabaani (tosilaadina).
Lixiana 30 mg: üks tablett sisaldab 30 mg edoksabaani (tosilaadina).
Lixiana 60 mg: üks tablett sisaldab 60 mg edoksabaani (tosilaadina).
- Teised koostisosad on:
Lixiana 15 mg: tableti sisu: mannitool (E421), eelželatiniseerituditärklis, krospovidoon, hüdroksüpropüültselluloos, magneesiumstearaat (E470b).
Lixiana 30 mg: tableti sisu: mannitool (E421), eelželatiniseerituditärklis, krospovidoon, hüdroksüpropüültselluloos, magneesiumstearaat (E470b).
Lixiana 60 mg: tableti sisu: mannitool (E421), eelželatiniseerituditärklis, krospovidoon, hüdroksüpropüültselluloos, magneesiumstearaat (E470b).

- Õhuke polümeerikate:
Lixiana 15 mg: hüpromelloos (E464), makrogool 8000, titaandioksiid (E171), talk, karnaubavaha, punane raudoksiid (E172), kollane raudoksiid (E172).
Lixiana 30 mg: hüpromelloos (E464), makrogool 8000, titaandioksiid (E171), talk, karnaubavaha, punane raudoksiid (E172).
Lixiana 60 mg: hüpromelloos (E464), makrogool 8000, titaandioksiid (E171), talk, karnaubavaha, kollane raudoksiid (E172).

Kuidas Lixiana välja näeb ja pakendi sisu

Lixiana 15 mg õhukese polümeerikattega tabletid on oranžid, ümarad (6,7 mm diameetriga) tabletid, mille ühel küljel on pimetrükk „DSC L15”.

Need on pakitud blistritesse, mille karp sisaldab 10 õhukese polümeerikattega tabletti, või üksikannuste blistritesse, mille karp sisaldab 10 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti.

Lixiana 30 mg õhukese polümeerikattega tabletid on roosad, ümarad (8,5 mm diameetriga) tabletid, mille ühel küljel on pimetrükk „DSC L30”.

Need on pakitud blistritesse, mille karp sisaldab 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98 või 100 õhukese polümeerikattega tabletti, või üksikannuste blistritesse, mille karp sisaldab 10 x 1, 50 x 1 või 100 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti.

Lixiana 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid on kollased, ümarad (10,5 mm diameetriga) tabletid, mille ühel küljel on pimetrükk „DSC L60”.

Need on pakitud blistritesse, mille karp sisaldab 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98 või 100 õhukese polümeerikattega tabletti, või üksikannuste blistritesse, mille karp sisaldab 10 x 1, 50 x 1 või 100 x 1 õhukese polümeerikattega tabletti.

Kõik pakendi suurused ei pruugi olla müügil.

Müügiloa hoidja

Daiichi Sankyo Europe GmbH
Zielstattstrasse 48
81379 Munich
Saksamaa

Tootja

Daiichi Sankyo Europe GmbH
Luitpoldstrasse 1
85276 Pfaffenhofen
Saksamaa

Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole.

België/Belgique/Belgien

Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A

Tél/Tel: +32-(0) 10 48 95 95

България

Мерк Шарп и Доум България ЕООД

Тел.: +359 2 819 3737

Česká republika

Merck Sharp & Dohme s.r.o.

Tel: +420 233 010 111

Danmark

MSD Danmark ApS

Tlf: +45 4482 4000

Deutschland

Daiichi Sankyo Deutschland GmbH

Tel. +49-(0) 89 7808 0

Eesti

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Tel: +49-(0) 89 7808 0

Ελλάδα

MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.

Τηλ: +30 210 98 97 300

España

Daiichi Sankyo España, S.A.

Tel: +34 91 539 99 11

France

Daiichi Sankyo France S.A.S.

Tél: +33-(0) 1 55 62 14 60

Hrvatska

Merck Sharp & Dohme d.o.o.

Tel: +385 1 6611 333

Ireland

Daiichi Sankyo Ireland Ltd

Tel: +353-(0) 1 489 3000

Ísland

Vistor hf.

Sími: +354 535 7000

Italia

Daiichi Sankyo Italia S.p.A.

Tel: +39-06 85 2551

Κύπρος

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Τηλ: +49-(0) 89 7808 0

Latvija

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Tel: +49-(0) 89 7808 0

Lietuva

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Tel: +49-(0) 89 7808 0

Luxembourg/Luxemburg

Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A

Tél/Tel: +32-(0) 10 48 95 95

Magyarország

MSD Pharma Hungary Kft.

Tel.: +36 1 888-5300

Malta

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Tel: +49-(0) 89 7808 0

Nederland

Daiichi Sankyo Nederland B.V.

Tel: +31-(0) 20 4 07 20 72

Norge

MSD (Norge) AS

Tlf: +47 32 20 73 00

Österreich

Daiichi Sankyo Austria GmbH

Tel: +43-(0) 1 485 86 42 0

Polska

MSD Polska Sp. z o.o.

Tel: +48 22 549 51 00

Portugal

Daiichi Sankyo Portugal, Unip., Lda.

Tel: +351 21 4232010

România

Merck Sharp & Dohme Romania S.R.L.

Tel: +40 21 529 29 00

Slovenija

Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o.

Tel: +386 1 5204 201

Slovenská republika

Merck Sharp & Dohme, s. r. o.

Tel: +421 (2) 58282010

Suomi/Finland

MSD Finland Oy

Puh/Tel: +358 (0)9 804 650

Sverige

Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB

Tel: +46 (0)77 5700488

United Kingdom

Daiichi Sankyo UK Ltd

Tel: +44-(0) 1753 893 600

Infoleht on viimati uuendatud {KK/AAAA}

Muud teabeallikad

Täpne teave selle ravimi kohta on saadaval alltoodud QR-koodi skaneerimisel nutitelefoniaga.

Sama teave on avaldatud ka veebiaadressil: www.dspatient.eu.

QR-koodi koht

Täpne teave selle ravimi kohta on Euroopa Ravimiameti kodulehel: <http://www.ema.europa.eu>.