

VEDLEGG I
PREPARATOMTALE

1. LEGEMIDLETS NAVN

Atripla 600 mg/200 mg/245 mg tabletter, filmdrasjerte

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 600 mg efavirenz, 200 mg emtricitabin og 245 mg tenofoviridisoproksil (som fumarat).

Hjelpestoff med kjent effekt

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 1 mmol (23,6 mg) natrium.

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert.

Rosa, kapselformet, filmdrasjert tablett, med målene 20 mm x 10,4 mm, preget med "123" på en side, umerket på den andre siden.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Atripla er et kombinasjonspreparat med fast dose efavirenz, emtricitabin og tenofoviridisoproksilfumarat. Det er indisert til behandling av infeksjoner forårsaket av humant immunsviktvirus-1 (HIV-1) hos voksne 18 år eller eldre med virologisk suppresjon av HIV-1 RNA-nivåer på <50 kopier/ml ved nåværende antiviral kombinasjonsbehandling i mer enn tre måneder. Pasientene må ikke ha erfart virologisk svikt ved tidligere antiretroviral behandling og de må ikke ha utviklet virusstammer med mutasjoner som viser signifikant resistens overfor noen av de tre komponentene i Atripla (se pkt. 4.4 og 5.1).

Fordelene med Atripla er hovedsakelig vist ved 48 ukers data fra en klinisk studie hvor pasienter med stabil virologisk suppresjon ved antiviral kombinasjonsbehandling byttet til Atripla (se pkt. 5.1). Det foreligger foreløpig ikke data fra kliniske studier med Atripla hos behandlingsnaive pasienter eller hos pasienter som er kraftig behandlet tidligere.

Det finnes ikke data som støtter kombinasjonen av Atripla og andre antiretrovirale midler.

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Terapi bør iverksettes av lege med erfaring fra behandling av HIV-infeksjon.

Dosering

Voksne

Anbefalt dose av Atripla er én tablett tatt oralt én gang per dag.

Dersom en pasient glemmer en dose med Atripla og det er mindre enn 12 timer etter tidspunktet den normalt tas, skal pasienten ta Atripla så snart som mulig og fortsette med den normale doseringsplanen. Dersom en pasient glemmer en dose med Atripla og det har gått mer enn 12 timer og det snart er tid for neste dose, skal pasienten ikke ta den glemte dosen og bare fortsette med den vanlige doseringsplanen.

Dersom pasienten kaster opp innen 1 time etter at Atripla er tatt skal en ny tablett tas. Dersom pasienten kaster opp mer enn 1 time etter at Atripla er tatt er det ikke nødvendig å ta en ny dose.

Det anbefales å ta Atripla på tom mage siden mat kan øke eksponeringen for efavirenz og kan føre til økt bivirkningsfrekvens (se pkt. 4.4 og 4.8). Dosering ved sengetid anbefales for å øke toleransen av efavirenz med hensyn på nevrologiske bivirkninger (se pkt. 4.8).

Det er forventet at eksponeringen for tenofovir (AUC) kan bli ca. 30 % lavere ved administrasjon av Atripla på tom mage sammenlignet med enkeltkomponenten tenofovirdisoproksilfumarat tatt sammen med mat (se pkt. 5.2). Data vedrørende den kliniske betydningen av reduksjonen i den farmakokinetiske eksponeringen er ikke tilgjengelige. Hos virologisk suppresserte pasienter forventes den kliniske relevansen av denne reduksjonen å være begrenset (se pkt. 5.1).

Hvis behandling med en av komponentene i Atripla må seponeres, eller hvis det er nødvendig å justere dosen, er egne preparater med innhold av enkeltkomponentene efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat tilgjengelig. Det henvises til preparatomtalene for disse legemidlene.

Hvis Atripla må seponeres, må det tas hensyn til den lange halveringstiden for efavirenz (se pkt. 5.2) og lange intracellulære halveringstider for tenofovir og emtricitabin. På grunn av variasjon mellom pasientene med hensyn til disse parametrene og bekymring for utvikling av resistens, må behandlingsretningslinjer for behandling av HIV følges og årsaken til seponeringen tas i betraktning.

Dosejustering: Hvis Atripla gis sammen med rifampicin til pasienter som veier 50 kg eller mer, kan det vurderes å gi en tilleggsdose av efavirenz på 200 mg/dag (800 mg totalt) (se pkt. 4.5).

Spesielle populasjoner

Eldre

Atripla bør gis med forsiktighet til eldre pasienter (se pkt. 4.4).

Nedsatt nyrefunksjon

Atripla anbefales ikke til pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance (CrCl) <50 ml/min). Hos pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon må doseintervallet av emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat justeres på en måte som ikke kan oppnås med kombinasjonstabletten (se pkt. 4.4 og 5.2).

Nedsatt leverfunksjon

Farmakokinetikken til Atripla er ikke undersøkt hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Pasienter med mildt leversykdom (Child-Pugh-Turcotte (CPT) klasse A) kan behandles med den vanlige anbefalte dosen av Atripla (se pkt. 4.3, 4.4 og 5.2). Pasientene bør overvåkes nøye vedrørende bivirkninger, spesielt nevrologiske bivirkninger relatert til efavirenz (se pkt. 4.3 og 4.4).

Hvis Atripla seponeres hos pasienter som har samtidig infeksjon av HIV og HBV, må disse pasientene overvåkes nøye vedrørende tegn på forverring av hepatitt (se pkt. 4.4).

Pediatrik populasjon

Sikkerhet og effekt av Atripla hos barn under 18 år har ikke blitt fastslått (se pkt. 5.2).

Administrasjonsmåte

Tablettene med Atripla skal svelges hele sammen med vann, én gang per dag.

4.3 Kontraindikasjoner

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.

Alvorlig nedsatt leverfunksjon (CPT, klasse C) (se pkt. 5.2).

Samtidig administrering med terfenadin, astemizol, cisaprid, midazolam, triazolam, pimoqid, bepridil eller sekalealkaloider (f.eks. ergotamin, dihydroergotamin, ergonovin og metylergonovin). Konkurransen med efavirenz om cytokrom P450 (CYP) 3A4 kan føre til en hemming av metabolismen av disse legemidlene og skape et potensiale for alvorlige og/eller livstruende bivirkninger (f.eks. arytmier, forlenget sedasjon eller respirasjonsdepresjon) (se pkt. 4.5).

Samtidig administrering med vorikonazol. Efavirenz reduserer plasmakonsentrasjonen til vorikonazol signifikant mens vorikonazol også øker plasmakonsentrasjonen til efavirenz signifikant. Siden Atripla er et kombinasjonspreparat med faste doser, kan ikke dosen av efavirenz endres (se pkt. 4.5).

Samtidig administrering med urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) på grunn av risiko for redusert plasmakonsentrasjon og redusert klinisk effekt av efavirenz (se pkt. 4.5).

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Samtidig administrering med andre legemidler

Den faste kombinasjonen Atripla bør ikke gis samtidig med andre legemidler som inneholder virkestoffene emtricitabin eller tenofovirdisoproksilfumarat. Atripla bør ikke administreres samtidig med legemidler som inneholder efavirenz, med mindre det er nødvendig for dosejustering, f.eks. med rifampicin (se pkt. 4.2). På grunn av likheter med emtricitabin bør ikke Atripla gis samtidig med andre cytidinanaloger som lamivudin (se pkt. 4.5). Atripla bør ikke gis samtidig med adefovirdipivoksil eller med legemidler som inneholder tenofoviralafenamid.

Samtidig administrering av Atripla og didanosin anbefales ikke siden eksponering for didanosin blir betydelig forhøyet når det gis samtidig med tenofovirdisoproksilfumarat, noe som kan øke risikoen for didanosinrelaterte bivirkninger (se pkt. 4.5). Det er rapportert sjeldne tilfeller av pankreatitt og laktatacidose, noen ganger dødelig.

Samtidig administrering av Atripla og sofosbuvir/velpatasvir anbefales ikke, siden plasmakonsentrasjonen til velpatasvir forventes å reduseres etter samtidig administrering med efavirenz, og føre til redusert behandlingseffekt av sofosbuvir/velpatasvir (se pkt. 4.5).

Det er ikke data tilgjengelig vedrørende sikkerhet og effekt av Atripla kombinert med andre antiretrovirale midler.

Samtidig bruk av Ginkgo biloba-ekstrakter anbefales ikke (se pkt. 4.5).

Overgang fra proteasehemmerbasert, antiretroviral behandling

For tiden indikerer tilgjengelige data en trend hos pasienter med en proteasehemmerbasert, antiretroviral behandling at overgang til Atripla kan føre til nedsatt respons på behandlingen (se pkt. 5.1). Slike pasienter bør overvåkes nøye vedrørende økt virusmengde og, siden sikkerhetsprofilene til efavirenz og proteasehemmere er forskjellige, vedrørende bivirkninger.

Opportunistiske infeksjoner

Pasienter som får Atripla eller annen antiretroviral behandling kan fortsette å utvikle opportunistiske infeksjoner og andre komplikasjoner knyttet til HIV-infeksjon. De bør derfor fortsatt være under nøye klinisk overvåking av leger med erfaring i behandling av pasienter med sykdommer knyttet til HIV.

Overføring av HIV

Selv om effektiv viral suppressjon med antiretroviral behandling har vist å redusere risikoen for seksuell overføring av HIV-infeksjon betraktelig, kan en gjenværende risiko ikke utelukkes. Forholdsregler for å forhindre overføring bør tas i henhold til nasjonale retningslinjer.

Effekt av matinntak

Atripla tatt sammen med mat kan øke eksponeringen for efavirenz (se pkt. 5.2) og øke bivirkningsfrekvensen (se pkt. 4.8). Det anbefales at Atripla tas på tom mage, helst ved sengetid.

Leversykdommer

Farmakokinetikk, sikkerhet og effekt av Atripla er ikke påvist hos pasienter med signifikante underliggende leversykdommer (se pkt. 5.2). Atripla er kontraindisert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (se pkt. 4.3) og anbefales ikke hos pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon. Fordi efavirenz hovedsakelig metaboliseres av CYP-systemet, må forsiktighet utvises når Atripla administreres til pasienter med mildt nedsatt leverfunksjon. Pasientene bør få nøye oppfølging med hensyn på bivirkninger av efavirenz, særlig symptomer fra nervesystemet. Laboratorieprøver bør utføres periodisk for å evaluere leversykdommen (se pkt. 4.2).

Pasienter som tidligere har hatt leverdysfunksjon, inkludert kronisk aktiv hepatitt, har økt frekvens av leverfunksjonsforstyrrelser under antiretroviral kombinasjonsterapi (CART) og bør overvåkes i samsvar med vanlig praksis. Hvis det viser seg at leversykdommen forverres eller det er vedvarende forhøyede serumtransaminaseverdier på mer enn 5 ganger den øvre normalverdien, må fordelen ved fortsatt behandling med Atripla veies opp mot den potensielle risikoen for signifikant levertoksitet. Hos slike pasienter må man vurdere å avbryte eller avslutte behandlingen (se pkt. 4.8).

Monitorering av leverenzymerne er også anbefalt hos pasienter som behandles med andre legemidler forbundet med levertoksitet.

Leverbivirkninger

Etter markedsføring har det også vært rapportert om leversvikt som har oppstått hos pasienter som ikke tidligere har hatt leversykdom eller andre identifiserbare risikofaktorer (se pkt. 4.8). Monitorering av leverenzymerne bør vurderes for alle pasienter uavhengig av tidligere leverdysfunksjon eller andre risikofaktorer.

Pasienter med både HIV og hepatitt B (HBV) eller C (HCV) virusinfeksjon

Pasienter med kronisk hepatitt B eller C som får CART, har økt risiko for alvorlige og potensielt fatale leverbivirkninger.

Legene bør forholde seg til gjeldende behandlingsretningslinjer for HIV for å oppnå optimal håndtering av HIV-infeksjonen hos pasienter som også har HBV-infeksjon.

Ved samtidig behandling med antivirale midler for hepatitt B eller C se også de relevante preparatomtalene for disse legemidlene.

Sikkerhet og effekt av Atripla er ikke undersøkt for behandling av kronisk HBV-infeksjon. Emtricitabin og tenofovir har individuelt og i kombinasjon vist aktivitet mot HBV ved farmakodynamiske studier (se pkt. 5.1). Begrenset klinisk erfaring antyder at emtricitabin og tenofovirdisoprosilfumarat har anti-HBV-aktivitet når de blir brukt i antiretroviral kombinasjonsbehandling for å kontrollere HIV-infeksjon. Seponering av behandling med Atripla hos pasienter som har samtidig infeksjon av HIV og HBV kan være assosiert med alvorlig akutt forverring av hepatitt. HIV-infiserte pasienter som samtidig er infisert med HBV og som seponerer behandlingen med Atripla, må overvåkes nøye med både klinisk oppfølging og laboratorieoppfølging i minst fire måneder etter at behandlingen med Atripla er avsluttet. Dersom dette er relevant, kan det være berettiget å gjenoppta behandlingen av hepatitt B. Hos pasienter med fremskreden leversykdom eller cirrhose anbefales det ikke å seponere behandlingen, ettersom forverring av hepatitt etter seponert behandling kan føre til hepatisk dekompensasjon.

Psykiatriske symptomer

Psykiatriske bivirkninger er rapportert hos pasienter som behandles med efavirenz. Pasienter med psykiatriske sykdommer i anamnesen synes å ha større risiko for å få alvorlige psykiatriske bivirkninger. Særlig var alvorlig depresjon mer vanlig hos pasienter med depresjon i anamnesen. Etter markedsføring har det også vært rapportert om alvorlig depresjon, selvmord, vrangforestillinger og psykoselignende oppførsel. Pasientene bør informeres om at dersom de opplever symptomer som alvorlig depresjon, psykose eller selvmordstanker, bør de kontakte legen umiddelbart for å få vurdert muligheten for at symptomene kan skyldes bruken av efavirenz. Hvis det er tilfelle, må det avgjøres om risikoen for fortsatt behandling oppveier fordelene (se pkt. 4.8).

Symptomer fra nervesystemet

Symptomer som inkluderer, men ikke er begrenset til, svimmelhet, søvnløshet, døsighet, konsentrasjonsproblemer og unormale drømmer er hyppig rapporterte bivirkninger hos pasienter som får efavirenz 600 mg daglig i kliniske studier. Svimmelhet ble også sett i kliniske studier med emtricitabin og tenofuvirdisoproksilfumarat. Hodepine er rapportert i kliniske studier med emtricitabin (se pkt. 4.8). Symptomer fra nervesystemet knyttet til efavirenz begynner vanligvis i løpet av de første par dagene av behandlingen og forsvinner vanligvis etter de første 2 – 4 ukene. Pasientene må informeres om at dersom disse vanlige symptomene opptrer, er det sannsynlig at de forbedres ved fortsatt behandling og at de ikke er et tegn på at mindre hyppige psykiatriske symptomer vil oppstå senere.

Krampeanfoll

Kramper har vært sett hos pasienter som får efavirenz, vanligvis hos pasienter med krampeanfoll i anamnesen. Hos pasienter som samtidig får antikonvulsive legemidler som hovedsakelig metaboliseres via leveren, som fenytoin, karbamazepin og fenobarbital, kan det være påkrevet med periodisk monitorering av plasmanivåene. Plasmakonsentrasjonen av karbamazepin ble redusert i en interaksjonsstudie der karbamazepin ble gitt sammen med efavirenz (se pkt. 4.5). Forsiktighet må utvises hos alle pasienter med krampeanfoll i anamnesen.

Nedsatt nyrefunksjon

Atripla anbefales ikke hos pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 50 ml/min). Hos pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon må dosen av emtricitabin og tenofuvirdisoproksilfumarat justeres på en måte som ikke kan oppnås med kombinasjonstabletten (se pkt. 4.2 og 5.2). Bruk av Atripla bør unngås ved samtidig eller nylig bruk av et nefrotoksisk legemiddel. Hvis samtidig bruk av Atripla og nefrotoksiske midler (f. eks. aminoglykosider, amfotericin B, foscarnet, ganciklovir, pentamidin, vankomycin, cidofovir, interleukin-2) ikke kan unngås, må nyrefunksjonen monitoreres ukentlig (se pkt. 4.5).

Tilfeller av akutt nyresvikt etter start av en høy dose eller flere ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs) har blitt rapportert hos pasienter behandlet med tenofovirdisoproksilfumarat og med risikofaktorer for nyredysfunksjon. Dersom Atripla administreres samtidig med et NSAID, bør nyrefunksjonen overvåkes tilstrekkelig.

Nyresvikt, nedsatt nyrefunksjon, forhøyet kreatinin, hypofosfatemi og proksimal tubulopati (inkludert Fanconi-syndrom) har vært rapportert etter bruk av tenofovirdisoproksilfumarat i klinisk praksis (se pkt. 4.8).

Det anbefales at kreatininclearance beregnes hos alle pasienter før behandling med Atripla igangsettes, og at nyrefunksjon (kreatininclearance og serumfosfat) også kontrolleres etter to til fire ukers behandling, etter tre måneders behandling og deretter hver tredje til sjette måned hos pasienter uten risikofaktorer som gjelder nyrefunksjon. Hos pasienter med nyredysfunksjon i anamnesen eller som har risiko for nyredysfunksjon er det nødvendig å kontrollere nyrefunksjonen oftere.

Hvis serumfosfatnivået er < 1,5 mg/dl (0,48 mmol/l) eller kreatininclearance synker til < 50 ml/min hos en pasient som får Atripla, bør det foretas en ny kontroll av nyrefunksjonen innen en uke, herunder målinger av glukose- og kaliumkonsentrasjonen i blodet og konsentrasjonen av glukose i urinen (se pkt. 4.8, proksimal tubulopati). Siden Atripla er et kombinasjonspreparat og doseringen av de enkelte komponentene ikke kan endres, må behandling med Atripla seponeres hos pasienter med bekreftet kreatininclearance < 50 ml/min eller nedsatt serumfosfat til < 1,0 mg/dl (0,32 mmol/l). Avbryting av behandling med Atripla bør også vurderes i tilfeller med progressiv nedsettelse av nyrefunksjonen dersom ingen annen årsak kan identifiseres. Hvis behandling med en av komponentene i Atripla må seponeres, eller hvis det er nødvendig å justere dosen, er egne preparater med innhold av enkeltkomponentene efavirenz, emtricitabin og tenofuvirdisoproksilfumarat tilgjengelig.

Beneffekter:

I en kontrollert klinisk studie over 144 uker hvor tenofoviridisoproksilfumarat ble sammenlignet med stavudin i kombinasjon med lamivudin og efavirenz hos antiretroviral-naive pasienter, ble en liten reduksjon i benmineraltettheten i hofter og ryggrad observert i begge behandlingsgrupper. Etter 144 uker var reduksjonen i benmineraltettheten i ryggraden og endring i benbiomarkører fra baseline signifikant større i gruppen som fikk tenofoviridisoproksilfumarat. Reduksjon i benmineraltettheten i hoften var signifikant større i denne gruppen frem til uke 96. Det var imidlertid ingen økning i risiko for frakturer eller tegn på klinisk relevante benabnormaliteter etter 144 uker.

I andre studier (prospektive studier og tverrsnittstudier) ble de mest uttalte reduksjonene i BMD sett hos pasienter som ble behandlet med tenofoviridisoproksilfumarat som del av et regime som inneholdt en boostret proteasehemmer. Alternative behandlingsregimer bør vurderes for pasienter med osteoporose som har høy risiko for frakturer.

Benabnormaliteter (som i sjeldne tilfeller har ført til fraktur) kan være forbundet med proksimal renal tubulopati (se pkt. 4.8). Dersom benabnormaliteter mistenkes, må hensiktsmessig råd innhentes.

Hudreaksjoner

Mildt til moderat utslett er rapportert for de enkelte komponentene i Atripla. Utslett knyttet til efavirenz forsvinner vanligvis ved fortsatt behandling. Antihistaminer og/eller kortikosteroider kan forbedre tolerabiliteten og fremskynde at utslettet forsvinner. Alvorlig utslett med blemmedannelse, fuktig avskalling eller sårdannelse er rapportert hos mindre enn 1 % av pasientene behandlet med efavirenz (se pkt. 4.8). Insidensen av erythema multiforme eller Stevens-Johnson syndrom var ca. 0,1 %. Atripla må seponeres hos pasienter som utvikler alvorlig utslett med blemmedannelse, avskalling, påvirkning av slimhinnen eller feber. Erfaring med efavirenz hos pasienter som seponerte andre antiretrovirale legemidler av typen NNRTI, er begrenset. Atripla anbefales ikke for pasienter som har hatt en livstruende kutan reaksjon (f. eks. Stevens-Johnson syndrom) ved bruk av NNRTI.

Vekt og metabolske parametre

Vektøkning og en økning i lipid- og glukosenivåene i blodet kan forekomme under antiretroviral behandling. Slike endringer kan være forbundet med både kontroll av sykdommen og livsstil. For lipider er det i noen tilfeller bevis for at det er en effekt av behandlingen, mens for vektøkning er det ingen sterke bevis som relaterer dette til noen spesiell behandling. For monitorering av lipidnivåer og glukose i blodet, vises det til etablerte retningslinjer for HIV behandling. Lipidforstyrrelser skal behandles slik det anses klinisk hensiktsmessig.

Mitokondriell dysfunksjon etter eksponering *in utero*

Nukleos(t)idanaloger kan påvirke mitokondriefunksjonen i varierende grad, noe som er mest tydelig med stavudin, didanosin og zidovudin. Det er rapportert mitokondriell dysfunksjon hos HIV-negative spedbarn eksponert *in utero* og/eller postnatalt for nukleosidanaloger. Disse behandles hovedsakelig med regimer som inneholder zidovudin. De viktigste bivirkningene som er rapportert, er hematologiske forstyrrelser (anemi, nøyropeni) og metabolske forstyrrelser (hyperlaktatemi, hyperlipasemi). Disse bivirkningene har ofte vært forbigående. I sjeldne tilfeller har senere forekommende nevrologiske forstyrrelser blitt rapportert (hypertoni, kramper, unormal atferd). Om slike nevrologiske forstyrrelser er forbigående eller permanente er for tiden ukjent. Disse funnene skal vurderes for alle barn eksponert for nukleos(t)idanaloger *in utero*, som presenterer alvorlige kliniske funn med ukjent etiologi, spesielt nevrologiske funn. Disse funnene påvirker ikke gjeldende nasjonale retningslinjer for bruk av antiretroviral behandling av gravide kvinner for å forhindre vertikal overføring av HIV.

Immunreaktiveringssyndrom

Hos HIV-infiserte pasienter med alvorlig immunsvikt ved oppstart av CART, kan en inflammatorisk reaksjon på asymptomatiske eller gjenværende opportunistiske patogener oppstå og medføre alvorlige kliniske tilstander eller forverring av symptomer. Slike reaksjoner har særlig vært sett i løpet av de første ukene eller månedene etter oppstart av CART. Relevante eksempler er cytomegalovirus retinitt, generaliserte og/eller fokale mykobakterieinfeksjoner og *Pneumocystis jirovecii pneumoni*. Ethvert symptom på innflammasjon bør utredes, og om nødvendig bør behandling startes.

Autoimmune sykdommer (som Graves sykdom) har også vært rapportert i forbindelse med immun reaktivering. Tidspunktet for når disse hendelsene inntreffer er imidlertid mer variabelt, og slike reaksjoner kan oppstå flere måneder etter behandlingsstart.

Osteonekrose

Selv om det anses å være flere etiologiske faktorer (inkludert kortikosteroidbruk, alkoholbruk, alvorlig immunsuppresjon, høyere kroppsmasseindeks), er osteonekrose rapportert i særlig grad hos pasienter med fremskreden HIV-sykdom og/eller langtidseksponering overfor CART. Pasienter bør rådes til å kontakte lege hvis de opplever leddverk og smerte, leddstivhet eller bevegelingsproblemer.

Pasienter med HIV-1-utviklede mutasjoner

Atripla bør unngås hos pasienter med HIV-1 som utvikler mutasjon av K65R, M184V/I eller K103N (se pkt. 4.1 og 5.1).

Eldre

Atripla er ikke studert hos pasienter over 65 år. Eldre pasienter har større sannsynlighet for å ha nedsatt lever- eller nyrefunksjon, og det bør derfor utvises forsiktighet ved behandling av eldre pasienter med Atripla (se pkt. 4.2).

Hjelpestoffer

Dette legemidlet inneholder 1 mmol (23,6 mg) natrium per dose. Dette må tas i betraktning hos pasienter som står på en kontrollert natriumdiett.

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Siden Atripla inneholder efavirenz, emtricitabin og tenofuvirdisoproksilfumarat, kan enhver interaksjon som er identifisert for disse substansene individuelt, forekomme med Atripla. Interaksjonsstudier med disse midlene har kun blitt utført hos voksne.

Siden Atripla er en fast kombinasjon, skal det ikke gis samtidig med noen legemidler som inneholder komponentene emtricitabin eller tenofuvirdisoproksil som fumarat. Atripla bør ikke administreres samtidig med legemidler som inneholder efavirenz, med mindre det er nødvendig for dosejustering, f.eks. med rifampicin (se pkt. 4.2). På grunn av likheter med emtricitabin skal Atripla ikke gis samtidig med andre cytidinanaloger som lamuvidin. Atripla bør ikke gis samtidig med adefovirdipivoksil eller med legemidler som inneholder tenofoviralafenamid.

Efavirenz induserer CYP3A4, CYP2B6 og UGT1A1 *in vivo*. Substanser som er substrater av disse enzymene kan ha redusert plasmakonsentrasjon når de administreres samtidig med efavirenz. Efavirenz kan indusere CYP2C19 og CYP2C9. Imidlertid er hemming også observert *in vitro*, og nettoeffekten av samtidig administrering med substrater av disse enzymene er ikke klar (se pkt. 5.2).

Efavirenz-eksponeringen kan økes når det gis sammen med legemidler (f.eks. ritonavir) eller mat (f.eks. grapefruktjuice) som hemmer aktiviteten av CYP3A4 eller CYP2B6. Substanser eller urtepreparater (for eksempel Ginkgo biloba-ekstrakter og johannesurt) som induserer disse enzymene kan forårsake redusert plasmakonsentrasjon av efavirenz. Samtidig bruk av johannesurt er kontraindisert (se pkt. 4.3). Samtidig bruk av Ginkgo biloba-ekstrakter anbefales ikke (se pkt. 4.4).

In vitro og kliniske farmakokinetiske interaksjonsstudier har vist at potensialet for CYP-mediert interaksjon mellom emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat og andre legemidler, er lav.

Interaksjon med cannabinoidtest

Efavirenz bindes ikke til cannabinoidreseptorer. Falske positive resultater av cannabinoidtest i urin har blitt rapportert med noen screeningtester hos friske personer og pasienter med HIV-infeksjon som fikk efavirenz. Bekreftende testing ved hjelp av en mer spesifikk metode, for eksempel gasskromatografi/massespektrometri, anbefales i slike tilfeller.

Kontraindikasjon for samtidig bruk

Atripla må ikke gis sammen med terfenadin, astemizol, cisaprid, midazolam, triazolam, pimozid, bepridil eller sekalealkaloider (f.eks. ergotamin, dihydroergotamin, ergonovin og metylergonovin) fordi hemming av disse legemidlenes metabolisme kan føre til alvorlige, livstruende hendelser (se pkt. 4.3).

Vorikonazol: Samtidig administrering av standarddoser efavirenz og vorikonazol er kontraindisert. Siden Atripla er et kombinasjonspreparat med fast dose, kan dosen av efavirenz ikke endres. Vorikonazol og Atripla må derfor ikke gis samtidig (se pkt. 4.3 og Tabell 1).

Johannesurt (Hypericum perforatum): Samtidig administrering av Atripla og johannesurt eller urtepreparater som inneholder johannesurt, er kontraindisert. Plasmanivåene for efavirenz kan reduseres ved samtidig bruk av johannesurt. Dette skyldes at johannesurt fører til induksjon av legemiddelmetaboliserende enzymer og/eller transportproteiner. Dersom pasienten allerede tar johannesurt, må johannesurt seponeres og virusnivåene, og hvis mulig efavirenznivået, kontrolleres. Efavirenznivået kan øke når johannesurt seponeres. Den induserende effekten av johannesurt kan vedvare i minst 2 uker etter seponering (se pkt. 4.3).

Samtidig bruk ikke anbefalt

Atazanavir/ritonavir: Det foreligger utilstrekkelig data til å gi en doseringsanbefaling for atazanavir/ritonavir i kombinasjon med Atripla. Samtidig administrering av atazanavir/ritonavir og Atripla anbefales derfor ikke.

Didanosin: Samtidig administrering av didanosin og Atripla anbefales ikke (se pkt. 4.4 og Tabell 1).

Sofosbuvir/velpatasvir: Samtidig administrering av Atripla og sofosbuvir/velpatasvir anbefales ikke (se pkt. 4.4 og Tabell 1).

Legemidler som utskilles via nyrene: Siden emtricitabin og tenofovir primært utskilles via nyrene, kan samtidig administrering av Atripla og legemidler som reduserer nyrefunksjonen eller konkurrerer om aktiv tubulær sekresjon (f. eks. cidofovir), øke serumkonsentrasjonen av emtricitabin, tenofovir og/eller de legemidlene som gis samtidig.

Bruk av Atripla bør unngås sammen med eller etter nylig bruk av et nyretoksisk legemiddel. Eksempler inkluderer, men er ikke begrenset til, aminoglykosider, amfotericin B, foscarnet, ganciklovir, pentamidin, vankomycin, cidofovir eller interleukin-2 (se pkt. 4.4).

Andre interaksjoner

Interaksjoner mellom Atripla eller dets enkelte komponent(er) og andre legemidler er inkludert i Tabell 1 nedenfor (økning er vist ved "↑", reduksjon ved "↓", ingen endring ved "↔", to ganger daglig som "b.i.d.", én gang daglig som "q.d." og en gang hver 8. time som "q8h"). Hvis opplysningen finnes, er 90 % konfidensintervaller vist i parentes.

Tabell 1: Interaksjoner mellom Atripla eller dets enkeltkomponenter og andre legemidler

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoproksilfumarat 300 mg)
ANTI-INFEKTIVA		
Antivirale midler mot HIV		
Proteasehemmere		
Atazanavir/ritonavir/tenofovir-disoproksilfumarat (300 mg q.d./100 mg q.d./300 mg q.d.)	Atazanavir: AUC: ↓ 25 % (↓ 42 til ↓ 3) C _{max} : ↓ 28 % (↓ 50 til ↑ 5) C _{min} : ↓ 26 % (↓ 46 til ↑ 10) Samtidig administrering av atazanavir/ritonavir med tenofovir førte til økt eksponering for tenofovir. Høyere tenofovirkonsentrasjoner kan muligens potensierte bivirkninger som skyldes tenofovir, inkludert nyresykdommer.	Samtidig administrering av atazanavir/ritonavir og Atripla anbefales ikke.
Atazanavir/ritonavir/efavirenz (400 mg q.d./100 mg q.d./600 mg q.d., alle doser gitt sammen med mat)	Atazanavir (pm): AUC: ↔* (↓ 9 % til ↑ 10 %) C _{max} : ↑ 17 %* (↑ 8 til ↑ 27) C _{min} : ↓ 42 %* (↓ 31 til ↓ 51)	
Atazanavir/ritonavir/efavirenz (400 mg q.d./200 mg q.d./600 mg q.d., alle doser gitt sammen med mat)	Atazanavir (pm): AUC: ↔*/** (↓ 10 % til ↑ 26 %) C _{max} : ↔*/** (↓ 5 % til ↑ 26 %) C _{min} : ↑ 12 %*/** (↓ 16 til ↑ 49) (CYP3A4 induksjon). * Sammenlignet med atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg q.d. om kvelden, uten efavirenz. Denne reduksjonen i atazanavir C _{min} kan påvirke effekten av atazanavir negativt. ** basert på historisk sammenligning. Samtidig administrering av efavirenz med atazanavir/ritonavir anbefales ikke.	
Atazanavir/ritonavir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Darunavir/ritonavir/efavirenz (300 mg b.i.d.*/100 mg b.i.d./600 mg q.d.) *lavere enn anbefalte doser; lignende funn er forventet med anbefalte doser.	Darunavir: AUC: ↓ 13 % C _{min} : ↓ 31 % C _{max} : ↓ 15 % (CYP3A4 induksjon) Efavirenz: AUC: ↑ 21 % C _{min} : ↑ 17 % C _{max} : ↑ 15 % (CYP3A4-hemming)	Atripla sammen med darunavir/ritonavir 800/100 mg én gang daglig kan resultere i suboptimal darunavir C _{min} . Dersom Atripla skal brukes sammen med darunavir/ritonavir, bør et regime med darunavir/ritonavir 600/100 mg to ganger daglig brukes. Det bør utvises forsiktighet ved bruk av darunavir/ritonavir sammen med Atripla. Se seksjonen om ritonavir nedenfor.
Darunavir/ritonavir/tenofoviridisoproksilfumarat (300 mg b.i.d.*/100 mg b.i.d./300 mg q.d.) *lavere enn anbefalt dose	Darunavir: AUC: ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↑ 22 % C _{min} : ↑ 37 %	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoproksilfumarat 300 mg)
Darunavir/ritonavir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt. Ingen interaksjon er forventet på grunn av de forskjellige eliminasjonsbanene.	Monitorering av nyrefunksjonen kan være indisert, spesielt hos pasienter med underliggende systemisk- eller nyresykdom, eller hos pasienter som tar nefrotoksiske midler.
Fosamprenavir/ritonavir/efavirenz (700 mg b.i.d./100 mg b.i.d./600 mg q.d.)	Ingen klinisk signifikant farmakokinetisk interaksjon.	Atripla og fosamprenavir/ritonavir kan gis samtidig uten dosejustering. Se seksjonen om ritonavir nedenfor.
Fosamprenavir/ritonavir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Fosamprenavir/ritonavir/tenofoviridisoproksilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Indinavir/efavirenz (800 mg q8h/200 mg q.d.)	Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Indinavir: AUC: ↓ 31 % (↓ 8 til ↓ 47) C _{min} : ↓ 40 % En tilsvarende reduksjon i eksponering overfor indinavir ble observert da indinavir 1000 mg q8h ble gitt sammen med efavirenz 600 mg q.d. (CYP3A4 induksjon) For samtidig administrering av efavirenz og lavdose ritonavir i kombinasjon med en proteasehemmer, se avsnittet om ritonavir nedenfor.	Det foreligger ikke tilstrekkelige data til å gi en doseringsanbefaling for indinavir i kombinasjon med Atripla. Fordi den kliniske signifikansen av redusert indinavir-konsentrasjon ikke er fastlagt, må det tas hensyn til størrelsen av den observerte farmakokinetiske interaksjonen når det velges et regime som inneholder både efavirenz, som er et av innholdsstoffene i Atripla, og indinavir.
Indinavir/emtricitabin (800 mg q8h/200 mg q.d.)	Indinavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Emtricitabin: AUC: ↔ C _{max} : ↔	
Indinavir/tenofoviridisoproksilfumarat (800 mg q8h/300 mg q.d.)	Indinavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir: AUC: ↔ C _{max} : ↔	
Lopinavir/ritonavir/tenofoviridisoproksilfumarat (400 mg b.i.d./100 mg b.i.d./300 mg q.d.)	Lopinavir/ritonavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↑ 32 % (↑ 25 til ↑ 38) C _{max} : ↔ C _{min} : ↑ 51 % (↑ 37 til ↑ 66) Høyere konsentrasjon av tenofovir kan forsterke bivirkninger knyttet til tenofovir, inkludert nyresykdom.	Det foreligger ikke tilstrekkelige data til å gi en doseringsanbefaling for lopinavir/ritonavir i kombinasjon med Atripla. Samtidig administrering av lopinavir/ritonavir og Atripla anbefales ikke.

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoproksil- fumarat 300 mg)
<p>Lopinavir/ritonavir mykekapsler eller mikstur/efavirenz</p> <p>Lopinavir/ritonavir tablett/efavirenz (400/100 mg b.i.d./600 mg q.d.)</p> <p>(500/125 mg b.i.d./600 mg q.d.)</p>	<p>Betydelig reduksjon i eksponeringen for lopinavir og nødvendiggjorde dosejustering av lopinavir/ritonavir. Lopinavir/ritonavir 533/133 mg (mykekapsler) to ganger daglig i kombinasjon med efavirenz og to NRTI, ga samme plasmakonsentrasjoner av lopinavir som lopinavir/ritonavir (mykekapsler) 400/100 mg to ganger daglig uten efavirenz (historiske data).</p> <p>Lopinavirkonsentrasjoner: ↓ 30-40 %</p> <p>Lopinavirkonsentrasjoner: tilsvarende 400/100 mg to ganger daglig uten efavirenz. Dosejustering av lopinavir/ritonavir er nødvendig når det gis sammen med efavirenz. For samtidig administrering av efavirenz og lavdose ritonavir i kombinasjon med en proteasehemmer, se avsnittet om ritonavir nedenfor.</p>	
Lopinavir/ritonavir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Ritonavir/efavirenz (500 mg b.i.d./600 mg q.d.)	<p>Ritonavir:</p> <p>Morgen AUC: ↑ 18 % (↑ 6 til ↑ 33)</p> <p>Kveld AUC: ↔</p> <p>Morgen C_{max}: ↑ 24 % (↑ 12 til ↑ 38)</p> <p>Kveld C_{max}: ↔</p> <p>Morgeng C_{min}: ↑ 42 % (↑ 9 til ↑ 86)</p> <p>Kveld C_{min}: ↑ 24 % (↑ 3 til ↑ 50)</p> <p>Efavirenz:</p> <p>AUC: ↑ 21 % (↑ 10 til ↑ 34)</p> <p>C_{max}: ↑ 14 % (↑ 4 til ↑ 26)</p> <p>C_{min}: ↑ 25 % (↑ 7 til ↑ 46)</p> <p>(hemming av CYP-mediert oksidativ metabolisme)</p> <p>Kombinasjonen av efavirenz og ritonavir 500 mg eller 600 mg to ganger daglig ble ikke godt tolerert (for eksempel forekom svimmelhet, kvalme, parestesier og forhøyede leverenzymmer). Tilstrekkelige data om tolerabiliteten av efavirenz gitt sammen med lavdose ritonavir (100 mg en eller to ganger daglig) er ikke tilgjengelig.</p>	Samtidig administrering av ritonavir i doser på 600 mg og Atripla anbefales ikke. Når Atripla brukes med lavdose ritonavir, bør man på grunn av mulig farmakodynamisk interaksjon ta i betraktning muligheten for økt forekomst av bivirkninger knyttet til efavirenz.
Ritonavir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Ritonavir/tenofoviridisoproksil-fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Sakinavir/ritonavir/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt. For samtidig administrering av efavirenz og lavdose ritonavir i kombinasjon med en proteasehemmer, se avsnittet om ritonavir ovenfor.	Det finnes ikke tilstrekkelige data til å kunne gi en doseringsanbefaling for sakonavir/ritonavir når det

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C_{max}, C_{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosil- fumarat 300 mg)
Sakinavir/ritonavir/tenofoviridisoprosilfumarat	Det fantes ikke klinisk signifikante farmakokinetiske interaksjoner ved samtidig administrering av tenofoviridisoprosilfumarat med ritonavir forsterket sakinavir.	gis sammen med Atripla. Samtidig administrering av sakinavir/ritonavir og Atripla anbefales ikke. Bruk av Atripla i kombinasjon med sakinavir som den eneste proteasehemmeren anbefales ikke.
Sakinavir/ritonavir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
CCR5-antagonist		
Maraviroc/efavirenz (100 mg b.i.d./600 mg q.d.)	Maraviroc: AUC _{12t} : ↓ 45 % (↓ 38 til ↓ 51) C _{max} : ↓ 51 % (↓ 37 til ↓ 62) Efavirenz konsentrasjoner er ikke målt, ingen effekt er forventet.	Se preparatomtalen (SPC) for legemidlet som inneholder maraviroc.
Maraviroc/tenofoviridisoprosilfumarat (300 mg b.i.d./300 mg q.d.)	Maraviroc: AUC _{12t} : ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir konsentrasjoner er ikke målt, ingen effekt er forventet.	
Maraviroc/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Hemmer av overføring av integrasetråd		
Raltegravir/efavirenz (400 mg enkelt dose/-)	Raltegravir: AUC: ↓ 36 % C _{12t} : ↓ 21 % C _{max} : ↓ 36 % (UGT1A1 induksjon)	Atripla og raltegravir kan gis samtidig uten dosejustering.
Raltegravir/tenofoviridisoprosilfumarat (400 mg b.i.d./-)	Raltegravir: AUC: ↑ 49 % C _{12t} : ↑ 3 % C _{max} : ↑ 64 % (interaksjonsmekanismen er ikke kjent) Tenofovir: AUC: ↓ 10 % C _{12t} : ↓ 13 % C _{max} : ↓ 23 %	
Raltegravir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
NRTI og NNRTI		
NRTI/efavirenz	Spesifikke interaksjonsstudier er ikke utført med efavirenz og andre NRTI enn lamivudin, zidovudin og tenofoviridisoprosilfumarat. Klinisk signifikante interaksjoner er ikke funnet og forventes ikke siden NRTI metaboliseres på annen måte enn efavirenz og sannsynligvis ikke vil konkurrere om de samme metabolske systemene og eliminasjonsmåtene.	På grunn av likheten mellom lamivudin og emtricitabin, et av innholdsstoffene i Atripla, bør ikke Atripla gis samtidig med lamivudin (se pkt. 4.4).
NNRTI/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt.	Siden det ikke er vist fordeler med hensyn på effekt og sikkerhet ved bruk av to NNRTI, anbefales ikke bruk av Atripla sammen med en annen NNRTI.

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosilfumarat 300 mg)
Didanosin/tenofoviridisoprosilfumarat	Samtidig administrering av tenofoviridisoprosilfumarat og didanosin førte til en 40-60 % økning i systemisk eksponering for didanosin som kan øke risikoen for didanosin-relaterte bivirkninger. Det er rapportert sjeldne tilfeller av pankreatitt og laktatacidose, noen ganger dødelig. Samtidig administrering av tenofoviridisoprosilfumarat og didanosin i en dose på 400 mg daglig er knyttet til signifikant nedgang i antall CD4-celler, muligens på grunn av en intracellulær interaksjon som gir økning i fosforylert (d.v.s. aktiv) didanosin. En redusert dose på 250 mg didanosin gitt samtidig med tenofoviridisoprosilfumarat er blitt knyttet til rapporter om høy forekomst av virologisk svikt for flere testede kombinasjoner.	Samtidig administrering av Atripla og didanosin anbefales ikke (se pkt. 4.4).
Didanosin/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt	
Didanosin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt	
Antivirale midler mot hepatitt C		
Boceprevir/efavirenz (800 mg q8h/600 mg q.d.)	Boceprevir: AUC: ↔ 19 %* C _{max} : ↔ 8 % C _{min} : ↓ 44 % Efavirenz: AUC: ↔ 20 % C _{max} : ↔ 11 % (CYP3A4-induksjon – effekt på boceprevir) *0-8 timer Ingen effekt (↔) tilsvarer en reduksjon i estimert gjennomsnittsratio på ≤ 20 % eller en økning i estimert gjennomsnittsratio på ≤ 25 %.	Bunnivå av plasmakonsentrasjon for boceprevir ble redusert ved samtidig administrering med efavirenz, en komponent i Atripla. Det kliniske utfallet av denne observerte reduksjonen av bunnkonsentrasjonen av boceprevir har ikke blitt direkte evaluert.

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosil- fumarat 300 mg)
Sofosbuvir/velpatasvir (400 mg/100 mg q.d.) + efavirenz/emtricitabin/ tenofoviridisoprosilfumarat (600 mg/200 mg/300 mg q.d.)	Sofosbuvir: AUC: ↔ C _{max} : ↑ 38 % (↑ 14 til ↑ 67) GS-331007 ¹ : AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Velpatasvir: AUC: ↓ 53 % (↓ 61 til ↓ 43) C _{max} : ↓ 47 % (↓ 57 til ↓ 36) C _{min} : ↓ 57 % (↓ 64 til ↓ 48) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Emtricitabin: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↑ 81 % (↑ 68 til ↑ 94) C _{max} : ↑ 77 % (↑ 53 til ↑ 104) C _{min} : ↑ 121 % (↑ 100 til ↑ 143)	Samtidig administrering av Atripla og sofosbuvir/velpatasvir forventes å redusere plasmakonsentrasjonen av velpatasvir. Samtidig administrering av Atripla og sofosbuvir/velpatasvir anbefales ikke (se pkt. 4.4).
Ledipasvir/sofosbuvir (90 mg/400 mg q.d.) + Efavirenz/emtricitabin/ tenofoviridisoprosilfumarat (600 mg/200 mg/300 mg q.d.)	Ledipasvir: AUC: ↓ 34 % (↓ 41 til ↓ 25) C _{max} : ↓ 34 % (↓ 41 til ↑ 25) C _{min} : ↓ 34 % (↓ 43 til ↑ 24) Sofosbuvir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ GS-331007 ¹ : AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Emtricitabin: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↑ 98 % (↑ 77 til ↑ 123) C _{max} : ↑ 79 % (↑ 56 til ↑ 104) C _{min} : ↑ 163 % (↑ 137 til ↑ 197)	Ingen dosejustering er anbefalt. Økt eksponering for tenofovir kan muligens potensierte bivirkninger relatert tiltenofoviridisoprosilfumarat, inkludert nyresykdommer. Nyrefunksjonen skal overvåkes nøye (se pkt. 4.4).

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosil- fumarat 300 mg)
Sofosbuvir (400 mg q.d.) + Efavirenz/emtricitabin/ tenofoviridisoprosilfumarat (600 mg/200 mg/300 mg q.d.)	Sofosbuvir: AUC: ↔ C _{max} : ↓ 19 % (↓ 40 til ↑ 10) GS-331007 ¹ : AUC: ↔ C _{max} : ↓ 23 % (↓ 30 til ↑ 16) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Emtricitabin: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↔ C _{max} : ↑ 25 % (↑ 8 til ↑ 45) C _{min} : ↔	Atripla og sofosbuvir kan administreres samtidig uten dosejustering.
Telaprevir/efavirenz (1125 mg q8h/600 mg q.d.)	Telaprevir (i forhold til 750 mg q8h): AUC: ↓ 18 % (↓ 8 til ↓ 27) C _{max} : ↓ 14 % (↓ 3 til ↓ 24) C _{min} : ↓ 25 % (↓ 14 til ↓ 34) Efavirenz: AUC: ↓ 18 % (↓ 10 til ↓ 26) C _{max} : ↓ 24 % (↓ 15 til ↓ 32) C _{min} : ↓ 10 % (↑ 1 til ↓ 19) (CYP3A-induksjon av efavirenz)	Hvis Atripla og telaprevir gis samtidig, bør doseringen av telaprevir være 1125 mg q8h.
Simeprevir/efavirenz (150 mg q.d./600 mg q.d.)	Simeprevir: AUC: ↓ 71 % (↓ 67 til ↓ 74) C _{max} : ↓ 51 % (↓ 46 til ↓ 56) C _{min} : ↓ 91 % (↓ 88 til ↓ 92) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Ingen effekt (↔) tilsvarer en reduksjon i estimert gjennomsnittsratio på ≤ 20 % eller en økning i estimert gjennomsnittsratio på ≤ 25 %. (CYP3A4 induksjon)	Samtidig administrering av simeprevir og efavirenz, en komponent i Atripla, resulterte i en signifikant reduksjon i plasmakonsentrasjoner av simeprevir på grunn av CYP3A-induksjon av efavirenz, noe som kan føre til tap av terapeutisk effekt av simeprevir. Samtidig administrering med simeprevir og Atripla anbefales ikke.
Simeprevir/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt. Klinisk signifikante interaksjoner er ikke forventet siden simeprevir og emtricitabin elimineres via ulike baner.	
Simeprevir/tenofoviridisoprosil- fumarat (150 mg q.d./300 mg q.d.)	Simeprevir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Ingen effekt (↔) tilsvarer en reduksjon i estimert gjennomsnittsratio på ≤ 20 % eller en økning i estimert gjennomsnittsratio på ≤ 25 %.	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoproksil- fumarat 300 mg)
Antibiotika		
Klaritromycin/efavirenz (500 mg b.i.d./400 mg q.d.)	Klaritromycin: AUC: ↓ 39 % (↓ 30 til ↓ 46) C _{max} : ↓ 26 % (↓ 15 til ↓ 35) Klaritromycin 14-hydroksymetabolitt: AUC: ↑ 34 % (↑ 18 til ↑ 53) C _{max} : ↑ 49 % (↑ 32 til ↑ 69) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↑ 11 % (↑ 3 til ↑ 19) (CYP3A4-induksjon) Kløe ble sett hos 46 % av ikke-infiserte frivillige som fikk efavirenz og klaritromycin.	Den kliniske signifikansen av disse endringene i plasmanivåene for klaritromycin er ikke kjent. Alternativer til klaritromycin (f. eks. azitromycin) kan vurderes. Andre makrolidantibiotika, som for eksempel erytromycin, er ikke undersøkt i kombinasjon med Atripla.
Klaritromycin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Klaritromycin/ tenofoviridisoproksilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Antimykobakterielle midler		
Rifabutin/efavirenz (300 mg q.d./600 mg q.d.)	Rifabutin: AUC: ↓ 38 % (↓ 28 til ↓ 47) C _{max} : ↓ 32 % (↓ 15 til ↓ 46) C _{min} : ↓ 45 % (↓ 31 til ↓ 56) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↓ 12 % (↓ 24 til ↑ 1) (CYP3A4-induksjon)	Daglig dose rifabutin bør økes med 50 % når den gis sammen med Atripla. Dobling av rifabutindosen bør overveies i regimer hvor rifabutin gis 2 eller 3 ganger i uken i kombinasjon med Atripla. Den kliniske effekten av denne dosejusteringen er ikke tilstrekkelig evaluert.
Rifabutin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Rifabutin/tenofoviridisoproksil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	Individuell tolerabilitet og virologisk respons bør tas i betraktning når dosen justeres (se pkt. 5.2).
Rifampicin/efavirenz (600 mg q.d./600 mg q.d.)	Efavirenz: AUC: ↓ 26 % (↓ 15 til ↓ 36) C _{max} : ↓ 20 % (↓ 11 til ↓ 28) C _{min} : ↓ 32 % (↓ 15 til ↓ 46) (CYP3A4-og CYP2B6-induksjon)	Når Atripla tas sammen med rifampicin hos pasienter som veier 50 kg eller mer, kan en tilleggsdose av efavirenz på 200 mg/dag (800 mg totalt) gi samme eksponering som en daglig efavirenzdose på 600 mg tatt uten rifampicin.
Rifampicin/tenofoviridisoproksil- fumarat (600 mg q.d./300 mg q.d.)	Rifampicin: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir: AUC: ↔ C _{max} : ↔	Den kliniske effekten av denne dosejusteringen er ikke tilstrekkelig evaluert.
Rifampicin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	Individuell tolerabilitet og virologisk respons bør tas i betraktning når dosen justeres (se pkt. 5.2). Ingen dosejustering av rifampicin anbefales når det gis sammen med Atripla.

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosil- fumarat 300 mg)
Antimykotika		
Itrakonazol/efavirenz (200 mg b.i.d./600 mg q.d.)	Itrakonazol: AUC: ↓ 39 % (↓ 21 til ↓ 53) C _{max} : ↓ 37 % (↓ 20 til ↓ 51) C _{min} : ↓ 44 % (↓ 27 til ↓ 58) (reduksjon av itraconazol-konsentrasjonene: CYP3A4-induksjon) Hydroksyitraconazol: AUC: ↓ 37 % (↓ 14 til ↓ 55) C _{max} : ↓ 35 % (↓ 12 til ↓ 52) C _{min} : ↓ 43 % (↓ 18 til ↓ 60) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	Siden det ikke kan gis noen doseringsanbefaling for itraconazol når det brukes sammen med Atripla, bør en alternativ antimykotisk behandling overveies.
Itrakonazol/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Itrakonazol/tenofoviridisoprosil-fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Posakonazol/efavirenz (-/400 mg q.d.)	Posakonazol: AUC: ↓ 50 % C _{max} : ↓ 45 % (UDP-G induksjon)	Samtidig bruk av posaconazol og Atripla bør unngås med mindre fordelene for pasienten oppveier risikoen.
Posakonazol/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Posakonazol/tenofoviridisoprosil fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Vorikonazol/efavirenz (200 mg b.i.d./400 mg q.d.)	Vorikonazol: AUC: ↓ 77 % C _{max} : ↓ 61 % Efavirenz: AUC: ↑ 44 % C _{max} : ↑ 38 % (kompetitiv hemming av oksidativ metabolisme) Samtidig administrering av standarddoser efavirenz og vorikonazol er kontraindisert (se pkt. 4.3).	Siden Atripla er et kombinasjonspreparat med fast dose kan dosen av efavirenz ikke endres. Vorikonazol og Atripla må derfor ikke gis samtidig.
Vorikonazol/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Vorikonazol/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Antimalariamidler		
Artemeter/lumefantrin/efavirenz (20/120 mg tablett, 6 doser à 4 tabletter hver over 3 dager/600 mg q.d.)	Artemeter: AUC: ↓ 51 % C _{max} : ↓ 21 % Dihydroartemisinin (aktiv metabolitt): AUC: ↓ 46 % C _{max} : ↓ 38 % Lumefantrin: AUC: ↓ 21 % C _{max} : ↔ Efavirenz: AUC: ↓ 17 % C _{max} : ↔ (CYP3A4-induksjon)	Ettersom reduserte konsentrasjoner av artemeter, dihydroartemisinin eller lumefantrin kan resultere i en reduksjon i effekten av antimalariamiddelet, er det anbefalt å utvise forsiktighet når Atripla og artemeter/lumefantrin-tabletter gis samtidig.
Artemeter/lumefantrin/ emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C_{max}, C_{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosilfumarat 300 mg)
Artemeter/lumefantrin/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Atovakon og proguanilhydroklorid/efavirenz (250/100 mg enkelt dose /600 mg q.d.)	Atovakon: AUC: ↓ 75 % (↓ 62 til ↓ 84) C _{max} : ↓ 44 % (↓ 20 til ↓ 61) Proguanil: AUC: ↓ 43 % (↓ 7 til ↓ 65) C _{max} : ↔	Samtidig administrering av atovakon/proguanil og Atripla bør unngås når det er mulig.
Atovakon og proguanilhydroklorid/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Atovakon og proguanilhydroklorid/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
ANTIKONVULSIVE MIDLER		
Karbamazepin/efavirenz (400 mg q.d./600 mg q.d.)	Karbamazepin: AUC: ↓ 27 % (↓ 20 til ↓ 33) C _{max} : ↓ 20 % (↓ 15 til ↓ 24) C _{min} : ↓ 35 % (↓ 24 til ↓ 44) Efavirenz: AUC: ↓ 36 % (↓ 32 til ↓ 40) C _{max} : ↓ 21 % (↓ 15 til ↓ 26) C _{min} : ↓ 47 % (↓ 41 til ↓ 53) (reduksjon i karbamazepinkonsentrasjonene: CYP3A4-induksjon; reduksjon i efavirenz- konsentrasjonene: CYP3A4-og CYP2B6- induksjon) Samtidig administrering av høyere doser av enten efavirenz eller karbamazepin er ikke undersøkt.	Det kan ikke gis noen doseringsanbefaling for bruk av Atripla sammen med karbamazepin. Et alternativt antikonvulsivt middel bør overveies. Plasmanivåene av karbamazepin bør monitoreres periodisk.
Karbamazepin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Karbamazepin/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Fenytoin, fenobarbital og andre antikonvulsive midler som er substrat for CYP-isozymer	Interaksjon med efavirenz, emtricitabin eller tenofoviridisoprosilfumarat er ikke undersøkt. Det er mulighet for reduksjon eller økning av plasmakonsentrasjonene av fenytoin, fenobarbital og andre antikonvulsive midler som er substrat av CYP-isozymer, når de gis sammen med efavirenz.	Når Atripla gis samtidig med antikonvulsive midler som er substrat for CYP- isozymer, bør det foretas periodisk monitorering av nivåene av de antikonvulsive midlene.
Valproinsyre/efavirenz (250 mg b.i.d./600 mg q.d.)	Ingen klinisk signifikant effekt på farmakokinetikken til efavirenz. Begrensede data antyder ingen klinisk signifikant effekt på farmakokinetikken til valproinsyre.	Atripla og valproinsyre kan gis samtidig uten dosejustering. Pasienter bør monitoreres for krampefall.
Valproinsyre/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Valproinsyre/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Vigabatrin/efavirenz Gabapentin/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt. Klinisk signifikante interaksjoner er ikke forventet siden vigabatrin og gabapentin kun elimineres uendret i urinen og det ikke er sannsynlig at de konkurrerer om de samme metabolske enzymene og eliminasjonsbanene som efavirenz.	Atripla og vigabatrin eller gabapentin kan gis samtidig uten dosejustering.

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C_{max}, C_{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosil- fumarat 300 mg)
Vigabatin/emtricitabin Gabapentin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Vigabatin/tenofoviridisoprosil- fumarat Gabapentin/tenofoviridisoprosil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
ANTIKOAGULERENDE MIDLER		
Warfarin/efavirenz Acenokumarol/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt. Plasmakonsentrasjonene og effekten av warfarin eller acenokumarol kan potensielt økes eller senkes av efavirenz.	Dosejustering av warfarin eller acenokumarol kan være påkrevet når det gis sammen med Atripla.
ANTIDEPRESSIVE MIDLER		
Selektive serotoninreopptaks-hemmere (SSRIs)		
Sertralin/efavirenz (50 mg q.d./600 mg q.d.)	Sertralin: AUC: ↓ 39 % (↓ 27 til ↓ 50) C _{max} : ↓ 29 % (↓ 15 til ↓ 40) C _{min} : ↓ 46 % (↓ 31 til ↓ 58) Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↑ 11 % (↑ 6 til ↑ 16) C _{min} : ↔ (CYP3A4-induksjon)	Når sertralin gis sammen med Atripla, bør økninger av sertralindosen styres av klinisk respons
Sertralin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Sertralin/tenofoviridisoprosil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Paroxetin/efavirenz (20 mg q.d./600 mg q.d.)	Paroxetin: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Efavirenz: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	Atripla og paroxetin kan gis samtidig uten dosejustering.
Paroxetin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Paroxetin/tenofoviridisoprosil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Fluoxetin/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt. Siden fluoxetin har tilsvarende metabolsk profil som paroxetin, d.v.s. en sterk CYP2D6- hemmende effekt, forventes heller ingen interaksjon med fluoxetin.	Atripla og fluoxetin kan gis samtidig uten dosejustering.
Fluoxetin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Fluoxetin/tenofoviridisoprosil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Norfenefrin og dopaminereopptaks-hemmere		
Bupropion/efavirenz [150 mg enkelt dose (forsinket frisetting)/600 mg q.d.]	Bupropion: AUC: ↓ 55 % (↓ 48 til ↓ 62) C _{max} : ↓ 34 % (↓ 21 til ↓ 47) Hydroksybupropion: AUC: ↔ C _{max} : ↑ 50 % (↑ 20 til ↑ 80) (CYP2B6-induksjon)	Økning i bupropiondosen bør styres av klinisk respons, men den høyest anbefalte dosen av bupropion bør ikke overstiges. Ingen dosejustering er nødvendig for efavirenz.
Bupropion/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Bupropion/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosil- fumarat 300 mg)
KARDIOVASKULÆRE MIDLER		
Kalsiumkanalblokkere		
Diltiazem/efavirenz (240 mg q.d./600 mg q.d.)	Diltiazem: AUC: ↓ 69 % (↓ 55 til ↓ 79) C _{max} : ↓ 60 % (↓ 50 til ↓ 68) C _{min} : ↓ 63 % (↓ 44 til ↓ 75) Desacetyl diltiazem: AUC: ↓ 75 % (↓ 59 til ↓ 84) C _{max} : ↓ 64 % (↓ 57 til ↓ 69) C _{min} : ↓ 62 % (↓ 44 til ↓ 75) N-monodesmetyl diltiazem: AUC: ↓ 37 % (↓ 17 til ↓ 52) C _{max} : ↓ 28 % (↓ 7 til ↓ 44) C _{min} : ↓ 37 % (↓ 17 til ↓ 52) Efavirenz: AUC: ↑ 11 % (↑ 5 til ↑ 18) C _{max} : ↑ 16 % (↑ 6 til ↑ 26) C _{min} : ↑ 13 % (↑ 1 til ↑ 26) (CYP3A4-induksjon) Økningen i de farmakokinetiske parametrene for efavirenz er ikke ansett å være klinisk signifikant.	Når diltiazem gis sammen med Atripla, bør justering av diltiazemdosen styres av den kliniske responsen (se preparatomtalen (SPC) for diltiazem).
Diltiazem/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Diltiazem/tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Verapamil, felodipin, nifedipin og nikardipin	Interaksjonen med efavirenz, emtricitabin eller tenofoviridisoprosilfumarat er ikke undersøkt. Når efavirenz gis sammen med en kalsiumkanalblokker som er et substrat for CYP3A4 enzymet, foreligger det en mulighet for reduksjon av plasmakonsentrasjonene av kalsiumkanalblokkeren.	Når en kalsiumkanalblokker gis samtidig med Atripla, bør justering av dosen av kalsiumkanalblokkeren styres av den kliniske responsen (se preparatomtalen (SPC) for kalsiumkanalblokkeren).
LIPIDSENKENDE LEGEMIDLER		
HMG Co-A reduktasehemmere		
Atorvastatin/efavirenz (10 mg q.d./600 mg q.d.)	Atorvastatin: AUC: ↓ 43 % (↓ 34 til ↓ 50) C _{max} : ↓ 12 % (↓ 1 til ↓ 26) 2-hydroksyatorvastatin: AUC: ↓ 35 % (↓ 13 til ↓ 40) C _{max} : ↓ 13 % (↓ 0 til ↓ 23) 4-hydroksyatorvastatin: AUC: ↓ 4 % (↓ 0 til ↓ 31) C _{max} : ↓ 47 % (↓ 9 til ↓ 51) Totalt aktiv HMG Co-A reduktasehemmer: AUC: ↓ 34 % (↓ 21 til ↓ 41) C _{max} : ↓ 20 % (↓ 2 til ↓ 26)	Kolesterolnivåene bør monitoreres periodisk. Dosejusteringer av atorvastatin kan være påkrevet når det gis sammen med Atripla (se preparatomtalen (SPC) for atorvastatin).
Atorvastatin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Atorvastatin/tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Pravastatin/efavirenz (40 mg q.d./600 mg q.d.)	Pravastatin: AUC: ↓ 40 % (↓ 26 til ↓ 57) C _{max} : ↓ 18 % (↓ 59 til ↑ 12)	Kolesterolnivåene bør monitoreres periodisk. Dosejusteringer av pravastatin kan være
Pravastatin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C_{max}, C_{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoproksil- fumarat 300 mg)
Pravastatin/tenofoviridisoproksil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	påkrevet når det gis sammen med Atripla (se preparatomtalen (SPC) for pravastatin).
Simvastatin/efavirenz (40 mg q.d./600 mg q.d.)	Simvastatin: AUC: ↓ 69 % (↓ 62 til ↓ 73) C _{max} : ↓ 76 % (↓ 63 til ↓ 79) Simvastatinsyre: AUC: ↓ 58 % (↓ 39 til ↓ 68) C _{max} : ↓ 51 % (↓ 32 til ↓ 58) Totalt aktive HMG Co-A reduktase- hemmere: AUC: ↓ 60 % (↓ 52 til ↓ 68) C _{max} : ↓ 62 % (↓ 55 til ↓ 78) (CYP3A4-induksjon) Samtidig administrering av efavirenz og atorvastatin, pravastatin eller simvastatin påvirket ikke verdiene av AUC eller C _{max} for efavirenz.	Kolesterolnivåene bør monitoreres periodisk. Dosejusteringer av simvastatin kan være påkrevet når det gis sammen med Atripla (se preparatomtalen (SPC) for simvastatin).
Simvastatin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Simvastatin/tenofoviridisoproksil- fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Rosuvastatin/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt. Rosuvastatin utskilles hovedsakelig uendret via fæces, derfor er ikke en interaksjon med efavirenz forventet.	Atripla og rosuvastatin kan gis samtidig uten dosejustering.
Rosuvastatin/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Rosuvastatin/tenofoviridisoproksil fumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
HORMONELLE ANTIKONSEPSJONSMIDLER		
Oral: Etinyløstradiol+norgestimat/ efavirenz (0,035 mg+0,25 mg q.d./ 600 mg q.d.)	Etinyløstradiol: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↓ 8 % (↑ 14 til ↓ 25) Norelgestromin (aktiv metabolitt): AUC: ↓ 64 % (↓ 62 til ↓ 67) C _{max} : ↓ 46 % (↓ 39 til ↓ 52) C _{min} : ↓ 82 % (↓ 79 til ↓ 85) Levonorgestrel (aktiv metabolitt): AUC: ↓ 83 % (↓ 79 til ↓ 87) C _{max} : ↓ 80 % (↓ 77 til ↓ 83) C _{min} : ↓ 86 % (↓ 80 til ↓ 90) (induksjon av metabolisme) Efavirenz: Ingen klinisk signifikant interaksjon. Den kliniske signifikansen av disse effektene er ikke kjent.	En pålitelig barrieremetode må benyttes som prevensjon i tillegg til hormonelle anti- konsepsjonsmidler (se pkt. 4.6).
Etinyløstradiol/tenofovir- disoproksilfumarat (-/300 mg q.d.)	Etinyløstradiol: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir: AUC: ↔ C _{max} : ↔	
Norgestimat/etinyløstradiol/ emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoprosilfumarat 300 mg)
Injeksjon: Depomedroksyprogesteronacetat (DMPA)/efavirenz (150 mg IM enkelt dose DMPA)	I en 3 måneders interaksjonsstudie ble ingen signifikante forskjeller i MPA-farmakokinetiske parametre funnet mellom pasienter som mottok antiretroviralbehandling som inneholdt efavirenz og pasienter som ikke mottok antiretroviralbehandling. Lignende resultater ble funnet av andre utprøvere, selv om MPA-plasmanivåene var mer variable i den andre studien. I begge studiene forble progesteronplasmanivåene lave hos pasienter som mottok efavirenz og DMPA, noe som samsvarer med supresjon av eggløsningen.	På grunn av den begrensede informasjonen som er tilgjengelig må en pålitelig barrieremetode benyttes som prevensjon i tillegg til hormonelle antikonsepsjonsmidler (se pkt. 4.6).
DMPA/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
DMPA/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Implantat: Etonogestrel/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt. Nedsatt eksponering for etonogestrel kan forventes (CYP3A4-induksjon). Det har vært enkelte rapporter etter markedsføring om svikt av antikonsepsjonsmidler med etonogestrel hos efavirenz-eksponerte pasienter.	En pålitelig barrieremetode må benyttes som prevensjon i tillegg til hormonelle antikonsepsjonsmidler (se pkt. 4.6).
Etonogestrel/ tenofoviridisoprosilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Etonogestrel/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
IMMUNSUPPRESSIVA		
Immunsuppressive midler som metaboliseres av CYP3A4 (f. eks. cyklosporin, tacrolimus, sirolimus)/efavirenz	Interaksjonen er ikke undersøkt ↓ eksponering for immunsuppressive midler kan forventes (CYP3A4-induksjon). Disse immunsuppressive midlene forventes ikke å påvirke eksponering for efavirenz.	Justering av dosen av det immunsuppressive midlet kan være nødvendig. Grundig overvåkning av konsentrasjonene av immunsuppressivt middel i minst to uker (til stabile konsentrasjoner nås) anbefales når behandling med Atripla påbegynnes eller avsluttes.
Tacrolimus/emtricitabin/ tenofoviridisoprosilfumarat (0,1 mg/kg q.d./200 mg/ 300 mg q.d.)	Tacrolimus: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{24h} : ↔ Emtricitabin: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{24h} : ↔ Tenofoviridisoprosilfumarat: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{24h} : ↔	

Legemidler inndelt etter terapeutisk område	Nivå som gir effekt på legemidler Gjennomsnittlig prosentvis endring i AUC, C _{max} , C _{min} med 90 % konfidensintervaller der dette er tilgjengelig (mekanisme)	Anbefaling ved samtidig administrering med Atripla (efavirenz 600 mg, emtricitabin 200 mg, tenofoviridisoproksil- fumarat 300 mg)
OPIOIDER		
Metadon/efavirenz (35-100 mg q.d./600 mg q.d.)	Metadon: AUC: ↓ 52 % (↓ 33 til ↓ 66) C _{max} : ↓ 45 % (↓ 25 til ↓ 59) (CYP3A4-induksjon) I en studie hos HIV-infiserte brukere av intravenøse preparater førte samtidig inntak av efavirenz og metadon til reduserte plasmanivåer av metadon og tegn på opiatabstinens. Metadondosen ble økt med gjennomsnittlig 22 % for å redusere abstinenssymptomene.	Pasienter som får metadon og Atripla samtidig, bør monitoreres med tanke på tegn på abstinens, og metadondosen økes ved behov for å redusere abstinenssymptomene.
Metadon/ tenofoviridisoproksilfumarat (40-110 mg q.d./300 mg q.d.)	Metadon: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	
Metadon/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Buprenorfin/nalokson/efavirenz	Buprenorfin: AUC: ↓ 50 % Norbuprenorfin: AUC: ↓ 71 % Efavirenz: Ingen klinisk signifikant farmakokinetisk interaksjon.	Til tross for økningen av buprenorfineksponering, viste ingen pasienter abstinenssymptomer. Dosejustering av buprenorfin er muligens ikke påkrevet når det gis sammen med Atripla.
Buprenorfin/nalokson/emtricitabin	Interaksjonen er ikke undersøkt.	
Buprenorfin/nalokson/tenofovir- disoproksilfumarat	Interaksjonen er ikke undersøkt.	

¹ Den dominerende sirkulerende metabolitten til sofosbuvir.

Studier utført med andre legemidler

Det var ingen klinisk signifikante interaksjoner når efavirenz ble administrert sammen med azitromycin, cetirizin, fosamprenavir/ritonavir, lorazepam, nelfinavir, zidovudin, antacida med innhold av aluminium/magnesiumhydroksid, famotidin eller flukonazol. Potensialet for interaksjoner mellom efavirenz og andre soppmidler av azoltypen, f. eks. ketokonazol, er ikke undersøkt.

Det var ingen klinisk signifikante farmakokinetiske interaksjoner når efavirenz ble administrert sammen med stavudin, zidovudin eller famciklovir. Det var ingen klinisk signifikante farmakokinetiske interaksjoner når tenofoviridisoproksilfumarat ble administrert samtidig med emtricitabin, nelfinavir eller ribavirin.

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Fertile kvinner (se nedenfor og pkt. 5.3)

Graviditet bør unngås hos kvinner som får Atripla. Fertile kvinner bør ta en graviditetstest før behandling med Atripla startes opp.

Prevensjon hos menn og kvinner

Barriereprevensjon må alltid benyttes sammen med annen form for prevensjon (f.eks. p-piller eller annen hormonell prevensjon, se pkt. 4.5) ved behandling med Atripla. På grunn av den lange halveringstiden for efavirenz anbefales bruk av tilstrekkelige prevensjon i 12 uker etter seponering av Atripla.

Graviditet

Efavirenz: Det har tilsammen vært syv retrospektive rapporter om funn som stemmer overens med nevrالرrørdefekter, inkludert meningomyelocele, alle hos mødre som hadde vært eksponert for behandlingsregimer som inneholdt efavirenz i første trimester (ekskludert eventuelle efavirenz-inneholdende kombinasjonstabletter med fast dose). Ytterligere to tilfeller (1 prospektiv og 1 retrospektiv) inkludert hendelser forenlig med nevrالرrørdefekter er rapportert med kombinasjonstabletten med fast dose efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat. En årsakssammenheng mellom disse tilfellene og bruk av efavirenz ikke er fastslått, og fellesnevneren er ukjent. Ettersom en nevrالرrørdefekt oppstår iløpet av de 4 første ukene av fosterets utvikling (etter dette tidspunktet har nevrالرrørene lukket seg), vil denne potensielle risikoen gjelde kvinner som er eksponert for efavirenz iløpet av første trimester av en graviditet.

Pr. juli 2013 har det antiretrovirale graviditetsregisteret (*Antiretroviral Pregnancy Registry*) mottatt prospektive rapporter om 904 svangerskap, der mor har vært eksponert for efavirenz-inneholdende behandlingsregimer i første trimester, som resulterte i 766 levende fødsler. Ett barn ble rapportert med en nevrالرrørdefekt. Frekvensen og typen av andre fødselsdefekter lignet de som ble sett hos barn som har vært eksponert for behandlingsregimer som ikke inneholder efavirenz, og hos de i den HIV-negative kontrollen. Forekomsten av nevrالرrørdefekter i den generelle populasjonen er i området 0,5-1 tilfelle per 1000 levende fødsler.

Misdannelser har vært observert hos fostre fra aper behandlet med efavirenz (se pkt. 5.3).

Emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat: En moderat mengde data (utfallet av mellom 300-1000 graviditeter) indikerer ikke potensial for misdannelser eller føto-/neonatal toksisitet assosiert med emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat. Studier på dyr med emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat indikerer ikke reproduksjonstoksicitet (se pkt. 5.3).

Atripla skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke den kliniske tilstanden til kvinnen gjør behandling med efavirenz/emtricitabin/tenofovirdisoproksilfumarat nødvendig.

Amming

Det er påvist at efavirenz, emtricitabin og tenofovir blir skilt ut i morsmelk hos mennesker. Det foreligger ikke tilstrekkelig informasjon om effektene av efavirenz, emtricitabin og tenofovir på nyfødte/spedbarn. En risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Atripla skal derfor ikke brukes ved amming.

Som en generell regel, anbefales det at HIV-infiserte kvinner ikke ammer spedbarna sine, for å unngå å overføre HIV-smitten til spedbarna.

Fertilitet

Ingen data vedrørende effekten av Atripla på mennesker er tilgjengelig. Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter av efavirenz, emtricitabin eller tenofovirdisoproksilfumarat med hensyn på fertilitet.

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Det er ikke gjort undersøkelser vedrørende påvirkningen på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Svimmelhet er imidlertid rapportert ved behandling med efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat. Efavirenz kan også gi svekket konsentrasjonsevne og/eller søvnighet. Pasientene bør bli fortalt at hvis disse symptomene oppstår, skal de unngå potensielt farlige aktiviteter som bilkjøring eller bruk av maskiner.

4.8 Bivirkninger

Oppsummering av sikkerhetsprofilen

Kombinasjonen av efavirenz, emtricitabin og tenofoviridisoproksilfumarat er studert hos 460 pasienter, enten som Atripla fastdose kombinasjonstablett (studie AI266073) eller som komponentprodukter (studie GS-01-934). Bivirkningene samsvarte stort sett med de som ble observert i tidligere studier av enkeltkomponentene. De hyppigst rapporterte bivirkningene med antatt eller mulig sammenheng med Atripla hos pasienter som fikk behandling i inntil 48 uker i studie AI266073, var psykiatriske lidelser (16 %), nevrologiske sykdommer (13 %) og gastrointestinale sykdommer (7 %).

Det er rapportert om alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnson syndrom og erythema multiforme, nevropsykiatriske bivirkninger (herunder alvorlig depresjon, død ved selvmord, psykoselignende atferd, krampeanfallet), alvorlige leverbivirkninger, pankreatitt og laktacidose (noen ganger dødelig).

Det har også vært rapportert sjeldne tilfeller av nedsatt nyrefunksjon, nyresvikt og mindre vanlige tilfeller av proksimal renal tubulopati (inkludert Fanconi-syndrom) som noen ganger har ført til benabnormaliteter (som i sjeldne tilfeller har ført til fraktur). Monitorering av nyrefunksjonen er anbefalt for pasienter som får Atripla (se pkt. 4.4).

Seponering av behandling med Atripla hos pasienter som har samtidig infeksjon av HIV og HBV kan være assosiert med alvorlig akutt forverring av hepatitt (se pkt. 4.4).

Administrering av Atripla sammen med mat kan øke eksponeringen for efavirenz og kan føre til økt bivirkningsfrekvens (se pkt. 4.4 og 5.2).

Tabulert liste av bivirkninger

Bivirkningene fra kliniske studier og etter markedsføring med Atripla og enkeltkomponentene i Atripla i antiretroviral kombinasjonsbehandling er beskrevet etter systemorganklasse, frekvens og de av Atriplas komponenter som bivirkningene kan knyttes til, i Tabell 2 nedenfor. Innenfor hver frekvensgruppering er bivirkninger presentert etter synkende alvorlighetsgrad. Frekvenser er definert som svært vanlige ($\geq 1/10$), vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$) eller sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$).

Bivirkninger knyttet til bruk av Atripla: Behandlingsrelaterte bivirkninger som har antatt eller mulig sammenheng med Atripla, rapportert i studie AI266073 (over 48 uker; n=203), som ikke har vært knyttet til en av Atriplas enkeltkomponenter, omfatter:

Vanlige: - anoreksi

Mindre vanlige: - munntørhet
- usammenhengende tale
- økt appetitt
- nedsatt seksualdrift
- myalgi

Tabell 2: Bivirkninger knyttet til Atripla, angitt etter de av Atriplas komponenter som bivirkningene kan knyttes til

	Atripla		
	Efavirenz	Emtricitabin	Tenofoviridisoproksilfumarat
<i>Sykdommer i blod og lymfatiske organer:</i>			
Vanlige		Neutropeni	
Mindre vanlige		anemi ¹	
<i>Forstyrrelser i immunsystemet:</i>			
Vanlige		allergisk reaksjon	
Mindre vanlige	Hypersensitivitet		

	Atripla		
	Efavirenz	Emtricitabin	Tenofoviridisoproksil-fumarat
<i>Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer:</i>			
Svært vanlige			hypofosfatemi ²
Vanlige	hypertriglyseridemi ³	hyperglykemi, hypertriglyseridemi	
Mindre vanlige	hyperkolesterolemi ³		hypokalemi ²
Sjeldne			laktacidose
<i>Psykiatriske lidelser:</i>			
Vanlige	depresjon (alvorlig i 1,6 %) ³ , angst ³ , unormale drømmer ³ , søvnløshet ³	unormale drømmer, søvnløshet	
Mindre vanlige	selvmordsforsøk ³ , selvmordstanker ³ , psykoser ³ , mani ³ , paranoia ³ , hallusinasjoner ³ , eufori ³ , affektlabilitet ³ , forvirringstilstander ³ , aggresjon ³		
Sjeldne	gjennomført selvmord ^{3,4} , vrangforestillinger ^{3,4} , nevroser ^{3,4}		
<i>Nevrologiske sykdommer:</i>			
Svært vanlige		hodepine	svimmelhet
Vanlige	cerebellære koordinasjons- og balanseforstyrrelser ³ , søvnighet (2,0 %) ³ , hodepine (5,7 %) ³ , konsentrasjonsforstyrrelser (3,6 %) ³ , svimmelhet (8,5 %) ³	svimmelhet	hodepine
Mindre vanlige	kramper ³ , amnesi ³ , unormale tanker ³ , ataksi ³ , unormal koordinering ³ , agitasjon ³ , skjelving		
<i>Øyesykdommer:</i>			
Mindre vanlige	tåkesyn		
<i>Sykdommer i øre og labyrint:</i>			
Mindre vanlige	tinnitus, vertigo		
<i>Karsykdommer:</i>			
Mindre vanlige	rødming		
<i>Gastrointestinale sykdommer:</i>			
Svært vanlige		diaré, kvalme	diaré, oppkast, kvalme
Vanlige	diaré, oppkast, abdominalsmerter, kvalme	økning i amylase inkludert pankreasamylase, økt serumlipase, oppkast, abdominalsmerter, dyspepsi	abdominalsmerter, oppblåst mage, flatulens
Mindre vanlige	pankreatitt		pankreatitt
<i>Sykdommer i lever og galleveier:</i>			
Vanlige	økt aspartat aminotransferase (ASAT), økt alanin aminotransferase (ALAT), økt gamma-glutamyltransferase (GGT)	økt serum ASATog/eller økt serumALAT, hyperbilirubinemi	økte transaminaser
Mindre vanlige	akutt hepatitt		
Sjeldne	leversvikt ^{3,4}		leversteatose, hepatitt

	Atripla		
	Efavirenz	Emtricitabin	Tenofovirdisoproksilfumarat
<i>Hud- og underhudssykdommer:</i>			
Svært vanlige	utslett (moderat-alvorlig, 11,6 %, alle grader, 18 %) ³		utslett
Vanlige	pruritus	vesikulobulløse utslett, pustuløse utslett, makulopapulære utslett, utslett, pruritus, urticaria, misfarget hud (økt pigmentering) ¹	
Mindre vanlige	Stevens-Johnson syndrom, erythema multiforme ³ , alvorlige utslett (< 1 %)	angioødem ⁴	
Sjeldne	fotoallergisk dermatitt		angioødem
<i>Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett:</i>			
Svært vanlige		økt kreatin kinase	
Mindre vanlige			rabdomyolyse ² , muskelsvakhet ²
Sjeldne			osteomalacia (manifestert som bensmerter og som i sjeldne tilfeller har ført til fraktur) ^{2,4} , myopati ²
<i>Sykdommer i nyre og urinveier:</i>			
Mindre vanlige			økt kreatinin, proteinuri, proksimal renal tubulopati inkludert Fanconi-syndrom
Sjeldne			nyresvikt (akutt og kronisk), akutt tubulær nekrose, nefritt (inkludert akutt interstitiell nefritt), nefrogen diabetes insipidus
<i>Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer:</i>			
Mindre vanlige	gynekomasti		
<i>Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet:</i>			
Svært vanlige			asteni
Vanlige	utmattelse	smerte, asteni	

¹ Anemi var vanlig og misfarget hud (økt pigmentering) svært vanlig når emtricitabin ble administrert til pediatriske pasienter.

² Denne bivirkningen kan oppstå som følge av proksimal renal tubulopati. Den anses ikke for å være kausalt knyttet til tenofovirdisoproksilfumarat ved fravær av denne tilstanden.

³ Se pkt. 4.8 Beskrivelse av utvalgte bivirkninger for ytterligere detaljer.

⁴ Denne bivirkningen ble identifisert ved overvåkning etter markedsføring for efavirenz, emtricitabin eller tenofovirdisoproksilfumarat. Frekvenskategorien ble estimert fra en statistisk beregning basert på det totale antallet pasienter som ble behandlet med efavirenz i kliniske studier (n=3969) eller eksponert for emtricitabin i randomiserte kontrollerte kliniske studier (n=1563) eller tenofovirdisoproksilfumarat i randomiserte kontrollerte kliniske studier og det utvidete tilgangsprogrammet (n=7319).

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

Utslett: I kliniske studier med efavirenz var utslettene vanligvis milde til moderate makulopapulære huderupsjoner som oppstod innen de to første ukene etter behandlingsstart med efavirenz. Hos de fleste pasientene forsvant utslettet innen 1 måned ved fortsatt behandling med efavirenz. Atripla kan startes igjen hos pasienter som har avbrutt behandlingen p.g.a. utslett. Bruk av passende antihistaminer og/eller kortikosteroider er anbefalt når Atripla startes igjen.

Psykiatriske symptomer: Pasienter med psykiatriske sykdommer i anamnesen synes å ha større risiko for de psykiatriske bivirkningene som er angitt i kolonnen for efavirenz i Tabell 2.

Symptomer fra nervesystemet: Symptomer fra nervesystemet er vanlige for efavirenz, en av Atriplas komponenter. I klinisk kontrollerte studier av efavirenz fikk 19 % (2 % alvorlig) av pasientene symptomer fra nervesystemet av moderat til alvorlig intensitet, og 2 % av pasientene avsluttet behandlingen på grunn av slike symptomer. De begynner vanligvis første eller andre dag av efavirenzbehandlingen og gir seg generelt etter de første 2 – 4 ukene. De kan opptre oftere når Atripla tas sammen med mat, trolig på grunn av økning i efavirenznivåene i plasma (se pkt. 5.2). Dosering ved sengetid synes å forbedre toleransen av disse symptomene (se pkt. 4.2).

Leversvikt med efavirenz: Leversvikt, også hos pasienter som ikke tidligere har hatt leversykdom eller andre identifiserbare risikofaktorer, har vært rapportert etter markedsføring, disse var noen ganger karakterisert ved et fulminant forløp og i noen tilfeller fremskredet til transplantasjon eller død.

Nedsatt nyrefunksjon: Ettersom Atripla kan forårsake nyreskader, anbefales monitorering av nyrefunksjonen (se pkt. 4.4 og 4.8 Oppsummering av sikkerhetsprofilen). Proksimal renal tubulopati opphører eller bedrer seg vanligvis etter seponering av tenofovirdisoproksilfumarat. Men hos noen pasienter gjenopprettet ikke nedgangen i kreatininclearance helt på tross av seponering av tenofovirdisoproksilfumarat. Pasienter med risiko for nedsatt nyrefunksjon (for eksempel pasienter med baseline risikofaktorer som gjelder nyrene, fremskreden HIV-sykdom, eller pasienter som samtidig får nyretoksiske legemidler) har økt risiko for ufullstendig gjenopprettelse av nyrefunksjonen på tross av seponering av tenofovirdisoproksilfumarat (se pkt. 4.4).

Interaksjon med didanosin: Samtidig administrasjon av Atripla og didanosin anbefales ikke da det fører til en 40-60 % økning i systemisk eksponering for didanosin, hvilket kan øke risikoen for didanosinrelaterte bivirkninger (se pkt. 4.5). Det er rapportert sjeldne tilfeller av pankreatitt og laktacidose, noen ganger dødelig.

Metabolske parametre: Vekt og nivåer av lipider og glukose i blodet kan øke i løpet av antiretroviral behandling (se pkt. 4.4).

Immunreaktiveringssyndrom: Hos HIV-infiserte pasienter med alvorlig immunsykdom ved initiering av CART, kan en inflammatorisk reaksjon på asymptomatisk eller gjenværende opportunistisk infeksjon oppstå. Autoimmune sykdommer (som Graves sykdom) har også vært rapportert. Tidspunktet for når disse hendelsene inntreffer er imidlertid mer variabelt, og slike reaksjoner kan oppstå flere måneder etter behandlingsstart (se pkt. 4.4).

Osteonekrose: Tilfeller av osteonekrose er rapportert, særlig hos pasienter med generelt kjente risikofaktorer, fremskreden HIV-sykdom eller langtidseksponering overfor CART. Hyppigheten av dette er ikke kjent (se pkt. 4.4).

Pediatrik populasjon

Det finnes utilstrekkelige data vedrørende sikkerhet for barn under 18 år. Atripla anbefales ikke for denne populasjonen (se pkt. 4.2).

Andre spesielle populasjoner

Eldre: Atripla er ikke studert hos pasienter over 65 år. Eldre pasienter har større sannsynlighet for å ha nedsatt lever- eller nyrefunksjon, og det bør derfor utvises forsiktighet ved behandling av eldre pasienter med Atripla (se pkt. 4.2).

Pasienter med nedsatt nyrefunksjon: Ettersom tenofovirdisoproksilfumarat kan føre til renal toksisitet, anbefales nøye monitorering av nyrefunksjonen hos pasienter med mildt nedsatt nyrefunksjon som behandles med Atripla (se pkt. 4.2, 4.4 og 5.2).

Pasienter som samtidig er infisert med HIV og HBV eller HCV: Bare et begrenset antall pasienter var samtidig infisert med HBV (n=13) eller HCV (n=26) i studie GS-01-934. Bivirkningsprofilen for efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat hos pasienter som samtidig er infisert med HIV/HBV eller HIV/HCV, lignet den som er observert hos pasienter infisert med HIV. Som en kan

forvente hos denne pasientpopulasjonen, oppsto imidlertid økning i ASAT og ALAT hyppigere enn hos den øvrige HIV-infiserte populasjonen.

Forverring av hepatitt etter seponering av behandlingen: Hos HIV-infiserte pasienter som samtidig er infisert med HBV, kan det oppstå tegn på hepatitt klinisk og i laboratoriet etter seponering av behandlingen (se pkt. 4.4).

Melding av mistenkte bivirkninger

Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via det nasjonale meldesystemet som beskrevet i Appendix V.

4.9 Overdosering

Noen pasienter som ved et uhell har tatt 600 mg efavirenz to ganger daglig har rapportert økning i symptomer fra nervesystemet. En pasient opplevde ufrivillige muskelkontraksjoner.

Hvis overdosering forekommer, må pasienten overvåkes for tegn på toksisitet (se pkt. 4.8) og standard støttebehandling gis om nødvendig.

Administrering av aktivt kull kan brukes som hjelpemiddel for å fjerne uabsorbert efavirenz. Det er ingen spesifikk motgift for overdose med efavirenz. Siden efavirenz er sterkt proteinbundet, er det usannsynlig at dialyse kan fjerne legemidlet fra blodet i store nok mengder.

Opptil 30 % av emtricitabindosen og omtrent 10 % av tenofovir-dosen kan fjernes ved hemodialyse. Det er ikke kjent om emtricitabin eller tenofovir kan fjernes ved peritonealdialyse.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Antivirale midler til systemisk bruk, antivirale midler for behandling av HIV-infeksjoner, kombinasjoner, ATC-kode: J05AR06

Virkningsmekanisme og farmakodynamiske effekter

Efavirenz er en HIV-1 ikke-nukleosid reverstranskriptasehemmer (NNRTI). Efavirenz er en ikke-kompetitiv hemmer av HIV-1 reverstranskriptase (RT) og hemmer ikke signifikant humant immunsviktvirus-2 (HIV-2) RT eller cellulær deoksyribonukleinsyre (DNA) polymeraser (α , β , γ eller δ). Emtricitabin er en nukleosidanalogue av cytidin. Tenofoviridisoproksilfumarat konverteres *in vivo* til tenofovir, som er en nukleosidmonofosfat (nukleotid) analog av adenosinmonofosfat.

Emtricitabin og tenofovir fosforyleres av cellulære enzymer og danner henholdsvis emtricitabintrifosfat og tenofoviridifosfat. Studier *in vitro* har vist at både emtricitabin og tenofovir kan fosforyleres fullt ut når de kombineres i celler. Emtricitabintrifosfat og tenofoviridifosfat hemmer kompetitivt HIV-1 reverstranskriptase, noe som fører til DNA-kjedeterminering.

Både emtricitabintrifosfat og tenofoviridifosfat er svake hemmere av mammalsk DNA-polymerase, og det var ikke tegn til mitokondriektoksisitet *in vitro* eller *in vivo*.

Antiviral aktivitet in vitro

Efavirenz har vist antiviral aktivitet mot de fleste subtype-isolatene utenom B (subtypene A, AE, AG, C, D, F, G, J og N) men hadde redusert antiviral aktivitet overfor gruppe O virus. Emtricitabin viste antiviral aktivitet mot HIV-1-subtypene A, B, C, D, E, F og G. Tenofovir viste antiviral aktivitet mot HIV-1-subtypene A, B, C, D, E, F, G og O. Både emtricitabin og tenofovir viste stammespesifikk aktivitet mot HIV-2 og antiviral aktivitet mot HBV.

I kombinasjonsstudier hvor *in vitro*-aktiviteten av efavirenz og emtricitabin sammen, efavirenz og tenofovir sammen og emtricitabin og tenofovir sammen ble evaluert, ble det sett additive til synergistiske antivirale effekter.

Resistens

Resistens overfor efavirenz kan være selektert *in vitro* og resulterte i enkel eller multipl aminosyresubstitusjon i HIV-1 RT, inkludert L 100I, V108I, V179D og Y181C. K103N var den hyppigste RT-substitusjonen som ble observert i virale isolater fra pasienter som fikk et signifikant tilbakefall i virusmengde i kliniske studier med efavirenz. Substitusjoner i RT posisjonene 98, 100, 101, 108, 138, 188, 190 eller 225 ble også sett, men ikke så hyppig, og ofte bare i kombinasjon med K103N. Kryssresistensprofilene for efavirenz, nevirapin og delavirdin *in vitro* viste at K103N-substitusjonen overfører tap av følsomhet til alle tre NNRTIene.

Potensialet for kryssresistens mellom efavirenz og NRTI er lav på grunn av virkningsmekanismen og forskjellig bindingssted til målorganet. Potensialet for kryssresistens mellom efavirenz og PI er lav fordi de angriper forskjellige enzymsystemer.

Det er sett resistens overfor emtricitabin eller tenofovir *in vitro* og hos noen HIV-1-infiserte pasienter på grunn av utvikling av M184V- eller M184V/I-substitusjon i RT med emtricitabin, eller en K65R-substitusjon i RT med tenofovir. Emtricitabinresistente virus med M184V/I-mutasjon var kryssresistente mot lamivudin, men beholdt sensitiviteten for didanosin, stavudin, tenofovir og zidovudin. K65R-mutasjonen kan også selekteres av abakavir eller didanosin og forårsaker redusert følsomhet for disse midlene pluss lamivudin, emtricitabin og tenofovir. Tenofovirdisoproksilfumarat bør unngås hos pasienter med HIV-1-stammer med K65R-mutasjoner. Både K65R- og M184V/I-mutasjonen er følsom for efavirenz. I tillegg har en K70E-substitusjon i HIV-1 RT blitt selektert av tenofovir og fører til lavt nivå med redusert følsomhet for abakavir, emtricitabin, lamivudin og tenofovir.

Pasienter med HIV-1 som uttrykker tre eller flere tymidin-analog-assosierte mutasjoner (TAM), som omfattet enten M41L- eller L210W-substitusjon i RT, viste redusert følsomhet for tenofovirdisoproksilfumarat.

Resistens in vivo (antiretroviral-naive pasienter): I en 144 ukers åpen, randomisert klinisk studie (GS-01-934) med antiretroviral-naive pasienter, hvor efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat ble brukt som individuelle formuleringer hos antiretroviral-naive pasienter (eller som efavirenz og den faste kombinasjonen av emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat (Truvada) fra uke 96 til 144), ble genotyping utført på plasma HIV-1-isolater fra alle pasienter med bekreftet HIV RNA > 400 kopier/ml ved uke 144 eller tidlig avslutning (se avsnittet *Klinisk erfaring*). Fra uke 144:

- M184V/I-mutasjonen oppsto i 2/19 (10,5 %) isolater analysert fra pasienter i efavirenz+emtricitabin+tenofovirdisoproksilfumaratgruppen, og i 10/29 (34,5 %) isolater analysert fra efavirenz+lamivudin/zidovudingruppen (p-verdi < 0,05, Fisher's Exact test for sammenligning av emtricitabin+tenofovirdisoproksilfumaratgruppen med lamivudin/zidovudingruppen hos alle pasienter).
- Ingen virus som ble analysert, inneholdt K65R- eller K70E-mutasjonen.
- Genotypisk resistens overfor efavirenz, hovedsakelig K103N-mutasjon, oppsto i virus fra 13/19 pasienter (68 %) i efavirenz+emtricitabin+tenofovirdisoproksilfumaratgruppen og i virus fra 21/29 pasienter (72 %) i efavirenz+lamivudin/zidovudingruppen. En oppsummering av resistensmutasjonsutvikling er vist i Tabell 3.

Tabell 3: Resistensutvikling i studie GS-01-934 etter 144 uker

	Efavirenz+ emtricitabin+ tenofoviridisoprosil- fumarat (N=244)		Efavirenz+ lamivudin/zidovudin (N=243)	
Resistensanalyse i uke 144	19		31	
Genotyper ved behandling	19	(100 %)	29	(100 %)
Resistens overfor efavirenz ¹	13	(68 %)	21	(72 %)
K103N	8	(42 %)	18*	(62 %)
K101E	3	(16 %)	3	(10 %)
G190A/S	2	(10,5 %)	4	(14 %)
Y188C/H	1	(5 %)	2	(7 %)
V108I	1	(5 %)	1	(3 %)
P225H	0		2	(7 %)
M184V/I	2	(10,5 %)	10*	(34,5 %)
K65R	0		0	
K70E	0		0	
TAMs ²	0		2	(7 %)

* p-verdi < 0,05, Fisher's Exact test hvor efavirenz+emtricitabin+tenofoviridisoprosilfumaratgruppen ble sammenlignet med efavirenz+lamivudin/zidovudingruppen (alle pasienter).

¹ Andre efavirenz-resistente mutasjoner omfattet A98G (n=1), K103E (n=1), V179D (n=1), og M230L (n=1).

² Tymidin-analog-assosierte mutasjoner omfattet D67N (n=1) og K70R (n=1).

I den åpne, forlengede fasen av studien GS-01-934 hvor pasientene ble gitt Atripla på tom mage, ble det sett 3 flere tilfeller av resistens. Alle tre pasientene hadde fått en fast dosekombinasjon av lamivudin og zidovudin (Combivir) og efavirenz i 144 uker, og byttet deretter til Atripla. To pasienter med bekreftet virologisk tilbakefall utviklet substitusjoner assosiert med resistens mot efavirenz (NNRTI), inkludert K103N, V106V/I/M og Y188Y/C reverstranskriptase-substitusjoner i uke 240 (96 uker med Atripla) og uke 204 (60 uker med Atripla). En tredje pasient hadde allerede substitusjon assosiert med resistens mot efavirenz (NNRTI) og M184V reverstranskriptase-substitusjon assosiert med resistens mot emtricitabin ved starten av den forlengede fasen med Atripla. Pasienten opplevde en suboptimal virologisk respons og utviklet K65K/R-, S68N- og K70K/E-substitusjoner assosiert med resistens mot NRTI i uke 180 (36 uker med Atripla).

Det henvises til preparatomtalen (SPC) for enkeltkomponentene for ytterligere opplysninger om resistens *in vivo* for disse legemidlene.

Klinisk effekt og sikkerhet

I en 144 ukers åpen, randomisert klinisk studie (GS-01-934) fikk antiretroviralt behandlingsnaive pasienter med HIV-infeksjon enten en daglig dose efavirenz, emtricitabin og tenofoviridisoprosilfumarat eller en fast kombinasjon av lamivudin og zidovudin (Combivir) gitt to ganger daglig og efavirenz gitt én gang daglig (se preparatomtalen for Truvada). Pasienter som fullførte 144 ukers behandling i en av behandlingsgrenene i studie GS-01-934 fikk velge om de ville fortsette med Atripla gitt på tom mage i en åpen, forlenget fase av studien. Data er tilgjengelig for 286 pasienter som byttet til Atripla: 160 hadde tidligere fått efavirenz, emtricitabin, og tenofoviridisoprosilfumarat, og 126 hadde tidligere fått Combivir og efavirenz. En høy grad av virologisk suppresjon ble opprettholdt hos pasienter fra begge de initiale behandlingsgruppene, disse fikk Atripla i den åpne, forlengede fasen av studien. Etter 96 uker med Atripla-behandling forble plasma-HIV-1 RNA konsentrasjonen < 50 kopier/ml hos 82 % av pasientene og < 400 kopier/ml hos 85 % av pasientene (intention to treat-analyse (ITT), manglende data = behandlingssvikt).

Studie A1266073 var en åpen, randomisert klinisk studie over 48 uker hos pasienter med HIV-infeksjon hvor effekten av Atripla ble sammenlignet med antiretroviral behandling med minst to nukleosid- eller nukleotid reverstranskriptasehemmere (NRTI) sammen med en proteasehemmer eller ikke-nukleosid reverstranskriptasehemmer; dog ikke et regime inneholdende samtlige Atripla-komponenter (efavirenz, emtricitabin og tenofoviridisoproksilfumarat). Atripla ble gitt på tom mage (se pkt. 4.2). Pasientene hadde aldri erfart virologisk svikt på tidligere antiretroviral behandling, de hadde ingen kjente HIV-1-mutasjoner som tydet på resistens overfor noen av de tre komponentene i Atripla, og de hadde vært virologisk suppresserte i minst tre måneder ved baseline. Pasientene enten byttet til Atripla (n=203) eller fortsatte med den opprinnelige antiretrovirale behandlingen (n=97). Data etter 48 uker viste at høye nivåer av virologisk suppressjon, som var sammenlignbare med det opprinnelige behandlingsregimet, ble opprettholdt hos pasienter som ble randomisert til å bytte til Atripla (se Tabell 4).

Tabell 4: 48 ukers effektdata fra studie A1266073 hvor Atripla ble gitt til virologisk suppresserte pasienter på antiretroviral kombinasjonsbehandling

Endepunkt	Behandlingsgruppe		Forskjell mellom Atripla og opprinnelig behandlingsregime (95 % KI)
	Atripla (N=203) n/N (%)	Fortsatte på opprinnelig behandlingsregime (N=97) n/N (%)	
pasienter med HIV-1 RNA < 50 kopier/ml			
PVR (KM)	94,5 %	85,5 %	8,9 % (-7,7 % til 25,6 %)
M=Ekskludert	179/181 (98,9 %)	85/87 (97,7 %)	1,2 % (-2,3 % til 6,7 %)
M=behandlings-svikt	179/203 (88,2 %)	85/97 (87,6 %)	0,5 % (-7,0 % til 9,3 %)
Modifisert LOCF	190/203 (93,6 %)	94/97 (96,9 %)	-3,3 % (-8,3 % til 2,7 %)
pasienter med HIV-1 RNA < 200 kopier/ml			
PVR (KM)	98,4 %	98,9 %	-0,5 % (-3,2 % til 2,2 %)
M=Ekskludert	181/181 (100 %)	87/87 (100 %)	0 % (-2,4 % til 4,2 %)
M=behandlings-svikt	181/203 (89,2 %)	87/97 (89,7 %)	-0,5 % (-7,6 % til 7,9 %)

PVR (KM): "Pure virologic response" vurdert ved Kaplan Meier (KM) metoden

M: Mangler

Modifisert LOCF: Post hoc-analyse hvor pasienter med virologisk svikt eller seponert behandling grunnet bivirkninger ble betraktet som tilfeller av behandlingssvikt; ved andre bortfall ble LOCF-metoden (oppføring av siste observasjon) benyttet.

Ved separat analyse av de to gruppene var responsfrekvensen i gruppen med tidligere proteasehemmerbehandling tallmessig lavere for pasienter som byttet til Atripla [92,4 % mot 94,0 % for PVR (sensitivitetsanalyse) for henholdsvis Atripla- og SBR-pasienter (*stayed on their baseline regimen*); en forskjell (95 % KI) på -1,6 % (-10,0 %, 6,7 %)]. I den tidligere NNRTI-gruppen var responsfrekvensene 98,9 % mot 97,4 % for henholdsvis Atripla- og SBR-pasienter; en forskjell (95 % KI) på 1,4 % (-4,0 %, 6,9 %).

En tilsvarende trend ble sett i en analyse av undergrupper med pasienter som tidligere har fått behandling med baseline HIV-1 RNA < 75 kopier/ml fra en retrospektiv gruppestudie (data samlet i 20 måneder, se Tabell 5).

Tabell 5: Vedlikehold av "pure virologic response" (Kaplan Meier % (standardfeil) [95 % KI]) ved uke 48 for pasienter som tidligere har fått behandling med baseline HIV-1 RNA < 75 kopier/ml som fikk behandlingen byttet til Atripla i henhold til type tidligere antiretroviralt regime (Kaiser Permanente pasientdatabase)

Tidligere Atripla-komponenter (N=299)	Tidligere NNRTI-basert regime (N=104)	Tidligere proteasehemmer-basert regime (N=34)
98,9 % (0,6 %) [96,8 %, 99,7 %]	98,0 % (1,4 %) [92,3 %, 99,5 %]	93,4 % (4,5 %) [76,2 %, 98,3 %]

Det finnes foreløpig ikke data fra kliniske studier med Atripla hos behandlingsnaive pasienter eller hos tungt forbehandlede pasienter. Det er ingen klinisk erfaring med Atripla hos pasienter hvor et førstelinje antiretroviralt behandlingsregime ikke har vært vellykket, eller i kombinasjon med andre antiretrovirale midler.

Pasienter som både har HIV- og HBV-infeksjon

Begrenset klinisk erfaring hos pasienter som både har HIV- og HBV-infeksjon antyder at behandling med emtricitabin eller tenofoviridisoproksilfumarat i antiretroviral kombinasjonsbehandling for å kontrollere HIV-infeksjon også fører til en reduksjon i HBV DNA (henholdsvis 3 log₁₀ reduksjon og 4 til 5 log₁₀ reduksjon) (se pkt. 4.4).

Pediatrik populasjon

Sikkerhet og effekt av Atripla hos barn under 18 år har ikke blitt fastslått.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

De separate farmasøytiske formuleringene av efavirenz, emtricitabin og tenofoviridisoproksilfumarat ble brukt for å bestemme farmakokinetikken til efavirenz, emtricitabin og tenofoviridisoproksilfumarat administrert hver for seg til pasienter med HIV-infeksjon. Bioekvivalensen av en filmdrasjert tablett Atripla i forhold til en filmdrasjert tablett efavirenz 600 mg pluss en hard kapsel emtricitabin 200 mg pluss en filmdrasjert tablett tenofoviridisoproksil 245 mg (ekvivalent til 300 mg tenofoviridisoproksilfumarat) gitt samtidig, ble fastlagt ved administrering av en enkelt dose til fastende, friske personer i studie GS-US-177-0105 (se Tabell 6).

Tabell 6: Oppsummering av farmakokinetiske data fra studie GS-US-177-0105

Parametre	Efavirenz (n=45)			Emtricitabin (n=45)			Tenofoviridisoproksil- fumarat (n=45)		
	Test	Referanse	GMR (%) (90 % KI)	Test	Referanse	GMR (%) (90 % KI)	Test	Referanse	GMR (%) (90 % KI)
C_{max} (ng/ml)	2264,3 (26,8)	2308,6 (30,3)	98,79 (92,28, 105,76)	2130,6 (25,3)	2384,4 (20,4)	88,84 (84,02, 93,94)	325,1 (34,2)	352,9 (29,6)	91,46 (84,64, 98,83)
AUC_{0-last} (ng·t/ml)	125 623,6 (25,7)	132 795,7 (27,0)	95,84 (90,73, 101,23)	10 682,6 (18,1)	10 874,4 (14,9)	97,98 (94,90, 101,16)	1948,8 (32,9)	1969,0 (32,8)	99,29 (91,02, 108,32)
AUC_{inf} (ng·t/ml)	146 074,9 (33,1)	155 518,6 (34,6)	95,87 (89,63, 102,55)	10 854,9 (17,9)	11 054,3 (14,9)	97,96 (94,86, 101,16)	2314,0 (29,2)	2319,4 (30,3)	100,45 (93,22, 108,23)
T_{1/2} (t)	180,6 (45,3)	182,5 (38,3)		14,5 (53,8)	14,6 (47,8)		18,9 (20,8)	17,8 (22,6)	

Test: enkel fastdose kombinasjonstablett tatt fastende.

Referanse: enkel dose av en 600 mg efavirenz tablett, en 200 mg emtricitabin kapsel og en 300 mg tenofoviridisoproksilfumarat tablett tatt fastende.

Verdiene for Test og Referanse er gjennomsnittsverdier (% variasjonskoeffisient)

GMR: geometrisk least-squares gjennomsnittsratio, KI=konfidensintervall

Absorpsjon

Hos HIV-infiserte pasienter ble maksimal plasmakonsentrasjon oppnådd innen 5 timer, og steady-state-konsentrasjoner ble nådd i løpet av 6 til 7 dager. Hos 35 pasienter som fikk efavirenz 600 mg én gang daglig, var steady-state maksimal plasmakonsentrasjon (C_{max}) 12,9 ± 3,7 µM (29 %) [gjennomsnitt ± standardavvik (S.D.) (variasjonskoeffisient (%CV))], steady-state C_{min} var 5,6 ± 3,2 µM (57 %), og AUC var 184 ± 73 µM·t (40 %).

Emtricitabin absorberes raskt med maksimal plasmakonsentrasjon 1 til 2 timer etter dosering. Etter flere doser oralt administrert emtricitabin til 20 pasienter med HIV-infeksjon var steady state C_{max} 1,8 ± 0,7 µg/ml (gjennomsnitt ± S.D.) (39 %CV), steady-state C_{min} var 0,09 ± 0,07 µg/ml (80 %) og AUC var 10,0 ± 3,1 µg·t/ml (31 %) i løpet av et 24 timers doseringsintervall.

Etter oral administrering av en enkelt dose 300 mg tenofovirdisoproksilfumarat til fastende pasienter med HIV-infeksjon, ble maksimal tenofovirkonsentrasjon oppnådd innen en time, og verdiene av C_{max} og AUC (gjennomsnitt \pm S.D.) (%CV) var henholdsvis 296 ± 90 ng/ml (30 %) og 2287 ± 685 ng•h/ml (30 %). Oral biotilgjengelighet av tenofovir fra tenofovirdisoproksilfumarat hos fastende pasienter var ca. 25 %.

Effekt av matinntak

Atripla er ikke vurdert sammen med mat.

Administrering av efavirenz kapsler sammen med et fettriakt måltid økte gjennomsnittlig AUC og C_{max} av efavirenz med henholdsvis 28 % og 79 % sammenlignet med fastende administrering. Ved dosering av tenofovirdisoproksilfumarat og emtricitabin i kombinasjon med enten et fettriakt måltid eller et lett måltid økte gjennomsnittlig AUC av tenofovir med henholdsvis 43,6 % og 40,5 %, og C_{max} med 16 % og 13,5 % sammenlignet med fastende administrering. Eksponering for emtricitabin ble ikke påvirket.

Atripla anbefales gitt på tom mage siden mat kan øke eksponeringen for efavirenz og føre til økt bivirkningshyppighet (se pkt. 4.4 og 4.8). Det er forventet at eksponeringen for tenofovir (AUC) vil bli ca. 30 % lavere når Atripla tas på tom mage sammenlignet med når enkeltkomponenten tenofovirdisoproksilfumarat tas sammen med mat (se pkt. 5.1).

Distribusjon

Efavirenz er sterkt bundet (> 99 %) til plasmaproteiner hos mennesker, hovedsakelig albumin.

In vitro binding av emtricitabin til plasmaproteiner hos mennesker er < 4 % og uavhengig av konsentrasjonen i området 0,02 til 200 μ g/ml. Etter intravenøs administrering var distribusjonsvolumet for emtricitabin ca. 1,4 l/kg. Etter oral administrering blir emtricitabin vidt distribuert i kroppen. Gjennomsnittlig konsentrasjonsratio for plasma - blod var ca. 1,0, og gjennomsnittlig konsentrasjonsratio for sæd - plasma var ca. 4,0.

In vitro binding av tenofovir til plasma- eller serumproteiner hos mennesker er henholdsvis < 0,7 % og 7,2 % i konsentrasjonsområdet 0,91 til 25 μ g/ml for tenofovir. Etter intravenøs administrering var distribusjonsvolumet for tenofovir ca. 800 ml/kg. Etter oral administrering blir tenofovir vidt distribuert i kroppen.

Biotransformasjon

Studier i mennesker og *in vitro* studier med humane levermikrosomer har vist at efavirenz hovedsakelig metaboliseres av CYP-systemet til hydroksylerte metabolitter med påfølgende glukuronisering av disse hydroksylerte metabolittene. Disse metabolittene er stort sett inaktive overfor HIV-1. *In vitro*-studiene antyder at CYP3A4 og CYP2B6 er de viktigste isozymene som er ansvarlige for metabolismen av efavirenz, og at det hemmer CYP-isozymene 2C9, 2C19 og 3A4. I *in vitro*-studier ble ikke CYP2E1 hemmet av efavirenz, og CYP2D6 og CYP1A2 ble hemmet bare ved konsentrasjoner godt over konsentrasjoner oppnådd i klinikken.

Eksponering for efavirenz i plasma kan økes hos pasienter med den homozygote genetiske varianten G516T av CYP2B6 isozymet. De kliniske konsekvensene av en slik sammenheng er ikke kjent, men muligheten for økt frekvens og alvorlighetsgrad av bivirkninger assosiert med efavirenz kan ikke utelukkes.

Efavirenz induserer CYP3A4 og CYP2B6, som fører til induksjon av dets egen metabolisme, noe som kan være klinisk relevant for noen pasienter. Hos friske frivillige ga gjentatte doser på 200 - 400 mg/dag i 10 dager en lavere enn antatt akkumulasjon (22 - 42 % lavere) og kortere terminal halveringstid på 40 - 55 timer (halveringstid etter en enkelt dose 52 - 76 timer). Efavirenz induserer også UGT1A1. Eksponering for raltegravir (et UGT1A1-substrat) reduseres i nærvær av efavirenz (se pkt. 4.5, tabell 1). Selv om *in vitro* data antyder at efavirenz hemmer CYP2C9 og CYP2C19, viser rapporter også motstridende funn av både økt og redusert eksponering for substrater av disse

enzymene når de administreres samtidig med efavirenz *in vivo*. Nettoeffekten av samtidig administrering er ikke klar (se pkt. 5.2).

Metabolismen av emtricitabin er begrenset. Biotransformasjonen av emtricitabin omfatter oksidering av tiolgruppen for å danne 3'-sulfoksiddiastereomerer (omtrent 9 % av dosen) og konjugering med glukuronsyre for å danne 2'-O-glukuronid (omtrent 4 % av dosen). *In vitro* studier har vist at verken tenofovirdisoproksilfumarat eller tenofovir er substrater for CYP-enzymene. Verken emtricitabin eller tenofovir hemmer legemiddelmetabolismen *in vitro* mediert av noen av de viktigere human CYP-isoformene som er involvert i biotransformasjonen av legemidlet. Emtricitabin hemmer heller ikke uridin-5'-difosfoglukuronyltransferasen, enzymet som er ansvarlig for glukuronidering.

Eliminasjon

Efavirenz har en relativt lang terminal halveringstid på minst 52 timer etter en enkelt dose (se også data fra bioekvivalensstudien som er beskrevet ovenfor) og 40 – 55 timer etter gjentatt dosering. Ca. 14 til 34 % av en radiomerket dose av efavirenz ble gjenfunnet i urinen, og mindre enn 1 % av dosen ble utskilt i urinen som uforandret efavirenz.

Etter oral administrering er eliminasjonshalveringstiden av emtricitabin omtrent 10 timer. Emtricitabin utskilles hovedsakelig i nyrene med komplett gjenfinning av dosen i urin (omtrent 86 %) og fæces (omtrent 14 %). Tretten prosent av emtricitabindosen ble gjenfunnet i urinen som tre metabolitter. Systemisk clearance av emtricitabin var gjennomsnittlig 307 ml/min.

Etter oral administrering er eliminasjonshalveringstiden av tenofovir omtrent 12 til 18 timer. Tenofovir utskilles hovedsakelig via nyrene både via filtrering og et aktivt tubulært transportsystem, med omtrent 70-80 % av dosen utskilt uendret i urinen etter intravenøs administrasjon. Tilsynelatende clearance av tenofovir var i gjennomsnitt omtrent 307 ml/min. Clearance via nyrene er estimert til å være omtrent 210 ml/min, som er mer enn den glomerulære filtreringsraten. Dette indikerer at aktiv tubulær utskillelse er en viktig del av utskillelsen av tenofovir.

Alder

Farmakokinetikkstudier med efavirenz, emtricitabin eller tenofovir er ikke utført hos eldre pasienter (over 65 år).

Kjønn

Farmakokinetikken til emtricitabin og tenofovir hos pasienter er lik for menn og kvinner. Det begrensede materialet antyder at kvinner kan ha en høyere eksponering for efavirenz, men de ser ikke ut til å ha lavere toleranse for efavirenz.

Etnisk tilhørighet

Det begrensede materialet antyder at pasienter fra Asia og Stillehavsoyene kan ha en høyere eksponering for efavirenz, men de ser ikke ut til å ha lavere toleranse for efavirenz.

Pediatrik populasjon

Farmakokinetikkstudier med Atripla er ikke utført hos spedbarn og barn i en alder under 18 år (se pkt. 4.2).

Nedsatt nyrefunksjon

Farmakokinetikken til efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat etter samtidig administrasjon av de enkelte preparatene eller som Atripla, er ikke studert hos HIV-infiserte pasienter med nedsatt nyrefunksjon.

De farmakokinetiske parameterne til emtricitabin eller tenofovir alene ble fastsatt etter administrasjon av enkeltdoser av emtricitabin 200 mg eller tenofoviridisoprosil 245 mg til ikke-HIV-infiserte pasienter med varierende grad av nedsatt nyrefunksjon. Graden av nedsatt nyrefunksjon ble definert i henhold til utgangsverdi av kreatininclearance (normal nyrefunksjon når kreatininclearance > 80 ml/min; mildt nedsatt nyrefunksjon med kreatininclearance = 50-79 ml/min; moderat nedsatt nyrefunksjon med kreatininclearance = 30-49 ml/min og alvorlig nedsatt nyrefunksjon med kreatininclearance = 10-29 ml/min).

Den gjennomsnittlige (%CV) emtricitabineksponeringen økte fra 12 µg•h/ml (25 %) hos pasienter med normal nyrefunksjon til 20 µg•h/ml (6 %), 25 µg•h/ml (23 %) og 34 µg•h/ml (6 %) hos pasienter med henholdsvis mildt, moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Den gjennomsnittlige (%CV) tenofovireksponeringen økte fra 2185 ng•h/ml (12 %) hos pasienter med normal nyrefunksjon til 3064 ng•h/ml (30 %), 6009 ng•h/ml (42 %) og 15 985 ng•h/ml (45 %) hos pasienter med henholdsvis mildt, moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Hos pasienter med nyresykdom i siste stadium (*End Stage Renal Disease*, ESRD) som trenger hemodialyse, økte legemiddeleksponeringen mellom dialyser betydelig i løpet av 72 timer til 53 µg•h/ml (19 %) for emtricitabin og i løpet av 48 timer til 42 857 ng•h/ml (29 %) for tenofovir.

Farmakokinetikken til efavirenz er ikke undersøkt hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Mindre enn 1 % utskilles imidlertid uendret i urinen, så nedsatt nyrefunksjon har sannsynligvis minimal betydning for eksponeringen for efavirenz.

Atripla anbefales ikke for pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 50 ml/min). Hos pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon må doseintervallet av emtricitabin og tenofoviridisoprosilfumarat justeres på en måte som ikke kan oppnås med kombinasjonstabletten (se pkt. 4.2 og 4.4).

Nedsatt leverfunksjon

Farmakokinetikken til Atripla er ikke undersøkt hos pasienter med HIV-infeksjon og redusert leverfunksjon. Atripla bør gis med forsiktighet til pasienter med mildt nedsatt leverfunksjon (se pkt. 4.3 og 4.4)

Atripla må ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (se pkt. 4.3) og anbefales ikke for pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon. I en enkeltdosestudie av efavirenz ble halveringstiden doblet hos den ene pasienten med alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh-Turcotte klasse C). Dette indikerer et potensiale for mye større grad av akkumulering. En studie av gjentatt dosering av efavirenz viste ingen klinisk signifikant effekt på farmakokinetikken til efavirenz hos pasienter med mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh-Turcotte klasse A) sammenlignet med kontrollene. Det forelå utilstrekkelige data for å fastslå om moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh-Turcotte klasse B eller C) påvirker farmakokinetikken til efavirenz.

Farmakokinetikken for emtricitabin er ikke undersøkt hos pasienter uten HBV-infeksjon men med varierende grad av leversvikt. Generelt vil farmakokinetikken for emtricitabin hos pasienter med HBV-infeksjon være lik den hos friske frivillige og hos pasienter med HIV-infeksjon.

En enkelt dose 300 mg tenofoviridisoprosilfumarat ble gitt til pasienter uten HIV-infeksjon men med varierende grad av nedsatt leverfunksjon definert i henhold til CPT-klassifikasjonen. Farmakokinetikken for tenofovir ble ikke vesentlig endret hos pasienter med nedsatt leverfunksjon, og dette antyder at det ikke er nødvendig å justere dosen av tenofoviridisoprosilfumarat hos disse pasientene.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Efavirenz: Prekliniske studier av sikkerhetsfarmakologi for efavirenz indikerer ingen spesiell fare for mennesker. I toksisitetstester ved gjentatt dosering ble gallehyperplasi observert hos cynomolgusaper som fikk efavirenz i ≥ 1 år i doser som ga gjennomsnittlige AUC-verdier som var ca. 2 ganger så høye som det man ser hos mennesker ved anbefalt dose. Gallehyperplasien gikk tilbake ved seponering. Gallefibrose er sett hos rotter. Ikke-vedvarende kramper ble sett hos noen aper som fikk efavirenz i ≥ 1 år i doser som ga AUC-verdier som var 4 til 13 ganger så høye som det man ser hos mennesker ved anbefalt dose.

Efavirenz var ikke mutagent eller klastogent i konvensjonelle gentoksisitetstester. Karsinogenitetsstudier viste økt forekomst av lever- og lungetumorer hos hunnmus, men ikke hos hannmus. Mekanismen bak tumordannelsen og den potensielle relevansen for mennesker er ikke kjent. Karsinogenitetsstudier med efavirenz hos hannmus og hann- og hunnrotter var negative.

Studier av reproduksjonstoksisitet viste økt føtal resorpsjon hos rotter. Ingen misdannelser ble sett hos fostere av rotter og kaniner behandlet med efavirenz. Misdannelser ble imidlertid sett i 3 av 20 fostere/nyfødte fra cynomolgusaper som ble behandlet med efavirenz i doser som gir plasmakonsentrasjoner av efavirenz lik dem man ser hos mennesker. Anencefali og unilateral anoftalmi med sekundær forstørrelse av tungen ble sett hos ett foster, mikrooftalmi ble sett hos et annet foster og ganespalte ble sett hos et tredje foster.

Emtricitabin: Prekliniske data for emtricitabin indikerer ingen spesiell fare for mennesker basert på konvensjonelle studier av sikkerhetsfarmakologi, toksisitetstester ved gjentatt dosering, gentoksisitet, karsinogenitet og reproduksjons- og utviklingstoksisitet.

Tenofovirdisoproksilfumarat: Prekliniske studier av sikkerhetsfarmakologi for tenofovirdisoproksilfumarat indikerer ingen spesiell fare for mennesker. Funn i toksisitetstester ved gjentatt dosering til rotter, hunder og aper ved eksponeringsnivåer høyere enn eller tilsvarende kliniske eksponeringsnivåer og av mulig klinisk betydning inkluderer nyre- og bentoksisitet og en reduksjon i serumfosfatkonsentrasjonen. Bentoksisitet ble diagnostisert som osteomalasi (aper) og redusert benmineraltetthet (*bone mineral density*, BMD) (rotter og hunder). Bentoksisitet hos unge voksne rotter og hunder oppstod ved eksponeringer på ≥ 5 ganger eksponeringen hos pediatriske eller voksne pasienter; bentoksisitet oppstod hos unge infiserte aper ved svært høye eksponeringer etter subkutan dosering (≥ 40 ganger eksponeringen hos pasienter). Funn ved studier av rotter og aper antydte at det var en stoffrelatert reduksjon i tarmabsorpsjonen av fosfat med potensiell sekundær reduksjon i BMD.

Gentoksisitetsstudier viste positive resultater i *in vitro*-testing av lymfomer hos mus, usikre resultater for en av stammene som ble brukt i Ames-testen, og svakt positive resultater i en UDS-test av primære leverceller fra rotte. Resultatene var imidlertid negative i en *in vivo*-testing av benmargmikronukleus hos mus.

Orale karsinogenitetsstudier hos rotter og mus viste bare lav forekomst av duodenale tumorer ved en ekstremt høy dose hos mus. Det er usannsynlig at disse tumorene har relevans for mennesker.

Studier av reproduksjonstoksisitet hos rotter og kaniner viste ingen effekt på parings-, fertilitets-, drektighets- eller fosterparametere. Tenofovirdisoproksilfumarat reduserte imidlertid overlevelsesindeks og vekt til avkom i peri-postnatale toksisitetstudier ved doser som var maternalt toksiske.

Kombinasjon av emtricitabin og tenofovirdisoproksilfumarat: I gentoksisitetstudier og toksisitetstester ved gjentatt dosering i én måned eller mindre med kombinasjonen av disse to virkestoffene ble det ikke funnet eksaserbasjon av toksikologiske effekter, sammenlignet med studier med de separate virkestoffene.

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Fortegnelse over hjelpestoffer

Tablettkjernen

Krysskarmellosenatrium

Hyprolose

Magnesiumstearat (E572)

Mikrokrystallinsk cellulose (E460)

Natriumlaurylsulfat

Filmdrasjering

Svart jernoksid

Rødt jernoksid

Makrogol 3350

Polyvinylalkohol

Talkum

Titandioksid (E171)

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant.

6.3 Holdbarhet

4 år.

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. Hold flasken tett lukket.

6.5 Emballasje (type og innhold)

High density polyetylen (HDPE)-flaske med polypropylen barnesikret lukkeanordning. Inneholder 30 filmdrasjerte tabletter og silikagel tørremiddel

Følgende pakningsstørrelser finnes: kartong som inneholder 30 (1 flaske) filmdrasjerte tabletter og 90 (3 flasker med 30) filmdrasjerte tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon

Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences Limited

IDA Business & Technology Park

Carrigtohill

County Cork

Irland

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

EU/1/07/430/001

EU/1/07/430/002

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 13. desember 2007

Dato for siste fornyelse: 17. september 2012

10. OPPDATERINGSDATO

Detaljert informasjon om dette legemidlet er tilgjengelig på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency) <http://www.ema.europa.eu>.

VEDLEGG II

- A. TILVIRKER(E) ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE**
- B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE
LEVERANSE OG BRUK**
- C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL
MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**
- D. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE
SIKKER OG EFFEKTIV BRUK AV LEGEMIDLET**

A. TILVIRKER(E) ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE

Navn og adresse til tilvirker(e) ansvarlig for batch release

Gilead Sciences Ireland UC
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Irland

B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE LEVERANSE OG BRUK

Legemiddel underlagt begrenset forskrivning (se Vedlegg I, Preparatomtale, pkt. 4.2).

C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

• Periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter (PSUR)

Kravene for innsendelse av periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter for dette legemidlet er angitt i EURD-listen (European Union Reference Date list), som gjort rede for i Artikkel 107c(7) av direktiv 2001/83/EF og i enhver oppdatering av EURD-listen som publiseres på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency).

D. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE SIKKER OG EFFEKTIV BRUK AV LEGEMIDLET

• Risikohåndteringsplan (RMP)

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal gjennomføre de nødvendige aktiviteter og intervensjoner vedrørende legemiddelovervåking spesifisert i godkjent RMP presentert i Modul 1.8.2 i markedsføringstillatelsen samt enhver godkjent påfølgende oppdatering av RMP.

En oppdatert RMP skal sendes inn:

- på forespørsel fra Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency);
- når risikohåndteringssystemet er modifisert, spesielt som resultat av at det fremkommer ny informasjon som kan lede til en betydelig endring i nytte/risiko profilen eller som resultat av at en viktig milepel (legemiddelovervåking eller risikominimering) er nådd.

• Andre risikominimeringsaktiviteter

Innehaveren av markedsføringstillatelsen skal sørge at alle leger som forventes å foreskrive/bruke Atripla mottar en opplæringspakke for leger som inneholder følgende:

- Preparatomtale
- Opplæringsbrosjyre om HIV og nyresykdom, inkludert regnestav for kreatininclearance

Opplæringsbrosjyren om HIV og nyresykdom bør inneholder følgende nøkkelinformasjon:

- At bruk av produkter som inneholder tenofovirdisoproksilfumarat, som Atripla, er forbundet med økt risiko for nyresykdom hos HIV-infiserte pasienter
- Atripla anbefales ikke til pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 50 ml/min)

- At bruk av Atripla bør unngås ved samtidig eller nylig bruk av nefrotoksiske legemidler. Hvis Atripla brukes samtidig med nefrotoksiske midler, må nyrefunksjonen monitoreres i henhold til anbefalt plan.
- At pasienter bør undersøke sin baseline nyrefunksjon før behandling med Atripla.
- Viktigheten av regelmessig monitorering av nyrefunksjonen under behandling med Atripla.
- En anbefalt plan for monitorering av nyrefunksjonen som tar hensyn til eventuelle tilleggsrisikofaktorer for nedsatt nyrefunksjon.
- Hvis serumfosfatnivået er $< 1,5$ mg/dl eller kreatininclearance under behandlingen synker til < 50 ml/min, bør det foretas en ny kontroll av nyrefunksjonen innen en uke. Hvis kreatininclearance er bekreftet som < 50 ml/min eller serumfosfat synker til $< 1,0$ mg/dl, må behandling med Atripla seponeres. Avbryting av behandling med Atripla bør også vurderes i tilfeller med progressiv nedsettelse av nyrefunksjonen dersom ingen annen årsak kan identifiseres.
- Bruksanvisning for regnestav for kreatininclearance

VEDLEGG III
MERKING OG PAKNINGSVEDLEGG

A. MERKING

OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ DEN YTRE EMBALLASJE OG DEN INDRE EMBALLASJE

MERKING AV FLASKE OG KARTONG

1. LEGEMIDLETS NAVN

Atripla 600 mg/200 mg/245 mg tabletter, filmdrasjerte
efavirenz/emtricitabin/tenofovirdisoproksil

2. DEKLARASJON AV VIRKESTOFF(ER)

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 600 mg efavirenz, 200 mg emtricitabin og 245 mg tenofovirdisoproksil (som fumarat).

3. LISTE OVER HJELPESTOFFER

Inneholder natrium, se pakningsvedlegget for ytterligere opplysninger.

4. LEGEMIDDELFORM OG INNHOLD (PAKNINGSSTØRRELSE)

30 tabletter, filmdrasjerte
90 (3 flasker med 30) tabletter, filmdrasjerte

5. ADMINISTRASJONSMÅTE OG ADMINISTRASJONSVEI(ER)

Les pakningsvedlegget før bruk.

Oral bruk.

6. ADVARSEL OM AT LEGEMIDLET SKAL OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN

Oppbevares utilgjengelig for barn.

7. EVENTUELLE ANDRE SPESIELLE ADVARSLER

8. UTLØPSDATO

Utløpsdato

9. OPPBEVARINGSBETINGELSER

Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. Hold flasken tett lukket.

**10. EVENTUELLE SPESIELLE FORHOLDSREGLER VED DESTRUKSJON AV
UBRUKTE LEGEMIDLER ELLER AVFALL**

11. NAVN OG ADRESSE PÅ INNEHAVEREN AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences Limited
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Irland

12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

EU/1/07/430/001 30 tabletter, filmdrasjerte
EU/1/07/430/002 90 (3 flasker med 30) tabletter, filmdrasjerte

13. PRODUKSJONSNUMMER

Lot

14. GENERELL KLASSIFIKASJON FOR UTLEVERING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT

Atripla [kun ytterpakningen]

17. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – TODIMENSJONAL STREKKODE

Todimensjonal strekkode, inkludert unik identitet.

**18. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – I ET FORMAT LESBART FOR
MENNESKER**

PC: {nummer}
SN: {nummer}
NN: {nummer}

B. PAKNINGSVEDLEGG

Pakningsvedlegg: Informasjon til pasienten

Atripla 600 mg/200 mg/245 mg tabletter, filmdrasjerte efavirenz/emtricitabin/tenofoviridisoproksil

Les nøye gjennom dette pakningsvedlegget før du begynner å bruke dette legemidlet. Det inneholder informasjon som er viktig for deg.

- Ta vare på dette pakningsvedlegget. Du kan få behov for å lese det igjen.
- Hvis du har ytterligere spørsmål, kontakt lege eller apotek.
- Dette legemidlet er skrevet ut kun til deg. Ikke gi det videre til andre. Det kan skade dem, selv om de har symptomer på sykdom som ligner dine.
- Kontakt lege eller apotek dersom du opplever bivirkninger, inkludert mulige bivirkninger som ikke er nevnt i dette pakningsvedlegget. Se avsnitt 4.

I dette pakningsvedlegget finner du informasjon om:

1. Hva Atripla er og hva det brukes mot
2. Hva du må vite før du bruker Atripla
3. Hvordan du bruker Atripla
4. Mulige bivirkninger
5. Hvordan du oppbevarer Atripla
6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

1. Hva Atripla er og hva det brukes mot

Atripla inneholder tre virkestoffer som brukes for å behandle infeksjoner med humant immunsviktvirus (HIV):

- Efavirenz er en ikke-nukleosid reverstranskriptasehemmer (NNRTI)
- Emtricitabin er en nukleosid reverstranskriptasehemmer (NRTI)
- Tenofovir er en nukleotid reverstranskriptasehemmer (NtRTI)

Hver av disse tre virkestoffene, som også kalles antiretrovirale legemidler, virker ved å påvirke et enzym (reverstranskriptase) som er nødvendig for at viruset skal formere seg.

Atripla brukes til å behandle infeksjon med humant immunsviktvirus (HIV) hos voksne (18 år eller eldre) som tidligere er behandlet med andre antiretrovirale legemidler, og hvor HIV-1-infeksjonen har vært under kontroll i minst tre måneder. Pasientene må ikke ha opplevd at tidligere HIV-behandling ikke har virket.

2. Hva du må vite før du bruker Atripla

Bruk ikke Atripla

- **dersom du er allergisk** overfor efavirenz, emtricitabin, tenofovir, tenofoviridisoproksilfumarat eller noen av de andre innholdsstoffene i dette legemidlet (listet opp i avsnitt 6).
- **hvis du har alvorlig leversykdom**
- **hvis du tar** noen av de følgende legemidlene:
 - **astemizol eller terfenadin** (brukes til behandling av høyfeber eller andre allergier)
 - **bepriidil** (brukes til behandling av hjertesykdom)
 - **cisaprid** (brukes til behandling av halsbrann)
 - **sekalealkaloider** (for eksempel ergotamin, dihydroergotamin, ergonovin og metylergonovin) (brukes til behandling av migrene og klusterhodepine)
 - **midazolam eller triazolam** (brukes til behandling av søvnløshet)

- **pimozid** (brukes til behandling av visse psykiske sykdommer)
- **johannesurt** (*Hypericum perforatum*) (naturlegemiddel som brukes til behandling av depresjon og angst)
- **voriconazol** (brukes til behandling av soppinfeksjoner)

→ **Informer legen din umiddelbart dersom du tar noen av disse legemidlene.** Hvis du tar disse legemidlene sammen med Atripla, kan du få alvorlige eller livstruende bivirkninger, eller legemidlene kan slutte å virke som de skal.

Advarsler og forsiktighetsregler

Rådfør deg med lege eller apotek før du bruker Atripla.

- **Du kan fremdeles overføre HIV-infeksjon til andre** mens du tar dette legemidlet, selv om risikoen er lavere med effektiv antiretroviral behandling. Snakk med legen din om hvilke forholdsregler som er nødvendige for å unngå å smitte andre personer. Dette legemidlet kurerer ikke HIV-infeksjonen. Når du tar Atripla kan du fortsatt få infeksjoner eller andre sykdommer forbundet med HIV-infeksjon.

- Du må fortsette å gå til behandling hos legen mens du tar Atripla.

- Si fra til legen din:

- **dersom du tar andre legemidler** som inneholder efavirenz, emtricitabin, tenofoviridisoproksil, tenofovirafenamid, lamivudin eller adefovirdipivoksil. Atripla må ikke tas sammen med noen av disse legemidlene.

- **dersom du har eller har hatt nyresykdom**, eller hvis tester har vist at du har problemer med nyrene. Atripla er ikke anbefalt hvis du har moderat til alvorlig nyresykdom.

Atripla kan påvirke nyrene dine. Før du starter behandlingen, kan det hende at legen vil ta blodprøver for å vurdere nyrefunksjonen. Det kan også hende at legen vil ta blodprøver i løpet av behandlingen for å kontrollere nyrene.

Atripla skal vanligvis ikke tas sammen med andre legemidler som kan skade nyrene dine (se *Andre legemidler og Atripla*). Hvis dette likevel ikke kan unngås, vil legen kontrollere nyrefunksjonen din en gang i uken.

- **dersom du har hatt en psykiatrisk sykdom**, inkludert depresjon, eller har misbrukt stoff eller alkohol. Si fra til legen din med en gang dersom du føler deg deprimentert, har selvmordstanker eller har rare tanker (se pkt. 4, *Mulige bivirkninger*)
- **dersom du har hatt kramper (rykkvise kramper eller epileptisk anfall)** eller dersom du behandles med legemidler mot kramper, som for eksempel karbamazepin, fenobarbital og fenytoin. Dersom du tar noen av disse legemidlene, kan det være nødvendig for legen å undersøke mengden av krampemedisin i blodet ditt for å forsikre seg om at det ikke påvirkes av Atripla. Det kan hende legen gir deg et annet middel mot krampene.
- **dersom du har hatt leversykdom, som for eksempel kronisk aktiv hepatitt.** Pasienter med leversykdom som for eksempel kronisk hepatitt B eller C og som behandles med antiretrovirale kombinasjonspreparater, har høyere risiko for alvorlige og potensielt livstruende leverproblemer. Legen din kan ta en blodprøve for å kontrollere hvor godt leveren din fungerer, eller han kan sette deg på et annet legemiddel. **Du må ikke ta Atripla dersom du har alvorlig leversykdom** (se tidligere under pkt. 2, *Bruk ikke Atripla*).

Hvis du har en hepatitt B-infeksjon, vil din lege vurdere nøye hvilket behandlingsregime som er det beste for deg. Tenofoviridisoproksil og emtricitabin, to av virkestoffene i Atripla, viser noe aktivitet mot hepatitt B-virus, selv om emtricitabin ikke er godkjent som behandling av hepatitt B-infeksjon. Symptomene fra din hepatitt kan bli verre etter at du har sluttet å ta Atripla. Legen din kan da ta blodprøver regelmessig for å kontrollere hvor godt leveren din fungerer (se pkt. 3, *Dersom du avbryter behandling med Atripla*).

- Legen din vil vurdere regelmessige blodprøver for å kontrollere hvordan leveren din fungerer, uavhengig av om du har hatt leversykdom.
- **dersom du er eldre enn 65 år.** Det er ikke undersøkt et tilstrekkelig antall pasienter over 65 år. Dersom du er eldre enn 65 år og har fått resept på Atripla, vil legen følge deg opp nøye.
- **Når du starter behandling med Atripla, må du se etter:**
 - **tegn på svimmelhet, søvnproblemer, søvnighet, konsentrasjonsvansker eller unormale drømmer.** Disse bivirkningene kan komme i løpet av de første par dagene av behandlingen og forsvinner vanligvis etter de første 2 til 4 ukene.
 - **tegn på hudutslett.** Atripla kan forårsake hudutslett. Dersom du ser tegn på alvorlig hudutslett med blemmer eller feber, må du slutte å ta Atripla og kontakte legen med en gang. Hvis du har hatt utslett under behandling med et annet NNRTI, kan du ha høyere risiko for å få utslett med Atripla.
 - **tegn på inflammasjon (betennelse) eller infeksjon.** Hos noen pasienter som har langtkommet HIV-infeksjon (AIDS) og tidligere har hatt infeksjoner på grunn av redusert immunforsvar, kan tegn og symptomer på inflammasjon fra tidligere infeksjoner vise seg like etter at anti-HIV-behandlingen er startet. Man antar at disse symptomene skyldes forbedring av kroppens immunrespons og gjør kroppen i stand til å bekjempe infeksjoner som har vært tilstede uten merkbare symptomer. Dersom du oppdager symptomer på infeksjon, må du ta kontakt med legen med en gang.

I tillegg til opportunistiske infeksjoner, kan autoimmune sykdommer (en tilstand hvor immunsystemet angriper friskt kroppsvev) også forekomme etter at du har startet med medisiner for din HIV-infeksjon. Autoimmune sykdommer kan forekomme flere måneder etter behandlingsstart. Hvis du merker symptomer på infeksjon eller andre symptomer, slik som muskelsvekkelse, svakhet som begynner i hender og føtter og brer seg oppover mot sentrum av kroppen, hjertebank, skjelving eller hyperaktivitet, må du kontakte legen umiddelbart for å få nødvendig behandling.

- **skjelettsykdom.** Noen pasienter som tar antiretroviral kombinasjonsbehandling, kan utvikle en bensykdom som kalles osteonekrose (benvevet dør på grunn av for lite blodtilførsel til benet). Blant annet varigheten av den antiretrovirale kombinasjonsbehandlingen, bruk av kortikosteroider, alkoholbruk, alvorlig immunsuppresjon og høy kroppsmasseindeks kan være noen av de mange risikofaktorene for å utvikle denne sykdommen. Tegn på osteonekrose er stivhet og smerter i leddene (spesielt hofte, kne og skulder) og bevegelsesproblemer. Dersom du oppdager noen av disse symptomene, må du kontakte legen.

Skjelettsykdom (noen ganger med benbrudd som resultat) kan også inntreffe på grunn av skade på nyrenes tubulære celler (se pkt. 4, *Mulige bivirkninger*).

Barn og ungdom

- **Ikke gi Atripla til barn og ungdom** under 18 år. Bruk av Atripla hos barn og ungdom er ikke undersøkt.

Andre legemidler og Atripla

Du må ikke ta Atripla sammen med visse legemidler. Disse er listet opp i begynnelsen av pkt. 2 under *Bruk ikke Atripla*. De inkluderer noen vanlige legemidler og noen naturlegemidler (inkludert johannesurt) som kan gi alvorlige bivirkninger.

Rådfør deg med lege eller apotek dersom du bruker, nylig har brukt eller planlegger å bruke andre legemidler.

Atripla må heller ikke tas sammen med andre legemidler som inneholder efavirenz (med mindre legen din anbefaler det), emtricitabin, tenofoviridisoprosil, tenofovirafenamid, lamivudin eller adefovirdipivoksil.

Si fra til legen din dersom du tar andre legemidler som kan skade nyrene dine. Noen eksempler på slike legemidler er:

- aminoglykosider, vankomycin (legemidler til behandling av bakterieinfeksjoner)
- foscarnet, ganciklovir, cidofovir (legemidler til behandling av virusinfeksjoner)
- Amfotericin B, pentamidin (legemidler til behandling av soppinfeksjoner)
- interleukin-2 (ved behandling av kreft)
- ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs, for å lindre ben- eller muskelsmerter)

Atripla kan reagere med andre legemidler, inkludert naturlegemidler som Ginkgo biloba-ekstrakter. Som et resultat av dette, kan mengden av Atripla eller andre legemidler i blodet ditt påvirkes. Dette kan føre til at legemidlet slutter å virke som det skal, eller at bivirkningene blir verre. I noen tilfeller vil legen din finne det nødvendig å justere dosen eller sjekke mengden i blodet. **Det er viktig at du sier fra til lege eller apotek dersom du tar noen av legemidlene nevnt nedenfor:**

- **Legemidler som inneholder didanosin (mot HIV-infeksjon):** Hvis Atripla tas sammen med andre antivirale midler som inneholder didanosin, kan didanosin-nivåene i blodet forhøyes og antallet CD4-celler reduseres. Betennelse i bukspyttkjertelen og laktacidose (for mye melkesyre i blodet), som noen ganger kan være dødelig, er rapportert i sjeldne tilfeller når legemidler som inneholder tenofoviridisoprosilfumarat og didanosin ble tatt samtidig. Legen din vil nøye overveie om du skal behandles med legemidler som inneholder tenofovir og didanosin.
- **Andre legemidler som brukes ved HIV-infeksjon:** Proteasehemmerne darunavir, indinavir, lopinavir/ritonavir, ritonavir eller ritonavir-forsterket atazanavir eller saquinavir. Legen din kan overveie å gi deg et annet legemiddel eller endre dosen av proteasehemmerne. Si også fra til legen din hvis du tar maraviroc.
- **Legemidler som brukes til å behandle infeksjoner med hepatitt C-virus:** boceprevir, telaprevir, simeprevir, sofosbuvir/velpatasvir.
- **Legemidler som brukes for å redusere fettstoffer i blodet (også kalt statiner):** Atorvastatin, pravastatin, simvastatin. Atripla kan redusere mengden av statiner i blodet. Legen vil kontrollere kolesterolnivåene dine og vil overveie å endre statindosen din om nødvendig.
- **Legemidler som brukes til å behandle kramper/epilepsi (antikonvulsive midler):** Karbamazepin, fenytoin, fenobarbital. Atripla kan redusere mengden antikonvulsive midler i blodet ditt. Karbamazepin kan redusere mengden efavirenz, som er et av virkestoffene i Atripla, i blodet ditt. Legen din kan overveie å gi deg et annet middel mot krampene.
- **Legemidler som brukes for å behandle bakterieinfeksjoner, inkludert tuberkulose og AIDS-relatert mycobacterium avium kompleks:** Klaritromycin, rifabutin, rifampicin. Legen din kan vurdere å endre dosen din eller gi deg et annet antibiotisk middel. I tillegg kan legen vurdere å gi deg en tilleggsdose efavirenz for å behandle din HIV-infeksjon.
- **Legemidler som brukes til å behandle soppinfeksjoner (antifungale midler):** Itrakonazol. Eller posakonazol. Atripla kan redusere mengden itraconazol eller posakonazol i blodet ditt. Legen din kan vurdere å gi deg et annet middel mot soppinfeksjonen.
- **Legemidler som brukes for å behandle malaria:** Atovakon/proguanil eller artemeter/lumefantrin. Atripla kan redusere mengden atovakon/proguanil eller artemeter/lumefantrin i blodet ditt.

- **Prevensjonsmidler som inneholder hormoner som p-piller, injisert prevensjonsmiddel (for eksempel Depo-Provera) eller prevensjonsimplantat (for eksempel Implanon):** Du må også bruke en pålitelig barriereprevensjonsmiddel (se avsnittet *Graviditet og amming*). Atripla kan føre til at prevensjonsmidler som inneholder hormoner virker dårligere. Graviditeter har forekommet hos kvinner som tar efavirenz, et innholdsstoff i Atripla, mens de har brukt et prevensjonsimplantat, selv om det ikke er fastslått om det var efavirenzbehandlingen som førte til at prevensjonsmidlet ikke virket.
- **Metadon**, et legemiddel som brukes til å behandle opiatavhengighet. Det kan bli nødvendig å endre metadondosen din.
- **Sertralín**, et legemiddel som brukes til å behandle depresjon. Det kan bli nødvendig å endre sertralindosen din.
- **Bupropion**, et legemiddel som brukes til å behandle depresjon eller som hjelper deg til å slutte å røyke. Det kan bli nødvendig å endre bupropiondosen din.
- **Diltiazem eller lignende legemidler (kalsiumkanalblokkere):** Når du begynner med Atripla, kan det bli nødvendig å justere dosen av kalsiumkanalblokkeren.
- **Legemidler som brukes for å forhindre at kroppen avstøter transplanterte organer (også kalt immunsuppressiva)**, som ciklosporin, sirolimus eller tacrolimus. Når du begynner eller slutter å ta Atripla vil legen din overvåke plasmanivåene dine av det immunosuppressive midlet, og det kan bli nødvendig å justere dosen av dette legemidlet.
- **Warfarin eller acenokumarol** (legemidler brukt til å redusere dannelsen av blodpropper): Det kan bli nødvendig å justere dosen av warfarin eller acenokumarol.
- **Ginkgo biloba-ekstrakter** (et naturlegemiddel).

Graviditet og amming

Rådfør deg med lege eller apotek før du tar dette legemidlet dersom du er gravid eller ammer, tror at du kan være gravid eller planlegger å bli gravid.

Kvinner bør ikke bli gravide når de behandles med Atripla og i 12 uker etter at behandlingen er avsluttet. Legen kan be deg ta en graviditetstest for å forsikre seg om at du ikke er gravid før du starter behandlingen med Atripla.

Dersom du kan bli gravid mens du tar Atripla, må du bruke et pålitelig barriere-prevensjonsmiddel (for eksempel kondom) sammen med andre prevensjonsmidler, inkludert p-piller eller andre prevensjonsmidler som inneholder hormoner (for eksempel implantat eller injeksjon). Efavirenz, som er et av virkestoffene i Atripla, kan forbli i blodet en stund etter at behandlingen er stoppet. Du må derfor fortsette å bruke prevensjonsmidler som nevnt ovenfor i 12 uker at behandlingen med Atripla er avsluttet.

Ta kontakt med legen din med en gang dersom du er gravid eller planlegger å bli gravid. Dersom du er gravid, må du bare ta Atripla hvis du og legen din mener at det er absolutt nødvendig.

Alvorlige fosterskader er sett hos fostre av dyr og hos spedbarn til kvinner som er behandlet med efavirenz mens de var gravide.

Rådfør deg med lege eller apotek før du tar noen form for medisin.

Hvis du har tatt Atripla i løpet av svangerskapet, kan legen din be om regelmessige blodprøver og andre diagnostiske prøver for å følge ditt barns utvikling. Hos barn av mødre som hadde tatt NRTIer i løpet av svangerskapet, oppveide fordelene ved beskyttelse mot HIV risikoen for bivirkninger.

Du må ikke amme når du behandles med Atripla. Både HIV og innholdsstoffene i Atripla kan gå over i morsmelken og påføre barnet ditt alvorlig skade.

Kjøring og bruk av maskiner

Atripla kan gi svimmelhet, nedsatt konsentrasjonsevne og søvnighet. Ikke kjør bil eller bruk verktøy eller maskiner dersom du merker disse bivirkningene.

Atripla inneholder natrium

Dette legemidlet inneholder 1 mmol (23,6 mg) natrium per tablett. Dette må tas i betraktning dersom du står på en kontrollert natriumdiett.

3. Hvordan du bruker Atripla

Bruk alltid dette legemidlet nøyaktig slik legen din eller apoteket har fortalt deg. Kontakt lege eller apotek hvis du er usikker.

Den anbefalte dosen er:

En tablett daglig tatt gjennom munnen. Atripla skal tas på tom mage (vanligvis betyr det 1 time før eller 2 timer etter et måltid), helst ved sengetid. Dette kan gjøre at noen av bivirkningene (for eksempel svimmelhet, søvnighet) blir mindre plagsomme. Tablettene svelges hele med vann.

Atripla må tas hver dag.

Hvis legen din bestemmer at du bør stoppe å ta et av virkestoffene i Atripla, kan det hende du får efavirenz, emtricitabin og/eller tenofoviridisoproksil hver for seg eller sammen med andre legemidler for behandling av HIV-infeksjonen.

Dersom du tar for mye av Atripla

Dersom du ved et uhell tar for mange tabletter med Atripla kan du ha økt risiko for mulige bivirkninger av dette legemidlet (se pkt. 4, *Mulige bivirkninger*). Rådfør deg med legen din eller nærmeste legevakt. Ta med deg tablettflasken slik at du lett kan beskrive hva du har tatt.

Dersom du har glemt å ta Atripla

Det er viktig at du ikke hopper over en dose med Atripla.

Dersom du glemmer en dose Atripla og det er mindre enn 12 timer siden den vanligvis skulle vært tatt, må du ta den så snart du kan, og så ta neste dose til vanlig tid.

Dersom det snart er tid for å ta den neste dosen (mindre enn 12 timer til), må du ikke ta den glemte dosen. Vent og ta den neste dosen til vanlig tid. Du må ikke ta en dobbelt dose som erstatning for en glemt tablett.

Dersom du kaster opp tablettene (innen 1 time etter at du har tatt Atripla), må du ta en ny tablett. Ikke vent til det er tid for å ta neste dose. Du trenger ikke å ta en ny tablett hvis du kaster opp mer enn 1 time etter at du har tatt Atripla.

Dersom du avbryter behandling med Atripla

Ikke avbryt behandlingen med Atripla før du har snakket med legen. Dersom behandlingen avbrytes, kan det påvirke din respons på senere behandling. Dersom du har sluttet å ta Atripla, må du snakke med legen før du starter behandlingen igjen. Legen kan vurdere å gi deg komponentene i Atripla separat dersom du har problemer eller dosen din må justeres.

Når du begynner å ha lite Atripla igjen, må du sørge for å få mer hos legen eller på apoteket. Dette er svært viktig, for mengden virus kan øke dersom behandlingen avbrytes, selv for kort tid. Viruset kan deretter bli vanskeligere å behandle.

Dersom du har både HIV-infeksjon og hepatitt B, er det spesielt viktig at du ikke avbryter behandlingen med Atripla uten å snakke med legen først. Noen pasienter har hatt blodprøver eller symptomer som viser at hepatitten er blitt verre etter at de har sluttet å ta emtricitabin eller tenofovirdisoproksilfumarat (to av de tre virkestoffene i Atripla). Hvis behandlingen med Atripla avsluttes, kan legen anbefale å gjenoppta hepatitt B-behandling. Du kan be om å få tatt en blodprøve for å kontrollere hvordan leveren din fungerer i 4 måneder etter at behandlingen er avsluttet. Hos enkelte pasienter med fremskreden leversykdom eller cirrhose er det ikke anbefalt å avslutte behandlingen ettersom dette kan føre til en forverring av din hepatitt, som kan være livstruende.

→ Si fra til legen din umiddelbart dersom du opplever nye eller uvanlige symptomer etter at behandlingen er avsluttet, spesielt symptomer som er knyttet til hepatitt B-infeksjon.

Spør lege eller apotek dersom du har noen spørsmål om bruken av dette legemidlet.

4. Mulige bivirkninger

Behandling av HIV kan føre til en vektøkning og en økning av lipid (fett) og glukose nivåene i blodet. Disse er delvis knyttet til forbedringen av helsetilstanden og livsstil. Økningen i lipider (fett) kan i noen tilfeller være forårsaket av HIV legemidlene. Legen din vil ta prøver for å undersøke om du får slike endringer.

Som alle legemidler kan dette legemidlet forårsake bivirkninger, men ikke alle får det.

Mulige alvorlige bivirkninger: informer legen din omgående

- **Melkesyreacidose** (for mye melkesyre i blodet) er en **sjelden** (kan forekomme hos inntil 1 av 1 000 pasienter), men alvorlig bivirkning som kan være dødelig. Følgende bivirkninger kan være tegn på melkesyreacidose:
 - dyp, rask pust
 - tretthet
 - kvalme, oppkast og magesmerter

→ **Kontakt lege omgående hvis du tror at du har melkesyreacidose.**

Andre mulige alvorlige bivirkninger

Bivirkningene nedenfor er **mindre vanlige** (kan forekomme hos inntil 1 av 100 pasienter):

- allergisk reaksjon (overfølsomhet) som kan forårsake alvorlige hudreaksjoner (Stevens-Johnson syndrom, erythema multiforme, se pkt. 2.)
- hevelser i ansikt, lepper, tunge eller hals
- sinne, selvmordstanker, rare tanker, forfølgelsestanker (paranoia), ikke i stand til å tenke klart, endret sinnsstemning, se eller høre ting som faktisk ikke er der (hallusinasjoner), selvmordsforsøk, personlighetsforandringer (psykose)
- buksmerter (magesmerter) på grunn av betennelse (inflammasjon) i bukspyttkjertelen (pankreas)
- glemsomhet, forvirring, epileptiske krampeanfall, usammenhengende tale, skjelving (risting)
- gulfarging av hud eller øyne, kløe, eller magesmerter på grunn av betennelse (inflammasjon) i leveren
- skader i såkalte nyretubuli

Psykiatriske bivirkninger i tillegg til de som er listet opp ovenfor, er vrangforestillinger, nevrose. Noen pasienter har begått selvmord. Disse problemene synes å opptre oftere hos pasienter som har hatt en psykiatrisk sykdom. Du må alltid kontakte lege øyeblikkelig dersom du har disse symptomene.

Bivirkninger i leveren: Dersom du også har en hepatitt B-virusinfeksjon, kan du oppleve en forverring av din hepatitt etter at behandlingen er avsluttet (se pkt. 3).

Bivirkningene nedenfor er **sjeldne** (kan forekomme hos inntil 1 av 1 000 pasienter):

- leversvikt, som i noen tilfeller kan føre til døden eller til levertransplantasjon. De fleste tilfellene oppstår hos pasienter som allerede har hatt en leversykdom, men dette er også rapportert hos pasienter uten eksisterende leversykdom.
- betennelse (inflammasjon) i nyrene, store mengder urin og tørsthetsfølelse
- ryggsmerte forårsaket av nyreproblemene, inkludert nyresvikt. Legen kan ta en blodprøve for å se om nyrene dine fungerer som de skal.
- oppmykning av benbygning (med bensmerter og noen ganger med benbrudd som resultat), som kan oppstå på grunn av skader på tubulære celler i nyrene
- fettlever

→ **Kontakt lege dersom du tror at du kan ha noen av disse alvorlige bivirkningene.**

De hyppigste bivirkningene

Bivirkningene nedenfor er **svært vanlige** (kan forekomme hos flere enn 1 av 10 pasienter):

- svimmelhet, hodepine, diaré, kvalme, oppkast
- utslett (inkludert røde flekker eller prikker, noen ganger med blemmer og opphovning av huden) som kan være allergiske reaksjoner
- svakhetsfølelse

Prøver kan også vise:

- redusert innhold av fosfat i blodet
- forhøyet innhold av kreatinkinase i blodet som kan føre til smerter og svakhet i musklene

Andre mulige bivirkninger

Bivirkningene nedenfor er **vanlige** (kan forekomme hos inntil 1 av 10 pasienter):

- allergiske reaksjoner
- forstyrrelser i koordinasjon og balanse
- bekymring eller depresjon
- søvnvansker, unormale drømmer, konsentrasjonsvansker, søvnighet
- smerter, magesmerter
- fordøyelsesproblemer med ubehagsfølelse etter måltid, oppblåsthet, luftavgang fra tarmen (flatulens)
- tap av appetitt
- tretthet
- kløe
- forandringer i hudfargen, som for eksempel flekker med mørkere hud som ofte begynner på hendene og fotsålene

Resultater av prøver kan også vise:

- lavt antall hvite blodlegemer (reduksjon i antall hvite blodlegemer kan gjøre deg mer utsatt for infeksjoner)

- problemer med leveren eller bukspyttkjertelen (pankreas)
- økte fettsyrer (triglyserider), bilirubin eller sukker i blodet

Bivirkningene nedenfor er **mindre vanlige** (kan forekomme hos inntil 1 av 100 pasienter):

- nedbrytning av muskler, muskelsmerter eller -svakhet
- lavt antall røde blodceller (anemi)
- følelse av å snurre rundt eller falle (vertigo), piping, ringing eller annen vedvarende støy i ørene
- tåkesyn
- kuldegysninger
- forstørrede bryster hos menn
- nedsatt seksualdrift
- rødming
- munntørret
- økt appetitt

Resultater av prøver kan også vise:

- nedsatt mengde kalium i blodet
- økt mengde kreatinin i blodet
- proteiner i urinen
- økt mengde kolesterol i blodet

Nedbrytning av muskler, oppmykning av benbygning (med bensmerter og noen ganger med benbrudd som resultat), muskelsmerter, muskelsvakhet og nedsatte mengder med kalium eller fosfat i blodet kan inntreffe som et resultat av skade på nyrenes tubulære celler.

Bivirkningene nedenfor er **sjeldne** (kan forekomme hos inntil 1 av 1 000 pasienter):

- kløende utslett i huden som skyldes reaksjon på solskinn

Melding av bivirkninger

Kontakt lege eller apotek dersom du opplever bivirkninger, inkludert mulige bivirkninger som ikke er nevnt i dette pakningsvedlegget. Du kan også melde fra om bivirkninger direkte via det nasjonale meldesystemet som beskrevet i Appendix V. Ved å melde fra om bivirkninger bidrar du med informasjon om sikkerheten ved bruk av dette legemidlet.

5. Hvordan du oppbevarer Atripla

Oppbevares utilgjengelig for barn.

Bruk ikke dette legemidlet etter utløpsdatoen som er angitt på flasken og esken etter "Utløpsdato". Utløpsdatoen henviser til den siste dagen i den måneden.

Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. Hold flasken tett lukket.

Legemidler skal ikke kastes i avløpsvann eller sammen med husholdningsavfall. Spør på apoteket hvordan du skal kaste legemidler som du ikke lenger bruker. Disse tiltakene bidrar til å beskytte miljøet.

6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

Sammensetning av Atripla

- Virkestoffer er efavirenz, emtricitabin og tenofovirdisoproksil. Hver Atripla filmdrasjerte tablett inneholder 600 mg efavirenz, 200 mg emtricitabin og 245 mg tenofovirdisoproksil (som fumarat).
- Andre innholdsstoffer i tablettene er krysskarmelosenatrium, hyprolose, magnesiumstearat, mikrokrystallinsk cellulose, natriumlaurylsulfat. Se pkt. 2 «Atripla inneholder natrium».
- Andre innholdsstoffer i filmdrasjelaget på tablettene er svart jernoksid, rødt jernoksid, makrogol 3350, polyvinylalkohol, talkum, titandioksid.

Hvordan Atripla ser ut og innholdet i pakningen

Atripla filmdrasjerte tabletter er rosa, kapselformede tabletter, merket på den ene siden med tallet "123" og umerket på den andre siden. Atripla finnes i flaske med 30 tabletter (sammen med en pose med silikagel som må være i flasken for å beskytte tablettene). Silikagel-tørremidlet er i en egen pose og må ikke svelges.

Følgende pakningsstørrelser finnes: kartong som inneholder 30 (1 flaske) filmdrasjerte tabletter og 90 (3 flasker med 30) filmdrasjerte tabletter. Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

Innehaver av markedsføringstillatelsen og tilvirker

Innehaver av markedsføringstillatelsen:

Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences Limited
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Irland

Tilvirker:

Gilead Sciences Ireland UC
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Irland

For ytterligere informasjon om dette legemidlet bes henvendelser rettet til den lokale representant for innehaveren av markedsføringstillatelsen:

België/Belgique/Belgien

Gilead Sciences Belgium SPRL-BVBA
Tél/Tel: + 32 (0) 24 01 35 50

Lietuva

Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft.
Tel: + 370 5 2790 762

България

Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft.
Тел.: + 359 800 12 400

Luxembourg/Luxemburg

Gilead Sciences Belgium SPRL-BVBA
Tél/Tel: + 32 (0) 24 01 35 50

Česká republika

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.
Tel: + 420 221 016 111

Magyarország

Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft.
Tel.: + 36 1 301 9700

Danmark

Gilead Sciences Sweden AB
Tlf: + 46 (0) 8 5057 1849

Deutschland

Gilead Sciences GmbH
Tel: + 49 (0) 89 899890-0

Eesti

Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft.
Tel: + 372 6827 400

Ελλάδα

Gilead Sciences Ελλάς Μ.ΕΠΕ.
Τηλ: + 30 210 8930 100

España

Gilead Sciences, S.L.
Tel: + 34 91 378 98 30

France

Gilead Sciences
Tél: + 33 (0) 1 46 09 41 00

Hrvatska

Gilead Sciences International Ltd
Tel: + 44 (0) 20 7136 8820

Ireland

Gilead Sciences Ltd.
Tel: + 353 214 825 999

Ísland

Gilead Sciences Sweden AB
Sími: + 46 (0) 8 5057 1849

Italia

Gilead Sciences S.r.l.
Tel: + 39 02 439201

Κύπρος

Gilead Sciences Ελλάς Μ.ΕΠΕ.
Τηλ: + 30 210 8930 100

Latvija

Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft.
Tel: + 371 67 50 21 85

Malta

Gilead Sciences International Ltd
Tel: + 44 (0) 20 7136 8820

Nederland

Gilead Sciences Netherlands B.V.
Tel: + 31 (0) 20 718 36 98

Norge

Gilead Sciences Sweden AB
Tlf: + 46 (0) 8 5057 1849

Österreich

Gilead Sciences GesmbH
Tel: + 43 1 260 830

Polska

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: + 48 22 262 8702

Portugal

Gilead Sciences, Lda.
Tel: + 351 21 7928790

România

Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft.
Tel: + 40 (0) 21 272 16 00

Slovenija

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.
Tel: + 386 1 236 47 00

Slovenská republika

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.
Tel: + 421 2 59298411

Suomi/Finland

Gilead Sciences Sweden AB
Puh/Tel: + 46 (0) 8 5057 1849

Sverige

Gilead Sciences Sweden AB
Tel: + 46 (0) 8 5057 1849

United Kingdom

Gilead Sciences Ltd.
Tel: + 44 (0) 8000 113 700

Dette pakningsvedlegget ble sist oppdatert .

Detaljert informasjon om dette legemidlet er tilgjengelig på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency): <http://www.ema.europa.eu>.