

**VIÐAUKI I**  
**SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS**

## 1. HEITI LYFS

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka 600 mg/200 mg/245 mg filmuhúðaðar töflur

## 2. INNIHALDSLÝSING

Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 600 mg af efavirenzi (efavirenzum), 200 mg af emtrícítabíni (emtricitabinum) og 245 mg af tenófóvír tvísóproxíli (tenofovirum disoproxilum) (sem súccínat).

Sjá lista yfir öll hjálparefni í kafla 6.1.

## 3. LYFJAFORM

Filmuhúðuð tafla (tafla).

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka filmuhúðaðar töflur eru ljósappelsínubleikar, sporöskjulaga, tvíkúptar, filmuhúðaðar töflur með skásniðnum brúnum. Stærð töflu: 20 x 11 mm.

## 4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR

### 4.1 Ábendingar

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er föst skammtsamsetning efavirenz, emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls. Lyfið er ætlað til meðferðar á HIV-1 veirusýkingu hjá fullorðnum 18 ára og eldri með veirufræðilega bælingu HIV-1 RNA á stiginu <50 eintök/ml á yfirstandandi samsettri meðferð þeirra gegn retróveirum, í meira en 3 mánuði. Sjúklingar mega ekki hafa upplifað veirufræðilegan brest í neinni annarri meðferð gegn retróveirum og mega ekki hafa í sér veirustofna sem hafa stökkbreyst og orðið ónæmir fyrir neinu af þeim þremur lyfjum sem eru í Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka áður en fyrsta meðferðin gegn retróveirum hefst (sjá kafla 4.4 og 5.1).

Ávinningur vegna efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls byggist aðallega á niðurstöðum klínískrar rannsóknar sem stóð yfir í 48 vikur, þar sem sjúklingar með stöðuga veirufræðilega bælingu í samsettri meðferð gegn retróveirum, skiptu yfir í efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl meðferð (sjá kafla 5.1). Enn eru engar upplýsingar um notkun efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls fyrirbyggjandi úr klínískum rannsóknum á sjúklingum sem ekki eru meðferðarreyndir eða hafa áður fengið mjög umfangsmiklar meðferðir.

Engar upplýsingar eru fyrirbyggjandi sem styðja samsetningu efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls og annarra lyfja gegn retróveirum.

### 4.2 Skammtar og lyfjagjöf

Læknir með reynslu í meðferð HIV sýkingar á að hefja meðferðina.

#### Skammtar

##### *Fullorðnir*

Ráðlagður skammtur af Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er ein tafla til inntöku einu sinni á dag.

Ef sjúklingur tekur ekki skammt af Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka en innan við 12 klst. hafa liðið frá þeim tíma þegar skammturinn er venjulega tekinn, skal sjúklingurinn taka Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eins fljótt og auðið er og halda áfram eðlilegri

skammtaáætlun. Ef meira en 12 klst. hafa liðið síðan sjúklingur átti að taka skammtinn af Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og nánast er komið að næsta skammti skal sjúklingur ekki taka skammtinn sem gleymdist heldur halda áfram venjulegri skammtaáætlun.

Ef sjúklingurinn kastar upp innan 1 klst. eftir töku Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, skal taka aðra töflu. Ef sjúklingurinn kastar upp meira en 1 klst. eftir töku Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka þarf hann ekki að taka annan skammt.

Mælt er með að Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka sé tekið á fastandi maga þar sem matur getur aukið útsetningu fyrir efavirensi og leitt til hækkaðrar tíðni aukaverkana (sjá kafla 4.4 og 4.8). Mælt er með því að gefa lyfið fyrir svefn að kvöldi til að draga úr líkum á óæskilegum aukaverkunum á taugakerfið (sjá kafla 4.8).

Gert er ráð fyrir að útsetning fyrir tenófóvíri (AUC) sé um 30% minni eftir að Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hefur verið gefið á fastandi maga samanborið við virka innihaldsefnið tenófóvír tvísóproxíl þegar það er tekið eitt sér með mat (sjá kafla 5.2). Upplýsingar um klínísku þýðingu minni útsetningar liggja ekki fyrir. Hjá veirufræðilega bældum sjúklingum er gert ráð fyrir að klínískt mikilvægi þessarar minnkunar sé takmarkað (sjá kafla 5.1).

Ef ástæða er til að hætta meðferð með einhverjum efnisþætti Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eða ef skammtabreytingar er þörf, er hægt að fá sérstök lyf með hverju um sig, efavirensi, emtrícítabíni og tenófóvír tvísóproxíli. Vísað er til Samantektar á eiginleikum lyfs fyrir þessi lyf.

Sé meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka stöðvuð á að hafa í huga langan helmingunartíma efavirens (sjá kafla 5.2) og langan innanfrumu helmingunartíma tenófóvírs og emtrícítabíns. Þar sem þessar viðmiðanir eru breytilegar eftir sjúklingum og þol getur komið fram, á að taka mið af leiðbeiningum um HIV meðferð og taka tillit til ástæðunnar fyrir stöðvun meðferðar.

*Skammtaáætlögun:* Ef Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er gefið samtímis rifampicíni hjá sjúklingum sem vega 50 kg eða meira má íhuga að gefa 200 mg/dag (samtals 800 mg) af efavirensi til viðbótar (sjá kafla 4.5).

### Sérstakir sjúklingahópar

#### *Aldraðir*

Fara á varlega í að gefa öldruðum sjúklingum Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka (sjá kafla 4.4).

#### *Skert nýrnastarfsemi*

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með miðlungsmikla eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <50 ml/mín.). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi þarf að aðlaga bil milli skammta emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls sem ekki næst með samsettu töflunni (sjá kafla 4.4 og 5.2).

#### *Skert lifrarárfsemi*

Lyfjáhvörf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hafa ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum með skerta lifrarárfsemi. Sjúklingar með vægan lifrarsjúkdóm (A flokkur skv. Child-Pugh-Turcotte (CPT) kvarða) geta fengið meðferð með venjulegum, ráðlögðum skammti af Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka (sjá kafla 4.3, 4.4 og 5.2). Fylgjast á vel með aukaverkunum hjá sjúklingum, sérstaklega einkennum frá taugakerfi í tengslum við efavirens (sjá kafla 4.3 og 4.4).

Ef hætta þarf meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hjá sjúklingum sem eru samtímis sýktir af HIV og lifrabólgu B veiru á að fylgjast vel með vísbendingum um versnun lifrabólgu hjá þessum sjúklingum (sjá kafla 4.4).

### Börn

Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls hjá börnum yngri en 18 ára (sjá kafla 5.2).

### Lyfjagjöf

Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka töflur skal gleypa í heilu lagi með vatni einu sinni á dag.

### 4.3 Frábendingar

Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna sem talin eru upp í kafla 6.1.

Alvarlega skert lifrarstarfsemi (CPT, flokkur C) (sjá kafla 5.2).

Samtímis lyfjagjöf með terfenadíni, astemízóli, císapríði, mídazólami, tríazólami, pímozíði, beprídíli eða ergot alkalóíðum (t.d. ergotamíni, díhýdróergótamíni, ergónóvíni og metýlbergónóvíni). Samkeppni um cytókróm P450 (CYP) 3A4 við efavírenz getur leitt til hömlunar á umbrotum og valdið því að alvarlegar og/eða lífshættulegar aukaverkanir geta komið fram (t.d. hjartsláttaróregla, langvarandi slæving eða öndunarbæling) (sjá kafla 4.5).

Samtímis gjöf elbasvírs/grazoprevírs vegna væntanlegrar marktækrar minnkunar á plasmabéttni elbasvírs og grazoprevírs. Þessi áhrif eru vegna virkjunar á CYP3A4 eða P-gp fyrir tilstilli efavírenz og geta leitt til taps á meðferðaráhrifum elbasvírs/grazoprevírs (sjá kafla 4.5).

Samtímis lyfjagjöf með vóríkónazóli. Efavírenz dregur marktækt úr þéttni vóríkónazóls í plasma, en vóríkónazól eykur jafnframt marktækt þéttni efavírenz í plasma. Þar sem Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er lyf með fastri skammtasamsetningu er ekki hægt að breyta skammti efavírenz (sjá kafla 4.5).

Samtímis lyfjagjöf með náttúruyfjum sem innihalda jóhannesarjurt/jónsmessurunna/hýperísín (*Hypericum perforatum*) vegna hættu á lækkaðri plasmabéttni og minni klínískum áhrifum efavírenz (sjá kafla 4.5).

Lyfjagjöf til sjúklinga með:

- sögu um skyndileg dauðsföll í fjölskyldunni, eða meðfædd lenging á QTc-bili hafi komið fram á hjartalínuriti eða ef til staðar er annað klínískt ástand sem vitað er að lengir QTc-bilið.
- sögu um hjartsláttartruflanir með einkennum, klínískt mikilvægan hægslátt eða hjartabilun samhliða minnkuðu útfallsbroti vinstri slegils.
- verulegar truflanir á blóðsaltajafnvægi, t.d. blóðkalíumlækkun eða blóðmagnésíumlækkun.

Samtímis lyfjagjöf með lyfjum sem vitað er að lengja QTc-bilið (versnun hjartsláttartruflana). Meðal þessara lyfja eru:

- lyf við hjartsláttartruflunum í flokkum IA og III,
- taugasefandi lyf, þunglyndislyf,
- ákveðnar tegundir sýklalyfja, þ.m.t. sum lyf í eftirfarandi flokkum: makrólíð, flúórókínólón, ímídazól og tríazól sveppalyf,
- tiltekin ofnæmislyf sem ekki eru róandi (terfenadín, astemízól),
- císapríð,
- flekainíð,
- tiltekin malaríulyf,
- metadón (sjá kafla 4.4, 4.5 og 5.1).

### 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Samtímis lyfjagjöf með öðrum lyfjum

Þar sem Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er föst samsetning á ekki að gefa það samtímis öðrum lyfjum sem innihalda sömu virku innihaldsefni, emtrícítabín eða tenófóvír tvísóproxíl. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka skal ekki gefa samtímis lyfjum sem innihalda efavirenz nema þörf sé á skammtaaðlögun, t.d. með rifampícíni (sjá kafla 4.2). Þar sem Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka svipar til emtrícítabíns á ekki að gefa það samtímis öðrum cýtidínhlíðstæðum á borð við lamívúdín (sjá kafla 4.5). Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á ekki að gefa samhliða adefóvír tvípívoxíli eða lyfjum sem innihalda tenófóvír alafenamíð.

Samtímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og dídanósíns er ekki ráðlögð þar sem útsetning fyrir dídanósíni eykst marktækt eftir samtímis gjöf þess og tenófóvír tvísóproxíls sem getur leitt til aukinnar hættu á dídanósíntengdum aukaverkunum (sjá kafla 4.5). Mjög sjaldan hefur verið greint frá brisbólgu og mjólkursýrublóðsýringu, stundum banvænum.

Samtímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og sófosbúvírs/velpatasvírs eða sófosbúvírs/velpatasvírs/voxílaprevírs er ekki ráðlögð vegna þess að gert er ráð fyrir að plasmabéttni velpatasvírs og voxílaprevírs minnki eftir samhliða gjöf með efavírenzi og að það leiði til minni meðferðaráhrifa sófosbúvírs/velpatasvírs eða sófosbúvírs/velpatasvírs/voxílaprevírs (sjá kafla 4.5).

Ekki liggja fyrir neinar upplýsingar um öryggi og verkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka þegar það er gefið með öðrum lyfjum gegn retróveirum.

Samtímis notkun ginkgo biloba er ekki ráðlögð (sjá kafla 4.5).

#### Skript úr meðferð gegn retróveirum sem byggist á próteasahemlum

Upplýsingar sem nú liggja fyrir benda til þess að hjá sjúklingum á meðferð gegn retróveirum sem byggist á próteasahemlum, geti skipti yfir í efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl leitt til minnkaðrar svörunar við meðferðinni (sjá kafla 5.1). Fylgjast á vel með hvort veirumagn í blóði aukist hjá þessum sjúklingum og þar sem mismunur er á öryggi efavírenz og próteasahemla, skal fylgjast með hvort aukaverkanir komi fram.

#### Tækifærissýkingar

Sjúklingar sem fá Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eða aðra meðferð gegn retróveirum geta haldið áfram að þróa með sér tækifærissýkingar og aðra fylgikvilla HIV sýkingar og eiga því að halda áfram að vera undir nánu, klínísku eftirliti lækna með reynslu af meðferð sjúklinga með sjúkdóma sem tengjast HIV.

#### HIV smit

Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á að veiruhamlandi virkni með andretróveirumeðferð minnki verulega smithættu við kynlíf, er ekki hægt að útiloka að einhver áhætta sé til staðar. Gera skal varúðarráðstafanir til að hindra smit samkvæmt leiðbeiningum í hverju landi fyrir sig.

#### Fæðuáhrif

Gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka með mat getur aukið útsetningu fyrir efavírenzi (sjá kafla 5.2) og valdið aukinni tíðni aukaverkana (sjá kafla 4.8). Mælt er með því að Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka sé tekið á fastandi maga og þá helst fyrir svefn að kvöldi.

#### Lifransjúkdómar

Ekki hefur verið gengið úr skugga um lyfjahvörf, öryggi og verkun efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls hjá sjúklingum með marktæka, undirliggjandi lifransjúkdóma (sjá kafla 5.2). Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er ekki ætlað sjúklingum með alvarlega skerta

lifrarstarfsemi (sjá kafla 4.3) og ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með miðlungsmikla skerta lifrarstarfsemi. Þar sem efavírenz umbrotnar að mestu leyti fyrir tilstilli CYP-kerfisins skal gæta varúðar þegar Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er gefið sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi. Hafa skal nákvæmt eftirlit með sjúklingum með tilliti til aukaverkana af efavírenzi, sérstaklega hvað varðar einkenni frá taugakerfi. Rannsóknir á lifrarstarfsemi skal gera með reglulegu millibili (sjá kafla 4.2).

Hjá sjúklingum sem fyrir hafa skerta lifrarstarfsemi, þ.m.t. langvinna, virka lifrabólgu, er aukin tíðni afbrigðilegrar lifrarstarfsemi við samsetta meðferð gegn retróveirum (CART, *combination antiretroviral therapy*). Fylgjast skal með þeim í samræmi við hefðbundna starfshætti. Ef vísbendingar eru um versnun lifrarsjúkdómsins eða þráláta hækkun á transamínösum í sermi sem er meira en 5 sinnum hærrí en efri mörk þess sem eðlilegt getur talist, skal vega ávinning áframhaldandi meðferðar með Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka gagnvart hugsanlegri hættu á marktækum eituráhrifum á lifur. Hjá slíkum sjúklingum verður að íhuga að rjúfa eða stöðva meðferð (sjá kafla 4.8).

Eftirlit með lifrarensum er einnig ráðlagt hjá sjúklingum á öðrum lyfjum sem geta valdið eituráhrifum á lifur.

#### *Aukaverkanir á lifur*

Tilkynnt var um lifrabílu eftir markaðssetningu lyfsins sem kom einnig fram hjá sjúklingum sem ekki voru fyrir með lifrarsjúkdóm eða aðra greinanlega áhættuþætti (sjá kafla 4.8). Íhuga skal eftirlit með lifrarensum hjá öllum sjúklingum óháð því hvort þeir séu með skerta lifrarstarfsemi eða aðra áhættuþætti.

#### *Sjúklingar sem eru samtímis sýktir af HIV og lifrabólgu B eða C veiru*

Sjúklingar með langvinna lifrabólgu B eða C sem fá CART eru í aukinni hættu á að fá alvarlegar og hugsanlega lífshættulegar aukaverkanir á lifur.

Læknum er bent á núgildandi leiðbeiningar um HIV meðferð varðandi ákjósanlegustu meðferð HIV sýkingar hjá sjúklingum sem eru samtímis sýktir af lifrabólgu B veiru.

Sé samtímis um að ræða lyfjameðferð við lifrabólgu B eða C er jafnframt vísað til viðkomandi Samantektar á eiginleikum lyfs fyrir þau lyf.

Öryggi og virkni efavírenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíls hafa ekki verið rannsökuð við meðferð á langvinnri sýkingu af völdum lifrabólgu B veiru. Emtricitabín og tenófóvír hafa bæði hvort um sig og saman reynst verka gegn lifrabólgu B veiru í rannsóknum á lyfhrifum (sjá kafla 5.1). Takmörkuð klínísk reynsla bendir til þess að emtricitabín og tenófóvír tvísóproxíl verki gegn lifrabólgu B veiru þegar þau eru notuð í samsettri meðferð gegn retróveirum til að hafa hemil á HIV sýkingu. Þegar efavírenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíl meðferð er hætt hjá sjúklingum sem samtímis eru sýktir af HIV og lifrabólgu B veiru getur slíkt tengst alvarlegri og bráðri versnun lifrabólgu. Hafa skal náð eftirlit með sjúklingum sem samtímis eru sýktir af HIV og lifrabólgu B veiru sem hætta notkun Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, bæði með klínísku eftirliti og rannsóknum, í að minnsta kosti fjóra mánuði eftir að meðferð með Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hefur verið stöðvuð. Ef við á má fyrirskipa að meðferð gegn lifrabólgu B sé hafin á ný. Hjá sjúklingum með langt genginn lifrarsjúkdóm eða skorpulífur er ekki mælt með að meðferð sé stöðvuð þar sem versnun lifrabólgu eftir að meðferð lýkur gæti leitt til vantemprunar á lifur.

#### Lenging á QTc-bili

Lenging á QTc-bili hefur komið fram við notkun á efavírenz (sjá kafla 4.5 og 5.1). Sjúklingar sem eru í áhættuhópi hvað varðar *torsades de pointes* og sjúklingar sem fá lyf sem geta aukið hættuna á *torsades de pointes*, eiga að íhuga önnur lyf en efavírenz/emtricitabín/tenífóvír tvísóproxíl.

#### Geðræn einkenni

Geðrænar aukaverkanir hafa verið skráðar hjá sjúklingum á efavírenz meðferð. Sjúklingar með fyrri sögu um geðræn vandamál virðast vera í meiri hættu á að fá þessar alvarlegu, geðrænu aukaverkanir. Einkum var alvarlegt þunglyndi algengara hjá einstaklingum sem áður höfðu átt við þunglyndi að stríða. Eftir markaðssetningu lyfsins hefur einnig verið tilkynnt um tilvik alvarlegs þunglyndis, sjálfsvíga, ofskynjana, geðrofshegðunar og geðstjarfa. Benda ætti sjúklingum á að ef þeir finna fyrir einkennum á borð við alvarlegt þunglyndi, geðrof eða sjálfsvígshugleiðingar, ættu þeir að hafa strax samband við lækinn til að komast að hvort þessi einkenni gætu verið tengd notkun efavírenz og sé svo að ákvarða hvort hættan við áframhaldandi meðferð sé meiri en ávinningur af henni (sjá kafla 4.8).

#### Einkenni frá taugakerfi

Aukaverkanir sem oft var tilkynnt um hjá sjúklingum sem fengu 600 mg af efavírenzi á dag í klínískum rannsóknum voru meðal annars sundl, svefnleysi, svefnþrungi, skert einbeiting og óeðlilegir draumar (ekki tæmandi upptalning). Einnig varð vart við sundl í klínískum rannsóknum á emtrícítabíni og tenófóvír tvísóproxíli. Tilkynnt hefur verið um höfuðverk í klínískum rannsóknum á emtrícítabíni (sjá kafla 4.8). Einkenni frá taugakerfi í tengslum við efavírenz koma venjulega í ljós á fyrsta eða öðrum degi meðferðar og þau hjaðna venjulega eftir fyrstu tvær til fjórar vikurnar. Láta á sjúklinga vita að ef þessi algengu einkenni koma fram er líklegt að þau lagist við áframhaldandi meðferð og að þau bendi ekki til að nein sjaldgæfari geðræn einkenni komi fram síðar.

#### Krampar

Vart hefur orðið við krampa hjá sjúklingum sem fá efavírenz, og þá venjulega hjá sjúklingum með sögu um krampa. Hjá sjúklingum sem samtímis fá flogaveikilyf sem umbrotna aðallega í lifur eins og fenýtóín, karbamazepín og fenóbarbítal, getur þurft að fylgjast reglubundið með plasmabéttni. Í rannsókn á milliverkun lyfja minnkaði plasmabéttni karbamazepíns þegar karbamazepín var gefið samtímis efavírenzi (sjá kafla 4.5). Varúðar skal gætt hjá sjúklingum með sögu um krampa.

#### Skerðing á nýrnastarfsemi

Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með miðlungsmikla eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <50 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi þarf að aðlaga skammta emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls, en það er ekki hægt með samsettu töflunni (sjá kafla 4.2 og 5.2). Forðast á að nota Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka ef lyf með eituráhrif á nýru er gefið samtímis eða hefur nýlega verið notað. Sé ekki hægt að komast hjá samtímis notkun Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og lyfja með eituráhrif á nýru (t.d. amínóglýkósíða, amfótercíns B, foskarnets, gancíklóvírs, pentamídíns, vankómýcíns, cídófóvírs, interleukíns-2), verður að fylgjast vikulega með nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.5).

Tilkynnt hefur verið um tilvik bráðrar nýrnabilunar eftir að meðferð var hafin með stórum skömmtum af bólgueyðandi gígtarlyfjum (NSAIDs) eða fleiri en einu bólgueyðandi gígtarlyfi, hjá sjúklingum sem fengu meðferð með tenófóvír tvísóproxíli og sem voru með áhættuþætti hvað varðar truflun á nýrnastarfsemi. Ef Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er gefið samhliða bólgueyðandi gígtarlyfi skal fylgjast með nýrnastarfsemi á fullnægjandi hátt.

Tilkynnt hefur verið um nýrnabilun, skerta nýrnastarfsemi, kreatínínhækkun, blóðfosfatsskort og aðlægan píplukvilla (þ.m.t. Fanconi heilkenni) við klíníska notkun tenófóvír tvísóproxíls (sjá kafla 4.8).

Mælt er með að ákvarða kreatínínúthreinsun hjá öllum sjúklingum áður en meðferð með Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er hafin og einnig að haft sé eftirlit með nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun og fosfati í sermi) eftir tvær til fjórar vikur meðferðar, eftir þrjá mánuði meðferðar og á þriggja til sex mánaða fresti eftir það hjá sjúklingum án áhættuþátta hvað varðar nýru. Tíðara eftirlit þarf með nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með sögu um starfstruflun í nýrum eða sjúklingum sem eiga slíka starfstruflun á hættu.

Ef fosfat í sermi er <1,5 mg/dl (0,48 mmól/l) eða kreatínínúthreinsun hefur lækkað í <50 ml/mín. hjá sjúklingi sem fær Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, verður að meta nýrnastarfsemi aftur innan viku, að meðtöldum mælingum á þéttni glúkósa í blóði, kalíums í blóði og glúkósa í þvagi (sjá kafla 4.8, aðlægur píplukvilli). Þar sem Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er samsett lyf og ekki er hægt að breyta skammtabili hvers virks innihaldsefnis um sig, verður að rjúfa meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hjá sjúklingum með staðfesta kreatínínúthreinsun <50 ml/mín. eða lækkun á þéttni fosfats í sermi í <1,0 mg/dl (0,32 mmól/l). Einnig má íhuga að stöðva meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka ef nýrnastarfsemi versnar smátt og smátt og engar aðrar orsakir liggja fyrir. Sé ástæða til að stöðva meðferð með einhverjum efnisþætti Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eða ef aðlaga þarf skammta, er hægt að fá lyf með hverju um sig, efavirenzi, emtrícítabíni og tenófóvír tvísóproxíli.

### Áhrif á bein

Í 144 vikna klínískri samanburðarrannsókn þar sem tenófóvír tvísóproxíl var borið saman við stavúðín í samsetningu með lamívúðíni og efavirenzi hjá sjúklingum sem höfðu ekki áður fengið meðferð gegn retróveirum varð vart við lítils háttar lækkun á steinefnaþéttni beina í mjöðm og hrygg hjá báðum meðferðarhópunum. Lækkun á steinefnaþéttni beina og breytingar á líffræðilegum merkigenum beina frá grunnlínu var marktækt meiri hjá meðferðarhópnum á tenófóvír tvísóproxíli eftir 144 vikur. Lækkun á steinefnaþéttni beina í mjöðm var marktækt meiri hjá þessum hópi fyrstu 96 vikurnar. Þó var ekki aukin hætta á brotum eða vísbendingar um afbrigðileika í beinum sem skiptu klínísku máli á 144 vikum.

Í öðrum rannsóknum (framsýnum og þversniðs) kom mesta lækkunin á beinþéttni fram hjá sjúklingum sem fengu meðferð með tenófóvír tvísóproxíli sem hluta meðferðar sem innihélt örvaðan próteasahemil. Íhuga skal aðrar meðferðaráætlanir handa sjúklingum með beinþynningu sem eru í mikilli hættu á beinbrotum.

Afbrigðileiki í beinum (sem stuðlar í sjaldgæfum tilvikum að broti) kann að tengjast aðlægum píplukvilla í nýrum (sjá kafla 4.8). Leiki grunur á afbrigðileika í beinum á að leita víðeigandi ráðgjafar.

### Húðviðbrögð

Tilkynnt hefur verið um væg eða miðlungsmikil útbrot vegna einstakra innihaldsefna efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls. Útbrot í tengslum við efavirenz innihaldsefnið hjaðna venjulega með áframhaldandi meðferð. Víðeigandi andhistamín og/eða barksterar geta aukið þol og flýtt fyrir hjöðnun útbrot. Tilkynnt hefur verið um alvarleg útbrot með blöðrumyndun, votri flögnun eða sáramyndun í tengslum við þau hjá færri en 1% sjúklinga á efavirenz meðferð (sjá kafla 4.8). Tíðni regnbogaróðasóttar (erythema multiforme) eða Stevens-Johnson heilkennis var um 0,1%. Stöðva verður meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka ef sjúklingar fá alvarleg útbrot ásamt blöðrumyndun, flögnun, útbrotum á slímhúðum eða hita. Reynsla af notkun efavirenz hjá sjúklingum sem hafa hætt meðferð með öðrum lyfjum gegn retróveirum í flokki NNRTI, er takmörkuð. Ekki er mælt með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka fyrir sjúklinga sem hafa fengið lífshættuleg húðviðbrögð (t.d. Stevens-Johnson heilkenni) meðan á töku NNRTI stendur.

### Líkamsþyngd og efnaskiptabreytur

Aukning í líkamsþyngd og gildum blóðfitu og glúkósa getur komið fram við retróveirulyfjameðferð. Þær breytingar geta að hluta tengst stjórnun sjúkdómsins og lífsstíl. Hvað varðar blóðfitu eru í sumum tilvikum vísbendingar um að meðferðin sjálf hafi þessi áhrif en varðandi aukningu líkamsþyngdar eru ekki sterkar vísbendingar um að nein ákveðin meðferð hafi þessi áhrif. Vísað er til samþyktra leiðbeininga um HIV meðferð vegna eftirlits með blóðfitu og glúkósa. Blóðfituröskun skal meðhöndla eins og klínískt á við.

### Starfstruflun í hvatberum eftir útsetningu í móðurkviði



Núkleós(t)íðhliðstæður kunna að hafa áhrif á starfsemi hvatbera í mismunandi mæli, sem kemur greinilegast fram með stavúdíni, dídanósíni og zídóvúdíni. Greint hefur verið frá starfstruflun í hvatberum hjá HIV neikvæðum ungbörnum sem voru útsett fyrir núkleósíðhliðstæðum í móðurkviði og/eða eftir fæðingu; slíkt hefur að mestu tengst meðferð með zídóvúdíni. Helstu aukaverkanir sem greint hefur verið frá eru truflanir í blóði (blóðleysi, daufkyrningafæð) og truflanir á efnaskiptum (laktathækkun í blóði, lípasahækkun í blóði). Þessar aukaverkanir voru oft skammvinnar. Í mjög sjaldgæfum tilvikum hefur verið greint frá truflunum í taugakerfi sem koma seint fram (ofstælingu, krömpum, óeðlilegri hegðun). Hvort slíkar truflanir í taugakerfi eru skammvinnar eða varanlegar er enn ekki vitað. Þessar niðurstöður skal íhuga varðandi hvert það barn, sem útsett er í móðurkviði fyrir núkleós(t)íðhliðstæðum, með alvarlegar klínískar niðurstöður af óþekktum orsökum, einkum taugafræðilegar niðurstöður. Þessar niðurstöður hafa ekki áhrif á nógildandi ráðleggingar hér á landi um notkun meðferðar gegn retróveirum hjá þunguðum konum til að hindra HIV-smit frá móður til barns.

### Ónæmisendurvirkjunarheilkenni (Immune Reactivation Syndrome)

Hjá HIV sýktum sjúklingum með alvarlegan ónæmisbrest við upphaf CART getur komið fram bólgusvörun við einkennalausum tækifærissýklum eða leifum þeirra og valdið alvarlegu klínísku ástandi eða versnun einkenna. Að jafnaði hefur slíkrar svörunar orðið vart á fyrstu vikum eða mánuðum eftir að CART hefst. Dæmin sem um ræðir eru sjónubólga vegna cýtómegalóveiru, útbreiddar og/eða afmarkaðar sýkingar af völdum mýkóbaktería og *Pneumocystis jiroveci* (áður þekkt sem *Pneumocystis carinii*) lungnabólga. Meta skal öll bólgueinkenni og hefja meðferð þegar þörf krefur.

Einnig hefur verið greint frá því að sjálfsnæmissjúkdómar (svo sem Graves-sjúkdómur og sjálfsofnæmis lifrabólga) hafi komið fram við ónæmisendurvirkjun. Hins vegar er breytilegt hvenær það gerist og geta slík tilfelli komið fram mörgum mánuðum eftir upphaf meðferðar.

### Beindrep

Þrátt fyrir að orsökina sé talin margþætt (þar með talin notkun barkstera, áfengisneysla, alvarleg ónæmisbæling, aukinn líkamsþyngdarstuðull (BMI)) hefur einkum verið greint frá beindrepi hjá sjúklingum með langt genginn HIV sjúkdóm og/eða sjúklingum sem hafa verið útsettir fyrir CART í langan tíma. Sjúklingum skal ráðlagt að leita læknaaðstoðar ef þeir finna fyrir verkjum eða sársauka í liðum, stirðleika í liðum eða eiga erfitt með hreyfingar.

### Sjúklingar með HIV-1 sem hýsa stökkbreytingar

Forðast skal notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hjá sjúklingum sem eru með HIV-1 stofn sem hýsir K65R, M184V/I eða K103N stökkbreytingar (sjá kafla 4.1 og 5.1).

### Aldraðir

Efavirenz/emtrícítabín/tenífóvír tvísóproxíl hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Þar sem líkur á skertri lifrar- eða nýrnastarfsemi eru meiri hjá öldruðum sjúklingum skal gæta varúðar þegar Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er gefið öldruðum sjúklingum (sjá kafla 4.2).

### Natríum

Lyfið inniheldur minna en 1 mmól af natríumi (23 mg) í hverjum skammti, þ.e. er sem næst natríumlaust.

## **4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir**

Þar sem Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka inniheldur efavirenz, emtrícítabín og tenófóvír tvísóproxíl geta allar þær milliverkanir við þessi lyf hvert fyrir sig sem greindar hafa verið átt við um Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka. Rannsóknir á milliverkunum við þessi

lyf hafa eingöngu verið gerðar hjá fullorðnum.

Þar sem Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er föst samsetning á ekki að gefa það samtímis öðrum lyfjum sem innihalda virku innihaldsefnið emtrícítabín eða tenófóvír tvísóproxíl. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka skal ekki gefa samtímis lyfjum sem innihalda efavírenz nema þörf sé á skammtaaðlögun, t.d. með rifampicíni (sjá kafla 4.2). Vegna skyldleika við emtrícítabín á ekki að gefa Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka samtímis öðrum cýtídínhlíðstæðum á borð við lamívúdín. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á ekki að gefa samhliða adefóvír tvípívoxíli eða lyfjum sem innihalda tenófóvír alafenamíð.

Efavírenz örvar CYP3A4, CYP2B6 og UGT1A1 *in vivo*. Plasmabéttni efnasambanda sem eru hvarfefni þessara ensíma getur lækkað þegar þau eru gefin samtímis efavírenzi. Efavírenz getur örvað CYP2C19 og CYP2C9, hins vegar hefur einnig orðið vart við hömlun *in vitro* og bein áhrif samtímis lyfjagjafar með hvarfefnum þessara ensíma eru ekki ljós (sjá kafla 5.2).

Útsetning fyrir efavírenzi getur aukist þegar það er gefið með lyfjum (til dæmis ritónavíri) eða fæðu (t.d. greipaldinsafa) sem hamla virkni CYP3A4 eða CYP2B6. Efnasambönd eða náttúrulyf (til dæmis ginkgo biloba og jóhannesarjurt) sem örva þessi ensím geta valdið minnkuðum plasmastyrk efavírenz. Samtímis notkun jóhannesarjurtar er frábending (sjá kafla 4.3). Samtímis notkun ginkgo biloba er ekki ráðlögð (sjá kafla 4.4).

Samkvæmt niðurstöðum *in vitro* og klínískra milliverkunarrannsókna á lyfjahvörfum er lítil hættu á milliverkunum fyrir tilstilli CYP milli emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls og annarra lyfja.

#### Milliverkun við próf fyrir kannabisefnum

Efavírenz binst ekki kannabisviðtökum. Tilkynnt hefur verið um falskt jákvæðar niðurstöður úr greiningarprófum við kembileit hjá heilbrigðum og HIV sýktum einstaklingum sem fengu efavírenz. Mælt er með að í slíkum tilvikum fari fram staðfestingarpróf með sérhæfðari aðferð svo sem með gas-/massagreiningu.

#### Frábendingar samtímis notkunar

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka má ekki gefa samtímis terfenadíni, astemizóli, cisapríði, mídazolami, tríazolami, pímozíði, beprídíli eða ergot alkalóíðum (til dæmis ergotamíni, díhýdróergotamíni, ergonóvíni og metýlergonóvíni), þar sem hömlun á umbrotum þeirra getur leitt til alvarlegra, lífshættulegra áhrifa (sjá kafla 4.3).

#### *Elbasvír/grazoprevír*

Samtímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og elbasvírs/grazoprevírs er frábending vegna þess að hún getur leitt til taps á veirusvörun við elbasvíri/grazoprevíri (sjá kafla 4.3 og töflu 1).

#### *Vórikónazól*

Samtímis gjöf staðalskammta af efavírenzi og vórikónazóli er frábending. Þar sem Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er lyf með fastri samsetningu er ekki hægt að breyta efavírenzskammtinum; og má því ekki gefa vórikónazól og Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka samtímis (sjá kafla 4.3 og töflu 1).

#### *Jóhannesarjurt/jónsmessurunni/hýperísín (Hypericum perforatum)*

Ekki má gefa Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og jóhannesarjurt eða náttúrulyf með jóhannesarjurt samtímis. Plasmabéttni efavírenz getur minnkað við samtímis notkun jóhannesarjurtar. Þetta er vegna örvunaráhrifa jóhannesarjurtar á umbrotsensím og/eða flutningsprótein. Ef sjúklingurinn tekur jóhannesarjurt skal hann hætta því, athuga skal veirubéttina hjá honum og ef hægt er, efavírenz þéttina. Efavírenz þéttini getur aukist þegar notkun jóhannesarjurtar er hætt. Örvandi áhrif jóhannesarjurtar geta varað í að minnsta kosti tvær vikur eftir stöðvun meðferðar (sjá kafla 4.3).

#### *Lyf sem lengja QT-bil*

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka má ekki nota samhliða lyfjum sem vitað er að lengja QTc-bilið og gætu leitt til *torsades de pointes*, s.s.: lyf við hjartsláttartruflunum úr flokki IA og III, sefandi lyf og þunglyndislyf, tiltekin sýklalyf, þ.m.t. lyf úr eftirfarandi flokkum: makrólíð, flúórókínólón, imídazól og tríazól sveppalyf, tiltekin ofnæmislyf sem ekki eru róandi (terfenadín, astemizól), cisapríð, flekainíð, tiltekin malaríulyf og metadón (sjá kafla 4.3).

#### Samtímis notkun ekki ráðlögð

##### *Atazanavír/rítónavír*

Ekki liggja fyrir nægar upplýsingar til að mæla með skömmtun atazanavírs/rítónavírs samtímis efavirenz/emtrícítabín/tenífóvír tvísóproxíli. Því er samtímis gjöf atazanavírs/rítónavírs og Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka ekki ráðlögð (sjá töflu 1).

##### *Dídanósín*

Samtímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og dídanósíns er ekki ráðlögð (sjá kafla 4.4 og töflu 1).

##### *Sófosbúvír/velpatasvír og sófosbúvír/velpatasvír/voxilaprevír*

Samtímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og sófosbúvírs/velpatasvírs eða sófisbúvírs/velpatasvírs/voxilaprevírs er ekki ráðlögð (sjá kafla 4.4 og töflu 1).

##### *Lyf sem skiljast út um nýru*

Þar sem emtrícítabín og tenófóvír skiljast aðallega út um nýru getur samtímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og lyfja sem draga úr nýrnastarfsemi eða keppa um virka pípluseytingu (t.d. cídófóvírs) hækkað sermispéttni emtrícítabíns, tenófóvírs og/eða lyfjanna sem gefin eru samtímis.

Forðast á að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka þegar verið er að nota samtímis lyf með eituráhrif á nýru eða það hefur nýlega verið notað. Þetta á meðal annars við um amínóglýkósíða, amfótercín B, foskarnet, ganciklóvír, pentamídín, vankómýcín, cídófóvír eða interleukín-2 (sjá kafla 4.4).

#### Aðrar milliverkanir

Milliverkanir milli efavirenz/emtrícítabín/tenífóvír tvísóproxíls eða stakra innihaldsefna og annarra lyfja eru taldar upp í töflu 1 hér á eftir (aukning er gefin til kynna sem „↑“, lækkun sem „↓“, engin breyting sem „↔“). 90% öryggisbil er gefið upp í sviga ef slíkt er fyrir hendi.

**Tafla 1: Milliverkanir milli efavirenz/emtrícítabín/tenífóvír tvísóproxíls eða stakra innihaldsefna og annarra lyfja**

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtrícítabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
<b>SÝKLALYF</b>		
<b>Veirulyf gegn HIV-veirum</b>		
<b>Próteasahemlar</b>		

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímís gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxil 245 mg)
Atazanavír/ritonavír/tenófovír tvísóproxil (300 mg einu sinni á dag/100 mg einu sinni á dag/245 mg einu sinni á dag)	Atazanavír: AUC: ↓ 25% (↓ 42 til ↓ 3) C <sub>max</sub> : ↓ 28% (↓ 50 til ↑ 5) C <sub>min</sub> : ↓ 26% (↓ 46 til ↑ 10) Samhliða gjöf atazanavírs/ritonavírs og tenófovírs olli aukinni útsetningu fyrir tenófovíri. Meiri tenófovírþéttni gæti aukið tenófovírtengdar aukaverkanir, þ.m.t. nýrnakvilla.	Samhliða gjöf atazanavírs/ritonavírs og Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka er ekki ráðlögð.
Atazanavír/ritonavír/efavirenz (400 mg einu sinni á dag/100 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag, allt gefið með mat)  Atazanavír/ritonavír/efavirenz (400 mg einu sinni á dag/200 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag, allt gefið með mat)	Atazanavír (eftir hádegi eða á kvöldin): AUC: ↔* (↓ 9% til ↑ 10%) C <sub>max</sub> : ↑ 17%* (↑ 8 til ↑ 27) C <sub>min</sub> : ↓ 42%* (↓ 31 til ↓ 51)  Atazanavír (eftir hádegi eða á kvöldin): AUC: ↔*/** (↓ 10% til ↑ 26%) C <sub>max</sub> : ↔*/** (↓ 5% til ↑ 26%) C <sub>min</sub> : ↑ 12%*/** (↓ 16 til ↑ 49) (CYP3A4 örvun). * Þegar miðað er við atazanavír 300 mg/ritonavír 100 mg einu sinni á dag að kvöldi án efavirenz. Þessi lækkun á C <sub>min</sub> atazanavírs gæti haft neikvæð áhrif á virgni atazanavírs. ** byggt á sögulegum samanburði. Ekki er mælt með samhliða gjöf efavirenz og atazanavírs/ritonavírs.	
Atazanavír/ritonavír/ emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Darúnavír/ritonavír/efavirenz (300 mg tvísvar sinnum á dag*/100 mg tvísvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)  *minna en ráðlagðir skammtar: búist er við svipuðum niðurstöðum varðandi ráðlagða skammta.	Darúnavír: AUC: ↓ 13% C <sub>min</sub> : ↓ 31% C <sub>max</sub> : ↓ 15% (CYP3A4 örvun)  Efavirenz: AUC: ↑ 21% C <sub>min</sub> : ↑ 17% C <sub>max</sub> : ↑ 15% (CYP3A4 hömlun)	Notkun Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka ásamt darúnavíri/ritonavíri 800/100 mg einu sinni á dag getur valdið minna C <sub>min</sub> darúnavírs en ákjósanlegt er. Ef um er að ræða notkun Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka ásamt darúnavíri/ritonavíri, skal nota meðferð með darúnavíri/ritonavíri 600/100 mg tvísvar á dag. Gæta skal varúðar við notkun darúnavírs/ritonavírs ásamt Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka. Sjá ritonavír dálk hér á eftir.
Darúnavír/ritonavír/tenófovír tvísóproxil (300 mg tvísvar sinnum á dag*/100 mg tvísvar sinnum á dag/245 mg einu sinni á dag)  *minna en ráðlagður skammtur	Darúnavír: AUC: ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenófovír: AUC: ↑ 22% C <sub>min</sub> : ↑ 37%	
Darúnavír/ritonavír/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Ekki er búist við milliverkunum byggt á mismunandi brotthvarfsleiðum.	Eftirlit með nýrnastarfsemi gæti verið ráðlagt, einkum hjá sjúklingum með undirliggjandi kerfisbundna sjúkdóma eða nýrnasjúkdóma eða sjúklingum sem taka lyf með eituráhrif á nýru.

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)
Fosamprenavír/rítónavír/ efavirenz (700 mg tvisvar sinnum á dag/100 mg tvisvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)	Engar klínískt marktækar lyfjahvarfa milliverkanir.	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og fosamprenavír/rítónavír má gefa samhliða án skammtaöðlögunar. Sjá rítónavír dálk hér á eftir.
Fosamprenavír/rítónavír/ emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Fosamprenavír/rítónavír/ tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Indínavír/efavirenz (800 mg á 8 klst. fresti/ 200 mg einu sinni á dag)	Efavirenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Indínavír: AUC: ↓ 31% (↓ 8 til ↓ 47) C <sub>min</sub> : ↓ 40%  Svipuð minnkun varð á indínavírútssetningu þegar 1.000 mg af indínavír var gefið á 8 klst. fresti með 600 mg af efavirenz einu sinni á dag. (CYP3A4 örvun) Fyrir samhliða gjöf á efavirensi og lágskammta rítónavíri samtímis meðferð með próteasahemli, sjá kafla um rítónavír hér á eftir.	Ónægar upplýsingar eru fyrir hendi til að áætla skammta fyrir indínavír gefið samtímis Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka. Á meðan klínískt mikilvægi minni indínavírþéttni hefur ekki verið fundið þarf að taka umfang sýnilegra lyfjahvarfa milliverkana með í reikninginn þegar meðferð sem inniheldur bæði efavirenz, innihaldsefni Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka, og indínavír er valin.
Indínavír/emtricitabín (800 mg á 8 klst. fresti/ 200 mg einu sinni á dag)	Indínavír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔  Emtricitabín: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔	
Indínavír/tenófovír tvísóproxíl (800 mg á 8 klst. fresti/ 245 mg einu sinni á dag)	Indínavír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔  Tenófovír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔	
Lópínavír/rítónavír/Tenófovír tvísóproxíl (400 mg tvisvar sinnum á dag/100 mg tvisvar sinnum á dag/245 mg einu sinni á dag)	Lópínavír/Rítónavír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenófovír: AUC: ↑ 32% (↑ 25 til ↑ 38) C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↑ 51% (↑ 37 til ↑ 66)  Meiri tenófovírþéttni gæti leitt til aukinna tenófovírtengdra aukaverkana, þ.m.t. nýrnakvilla.	

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
<p>Lópínavír/ritónavír mjúk hylki eða mixtúra/efavirenz</p> <p>Lópínavír/ritónavír töflur/efavirenz (400/100 mg tvisvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)</p> <p>(500/125 mg tvisvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)</p>	<p>Umtalsverð lækkun á lópínavírútssetningu gerir skammtaaðlögun á lópínavíri/ritónavíri nauðsynlega. Þegar notað samhliða efavirensi og tveimur NRTI lyfjum, 533/133 mg gaf lópínavír/ritónavír (mjúk hylki) tvisvar á dag svipaða lópínavír plasmapéttni samanborið við lópínavír/ritónavír (mjúk hylki) gjöf 400/100 mg tvisvar á dag án efavirenz (fyrrri niðurstöður).</p> <p>Lópínavírþéttni: ↓ 30-40%</p> <p>Lópínavírþéttni: svipuð og lópínavír/ritónavír 400/100 mg tvisvar á dag án efavirenz. Skammtaaðlögun á lópínavíri/ritónavíri er nauðsynleg við gjöf samhliða efavirensi. Fyrir samhliða gjöf efavirenz og lágskammta ritónavírs í samhliða meðferð með próteasahemli, sjá kaflann um ritónavír hér á eftir.</p>	
Lópínavír/ritónavír/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Ritónavír/efavirenz (500 mg tvisvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)	<p>Ritónavír: Morgun AUC: ↑ 18% (↑ 6 til ↑ 33) Kvöld AUC: ↔ Morgun C<sub>max</sub>: ↑ 24% (↑ 12 til ↑ 38) Kvöld C<sub>max</sub>: ↔ Morgun C<sub>min</sub>: ↑ 42% (↑ 9 til ↑ 86) Kvöld C<sub>min</sub>: ↑ 24% (↑ 3 til ↑ 50)</p> <p>Efavirenz: AUC: ↑ 21% (↑ 10 til ↑ 34) C<sub>max</sub>: ↑ 14% (↑ 4 til ↑ 26) C<sub>min</sub>: ↑ 25% (↑ 7 til ↑ 46) (hömlun á CYP-miðluðum oxandi efnaskiptum)</p> <p>Þegar efavirenz var gefið með ritónavíri 500 mg eða 600 mg tvisvar á dag, þóldist samsetningin ekki vel (til dæmis komu eftirtalin atriði fyrir: sundl, ógleði, náladofi og aukin lifrarensím). Nægileg gögn um þolanleika efavirenz með lágskammta ritónavíri (100 mg, einu sinni eða tvisvar á dag) eru ekki til.</p>	Samhliða gjöf 600 mg skammta af ritónavíri og Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er ekki ráðlögð. Þegar Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er notað með lágskammta ritónavíri er rétt að íhuga hugsanlega aukningu á efavirenz tengdum aukaverkunum vegna hugsanlegra milliverkana vegna lyfjahirfa.
Ritónavír/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Ritónavír/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Saquínavír/ritónavír/efavirenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Fyrir samhliða gjöf á efavirensi og lágskammta ritónavíri í meðferð með próteasahemli, sjá kaflann um ritónavír hér á undan.	Önægar upplýsingar eru til svo hægt sé að ráðleggja samskömmun á saquínavíri/ritónavíri þegar það er gefið með
Saquínavír/ritónavír/tenófóvír tvísóproxíl	Ekki komu fram klínískt marktækar lyfjahvarfa milliverkanir þegar tenófóvír tvísóproxíl var gefið samtímis ritónavíreflðu saquínavíri.	Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka. Samhliða gjöf

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)
Saqúnavír/rítónavír/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	saqúnavírs/rítónavírs og Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er ekki ráðlögð. Notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka í samhlíða meðferð með saqúnavíri sem eina próteasahemlinum, er ekki ráðlögð.
<b>CCR5 blokki</b>		
Maravírok/efavirenz (100 mg tvísvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)	Maravírok: AUC <sub>12 klst.</sub> : ↓ 45% (↓ 38 til ↓ 51) C <sub>max</sub> : ↓ 51% (↓ 37 til ↓ 62)  Styrkur efavirenz ekki metinn, ekki búist við neinum áhrifum.	Sjá Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir lyfið sem inniheldur maravírok.
Maravírok/tenófovír tvísóproxíl (300 mg tvísvar sinnum á dag/245 mg einu sinni á dag)	Maravírok: AUC <sub>12 klst.</sub> : ↔ C <sub>max</sub> : ↔  Styrkur tenófovírs ekki metinn, ekki búist við neinum áhrifum.	
Maravírok/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>Hemlar á flutning við samþættingu strengja</b>		
Raltegravír/efavirenz (400 mg einn skammtur/-)	Raltegravír: AUC: ↓ 36% C <sub>12 klst.</sub> : ↓ 21% C <sub>max</sub> : ↓ 36% (UGT1A1 örvun)	Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og raltegravír má gefa samhlíða án skammtaáðlögunar.
Raltegravír/tenófovír tvísóproxíl (400 mg tvísvar sinnum á dag/-)	Raltegravír: AUC: ↑ 49% C <sub>12 klst.</sub> : ↑ 3% C <sub>max</sub> : ↑ 64% (Virkniháttur milliverkana óþekktur) Tenófovír: AUC: ↓ 10% C <sub>12 klst.</sub> : ↓ 13% C <sub>max</sub> : ↓ 23%	
Raltegravír/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>NRTI og NNRTI lyf</b>		
NRTIs/efavirenz	Sértækar rannsóknir hafa ekki verið gerðar á milliverkunum efavirenz og annarra NRTI lyfja en lamívúdíns, zídóvíðíns og tenófovír tvísóproxíls. Klínískt marktækar milliverkanir hafa ekki komið fram og eru ekki líklegar þar sem NRTI lyf umbrotna með öðru ferli en efavirenz og er því ólíklegt að um samkeppni sé að ræða um umbrotsensím og brotthvarfsleiðir.	Vegna líkra eiginleika lamívúdíns og emtricitabíns, sem er innihaldsefni Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, á ekki að gefa Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka samtímis lamívúdíni (sjá kafla 4.4).

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavírenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavírenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
NNRTIs/efavírenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	Þar eð notkun tveggja NNRTI lyfja reyndist ekki bæta öryggi og virkni, er samhliða gjöf Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og annars NNRTI lyfs ekki ráðlögð.
Dídanósín/tenófóvír tvísóproxíl	Þegar tenófóvír tvísóproxíl er gefið samhliða dídanósíni leiðir það til 40-60% aukningar á altækri útsetningu fyrir dídanósíni, sem getur aukið hættuna á aukaverkunum sem tengjast dídanósíni. Mjög sjaldan hefur verið greint frá brisbólgu og mjólkursýrublóðsýringu, stundum banvænum. Samhliða gjöf tenófóvírs tvísóproxíls og dídanósíns 400 mg á dag hefur verið tengd við verulega aukningu á CD4 frumtölu, hugsanlega vegna innanfrumuáhrifa þar sem fosfórýlerað (þ.e. virkt) dídanósín eykst. Minnkaður skammtur af dídanósíni (250 mg) gefinn samhliða meðferð með tenófóvír tvísóproxíli hefur verið tengdur við háa tíðni meðferðarþrests (virological failure) við ýmsar prófaðar meðferðasamsetningar.	Samhliða gjöf Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og dídanósíns er ekki ráðlögð (sjá kafla 4.4).
Dídanósín/efavírenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Dídanósín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>Veirulyf gegn lifrabólguveiru C</b>		
Elbasvír/grazoprevír + efavírenz	<p>Elbasvír: AUC: ↓ 54% C<sub>max</sub>: ↓ 45% (CYP3A4 eða P-gp virkjun – áhrif á elbasvír)</p> <p>Grazoprevír: AUC: ↓ 83% C<sub>max</sub>: ↓ 87% (CYP3A4 eða P-gp virkjun – áhrif á grazoprevír)</p> <p>Efavírenz: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔</p>	Samhliða gjöf efavírenz/emtricitabíns/tenófóvír tvísóproxíls og elbasvírs/grazoprevírs er frábending vegna þess að hún getur leitt til taps á veirusvörun við elbasvíri/grazoprevíri. Þetta tap er vegna marktækrar minnkunar á plasmabéttni elbasvírs/grazoprevírs fyrir tilstilli CYP3A4 eða P-gp virkjunar. Nánari upplýsingar er að finna í samantekt á eiginleikum lyfs fyrir elbasvír/grazoprevír.



Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
Boceprevír/efavirenz (800 mg á 8 klst. fresti/ 600 mg einu sinni á dag)	<p>Boceprevír: AUC: ↔ 19%* C<sub>max</sub>: ↔ 8% C<sub>min</sub>: ↓ 44%</p> <p>Efavirenz: AUC: ↔ 20% C<sub>max</sub>: ↔ 11% (CYP3A virkjun – áhrif á boceprevír) *0-8 klst.</p> <p>Engin áhrif (↔) jafngilda lækun á mati meðaltalshlutfalls sem nemur ≤20% eða hækkun á mati meðaltalshlutfalls sem nemur ≤25%.</p>	Lágmarkspéttni boceprevírs í blóðvökva minnkaði þegar það var gefið með efavirenz, sem er hluti af Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka. Klínískur árangur þessarar greinilegu lækkunar lágmarkspéttni boceprevírs hafa enn ekki verið metin beint.
Ledipasvír/sófosbúvír (90 mg/400 mg einu sinni á dag) + efavirenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíl (600 mg/200 mg/245 mg einu sinni á dag)	<p>Ledipasvír: AUC: ↓ 34% (↓ 41 til ↓ 25) C<sub>max</sub>: ↓ 34% (↓ 41 til ↑ 25) C<sub>min</sub>: ↓ 34% (↓ 43 til ↑ 24)</p> <p>Sófosbúvír: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ GS-331007<sup>1</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Efavirenz: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabín: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenófóvír: AUC: ↑ 98% (↑ 77 til ↑ 123) C<sub>max</sub>: ↑ 79% (↑ 56 til ↑ 104) C<sub>min</sub>: ↑ 163% (↑ 137 til ↑ 197)</p>	Engar breytingar á skömmtum eru ráðlagðar. Þessi aukna útsetning fyrir tenófóvíri gæti aukið tíðni eða alvarleika aukaverkana sem tengjast tenófóvír tvísóproxíli, þar á meðal raskana á nýrnastarfsemi. Fylgjast skal náið með nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.4).

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
Sófosbúvír/velpatasvír (400 mg/100 mg einu sinni á dag) + efavirenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíl (600 mg/200 mg/245 mg einu sinni á dag)	<p>Sófosbúvír: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↑ 38% (↑ 14 til ↑ 67) GS-3310071: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Velpatasvír: AUC: ↓ 53% (↓ 61 til ↓ 43) C<sub>max</sub>: ↓ 47% (↓ 57 til ↓ 36) C<sub>min</sub>: ↓ 57% (↓ 64 til ↓ 48)</p> <p>Efavirenz: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabín: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenófóvír: AUC: ↑ 81% (↑ 68 til ↑ 94) C<sub>max</sub>: ↑ 77% (↑ 53 til ↑ 104) C<sub>min</sub>: ↑ 121% (↑ 100 til ↑ 143)</p>	Gert er ráð fyrir að sam tímis gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og sófosbúvírs/velpatasvírs eða sófosbúvírs/velpatasvírs/voxilaprevírs minnki plasmapéttni velpatasvírs og voxilaprevírs. Ekki er mælt með samhliða gjöf Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og sófosbúvírs/velpatasvírs eða sófosbúvírs/velpatasvírs/voxilaprevírs (sjá kafla 4.4)

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
Sófosbúvír/velpatasvír/ voxilaprevír (400 mg/100 mg/100 mg einu sinni á dag) + efavirenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíl (600 mg/200 mg/245 mg einu sinni á dag)	Milliverkanir aðeins rannsakaðar með sófosbúvíri/velpatasvíri.  <i>Gert ráð fyrir:</i> Voxilaprevír: ↓	
Sófosbúvír (400 mg einu sinni á dag) + efavirenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíl (600 mg/200 mg/245 mg einu sinni á dag)	Sófosbúvír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↓ 19% (↓ 40 til ↑ 10)  GS-331007 <sup>1</sup> : AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↓ 23% (↓ 30 til ↑ 16)  Efavirenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Emtricitabín: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenófóvír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↑ 25% (↑ 8 til ↑ 45) C <sub>min</sub> : ↔	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og sófosbúvír má gefa samhliða án skammtaáðlögunar.
Simeprevír/efavirenz (150 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Simeprevír: AUC: ↓ 71% (↓ 67 til ↓ 74) C <sub>max</sub> : ↓ 51% (↓ 46 til ↓ 56) C <sub>min</sub> : ↓ 91% (↓ 88 til ↓ 92)  Efavirenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Engin áhrif (↔) jafngilda lækkun á mati meðaltalshlutfalls sem nemur ≤20% eða hækkun á mati meðaltalshlutfalls sem nemur ≤25%. (CYP3A4 virkjun)	Samhliða gjöf simeprevírs með efavirensi, sem er hluti af Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka, dró marktækt úr þéttni simeprevírs í plasma vegna CYP3A íleiðslu af völdum efavirenz, sem kann að valda skorti á meðferðaráhrifum simeprevírs. Samhliða gjöf simeprevírs með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka er ekki ráðlögð.
Simeprevír/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Klínískt mikilvægar milliverkanir eru ekki líklegar þar sem simeprevír og emtricitabín eru útskilin með mismunandi leiðum.	

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavírenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavírenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
Simeprevír/tenófóvír tvísóproxíl (150 mg einu sinni á dag/245 mg einu sinni á dag)	Simeprevír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenófóvír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔ Engin áhrif (↔) jafngilda lækkun á mati meðaltalshlutfalls sem nemur ≤20% eða hækkun á mati meðaltalshlutfalls sem nemur ≤25%.	
<b>Sýklalyf</b>		
Klaritrómýcín/efavírenz (500 mg tvísvar sinnum á dag/400 mg einu sinni á dag)	Klaritrómýcín: AUC: ↓ 39% (↓ 30 til ↓ 46) C <sub>max</sub> : ↓ 26% (↓ 15 til ↓ 35)  Klaritrómýcín 14-hýdroxýumbrotsefni: AUC: ↑ 34% (↑ 18 til ↑ 53) C <sub>max</sub> : ↑ 49% (↑ 32 til ↑ 69)  Efavírenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↑ 11% (↑ 3 til ↑ 19) (CYP3A4 virkjun)  Útbrot myndaðist hjá 46% ósýktra sjálfboðaliða er fengu efavírenz og klaritrómýcín.	Klínískt mikilvægi þessara breytinga á klaritrómýcínmagni í plasma er óþekkt. Íhuga má önnur lyf en klaritrómýcín (s.s. azitrómýcín). Önnur makrólíð sýklalyf, svo sem erýtrómýcín, hafa ekki verið rannsökuð í samhliða gjöf með Efavírenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka.
Klaritrómýcín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar	
Klaritrómýcín/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar	
<b>Lyf við mycobakteríum</b>		
Rífabútín/efavírenz (300 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Rífabútín: AUC: ↓ 38% (↓ 28 til ↓ 47) C <sub>max</sub> : ↓ 32% (↓ 15 til ↓ 46) C <sub>min</sub> : ↓ 45% (↓ 31 til ↓ 56)  Efavírenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↓ 12% (↓ 24 til ↑ 1) (CYP3A4 virkjun)	Auka skal daglegan rífabútín skammt um 50% þegar gefið samhliða Efavírenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka. Íhuga skal að tvöfalda rífabútín skammtinn í meðferðum þar sem rífabútín er gefið tvísvar til þrisvar í viku með Efavírenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka.
Rífabútín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Rífabútín/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	Klínísk áhrif þessarar skammtaaðlögunar hafa ekki verið metin til fullnustu. Íhuga á þol viðkomandi einstaklings og veirufræðileg viðbrögð áður en skammtaaðlögunin er gerð (sjá kafla 5.2).

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)
Rífampícín/efavirenz (600 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Efavirenz: AUC: ↓ 26% (↓ 15 til ↓ 36) C <sub>max</sub> : ↓ 20% (↓ 11 til ↓ 28) C <sub>min</sub> : ↓ 32% (↓ 15 til ↓ 46) (CYP3A4 og CYP2B6 virkjun)	Þegar Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka er tekið ásamt rífampícíni hjá sjúklingum sem vega 50 kg eða meira, getur skammturinn
Rífampícín/tenófovír tvísóproxíl (600 mg einu sinni á dag/245 mg einu sinni á dag)	Rífampícín: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔  Tenófovír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔	200 mg/dag (800 mg samtals) af efavirensi til viðbótar leitt til svipaðrar útsetningar og 600 mg dagsskammtur af efavirensi án rífampicíns. Klínísk áhrif þessarar skammtaaðlögunar hafa ekki verið metin til fullnustu. Íhuga á þol viðkomandi einstaklings og veirufræðileg viðbrögð áður en skammtaaðlögunin er gerð (sjá kafla 5.2). Engin skammtaaðlögun rífampicíns er ráðlögð þegar gefið samhliða
Rífampícín/emtrícítabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka.
<b>Sveppalyf</b>		
Ítrakónazól/efavirenz (200 mg tvísvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)	Ítrakónazól: AUC: ↓ 39% (↓ 21 til ↓ 53) C <sub>max</sub> : ↓ 37% (↓ 20 til ↓ 51) C <sub>min</sub> : ↓ 44% (↓ 27 til ↓ 58) (minnkuð ítrakónazól þéttni: CYP3A4 virkjun)  Hýdroxýítrakónazól: AUC: ↓ 37% (↓ 14 til ↓ 55) C <sub>max</sub> : ↓ 35% (↓ 12 til ↓ 52) C <sub>min</sub> : ↓ 43% (↓ 18 til ↓ 60)  Efavirenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔	Þar sem ekki er hægt að gefa skammtaráðleggingar varðandi ítrakónazól notað samhliða Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka skal íhuga að nota aðra sveppalyfja meðferð.
Ítrakónazól/emtrícítabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar	
Ítrakónazól/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar	
Posakónazól/efavirenz (-/400 mg einu sinni á dag)	Posakónazól: AUC: ↓ 50% C <sub>max</sub> : ↓ 45% (UDP-G virkjun)	Forðast ber samtímis notkun posakónazóls og Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka
Posakónazól/emtrícítabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	nema ávinningur sjúklings af áframhaldandi meðferð sé meiri en áhættan.
Posakónazól/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	

<b>Lyf eftir virkniflokki</b>	<b>Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C<sub>max</sub>, C<sub>min</sub>, með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)</b>	<b>Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)</b>
Vorikónazól/efavirenz (200 mg tvisvar sinnum á dag/400 mg einu sinni á dag)	Vorikónazól: AUC: ↓ 77% C <sub>max</sub> : ↓ 61%  Efavirenz: AUC: ↑ 44% C <sub>max</sub> : ↑ 38% (samkeppnishömlun á oxíderandi efnaskiptum)  Samhliða gjöf ráðlagðra skammta af efavirensi og vorikónazóli er frábending (sjá kafla 4.3).	Þar eð Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka er föst skammtasamsetning og ekki hægt að breyta efavirenz skammtinum, má ekki gefa vorikónazól og Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka í samhliða meðferð.
Vorikónazól/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Vorikónazól/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>Malaríulyf</b>		
Artemeter/lumefantrín/efavirenz (20/120 mg tafla, 6 skammtar með 4 töflum hver í 3 daga/600 mg einu sinni á dag)	Artemeter: AUC: ↓ 51% C <sub>max</sub> : ↓ 21%  Tvíhýdróartemisinín (virkt umbrotsefni): AUC: ↓ 46% C <sub>max</sub> : ↓ 38%  Lumefantrín: AUC: ↓ 21% C <sub>max</sub> : ↔  Efavirenz: AUC: ↓ 17% C <sub>max</sub> : ↔ (CYP3A4 virkjun)	Þar sem minnkuð þéttni artemeters, tvíhýdróartemisiníns eða lumefantríns getur leitt til þess að verkun gegn malaríu minnki skal gæta varúðar þegar Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og artemeter/lumefantrín töflur eru gefnar samhliða.
Artemeter/lumefantrín/ emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Artemeter/lumefantrín/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Atovaquon og proguanil hýdróklóríð/efavirenz (250/100 mg einn skammtur/600 mg einu sinni á dag)	Atovaquone: AUC: ↓ 75% (↓ 62 til ↓ 84) C <sub>max</sub> : ↓ 44% (↓ 20 til ↓ 61)  Proguanil: AUC: ↓ 43% (↓ 7 til ↓ 65) C <sub>max</sub> : ↔	Forðast skal samtímis notkun atovaquons/proguanils og Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka.
Atovaquon og proguanil hýdróklóríð/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Atovaquon og proguanil hýdróklóríð/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>KRAMPASTILLANDI LYF</b>		

<b>Lyf eftir virkniflokki</b>	<b>Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C<sub>max</sub>, C<sub>min</sub>, með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)</b>	<b>Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)</b>
Karbamazepín/efavirenz (400 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Karbamazepín: AUC: ↓ 27% (↓ 20 til ↓ 33) C <sub>max</sub> : ↓ 20% (↓ 15 til ↓ 24) C <sub>min</sub> : ↓ 35% (↓ 24 til ↓ 44)  Efavirenz: AUC: ↓ 36% (↓ 32 til ↓ 40) C <sub>max</sub> : ↓ 21% (↓ 15 til ↓ 26) C <sub>min</sub> : ↓ 47% (↓ 41 til ↓ 53) (minnkuð karbamazepín þéttni: CYP3A4 virkjun; minnkuð efavirenz þéttni: CYP3A4 og CYP2B6 virkjun)  Samhliða gjöf stórra skammta af annaðhvort efavirensi eða karbamazepíni hefur ekki verið rannsökuð.	Engar skammtaráðleggingar er hægt að gefa um gjöf Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka ásamt karbamazepíni. Íhuga á annað krampastillandi lyf. Fylgjast á reglulega með plasmagildum karbamazepíns.
Karbamazepín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Karbamazepín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Fenýtóín, fenóbarbítal og önnur krampastillandi efni sem eru hvarfefni CYP ísóensíma	Milliverkanir ekki rannsakaðar m.t.t. efavirenz, emtricitabíns eða tenófovír tvísóproxíls. Það er hugsanleg minnkun eða aukning í plasmapéttni fenýtóíns, fenóbarbítals og annarra krampastillandi efna sem eru hvarfefni CYP ísóensíma með efavirensi.	Þegar Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka er gefið samtímis krampastillandi lyfi sem er hvarfefni CYP ísóensíms, skal fylgjast reglubundið með gildum krampastillandi lyfsins.
Valpróínsýra/efavirenz (250 mg tvísvar sinnum á dag/600 mg einu sinni á dag)	Engin klínískt marktæk áhrif á lyfjahlvörf efavirenz. Takmörkuð gögn gefa til kynna að klínískt marktæk áhrif á lyfjahlvörf valpróínsýru séu ekki fyrir hendi.	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og valpróínsýru má gefa samhliða án skammtaaðlögunar. Hafa skal eftirlit með sjúklingum hvað varðar meðhöndlun krampa.
Valpróínsýra/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Valpróínsýra/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Vígabatrín/efavirenz Gabapentín/efavirenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Klínískt mikilvægar milliverkanir eru ekki líklegar þar sem vígabatrín og gabapentín eru eingöngu útskilin óbreytt í þvagi og er ólíklegt að þau keppi um sömu umbrotaensím og brotthvarfsleiðir og efavirenz.	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og vígabatrín eða gabapentín má gefa samhliða án skammtaaðlögunar.
Vígabatrín/emtricitabín Gabapentín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Vígabatrín/tenófovír tvísóproxíl Gabapentín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>BLÓÐÞYNNINGARLYF</b>		
Warfarín/efavirenz Asenókúmaról/efavirenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Plasmapéttni og áhrif warfaríns eða asenókúmaróls kunna að aukast eða minnka fyrir tilstilli efavirenz.	Þörf getur verið á skammtaaðlögun warfaríns eða asenókúmaróls þegar gefið með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka.
<b>ÞUNGLYNDISLYF</b>		
<b>Sértækir serótónín endurupptökuhemlar (SSRI)</b>		

<b>Lyf eftir virkniflokki</b>	<b>Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C<sub>max</sub>, C<sub>min</sub>, með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)</b>	<b>Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)</b>
Sertralín/efavirenz (50 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Sertralín: AUC: ↓ 39% (↓ 27 til ↓ 50) C <sub>max</sub> : ↓ 29% (↓ 15 til ↓ 40) C <sub>min</sub> : ↓ 46% (↓ 31 til ↓ 58) Efavirenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↑ 11% (↑ 6 til ↑ 16) C <sub>min</sub> : ↔ (CYP3A4 virkjun)	Þegar gefið samtímis Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka á að auka sertralín skammtana samkvæmt klínískri svörun.
Sertralín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Sertralín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Paroxetín/efavirenz (20 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Paroxetín: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Efavirenz: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og Paroxetín má gefa samhliða án skammtaaðlögunar.
Paroxetín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Paroxetín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Flúoxetín/efavirenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Þar sem flúoxetín fer í gegnum svipað umbrot og paroxetín, þ.e. með miklum CYP2D6 hömlunaráhrifum, má búast við að milliverkun verði heldur ekki hvað varðar flúoxetín.	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka og flúoxetín má gefa samhliða án skammtaaðlögunar.
Flúoxetín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Flúoxetín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>Noradrenalín og dópamín endurupptökuhemlar</b>		
Búprópíón/efavirenz [150 mg einn skammtur (langvarandi losun)/600 mg einu sinni á dag]	Búprópíón: AUC: ↓ 55% (↓ 48 til ↓ 62) C <sub>max</sub> : ↓ 34% (↓ 21 til ↓ 47)  Hýdroxýbúprópíón: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↑ 50% (↑ 20 til ↑ 80) (CYP2B6 virkjun)	Auka á búprópíón skammtana samkvæmt klínískri svörun, en ekki skal gefa meira en sem nemur hámarks ráðlögðum skammti af búprópíóni. Ekki er þörf á skammtaaðlögun fyrir efavirenz.
Búprópíón/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Búprópíón/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>LYF FYRIR HJARTA OG ÆÐAKERFI</b>		
<b>Kalsíumgangalokar</b>		



Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
Diltíazem/efavirenz (240 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Diltíazem: AUC: ↓ 69% (↓ 55 til ↓ 79) C <sub>max</sub> : ↓ 60% (↓ 50 til ↓ 68) C <sub>min</sub> : ↓ 63% (↓ 44 til ↓ 75)  Desacetýl diltíazem: AUC: ↓ 75% (↓ 59 til ↓ 84) C <sub>max</sub> : ↓ 64% (↓ 57 til ↓ 69) C <sub>min</sub> : ↓ 62% (↓ 44 til ↓ 75)  N-mónódesmethýl diltíazem: AUC: ↓ 37% (↓ 17 til ↓ 52) C <sub>max</sub> : ↓ 28% (↓ 7 til ↓ 44) C <sub>min</sub> : ↓ 37% (↓ 17 til ↓ 52)  Efavirenz: AUC: ↑ 11% (↑ 5 til ↑ 18) C <sub>max</sub> : ↑ 16% (↑ 6 til ↑ 26) C <sub>min</sub> : ↑ 13% (↑ 1 til ↑ 26) (CYP3A4 virkjun) Aukning í efavirenz lyfjahlöfðum er ekki talin klínískt marktæk.	Skammtaáðlögun diltíazems þegar gefið með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka á að fara eftir klínískri svörum (sjá Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir diltíazem).
Diltíazem/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Diltíazem/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Verapamíl, felódípín, nífedípín og níkardípín	Milliverkanir ekki rannsakaðar m.t.t. efavirenz, emtricitabíns eða tenófóvír tvísóproxíls. Þegar efavirenz er gefið samtímis kalsíumgangaloka sem er hvarfefni CYP3A4 ensíms er hugsanlegt að plasmabéttni kalsíumgangalokans lækki.	Skammtaáðlögun kalsíumgangaloka þegar gefinn er samhliða Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka á að fara eftir klínískri svörum (sjá Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir kalsíumgangalokann).
<b>LÍPÍÐLÆKKANDI LYF</b>		
<b>HMG-CoA redúktasahemlar</b>		
Atorvastatín/efavirenz (10 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Atorvastatín: AUC: ↓ 43% (↓ 34 til ↓ 50) C <sub>max</sub> : ↓ 12% (↓ 1 til ↓ 26)  2-hýdroxý atorvastatín: AUC: ↓ 35% (↓ 13 til ↓ 40) C <sub>max</sub> : ↓ 13% (↓ 0 til ↓ 23)  4-hýdroxý atorvastatín: AUC: ↓ 4% (↓ 0 til ↓ 31) C <sub>max</sub> : ↓ 47% (↓ 9 til ↓ 51)  Heildar virkir HMG Co-A redúktasahemlar: AUC: ↓ 34% (↓ 21 til ↓ 41) C <sub>max</sub> : ↓ 20% (↓ 2 til ↓ 26)	Fylgjast á reglulega með kólesterólgildum. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammt atorvastatíns þegar gefið með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (sjá Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir atorvastatín).
Atorvastatín/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Atorvastatín/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Pravastatín/efavirenz (40 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Pravastatín: AUC: ↓ 40% (↓ 26 til ↓ 57) C <sub>max</sub> : ↓ 18% (↓ 59 til ↑ 12)	Fylgjast á reglulega með kólesterólgildum. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammt

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)
Pravastátín/emtrícítabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	pravastatíns þegar gefið með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka (sjá Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir pravastátín).
Pravastátín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Simvastátín/efavirenz (40 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Simvastátín: AUC: ↓ 69% (↓ 62 til ↓ 73) C <sub>max</sub> : ↓ 76% (↓ 63 til ↓ 79)  Simvastátín sýra: AUC: ↓ 58% (↓ 39 til ↓ 68) C <sub>max</sub> : ↓ 51% (↓ 32 til ↓ 58)  Heildar virkir HMG Co-A redúktasahemlar: AUC: ↓ 60% (↓ 52 til ↓ 68) C <sub>max</sub> : ↓ 62% (↓ 55 til ↓ 78) (CYP3A4 virkjun)  Samhliða gjöf efavirenz og atorvastatíns, pravastatíns eða simvastatíns hafði ekki áhrif á AUC eða C <sub>max</sub> gildi efavirenz.	Fylgjast á reglulega með kólesterólgildum. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammt simvastatíns þegar gefið með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka (sjá Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir simvastátín).
Simvastátín/emtrícítabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og rósúvastatín má gefa samhliða án skammtaáðlögunar
Simvastátín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Rósúvastatín/efavirenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Rósúvastatín skilst að mestu óbreytt út með hægðum og því er ekki búist við milliverkunum við efavirenz.	
Rósúvastatín/emtrícítabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Rósúvastatín/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>HORMÓNAGETNAÐARVARNIR</b>		
Til inntöku: etinýlestradíól+norgestimat/ efavirenz (0,035 mg+0,25 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Etinýlestradíól: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↓ 8% (↑ 14 til ↓ 25)  Norelgestrómin (virkt umbrotsefni): AUC: ↓ 64% (↓ 62 til ↓ 67) C <sub>max</sub> : ↓ 46% (↓ 39 til ↓ 52) C <sub>min</sub> : ↓ 82% (↓ 79 til ↓ 85)  Levónorgestrel (virkt umbrotsefni): AUC: ↓ 83% (↓ 79 til ↓ 87) C <sub>max</sub> : ↓ 80% (↓ 77 til ↓ 83) C <sub>min</sub> : ↓ 86% (↓ 80 til ↓ 90) (virkjun efnaskipta)  Efavirenz: engar klínískt mikilvægar milliverkanir. Klínískt mikilvægi þessara áhrifa er óþekkt.	Nota verður aðrar traustar getnaðarvarnir (verjur) í viðbót við hormónagetnaðarvarnir (sjá kafla 4.6).

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi sam tímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófóvír tvísóproxíl 245 mg)
Etinýlestradíól/tenófóvír tvísóproxíl (-/245 mg einu sinni á dag)	Etinýlestradíól: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔  Tenófóvír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔	
Norgestímat/etinýlestradíól/ emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Stungulyf: depomedroxýprógesterón acetat (DMPA)/efavirenz (150 mg IM einn skammtur DMPA)	Í 3 mánaða rannsókn á milliverkunum kom ekki fram neinn sérstakur munur á MPA lyfjahvörfum hjá sjúklingum sem fengu meðferð gegn retróveirum með efavirensi og sjúklingum sem ekki fengu meðferð gegn retróveirum. Aðrir rannsóknaraðilar fengu svipaðar niðurstöður en meiri munur var á MPA plasmabéttni í seinni rannsókninni. Í báðum rannsóknunum héldust prógesteróngildi í plasma hjá sjúklingum sem fengu efavirenz og DMPA lág í samræmi við bælingu eggloss.	Þar sem takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir verður að nota aðrar traustar getnaðarvarnir (verjur) í viðbót við hormónagetnaðarvarnir (sjá kafla 4.6).
DMPA/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
DMPA/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Vefjalyf: etonógestrel/efavirenz	Búast má við minnkaðri útsetningu fyrir etonógestrel (CYP3A4 virkjun). Nokkrar tilkynningar hafa borist eftir markaðssetningu um að getnaðarvarnir hafi brugðist með etonógestrel hjá sjúklingum sem fá efavirenz.	Nota verður aðrar traustar getnaðarvarnir (verjur) í viðbót við hormónagetnaðarvarnir (sjá kafla 4.6).
Etonógestrel/tenófóvír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Etonógestrel/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
<b>ÓNÆMISBÆLANDI LYF</b>		
Ónæmisbælandi lyf sem eru umbrotin af CYP3A4 (þ.m.t. cíklosporín, takrólímus, sírólímus)/efavirenz	Milliverkanir ekki rannsakaðar. Búast má við ↓ útsetningu fyrir ónæmisbælandi lyfjunum (CYP3A4 virkjun). Ekki er talið að þessi ónæmisbælandi lyf hafi áhrif á útsetningu fyrir efavirensi.	Það getur þurft að aðlaga skammta af ónæmisbælandi lyfjunum. Mælt er með nákvæmu eftirliti með þéttni ónæmisbælandi lyfja í minnst tvær vikur (þar til stöðugri þéttni er náð) þegar meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er hafin eða henni hætt.
Takrólímus/emtricitabín/ tenófóvír tvísóproxíl (0,1 mg/kg einu sinni á dag/200 mg/245 mg einu sinni á dag)	Takrólímus: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>24 klst.</sub> : ↔  Emtricitabín: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>24 klst.</sub> : ↔  Tenófóvír tvísóproxíl: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>24 klst.</sub> : ↔	
<b>ÓPIÓT</b>		

Lyf eftir virkniflokki	Áhrif á lyfjapéttni Meðal prósentubreyting á AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub> , með 90% öryggisbili sé það þekkt (verkunarmáti)	Ráðleggingar varðandi samtímis gjöf með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka (efavirenz 600 mg, emtricitabín 200 mg, tenófovír tvísóproxíl 245 mg)
Metadón/efavirenz (35-100 mg einu sinni á dag/600 mg einu sinni á dag)	Metadón: AUC: ↓ 52% (↓ 33 til ↓ 66) C <sub>max</sub> : ↓ 45% (↓ 25 til ↓ 59) (CYP3A4 virkjun)  Í rannsókn á HIV sýktum sprautufiklum kom fram að samtímis notkun efavirenz og metadóns leiddi til lækkunar á plasmaþéttni metadóns og fráhvarfseinkenni ópiata komu í ljós. Metadónskammturinn var aukinn að meðaltali um 22% til að koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni.	Forðast skal samtímis gjöf efavirenz/emtricitabín/ tenófovír tvísóproxíls og metadón/efavirenz vegna hættu á lengingu QTc-bils (sjá kafla 4.3).
Metadón/tenófovír tvísóproxíl (40-110 mg einu sinni á dag/245 mg einu sinni á dag)	Metadón: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenófovír: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔	
Metadón/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Búprenorfin/naloxon/efavirenz	Búprenorfin: AUC: ↓ 50%  Norbúprenorfin: AUC: ↓ 71%  Efavirenz: Engar klínískt marktækar lyfjahvarfa milliverkanir.	Þrátt fyrir minni útsetningu fyrir búprenorfini sýndu engir sjúklingar fráhvarfseinkenni. Ekki er víst að þörf sé á skammtaaðlögun búprenorfinis þegar gefið með Efavirenz/Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil Krka
Búprenorfin/naloxón/emtricitabín	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	
Búprenorfin/naloxón/tenófovír tvísóproxíl	Milliverkanir ekki rannsakaðar.	

<sup>1</sup> Aðalumbrotsefni sófosbúvírs í blóðrásinni.

#### Rannsóknir sem gerðar voru á öðrum lyfjum

Ekki komu fram klínískt marktækar lyfjahvarfa milliverkanir þegar efavirenz var gefið ásamt azítromýcín, cetírízín, fosamprenavíri/rítónavíri, lorazepam, nelfinavíri, zídóvúdín, sýrubindandi lyfjum með ál/magnesium hýdroxíði, famótídín eða flúkónazólí. Hugsanlegar milliverkanir efavirenz og annarra azól sveppalyfja, svo sem ketócónazól, hafa ekki verið rannsakaðar.

Ekki komu fram neinar klínískt marktækar lyfjahvarfa milliverkanir þegar emtricitabín var gefið ásamt stavúdíni, zídóvúdín eða famcíclovíri. Engar klínískt marktækar lyfjahvarfa milliverkanir komu fram þegar tenófovír tvísóproxíl var gefið samtímis emtricitabíni, nelfinavíri eða ribavírín.

#### **4.6 Frjósemi, meðganga og brjóstgjöf**

##### Konur á barneignaraldri (sjá hér á eftir og kafla 5.3)

Konur sem fá Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eiga að forðast að verða þungaðar. Konur sem geta orðið þungaðar eiga að fara í þungunarpróf áður en meðferð með

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hefst.

### Getnaðarvarnir karla og kvenna

Ávallt skal nota getnaðarvörn án hormóna (barrier contraception, (verju)) ásamt annarri getnaðarvörn (t.d. getnaðarvarnartöflum eða öðrum hormónagetnaðarvörnum, sjá kafla 4.5) meðan á Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka meðferð stendur.

Vegna þess hve helmingunartími efavirenz er langur er ráðlagt að nota fullnægjandi getnaðarvarnir í 12 vikur eftir að meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka lýkur.

### Meðganga

#### *Efavirenz*

Borist hafa sjö afturvirkar tilkynningar um greiningar sem samræmast taugagangagöllum, þ.m.t. mengis og mænuhauull (meningomyelocèle), í öllum tilvikum hjá mæðrum sem voru útsettar fyrir efavirenzi (að undanskildum töflum sem innihalda fasta skammtasamsetningu af efavirenzi) á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Greint hefur verið frá tveimur viðbótartilvikum (1 framvirkt og 1 afturvirkt) þ.m.t. tilvikum sem samræmast taugagangagöllum í tengslum við töflu sem inniheldur fasta skammtasamsetningu af efavirenzi, emtrícítabíni og tenófóvír dísóproxíli. Orsakasamband milli þessara tilvika og notkunar efavirenz hefur ekki verið staðfest og samnefnari er ekki þekktur. Þar sem taugagangagallar eiga sér stað á fyrstu 4 vikum fósturþroska (en þá lokast taugagöngin), myndi hugsanleg áhætta varða konur sem eru útsettar fyrir efavirenzi á fyrsta þriðjungi meðgöngu.

Frá og með júlí 2013 hafa borist framvirkar tilkynningar í gagnagrunn fyrir skráningu á notkun andretróveirulyfja á meðgöngu (*Antiretroviral Pregnancy Registry*) um niðurstöður 904 þungana, hjá konum sem fengu meðferð með efavirenzi á fyrsta þriðjungi meðgöngu, sem leiddu til fæðingar 766 lifandi barna. Greint var frá einu barni með taugagangagalla (neural tube defect) og tíðni og mynstur annarra fæðingargalla var svipað og hefur sést hjá börnum sem voru útsett fyrir meðferð sem innihélt ekki efavirenz, sem og hjá þeim sem voru í HIV neikvæða samanburðarhópnum. Tíðni taugagangagalla hjá fólki almennt er á bilinu 0,5-1 tilfelli á hverjar 1.000 fæðingar lifandi barna.

Vart varð við vansköpun hjá fósturum apa sem meðhöndlaðir voru með efavirenzi (sjá kafla 5.3).

#### *Emtrícítabín og tenófóvír tvísóproxíl*

Miklar upplýsingar liggja fyrir um notkun lyfsins á meðgöngu (fleiri en 1.000 þunganir) og þær benda til þess að emtrícítabín og tenófóvír tvísóproxíl valdi hvorki vansköpun né eiturveikunum á fóstur/nýbura. Dýrarannsóknir á emtrícítabíni og tenófóvír tvísóproxíli benda ekki til eiturvekana á æxlun (sjá kafla 5.3).

Ekki má nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á meðgöngu nema meðferð með efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli sé nauðsynleg vegna sjúkdómsástands konunnar.

### Brjóstagiöf

Sýnt hefur verið fram á að efavirenz, emtrícítabín og tenófóvír skiljast út í brjóstamjólki. Ekki liggja fyrir nægar upplýsingar um áhrif efavirenz, emtrícítabíns og tenófóvírs á börn sem eru á brjósti. Ekki er hægt að útiloka hættu fyrir börn sem eru á brjósti. Þar af leiðandi eiga konur með barn á brjósti ekki að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka.

Almennt er ekki mælt með brjóstagiöf HIV smitaðra mæðra, til að koma í veg fyrir að barnið smitist.

### Frjósemi

Engar upplýsingar liggja fyrir um áhrif efavirenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls á menn. Dýrarannsóknir benda ekki til skaðlegra áhrifa efavirenz, emtrícítabíns eða tenófóvír tvísóproxíls á frjósemi.

#### 4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að kanna áhrif lyfsins á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Þó hefur verið tilkynnt um sundl meðan á meðferð stendur með efavirenzi, emtrícítabíni og tenófóvír tvísóproxíli. Efavírenz getur einnig valdið skertri einbeitingu og/eða svefnhöfuga. Sjúklingar eiga að fá fyrirsmæli um að forðast hugsanlega hættulega iðju svo sem akstur og stjórnun véla, verði þeir varir við fyrrgreind einkenni.

#### 4.8 Aukaverkanir

##### Samantekt á öryggi

Samsetning efavírenz, emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls var rannsökuð hjá 460 sjúklingum, ýmist sem efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl samsett tafla með föstum skammti (rannsókn AI266073) eða sem stök innihaldsefni lyfsins (rannsókn GS-01-934). Aukaverkanir samræmdust yfirleitt því sem fram kom í fyrri rannsóknum á stökum innihaldsefnum. Þær aukaverkanir sem oftast var tilkynnt um og sem talið var að gætu tengst eða tengdust líklega efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru í allt að 48 vikur í rannsókn AI266073, voru geðræn vandamál (16%), aukaverkanir á taugakerfi (13%) og aukaverkanir á meltingarfæri (7%).

Alvarleg húðviðbrögð svo sem Steven-Johnson heilkenni og regnbogaróðasótt; aukaverkanir í tengslum við taugageðsjúkdóma (þ.m.t. alvarlegt þunglyndi, dauðsföll vegna sjálfsvígs, hegðun sem minnir á geðrof, krampar); alvarlegar aukaverkanir á lifur, greint hefur verið frá brisbólgu og mjólkursýrublóðsýringu (stundum banvæn).

Í mjög sjaldgæfum atvikum hefur einnig verið tilkynnt um skerta nýrnastarfsemi, nýrnabilun og í sjaldgæfum tilvikum aðlægan píplukvilla í nýrum (þ.m.t. Fanconi heilkenni) sem leiða stundum til afbrigðileika í beinum (sem stuðlar í sjaldgæfum tilvikum að broti). Mælt er með eftirliti með nýrnastarfsemi hjá sjúklingum sem fá Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka (sjá kafla 4.4).

Þegar efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl meðferð er hætt hjá sjúklingum sem samtímis eru sýktir af HIV og lifrabólgu B veiru getur slíkt tengst alvarlegri og bráðri versnun lifrabólgu (sjá kafla 4.4).

Lyfjagjöf Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka með mat getur aukið útsetningu fyrir efavírenzi og leitt til hækkaðrar tíðni aukaverkana (sjá kafla 4.4 og 5.2).

##### Tafla með lista yfir aukaverkanir

Aukaverkanirnar úr klínískum rannsóknum og reynslu eftir markaðssetningu efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls og varðandi stök innihaldsefni efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls í samsettri meðferð gegn retróveirum eru flokkaðar eftir líffærakerfi, tíðni og þeim virku innihaldsefnum efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls sem aukaverkanirnar eru raktar til, í eftirfarandi töflu 2. Innan tíðniflokka eru alvarlegustu aukaverkanirnar taldar upp fyrst. Aukaverkanir eru flokkaðar eftir tíðni sem mjög algengar ( $\geq 1/10$ ), algengar ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ), sjaldgæfar ( $\geq 1/1.000$  til  $< 1/100$ ) eða mjög sjaldgæfar ( $\geq 1/10.000$  til  $< 1/1.000$ ).

##### *Aukaverkanir í tengslum við notkun efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls*

Allar aukaverkanir sem komu fram við meðferð og eru hugsanlega eða sennilega taldar tengjast efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli, sem tilkynnt var um í rannsókn AI266073 (í 48 vikur; n=203) og ekki hafa verið settar í samhengi við stök innihaldsefni efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls, eru:

Algengar:

- lysterleysi

Sjaldgæfar:

- munnþurrkur
- samhengislaust tal
- aukin matarlyst
- minnkuð kynhvöt
- vöðvaþrautir

**Tafla 2: Aukaverkanir í tengslum við efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl flokkaðar eftir þeim virku innihaldsefnum efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls sem aukaverkanirnar eru raktar til**

	Efavírenz	Emtrícítabín	Tenófóvír tvísóproxíl
<i>Blód og eitlar:</i>			
Algengar		daufkyrningafæð	
Sjaldgæfar		blóðleysi <sup>1</sup>	
<i>Önæmiskerfi:</i>			
Algengar		ofnæmisviðbrögð	
Sjaldgæfar	ofnæmi		
<i>Efnaskipti og næring:</i>			
Mjög algengar			blóðfosfatskortur <sup>2</sup>
Algengar	þríglýseríðahækkun í blóði <sup>3</sup>	blóðsykurshækkun, þríglýseríðahækkun í blóði	
Sjaldgæfar	kólesterólhækkun í blóði <sup>3</sup>		blóðkalíumskortur <sup>2</sup>
Mjög sjaldgæfar			mjólkursýrublóðsýring
<i>Geðræn vandamál:</i>			
Algengar	þunglyndi (alvarlegt hjá 1,6%) <sup>3</sup> , kvíði <sup>3</sup> , óeðlilegir draumar <sup>3</sup> , svefnleysi <sup>3</sup>	óeðlilegir draumar, svefnleysi	
Sjaldgæfar	sjálfsvígstilraunir <sup>3</sup> , sjálfsvígshugleiðingar <sup>3</sup> , geðrof <sup>3</sup> , oflæti <sup>3</sup> , ofsóknarkennd <sup>3</sup> , ofskynjanir <sup>3</sup> , sæluvíma <sup>3</sup> , geðsveiflur <sup>3</sup> , ruglástand <sup>3</sup> , árásgirni <sup>3</sup> , geðstjarfi <sup>3</sup>		
Mjög sjaldgæfar	sjálfsvíg <sup>3,4</sup> , hugvilla <sup>3,4</sup> , taugaveiklun <sup>3,4</sup>		
<i>Taugakerfi:</i>			
Mjög algengar		höfuðverkur	sundl
Algengar	samhæfingar- og jafnvægistruflanir tengdar truflunum á starfsemi litla heila <sup>3</sup> , svefnþrungni (2,0%) <sup>3</sup> , höfuðverkur (5,7%) <sup>3</sup> , athyglisbrestur (3,6%) <sup>3</sup> , sundl (8,5%) <sup>3</sup>	sundl	höfuðverkur
Sjaldgæfar	krampar <sup>3</sup> , minnisleysi <sup>3</sup> , óeðlilegar hugsanir <sup>3</sup> , ósamhæfing vöðvahreyfinga <sup>3</sup> , óeðlileg samhæfing <sup>3</sup> , æsingur <sup>3</sup> , skjálfti		
<i>Augu:</i>			
Sjaldgæfar	þokusýn		
<i>Eyru og vöndarhús:</i>			
Sjaldgæfar	eyrnasuð, svimi		
<i>Æðar:</i>			
Sjaldgæfar	andlitsroði		
<i>Meltingarfæri:</i>			

	<b>Efavírenz</b>	<b>Emtricitabín</b>	<b>Tenófóvir tvísóproxíl</b>
Mjög algengar		niðurgangur, ógleði	niðurgangur, uppköst, ógleði
Algengar	niðurgangur, uppköst, kviðverkur, ógleði	aukinn amýlasi að meðtöldum brisamýlasa, aukinn lípasi í sermi, uppköst, kviðverkur, meltingartruflanir	kviðverkur, uppþemba, vindgangur
Sjaldgæfar	brisbólga		brisbólga
<i>Lifur og gall:</i>			
Algengar	hækkaður aspartat aminótransferasi (AST), hækkaður alanín aminótransferasi (ALT), hækkaður gamma-glútamýltransferasi (GGT)	hækkaður AST og/eða hækkaður ALT í sermi, bilirúbínhækkun í blóði	hækkaðir transamínasar
Sjaldgæfar	bráð lifrabólga		
Mjög sjaldgæfar	lifrabílan <sup>3,4</sup>		fituhrönnun í lifur, lifrabólga
<i>Húð og undirhúð:</i>			
Mjög algengar	útbrot (miðlungs-alvarleg, 11,6%, öll stig, 18%) <sup>3</sup>		útbrot
Algengar	kláði	blöðruútbrot (vesicobullous), graftarbólútbrot (pustular), dröfnuörðuútbrot, (maculopapular), útbrot, kláði, ofsakláði, litabreytingar á húð (litaraukning) <sup>1</sup>	
Sjaldgæfar	Stevens-Johnson heilkenni, regnbogaroðasótt <sup>3</sup> , alvarleg útbrot (<1%)	ofsabjúgur <sup>4</sup>	
Mjög sjaldgæfar	ljósnæmishúðbólga		ofsabjúgur
<i>Stoðkerfi og stoðvefur:</i>			
Mjög algengar		hækkaður kreatínínasi	
Sjaldgæfar			rákvöðvalýsa <sup>2</sup> , vöðvaslen <sup>2</sup>
Mjög sjaldgæfar			beinmeyra (kemur fram sem beinverkur og stuðlar í sjaldgæfum tilvikum að broti) <sup>2,4</sup> , vöðvakvilli <sup>2</sup>
<i>Nýru og þvagsfæri:</i>			
Sjaldgæfar			hækkað kreatínín, prótein í þvagi, aðlægur píplukvilli í nýrum þ.m.t. Fanconi heilkenni
Mjög sjaldgæfar			nýrnabilun (bráð og langvinn), brátt pípludrep, nýrnabólga (þ.m.t. bráð millilífssnýrnabólga) <sup>4</sup> , nýrnaþvaghlaupssýki
<i>Æxlunarfæri og brjóst:</i>			
Sjaldgæfar	brjóstastækkun hjá körlum		
<i>Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað:</i>			
Mjög algengar			þróttleysi
Algengar	þreyta	verkur, þróttleysi	

<sup>1</sup> Blóðleysi var algengt og litabreytingar á húð (litaraukning) mjög algengar þegar emtricitabín var gefið börnum.

<sup>2</sup> Þessi aukaverkun kann að koma fram sem afleiðing aðlægs píplukvilla í nýrum. Hún er ekki talin vera í orsakasamhengi við tenófóvir tvísóproxíl þegar þessi sjúkdómur er ekki til staðar.



<sup>3</sup> Sjá frekari upplýsingar í kafla 4.8 Lýsing á völdum aukaverkunum.

<sup>4</sup> Þessi aukaverkun kom fram við öryggiseftirlit í kjölfar markaðssetningar hvað varðar ýmist efavírenz, emtrícítabín eða tenófóvír tvísóproxíl. Tiðniflokkurinn var áætlaður samkvæmt tölfræðilegum útreikningi, byggt á heildarfjölda sjúklinga sem voru meðhöndlaðir með efavírenzi í klínískum rannsóknum (n=3.969) eða fengu emtrícítabín í slembiröðuðum klínískum samanburðarrannsóknum (n=1.563) eða fengu tenófóvír tvísóproxíl í slembiröðuðum klínískum samanburðarrannsóknum og undanþágumeðferðinni (n=7.319).

## Lýsing á völdum aukaverkunum

### *Útbrot*

Í klínískum rannsóknum á efavírenzi voru útbrot venjulega væg eða miðlungsmikil dröfnuörðu húðútpöt sem komu fram á fyrstu tveimur vikunum eftir að meðferð með efavírenzi hófst. Hjá flestum sjúklingum hjóðnuðu útbrot við áframhaldandi meðferð með efavírenzi á einum mánuði. Meðferð með Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka má hefja aftur hjá sjúklingum sem meðferð hefur verið stöðvuð hjá vegna útbrot. Mælt er með notkun vídeigandi andhistamína og/eða barkstera þegar meðferð með Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er hafin að nýju.

### *Geðræn einkenni*

Sjúklingar með fyrri sögu um geðræn vandamál virðast vera í meiri hættu á að fá þær alvarlegu geðrænu aukaverkanir sem taldar eru upp í efavírendálfkinum í töflu 2.

### *Einkenni frá taugakerfi*

Einkenni frá taugakerfi eru algeng af völdum efavírenz, einu af virku innihaldsefnum Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka. Í klínískum samanburðarrannsóknum á efavírenzi varð vart miðlungsmikilla til alvarlegra einkenna frá taugakerfi hjá 19% (2% alvarleg) sjúklinga og 2% sjúklinga hættu meðferð vegna slíkra einkenna. Þau koma yfirleitt fram á fyrsta eða öðrum degi meðferðar með efavírenzi og hverfa yfirleitt aftur eftir fyrstu 2-4 vikunum. Þau geta verið algengari þegar Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er tekið samtímis máltíðum, hugsanlega vegna aukinnar þéttni efavírenz í plasma (sjá kafla 5.2). Sé lyfið tekið inn fyrir svefn virðast þessi einkenni þolast betur (sjá kafla 4.2).

### *Lifrabíllun við notkun efavírenz*

Lifrabíllun, þar með talin tilvik hjá sjúklingum sem ekki voru fyrir með lifrarsjúkdóm eða aðra greinanlega áhættuþætti, eins og greint var eftir markaðssetningu lyfsins, lýstu sér stundum í svænum sjúkdómi sem leiddi í sumum tilfellum til lifrarígræðslu eða dauða.

### *Skert nýrnastarfsemi*

Þar sem Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur valdið nýrnaskaða er mælt með eftirliti með nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.4 og 4.8 Samantekt á öryggi). Aðlægur píplukvilli í nýrum gekk venjulega til baka eða batnaði eftir að notkun tenófóvír tvísóproxíls var hætt. Hjá sumum sjúklingum gekk versnun kreatínínúthreinsunar ekki algjörlega til baka þrátt fyrir að notkun tenófóvír tvísóproxíls væri hætt. Sjúklingar sem eiga skerta nýrnastarfsemi á hættu (svo sem sjúklingar með áhættuþætti við grunnviðmið, langt genginn HIV sjúkdóm, eða sjúklingar sem fengu samhliða lyf með eiturverkun á nýru) eru í aukinni hættu á því að ná ekki fullum bata hvað varðar nýrnastarfsemi þrátt fyrir að notkun tenófóvír tvísóproxíls sé hætt (sjá kafla 4.4).

### *Milliverkanir við dídánósín*

Ráðið er frá því að gefa Efavírenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og dídánósín samhliða þar sem það leiðir til 40-60% aukinnar útsetningar fyrir dídánósíni í blóði, sem getur leitt til aukinnar hættu á dídánósíntengdum aukaverkunum (sjá kafla 4.5). Mjög sjaldan hefur verið greint frá brisbólgu og mjólkursýrublóðsýringu, stundum banvænum.

### *Efnaskiptabreytur*

Líkamsþyngd og gildi blóðfitu og glúkósa geta aukist á meðan á retróveirulyfjameðferð stendur (sjá kafla 4.4).

### *Ónæmisendurvirkjunarheilkenni (Immune Reactivation Syndrome)*

Hjá HIV sýktum sjúklingum með alvarlegan ónæmisbrest við upphaf CART getur komið fram

bólgu svörun við einkennalausum tækifærissýklum eða leifum þeirra. Einnig hefur verið tilkynnt um sjálfsmæmissjúkdóma (svo sem Graves-sjúkdómur og sjálfsofnæmis lifrabólga). Hinsvegar er breytilegt hvenær þeir koma fram og geta slík tilfelli komið fram mörgum mánuðum eftir upphaf meðferðar (sjá kafla 4.4).

#### *Beindrep*

Skýrt hefur verið frá beindrepi, einkum hjá sjúklingum sem eru með almennt viðurkennda áhættuþætti, langt genginn HIV sjúkdóm eða eftir notkun CART í langan tíma. Tíðni þessa er ekki þekkt (sjá kafla 4.4).

#### Börn

Ekki liggja fyrir nægjanlegar upplýsingar um öryggi fyrir börn yngri en 18 ára. Ekki er mælt með notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka fyrir þennan aldurshóp (sjá kafla 4.2).

#### Aðrir sérstakir sjúklingahópar

##### *Aldraðir*

Efavirenz/emtricitabín/tenofovír disoproxil hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Þar sem líkur á skertri lifrar- eða nýrnastarfsemi eru meiri hjá öldruðum sjúklingum skal gæta varúðar þegar Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er gefið öldruðum sjúklingum (sjá kafla 4.2).

##### *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi*

Þar sem tenofovír tvísóproxíl kann að valda eiturverkunum á nýrnastarfsemi er mælt með nánu eftirliti með nýrnastarfsemi sjúklinga með væga skerta nýrnastarfsemi sem eru meðhöndlaðir með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka (sjá kafla 4.2, 4.4 og 5.2).

##### *Sjúklingar sem eru bæði sýktir af HIV og lifrabólgu B eða C veiru*

Aðeins takmarkaður hluti sjúklinga var líka sýktur af lifrabólgu B veiru (n=13) eða lifrabólgu C veiru (n=26) í rannsókn GS-01-934. Aukaverkanir í tengslum við notkun efavirenz, emtricitabíns og tenofovír tvísóproxíls hjá sjúklingum sem bæði eru sýktir af HIV og lifrabólgu B veiru eða HIV og lifrabólgu C veiru voru svipaðar og komið hefur í ljós hjá sjúklingum sem sýktir eru af HIV án samhliða sýkingar. Eins og búast má við hjá þessum sjúklingahópi komu hækkanir á ASAT og ALAT þó oftast fyrir en hjá HIV sýktum einstaklingum almennt.

##### *Versnun lifrabólgu eftir að meðferð er hætt*

Hjá HIV sýktum sjúklingum, samtímis sýktum af lifrabólgu B veiru, geta komið fram klínískar vísbendingar og rannsóknarniðurstöður um lifrabólgu eftir að meðferð er hætt (sjá kafla 4.4).

#### Tilkynning aukaverkana sem grunur er um að tengist lyfinu

Eftir að lyf hefur fengið markaðsleyfi er mikilvægt að tilkynna aukaverkanir sem grunur er um að tengist því. Þannig er hægt að fylgjast stöðugt með sambandinu milli ávinnings og áhættu af notkun lyfsins. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu samkvæmt fyrirkomulagi sem gildir í hverju landi fyrir sig, sjá [Appendix V](#).

## **4.9 Ofskömmtnun**

### Einkenni

Nokkrir sjúklingar sem fyrir slysi tóku 600 mg tvísvar á dag hafa greint frá auknum einkennum frá taugakerfi. Hjá einum sjúklingi áttu ósjálfráðir vöðvasamdrættir sér stað.

### Meðferð

Við ofskömmtnun skal fylgjast náið með vísbendingum um eitrun hjá sjúklingi (sjá kafla 4.8), og veita hefðbundna stuðningsmeðferð eftir þörfum.

Gefa má lyfjakol til að stuðla að því að fjarlægja ófrásogað efavírenz. Sérstækt mótefni gegn ofskömmtun efavírenz er ekki fyrir hendi. Þar sem efavírenz er að mestum hluta próteinbundið er ólíklegt að hægt sé að fjarlægja umtalsvert magn af lyfinu með blóðskilun.

Unnt er að fjarlægja allt að 30% af skammtinum af emtrícítabíni og u.þ.b. 10% af skammtinum af tenófóvíri með blóðskilun. Ekki er vitað hvort unnt er að fjarlægja emtrícítabín eða tenófóvír með kviðskilun.

## 5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

### 5.1 Lyfhrif

Flokkun eftir verkun: Veirulyf til altækrar notkunar (systemic use); veirulyf til meðferðar á HIV sýkingum, blöndur, ATC-flokkur: J05AR06

#### Verkunarháttur og lyfhrif

Efavírenz er HIV-1 bakritahemill, sem ekki er núkleósíð (NNRTI). Efavírenz er HIV-1 bakritahemill en ekki í samkeppni við og veldur ekki marktækri hömlun á HIV-2 bakritaensíminu eða DNA fjölliðunarensímum (polymerases) í frumum ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  eða  $\delta$ ). Emtrícítabín er núkleósíðhliðstæða cýtidíns. Tenófóvír tvísóproxíl umbrotnar *in vivo* í tenófóvír, sem er núkleósíð einfosfat (núkleótíð) hliðstæða adenósín einfosfats.

Emtrícítabín og tenófóvír fosfórust fyrir tilstilli frumuensíma í emtrícítabín þrifosfat og tenófóvír tvífosfat eftir því sem við á. Rannsóknir *in vitro* hafa leitt í ljós að bæði emtrícítabín og tenófóvír geta fosfórust fullkomlega þegar þau eru bæði fyrir hendi í frumum. Emtrícítabín þrifosfat og tenófóvír tvífosfat eru samkeppnishemlar á HIV-1 bakrita, og leiða þannig til stöðvunar á lengingu DNA keðjunnar (chain termination).

Bæði emtrícítabín þrifosfat og tenófóvír tvífosfat eru veikir hemlar á DNA-pólýmerasa í spendýrum og engar vísbendingar voru um eiturvekanir á hvatbera *in vitro* og *in vivo*.

#### Raflífeðlisfræði hjartans

Áhrif efavírenz á QTc-bilið voru metin í opinni, jákvæðri, 3 tímabila, 3 meðferða QT-víxlrannsókn með fastri stakri röð og samanburði við lyfleysu hjá 58 heilbrigðum einstaklingum með aukna CYP2B6 fjölbreytni. Meðalgildi  $C_{max}$  fyrir efavírenz hjá einstaklingum með arfgerð CYP2B6 \*6/\*6 eftir gjöf á 600 mg dagskammti í 14 daga var 2,25 sinnum hærra en meðalgildi  $C_{max}$  hjá einstaklingum með arfgerð CYP2B6 \*1/\*1. Jákvætt samband sást á milli þéttni efavírenz og lengingar á QTc-bili. Byggt á sambandinu milli þéttni og QTc-bils, eru meðaltal QTc-lengingar og efri mörk 90% öryggisbilsins 8,7 ms og 11,3 ms hjá einstaklingum með arfgerð CYP2B6 \*6/\*6 eftir gjöf á 600 mg dagskammti í 14 daga (sjá kafla 4.5).

#### Veiruhamlandi verkun *in vitro*

Sýnt var fram á veiruhamlandi verkun efavírenz gegn flestum utan greina (non-clade) B stofnum (undirgerðir A, AE, AG, C, D, F, G, J og N), en minni veiruhamlandi verkun gegn veirum af O-stofni. Sýnt var fram á veiruhamlandi verkun emtrícítabíns gegn HIV-1 greinum (clades) A, B, C, D, E, F og G. Sýnt var fram á veiruhamlandi verkun tenófóvírs gegn HIV-1 greinum A, B, C, D, E, F, G og O. Sýnt var fram á virkni bæði emtrícítabíns og tenófóvírs sem var sérstæk fyrir stofn gegn HIV-2 og veiruhamlandi verkun gegn lifrabólgu B veiru.

Í samsettum rannsóknum þar sem metin var *in vitro* veiruhamlandi verkun efavírenz og emtrícítabíns til samans, efavírenz og tenófóvírs til samans og emtrícítabíns og tenófóvírs til samans komu fram samleggjandi og samverkandi áhrif gegn veirum.

## Ónæmi

Ónæmi fyrir efavírenzi er að finna *in vitro* og olli einni eða fleiri amínósýrubreytingum á HIV -1 bakrita (RT), að meðtöldum L100I, V108I, V179D og Y181C. K103N var sú bakritabreyting sem oftast sást í veirustofnum hjá sjúklingum þar sem veirumagn í blóði jókst að nýju meðan á klínískum rannsóknum á efavírenzi stóð. Einnig varð vart við skiptingar á bakritastöðum 98, 100, 101, 108, 138, 188, 190 eða 225, en tíðni þeirra var lægri og oft var það aðeins í samsetningu með K103N. Krossónæmismynstur efavírenz, nevírapíns og delavírdíns *in vitro* sýndi að K103N breytingin veldur minnkuðu næmi allra þriggja NNRTI lyfjanna.

Líkurnar á krossónæmi milli efavírenz og NRTI lyfja eru litlar vegna mismunandi bindistaða og verkunarháttar. Líkurnar á krossónæmi milli efavírenz og próteasahemla eru litlar þar sem um mismunandi ensím er að ræða.

Ónæmis gegn emtrícítabíni og tenófóvíri hefur orðið vart *in vitro* og hjá sumum HIV-1 sýktum sjúklingum vegna tilkomu M184V eða M184I skiptihvarfs í bakrita hvað varðar emtrícítabín og K65R skiptihvarfs í bakrita hvað varðar tenófóvír. Veirur með M184V/I stökkbreytinguna sem voru ónæmar gegn emtrícítabíni höfðu krossónæmi gegn lamívúdíni, en héldu næmi sínu gagnvart didanósíni, stavúdíni, tenófóvíri og zídóvúdíni. K65R stökkbreytinguna er einnig hægt að finna með abacavíri eða didanósíni og hún leiðir til skerts næmis gegn þeim lyfjum auk lamívúdíns, emtrícítabíns og tenófóvírs. Forðast skal notkun tenófóvír tvísóproxíls hjá sjúklingum sem eru með HIV-1 þar sem K65R stökkbreytinguna er að finna. K65R og M184V/I stökkbreytingarnar eru báðar að fullu næmar fyrir efavírenzi. Að auki var K70E skiptihvarf í HIV-1 bakrita valið af tenófóvíri og veldur örilitilli minnkun á næmi fyrir abacavíri, emtrícítabíni, lamívúdíni og tenófóvíri.

Sjúklingar þar sem HIV-1 tjáði þrjár eða fleiri stökkbreytingar tengdar týmíðínhlíðstæðum (*Thymidin analogue Associated Mutations, TAMs*) sem fólu í sér annaðhvort M41L eða L210W stökkbreytingu í bakritum, sýndu minna næmi gagnvart tenófóvír tvísóproxíli.

*In vivo ónæmi (sjúklingar sem ekki hafa fengið meðferð gegn retróveirum áður)*

Í 144 vikna opinni, slembiraðaðri, klínískri rannsókn (GS-01-934) á sjúklingum sem ekki höfðu fengið meðferð gegn retróveirum áður, þar sem efavírenz, emtrícítabín og tenófóvír tvísóproxíl voru notuð sem stök lyf (eða sem efavírenz og föst samsetning emtrícítabíns og tenófóvírs tvísóproxíls frá viku 96 til 144), var framkvæmd arfgerðargreining á plasma HIV-1 stofnum frá öllum sjúklingum með staðfest HIV RNA >400 eintök/ml í viku 144, eða sem urðu að hætta snemma á rannsóknarlyfinu (sjá kaflann um klíníska reynslu). Frá 144. viku:

- M184V/I stökkbreytingin kom fram í 2/19 (10,5%) stofnum hjá sjúklingum í efavírenz + emtrícítabín + tenófóvír tvísóproxíl hópnum og í 10/29 (34,5%) stofnum hjá efavírenz + lamívúdín/zídóvúdín hópnum, (p-gildi < 0,05, í Fishers Exact prófi sem bar emtrícítabín + tenófóvír tvísóproxíl hópinn saman við lamívúdín + zídóvúdín hópinn hjá öllum sjúklingum).
- Engin af þeim veirum sem greindar voru innihélt K65R eða K70E stökkbreytinguna.
- Arfgerðarónæmi við efavírenzi, aðallega með K103N stökkbreytingunni, myndaðist í veirum úr 13/19 (68%) sjúklingum í efavírenz + emtrícítabín + tenófóvír tvísóproxíl hópnum og í veirum úr 21/29 (72%) sjúklingum í efavírenz + lamívúdín/zídóvúdín hópnum. Samantekt á þróun ónæmisstökkbreytinga má sjá í töflu 3.

**Tafla 3: Myndun ónæmis í rannsókn GS-01-934 í viku 144**

	Efavírenz+ emtrícítabín+ tenófóvír tvísóproxíl (N=244)	Efavírenz+ lamívúdín/zídóvúdín (N=243)
ónæmisgreining í viku 144	19	31
arfgerðir á meðferð (on-therapy genotypes)	19 (100%)	29 (100%)
efavírenz ónæmi <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup>	0		2	(7%)
* p-gildi < 0,05, Fishers Exact próf sem ber efavírenz + emtrícítabín + tenófóvír tvísóproxíl hópinn saman við efavírenz + lamívúdín/zídóvúdín hópinn hjá öllum sjúklingum.				
<sup>1</sup> Aðrar efavírenz ónæmis stökkbreytingar þ.m.t. A98G (n=1), K103E (n=1), V179D (n=1), og M230L (n=1).				
<sup>2</sup> Stökkbreytingar tengdar týmíndínhlíðstæðum þ.m.t. D67N (n=1) og K70R (n=1).				

Á opnu framhaldsstigi rannsóknar GS-01-934, þar sem efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl var tekið á fastandi maga, varð vart við 3 tilfelli ónæmis í viðbót. Allir sjúklingarnir 3 höfðu fengið fasta samsetningu af skömmtum lamívúdíns og zídóvúdíns og efavírenz í 144 vikur og síðan skipt yfir í efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl. Tveir sjúklingar með staðfesta aukningu á veirumagni í blóði (confirmed virologic rebound) mynduðu skiptihvörf í tengslum við ónæmi gagnvart efavírenzi (NNRTI), svo sem K103N, V106V/I/M og Y188Y/C bakritahemlaskiptihvörf í viku 240 (96 vikur með efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli) og viku 204 (60 vikur með efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli). Þriðji sjúklingurinn var þegar með skiptihvörf í tengslum við ónæmi gagnvart efavírenzi (NNRTI) og M184V bakritahemlaskiptihvörf í tengslum við ónæmi gagnvart emtrícítabíni við upphaf framhaldsstigs efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl rannsóknarinnar og sýndi fram á minni veirusvörun en ákjósanlegt er og K65K/R, S68N og K70K/E skiptihvörf í tengslum við ónæmi gagnvart NRTI í viku 180 (36 vikur með efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli).

Vinsamlegast athugið Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir hina stöku efnisþætti til frekari upplýsinga hvað varðar *in vivo* ónæmi gagnvart þessum lyfjum.

#### Verkun og öryggi

Í 144 vikna opinni, slembiraðaðri, klínískri rannsókn (GS-01-934) fengu HIV-1 sjúklingar sem höfðu ekki fengið meðferð gegn retróveirum áður, annaðhvort einn skammt á dag af efavírenzi, emtrícítabíni og tenófóvír tvísóproxíli eða fasta samsetningu lamívúdíns og zídóvúdíns tvisvar á dag og efavírenz einu sinni á dag (sjá vinsamlegast Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl). Sjúklingum sem luku 144 meðferðarvikum í öðrum hvorum meðferðarhópnum í rannsókn GS-01-934 var gefinn kostur á að flytjast yfir á tveggja ára opið (open-label) framhaldsstig efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl rannsóknarinnar (tekið á fastandi maga). Upplýsingar eru fyrir hendi hvað varðar 286 sjúklinga sem skiptu yfir í efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl: 160 höfðu áður fengið efavírenz, emtrícítabín og tenófóvír tvísóproxíl og 126 höfðu áður fengið lamívúdín/zídóvúdín og efavírenz. Hári tíðni veirufræðilegrar bælingar var viðhaldið hjá sjúklingum úr báðum upprunalegu meðferðarhópnum sem fengu síðan efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl á opnu framhaldsstigi rannsóknarinnar. Eftir 96 vikna meðferð með efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli hélst HIV-1 RNA veirufjöldi í sermi <50 eintök/ml hjá 82% sjúklinga og <400 eintök/ml hjá 85% sjúklinga (sem áætlað var að meðhöndla (ITT), upplýsingar vantar=brestur).

Rannsókn AI266073 var 48 vikna opin slembiröðuð klínísk rannsókn á HIV sjúklingum þar sem virkni efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl er borin saman við meðferð gegn retróveirum sem samanstendur af að minnsta kosti tveimur núkleósíð eða núkleótíð bakritahemlum (NRTI) með próteasahemli eða bakritahemli sem ekki er núkleósíð, þó ekki meðferð sem felur í sér alla efnisþætti efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls (efavírenz, emtrícítabín og tenófóvír tvísóproxíl). Efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl var gefið á fastandi maga (sjá kafla 4.2). Sjúklingarnir höfðu hvorki upplifað veirufræðilegan brest á undangenginni meðferð gegn retróveirum né höfðu haft þekkta HIV-1 stökkbreytingu sem olli ónæmi gegn neinu af þremur virkum innihaldsefnum efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls, og höfðu verið veirufræðilega bældir í a.m.k. þrjá mánuði við grunnlínugildi. Sjúklingarnir voru annaðhvort færðir yfir á efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl (N = 203) eða héldu áfram upprunalegri meðferð (N = 97). Fjörtíu og átta vikna

niðurstöður gáfu til kynna að mikil veirufræðileg bæling hélt áfram, sambærilegt við upphaflegu meðferðaráætlunina, hjá sjúklingum sem höfðu verið slembiraðaðir og færðir yfir á efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl meðferð (sjá töflu 4).

**Tafla 4: 48 vikna niðurstöður um virkni úr rannsókn AI266073 þar sem efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl var gefið veirufræðilega bældum sjúklingum í samhlíða meðferð gegn retróveirum**

Lokastig	Meðferðarhópur		Mismunur á efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli og upphaflegri meðferðaráætlun (95% CI)
	Efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl (N=203) n/N (%)	Héldu áfram í upphaflegri meðferðaráætlun (N=97) n/N (%)	
<b>Sjúklingar með HIV-1 RNA &lt;50 eintök/ml</b>			
PVR (KM)	94,5%	85,5%	8,9% (-7,7% til 25,6%)
M=sleppt	179/181 (98,9%)	85/87 (97,7%)	1,2% (-2,3% til 6,7%)
M=brestur	179/203 (88,2%)	85/97 (87,6%)	0,5% (-7,0% til 9,3%)
Aðlagð LOCF	190/203 (93,6%)	94/97 (96,9%)	-3,3% (-8,3% til 2,7%)
<b>Sjúklingar með HIV-1 RNA &lt;200 eintök/ml</b>			
PVR (KM)	98,4%	98,9%	-0,5% (-3,2% til 2,2%)
M=sleppt	181/181 (100%)	87/87 (100%)	0% (-2,4% til 4,2%)
M=brestur	181/203 (89,2%)	87/97 (89,7%)	-0,5% (-7,6% til 7,9%)

PVR (KM): Hrein veirusvörðun (pure virologic response, PVR) metin með Kaplan Meier (KM) aðferðinni

M: Vantar

Aðlagð LOCF: *Post-hoc* greining þar sem meðferð var talin hafa mistekist hjá sjúklingum sem hættu urðu vegna veirufræðilegs brests eða aukaverkana. Hjá öðrum sjúklingum sem hættu í rannsókninni voru notaðar LOCF-tölur (LOCF, last observation carried forward; notaðar tölur frá síðustu skoðun)

Þegar undirhóparnir tveir voru greindir hvor fyrir sig var svörunarhlutfall hjá undirhópnum sem fékk próteasahemla áður tölulega lægra hjá sjúklingum sem skiptu yfir í efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl [PVR (næmisgreining) var 92,4% hjá sjúklingum sem fengu efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl samanborið við 94,0% hjá SBR-sjúklingum (*SBR, stayed on their baseline regimen; sjúklingar sem héldu áfram á upphafsmeðferðinni*); -1,6% mismunur (-10,0%, 6,7%) (95% CI)]. Í undirhópnum sem fékk NNRTI-lyf áður var svörunarhlutfall sjúklinga sem fengu efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl 98,9% samanborið við 97,4% hjá SBR sjúklingum; 1,4% mismunur (-4,0%, 6,9%) (95% CI).

Svipað kom fram í greiningu á undirhópi sjúklinga sem höfðu áður fengið meðferð og voru með grunnlínugildi HIV-1 RNA <75 eintök/ml í afturvirkri hóprannsókn (gögnum safnað í 20 mánuði, sjá töflu 5).

**Tafla 5: Hreinni veirusvörðun viðhaldið (Kaplan Meier % (Staðalskekkja) [95% CI]) í viku 48 hjá sjúklingum sem höfðu áður fengið meðferð og voru með grunnlínugildi HIV-1 RNA <75 eintök/ml, sem skiptu yfir í efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl flokkað eftir því hvers konar meðferð gegn retróveirum sjúklingar höfðu fengið áður (Kaiser Permanente sjúklingagagnagrunnur)**

Fyrri meðferð með lyfjum sem eru í efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli (N=299)	Fyrri meðferð með NNRTI (N=104)	Fyrri meðferð með próteasahemlum (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%]

Engar upplýsingar eru enn fyrir hendi úr klínískum efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl rannsóknum á sjúklingum sem ekki eru meðferðarreindir eða á sjúklingum sem áður hafa verið í mjög umfangsmiklum meðferðum. Engin klínísk reynsla er af notkun efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls hjá sjúklingum þar sem meðferð gegn retróveirum hefur brugðist ein sér eða ásamt öðrum lyfjum gegn retróveirum.

## Sjúklingar sem eru samtímis sýktir af HIV og lifrabólgu B veiru

Takmörkuð klínísk reynsla hjá sjúklingum sem eru sýktir samtímis af HIV og lifrabólgu B veiru bendir til þess að meðferð með emtrícítabíni eða tenófóvír tvísóproxíli í samsettri meðferð gegn retróveirum til að hafa hemil á HIV sýkingu valdi einnig minnkun á lifrabólgu B veiru DNA ( $3 \log_{10}$  minnkun eða 4 til  $5 \log_{10}$  minnkun, eftir því sem við á) (sjá kafla 4.4).

## Börn

Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls hjá börnum yngri en 18 ára.

## 5.2 Lyfjahvörf

Aðskilin lyfjaform efavírenz, emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls voru notuð til að ákvarða lyfjahvörf efavírenz, emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls og gefin HIV sýktum sjúklingum hvert um sig. Jafngildi einnar filmuhúðaðrar efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl filmuhúðaðrar töflu og einnar 600 mg filmuhúðaðrar efavírenztöflu sem gefin var ásamt einu 200 mg hörðu hylki af emtrícítabíni og einni 245 mg filmuhúðaðri töflu af tenófóvír tvísóproxíli var staðfest eftir að heilbrigðum einstaklingum hafði verið gefinn einn skammtur á fastandi maga í rannsókn GS-US-177-0105 (sjá töflu 6).

**Tafla 6: Samantekt á lyfjahvarfaupplýsingum úr rannsókn GS-US-177-0105**

Breytur	Efavírenz (n=45)			Emtrícítabín (n=45)			Tenófóvír tvísóproxíl (n=45)		
	Próf	Viðmið	GMR (%) (90% CI)	Próf	Viðmið	GMR (%) (90% CI)	Próf	Viðmið	GMR (%) (90% CI)
$C_{max}$ (ng/ml)	2.264,3 (26,8)	2.308,6 (30,3)	98,79 (92,28, 105,76)	2.130,6 (25,3)	2.384,4 (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·klst./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)	1.948,8 (32,9)	1.969,0 (32,8)	99,29 (91,02, 108,32)
$AUC_{in}$ (ng·klst./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)	2.314,0 (29,2)	2.319,4 (30,3)	100,45 (93,22, 108,23)
$T_{1/2}$ (klst.)	180,6 (45,3)	182,5 (38,3)		14,5 (53,8)	14,6 (47,8)		18,9 (20,8)	17,8 (22,6)	

Próf: Ein samsett tafla með föstum skammti tekin á fastandi maga.

Viðmið: Einn skammtur af 600 mg efavírenz töflu, 200 mg emtrícítabín hylki og 245 mg tenófóvír tvísóproxíl töflu tekinn á fastandi maga.

Próf og viðmið eru skv. meðalgildum (% frávikshlutfall)

GMR: meðaltalshlutfalls minnstu færvika (geometric least-squares mean ratio), CI=öryggisbil

## Frásög

Hámarksplasmabéttni efavírenz hjá HIV sýktum sjúklingum náðist á 5 klukkustundum og náði plasmabéttnin jafnvægi á 6 til 7 dögum. Hjá 35 sjúklingum sem fengu 600 mg af efavírenzi einu sinni á dag var hámarksbéttni ( $C_{max}$ ) við jafnvægi  $12,9 \pm 3,7 \mu\text{M}$  (29%) [meðalgildi  $\pm$  staðalfrávik (frávikshlutfall (% C.V.))], jafnvægi  $C_{min}$  var  $5,6 \pm 3,2 \mu\text{M}$  (57%) og AUC var  $184 \pm 73 \mu\text{M} \cdot \text{klst.}$  (40%).

Emtrícítabín frásogast hratt og næst hámarksbéttni í plasma 1 til 2 klukkustundum eftir að skammtur er gefinn. Eftir að 20 HIV sýktum sjúklingum höfðu verið gefnir endurteknir skammtar af emtrícítabíni til inntöku var  $C_{max}$  við jafnvægi  $1,8 \pm 0,7 \mu\text{g/ml}$  (meðalgildi  $\pm$  staðalfrávik (39% frávikshlutfall (CV)),  $C_{min}$  við jafnvægi var  $0,09 \pm 0,07 \mu\text{g/ml}$  (80%) og AUC var  $10,0 \pm 3,1 \mu\text{g} \cdot \text{klst./ml}$  (31%) á 24 klst. skammtabili.

Eftir að HIV-1 sýktum einstaklingum hafði verið gefinn einn 245 mg skammtur af tenófóvír tvísóproxíli á fastandi maga, náðist hámarksþéttni tenófóvírs á einni klukkustund og gildi  $C_{max}$  og AUC (meðalgildi  $\pm$  staðalfrávik) (% frávikshlutfall (CV)) voru  $296 \pm 90$  ng/ml (30%) og  $2.287 \pm 685$  ng•klst./ml (30%), hvort um sig. Aðgengi tenófóvírs til inntöku úr tenófóvír tvísóproxíli hjá fastandi sjúklingum var um 25%.

### Fæðuáhrif

Efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl hefur ekki verið metið með tilliti til fæðuneyslu.

Þegar efavírenz hylki voru gefin með fituríkri máltíð jukust meðal AUC og  $C_{max}$  fyrir efavírenz um 28% og 79%, hvor breyta um sig, samanborið við gjöf á fastandi maga. Samanborið við gjöf á fastandi maga jukust meðal AUC fyrir tenófóvír um 43,6% og 40,5%, og  $C_{max}$  um 16% og 13,5%, hvort um sig. Þegar tenófóvír tvísóproxíl og emtrícítabín voru gefin ásamt annaðhvort fituríkri máltíð eða létttri máltíð, án þess að útsetning fyrir emtrícítabíni breyttist.

Mælt er með gjöf efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíls á fastandi maga þar sem matur getur aukið útsetningu fyrir efavírenzi og leitt til aukningar á tíðni aukaverkana (sjá kafla 4.4 og 4.8). Reiknað er með að útsetning fyrir tenófóvíri (AUC) minnki um u.þ.b. 30% eftir að efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl hefur verið gefið á fastandi maga samanborið við gjöf staka innihaldsefnisins tenófóvír tvísóproxíls með mat (sjá kafla 5.1).

### Dreifing

Efavírenz er mjög mikið bundið plasmapróteinum í mönnum (>99%), aðallega albúminu.

Binding emtrícítabíns *in vitro* við plasmaprótein manna er <4% og óháð styrk á bilinu 0,02 til 200 µg/ml. Eftir gjöf í bláæð var dreifingarrúmmál emtrícítabíns u.þ.b. 1,4 l/kg. Eftir inntöku dreifist emtrícítabín víða um líkamann. Hlutfall meðalþéttni plasma miðað við blóð var um 1,0 og hlutfall meðalþéttni í sæði miðað við plasma var um 4,0.

Binding tenófóvírs *in vitro* við plasma eða sermisprótein manna er <0,7% og 7,2%, við hvort um sig á þéttibilinu 0,01 til 25 µg/ml. Eftir gjöf í bláæð var dreifingarrúmmál tenófóvírs u.þ.b. 800 ml/kg. Eftir inntöku dreifist tenófóvír víða um líkamann.

### Umbrot

Rannsóknir hjá mönnum og *in vitro* rannsóknir á lifrarfrymisögnum (microsome) úr mönnum hafa sýnt að efavírenz umbrotnar fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP-kerfisins yfir í hýdroxýleruð umbrotsefni með eftirfarandi glúkúróníðtengingu þessara hýdroxýleruðu umbrotsefna. Þessi umbrotsefni eru í grundvallaratriðum óvirk gegn HIV-1. *In vitro* rannsóknirnar benda til þess að efavírenz umbrotni aðallega fyrir tilstilli CYP3A4 og CYP2B6 ísóensímanna og að það hamli CYP ísóensímunum 2C9, 2C19 og 3A4. Í *in vitro* rannsóknum hamlaði efavírenz ekki CYP2E1 og hamlaði því aðeins CYP2D6 og CYP1A2 að styrkur þess væri mun meiri en hann er við klínískar aðstæður.

Efavírenz í plasma getur verið meira hjá sjúklingum með arfhreinan G516T erfðabreytileika af CYP2B6 ísóensíminu. Klínískt vægi þessara áhrifa er óþekkt; þó er ekki hægt að útiloka hugsanlega aukningu á tíðni og alvarleika efavírenztengdra aukaverkana.

Sýnt hefur verið fram á að efavírenz örvar CYP3A4 og CYP2B6, og veldur þannig innleiðingu á eigin umbrotum, sem kann að skipta máli hjá sumum sjúklingum við klínískar aðstæður. Í heilbrigðum sjálfboðaliðum leiddi gjöf endurtekinna 200 mg – 400 mg skammta á dag í 10 daga til minni uppsöfnunar en búist var við (22 til 42% minni) og styttri lokahelmingunartíma, þ.e. 40 til 55 klukkustunda (helmingunartími eftir stakan skammt er 52 til 76 klst.). Einnig hefur verið sýnt fram á að efavírenz örvar UGT1A1. Útsetning fyrir raltegravíri (hvarfefni UGT1A1) minnkar þegar efavírenz er til staðar (sjá kafla 4.5, tafla 1). Þó *in vitro* upplýsingar bendi til þess að efavírenz hamli CYP2C9 og CYP2C19, hafa komið fram misvísandi tilkynningar varðandi bæði aukna og minnkaða



útsetningu fyrir hvarfefnum þessara ensíma við samtímis lyfjagjöf efavírenz *in vivo*. Bein áhrif samtímis lyfjagjafar eru ekki ljós.

Umbrot emtrícítabíns eru takmörkuð. Umbrot emtrícítabíns fela meðal annars í sér oxun tíólllutans sem gefur af sér 3'-súlfoxíð díastereómera (u.þ.b. 9% skammtsins) og tengingu við glúkúrónsýru sem gefur af sér 2'-O-glúkúróníð (u.þ.b. 4% skammtsins). Rannsóknir *in vitro* hafa staðfest að hvorki tenófóvír tvísóproxíl né tenófóvír eru hvarfefni fyrir CYP ensím. Hvorki emtrícítabín né tenófóvír hömluðu umbrotum lyfja *in vitro* sem verða fyrir milligöngu einhverra af helstu CYP samsætuensímum manna sem taka þátt í umbrotum lyfja. Emtrícítabín hafði heldur ekki hamlandi áhrif á úrídín-5'-dífosfóglúkúrónýl transferasa, en það er ensímið sem annast glúkúrónsamtengingu.

### Brotthvarf

Efavírenz hefur tiltölulega langan lokahelmingunartíma, a.m.k. 52 klukkustundir eftir staka skammta (sjá einnig upplýsingar úr jafngildisrannsókninni sem lýst er hér á undan) og 40 – 55 klukkustundir eftir endurtekna skammta. Um það bil 14 – 34% af geislamerktum skammti af efavírenzi endurheimtist í þvagi og innan við 1% af skammtinum skildist út sem óbreytt efavírenz í þvagi.

Eftir inntöku er helmingunartími brotthvarfs fyrir emtrícítabín um 10 klukkustundir. Emtrícítabín skilst aðallega út um nýru og skammturinn endurheimtist allur í þvagi (u.þ.b. 86%) og saur (u.þ.b. 14%). Þrettán prósent af skammtinum af emtrícítabíni endurheimtist í þvagi sem þrjú umbrotsefni. Úthreinsun emtrícítabíns úr líkamanum var að meðaltali 307 ml/mín.

Eftir inntöku er helmingunartími brotthvarfs tenófóvírs um 12 til 18 klukkustundir. Útskilnaður tenófóvírs er aðallega um nýru, bæði með síun og virkum flutningi í nýrnápíplum, og skilst um 70-80% skammtsins óbreytt út í þvagi eftir gjöf í bláæð. Sýnileg úthreinsun tenófóvírs var að meðaltali 307 ml/mín. Úthreinsun um nýru hefur verið metin u.þ.b. 210 ml/mín., sem er meira en gauklasíunarhraði. Það bendir til þess að virk pípluseyting sé snar þáttur í útskilnaði tenófóvírs.

### Lyfjahvörf hjá sérstökum sjúklingahópum

#### *Aldur*

Lyfjavarfarannsóknir á efavírenzi, emtrícítabíni eða tenófóvíri hjá öldruðum sjúklingum (yfir 65 ára aldri) hafa ekki verið gerðar.

#### *Kyn*

Lyfjahvörf emtrícítabíns og tenófóvírs eru svipuð hjá körlum og konum. Takmarkaðar upplýsingar benda til þess að útsetning fyrir efavírenzi verði meiri hjá konum, þó virðast þessir sjúklingahópar ekki þola efavírenz verr.

#### *Þjóðernislegur uppruni*

Takmarkaðar upplýsingar benda til þess að útsetning fyrir efavírenzi verði meiri hjá sjúklingum frá Asíu og Kyrrahafseyjum, þó virðast þessir sjúklingahópar ekki þola efavírenz verr.

#### *Börn*

Lyfjavarfarannsóknir hafa ekki verið gerðar á efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíli hjá ungbörnum og börnum yngri en 18 ára (sjá kafla 4.2).

#### *Skert nýrnastarfsemi*

Lyfjahvörf efavírenz, emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls eftir að lyfin eru gefin samtímis sem aðskilin lyfjaform eða sem efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl hafa ekki verið rannsökuð hjá HIV sýktum sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi.

Lyfjavarfabreytur voru ákvarðaðar eftir að stakir skammtar af hvoru lyfi um sig, emtrícítabíni 200 mg eða tenófóvír tvísóproxíli 245 mg voru gefnir sjúklingum sem ekki höfðu HIV sýkingu en með mismikið skerta nýrnastarfsemi. Stig skertrar nýrnastarfsemi var skilgreint miðað við grunnildi kreatínínúthreinsunar (nýrnastarfsemi taldist eðlileg þegar kreatínínúthreinsun var >80 ml/mín.;

skerðing taldist væg þegar kreatínínúthreinsun var 50 - 79 ml/mín.; skerðing taldist miðlungi mikil þegar kreatínínúthreinsun var 30-49 ml/mín. og skerðing taldist alvarleg þegar kreatínínúthreinsun var 10-29 ml/mín.).

Meðaltal (% frávikshlutfall (CV)) útsetningar fyrir emtrícítabíni jókst úr 12 µg•klst./ml (25%) hjá einstaklingum með eðlilega nýrnastarfsemi í 20 µg•klst./ml (6%) hjá sjúklingum með væga skerta nýrnastarfsemi, 25 µg•klst./ml (23%) hjá sjúklingum með miðlungsskerðingu og 34 µg•klst./ml (6%), hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi.

Meðaltal (%CV) útsetningar fyrir tenófóvíri jókst úr 2.185 ng•klst./ml (12%) hjá sjúklingum með eðlilega nýrnastarfsemi í 3.064 ng•klst./ml (30%) hjá sjúklingum með væga skerta nýrnastarfsemi, 6.009 ng•klst./ml (42%) hjá sjúklingum með miðlungsskerðingu og 15.985 ng•klst./ml (45%), hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi.

Hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi sem þurfa blóðskilun jókst lyfjaútsetning milli skilunarlota umtalsvert á 72 klst. í 53 µg•klst./ml (19%) af emtrícítabíni og á 48 klst. í 42.857 ng•klst./ml (29%) af tenófóvíri.

Lyfjahvörf efavírenz hafa ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Þó skilst minna en 1% af skammti efavírenz óbreytt út í þvagi, þannig að áhrif skertrar nýrnastarfsemi á útsetningu fyrir efavírenzi eru líkast til hverfandi.

Efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með miðlungsmikla eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun < 50 ml/mín.). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi þarf að aðlaga skammtabil emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls, en það er ekki hægt að gera með samsettu töflunni (sjá kafla 4.2 og 4.4).

#### *Skert lifrarstarfsemi*

Lyfjahvörf efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl hafa ekki verið rannsökuð hjá HIV sýktum sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Fara á varlega í að gefa efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl hjá sjúklingum með væga skerta lifrarstarfsemi (sjá kafla 4.3 og 4.4).

Efavírenz/emtrícítabín/tenófóvír tvísóproxíl má ekki gefa sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (sjá kafla 4.3) og er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með miðlungsmikla skerta lifrarstarfsemi. Í rannsókn á stökum skömmtum var helmingunartími efavírenz tvöfalt lengri hjá þeim eina sjúklingi sem hafði alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh-Turcotte flokkur C), sem bendir til að mun meiri uppsöfnun lyfsins sé hugsanleg. Rannsókn á endurteknum skömmtum efavírenz leiddi engin marktæk áhrif á lyfjahvörf efavírenz í ljós hjá sjúklingum með væga skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh-Turcotte flokkur A) miðað við samanburðarhópinn. Ekki lágu fyrir nægar upplýsingar til þess að ákvarða hvort miðlungsmikil eða alvarleg skerðing á lifrarstarfsemi (Child-Pugh-Turcotte flokkur B eða C) hefur áhrif á lyfjahvörf efavírenz.

Lyfjahvörf emtrícítabíns hafa ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum sem ekki eru sýktir af lifrabólgu B veiru og haldnir eru starfsbilun í lifur á mismunandi stigum. Almennt má segja að lyfjahvörf emtrícítabíns hjá sjúklingum með lifrabólgu B veiru hafi verið svipuð þeim sem sjást hjá heilbrigðum einstaklingum og HIV sjúklingum.

Stakur 245 mg skammtur af tenófóvír tvísóproxíli var gefinn sjúklingum sem ekki voru sýktir af HIV, en voru með skerta lifrarstarfsemi á mismunandi stigum sem skilgreind var samkvæmt Child-Pugh-Turcotte-kvarða (CPT). Lyfjahvörf tenófóvírs breyttust ekki verulega hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi sem bendir til þess að ekki sé þörf á að aðlaga skammta hjá þeim.

### **5.3 Forklínískar upplýsingar**

#### Efavírenz

Forklínískar rannsóknir á lyfjafræðilegu öryggi efavírenz benda ekki til neinnar sérstakrar hættu fyrir

menn. Í rannsóknum á eiturverkunum eftir endurtekna skammta kom gallvegastækkun fram hjá cynomolgus öpum sem fengu efavírenz í  $\geq 1$  ár í skömmtum sem leiddu til AUC meðalgilda sem voru um tvisvar sinnum hærrí en hjá mönnum sem fá ráðlagðan skammt. Einkenni gallvegastækkunar gengu til baka þegar meðferð var hætt. Bandvefsmýndun í gallvegum hefur komið fram hjá rottum. Krampar sem ekki voru viðvarandi (non-sustained) komu fram hjá nokkrum öpum sem fengu efavírenz í  $\geq 1$  ár í skömmtum sem leiddu til AUC gilda sem voru 4 til 13 sinnum hærrí en hjá mönnum sem fengu ráðlagðan skammt.

Efavírenz olli ekki stökkbreytingum eða litningabrenslun í hefðbundnum prófunum á eiturverkunum á erfðaeftni. Rannsóknir á krabbameinsvaldandi áhrifum sýndu aukna tíðni lifrar- og lungnaæsla hjá kvenmúsum en ekki karlmúsum. Ekki er vítað um gang æxlismýndunar og hugsanlega þýðingu hennar fyrir menn. Engin krabbmeinsvaldandi áhrif komu fram við rannsóknir hjá karlmúsum og karl- og kvenrottum.

Rannsóknir á eiturverkunum á æxlun sýndu fram á aukin fósturvörð hjá rottum. Engar vanskapanir urðu á fósturum hjá rottum og kanínum sem fengu efavírenz meðferð. Vanskapanir áttu sér hins vegar stað hjá 3 af 20 fósturum/nýburum cynomolgus apa sem fengu efavírenz skammta sem ollu plasmabéttni efavírenz sem er sambærileg við þéttni hjá mönnum. Heilaleysi (anencephaly) og meðfædd eineygðni (unilateral anophthalmia) ásamt tungustækkun komu fram hjá einu fósturi, örsmá augu (microphthalmia) hjá öðru og klofinn gómur hjá því þriðja.

### Emtrícítabín

Forklínískar upplýsingar um emtrícítabín benda ekki til neinnar sérstakrar hættu fyrir menn, á grundvelli hefðbundinna rannsókna á lyfjafræðilegu öryggi, eiturverkunum eftir endurtekna skammta, eiturverkunum á erfðaeftni, krabbameinsvaldandi áhrifum og eiturverkunum á æxlun og þroska.

### Tenófóvír tvísóproxíl

Forklínískar rannsóknir á lyfjafræðilegu öryggi tenófóvír tvísóproxíls benda ekki til neinnar sérstakrar hættu fyrir menn. Niðurstöður klínískra rannsókna á eiturverkunum eftir endurtekna skammta hjá rottum, hundum og öpum við útsetningu sem er svipuð eða meiri en útsetning sem fæst við meðferð hjá mönnum og skipta hugsanlega máli við klíníska notkun, sýndu meðal annars fram á eiturverkanir í nýrum og beinum og lækkun á fosfatþéttni í sermi. Eiturverkun á bein greindist sem beinmeyra (apar) og minnkun beinþéttni (rottur og hundar). Eiturverkun á bein hjá ungum fullorðnum rottum og hundum kom fram við útsetningu sem nam  $\geq 5$ -faldri útsetningu hjá börnum og fullorðnum; eiturverkun á bein kom fram hjá ungum, sýktum öpum við mikla útsetningu í kjölfar lyfjagjafar undir húð ( $\geq 40$ -föld útsetning hjá sjúklingum). Niðurstöður rannsókna á rottum og öpum bentu til minnkunar frásogs fosfats í meltingarvegi með þar af leiðandi minnkun beinþéttni, sem áhrif frá efninu.

Erfðafræðilegar eiturefnarannsóknir veittu jákvæðar niðurstöður hvað varðar mælingar á eitilfrumum músa *in vitro*, tvíræðar niðurstöður hjá einum stofni sem notaður var í Ames-prófun og lítið eitt jákvæðar í UDS prófi í lifrarfrumum úr rottum. Hins vegar voru niðurstöður neikvæðar úr *in vivo* smákjarnakönnun músabeinmergs.

Rannsókn á krabbameinsvaldandi áhrifum við inntöku hjá rottum og músum leiddi í ljós lágt nýgengi skeifugarnaræsla við mjög stóra skammta hjá músum. Ólíklegt er að þessi æxli skipti máli hvað menn varðar.

Rannsóknir á eiturverkunum á æxlun hjá rottum og kanínum sýndu engin áhrif á mökun, frjósemi, þungun eða fóstur. Í eiturefnarannsóknum á tenófóvír tvísóproxíli minnkuðu hins vegar lífslíkur og þyngd unga við og eftir fæðingu við skammta sem ollu eiturverkunum hjá móður.

### Samhliðanotkun emtrícítabíns og tenófóvír tvísóproxíls

Í rannsóknum á eiturverkunum á erfðaeftni og eiturverkunum við endurtekna skammta í einn mánuð

eða minna þar sem notuð var samsetning þessara tveggja lyfjabátta reyndist engin versnun verða á eiturefnafræðilegum áhrifum, samanborið við rannsóknir á lyfjabáttunum aðskildum.

## **6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR**

### **6.1 Hjálparefni**

#### *Töflukjarni*

Örkristallaður sellulósi  
Hýdroxýprópýl sellulósi  
Natríum lárýlsúlfat  
Natríum kroskarmellósi  
Rautt járnnoxíð (E172)  
Magnesíum sterat  
Natríum stearylfúmarat

#### *Filmuhúð*

Pólý(vínýl alkóhól)  
Makrógól 3350  
Títan tvíoxíð (E171)  
Talkúm  
Rautt járnnoxíð (E172)  
Gult járnnoxíð (E172)

### **6.2 Ósamrýmanleiki**

Á ekki við.

### **6.3 Geymsluþol**

2 ár.

Geymsluþol eftir fyrstu opnun er 2 mánuðir við geymslu í upprunalegum umbúðum við lægri hita en 25°C.

### **6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu**

Geymið við lægri hita en 30°C.  
Geymið glasið vel lokað til varnar gegn raka.

Geymsluaðstæður eftir fyrstu opnun lyfsins, sjá kafla 6.3.

### **6.5 Gerð íláts og innihald**

Hápéttni pólýetýlen (HDPE) glas með innsigliðu barnaöryggisloki úr pólýprópýleni með innfelldu þurrkhylki úr kísilgeli.

Pakkningastærðir: 30 filmuhúðaðar töflur (1x30) og 90 filmuhúðaðar töflur (3x30).

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

### **6.6 Sérstakar varúðarráðstafanir við förgun**

Farga skal öllum lyfjaleifum og/eða úrgangi í samræmi við gildandi reglur.

**7. MARKAÐSLEYFISHAFI**

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slóvenía

**8. MARKAÐSLEYFISNÚMER**

EU/1/17/1263/001 30 filmuhúðaðar töflur

EU/1/17/1263/002 90 (3 x 30) filmuhúðaðar töflur

**9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS / ENDURNÝJUNAR  
MARKAÐSLEYFIS**

Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis: 8. febrúar 2018

**10. DAGSETNING ENDURSKOÐUNAR TEXTANS**

Ítarlegar upplýsingar um lyfið eru birtar á vef Lyfjastofnunar Evrópu <http://www.ema.europa.eu>..

Upplýsingar á íslensku eru á <http://www.serlyfjaskra.is>.

## **VIÐAUKI II**

- A. FRAMLEIÐENDUR SEM ERU ÁBYRGIR FYRIR LOKASAMÞYKKT**
- B. FORSENDUR FYRIR, EÐA TAKMARKANIR Á, AFGREIÐSLU OG NOTKUN**
- C. AÐRAR FORSENDUR OG SKILYRÐI MARKAÐSLEYFIS**
- D. FORSENDUR EÐA TAKMARKANIR ER VARÐA ÖRYGGI OG VERKUN VIÐ NOTKUN LYFSINS**

## **A. FRAMLEIÐENDUR SEM ERU ÁBYRGIR FYRIR LOKASAMÞYKKT**

Heiti og heimilisfang framleiðenda sem eru ábyrgir fyrir lokasamþykkt

KRKA, d.d., Novo mesto  
Šmarješka cesta 6  
8501 Novo mesto  
Slóvenía

TAD Pharma GmbH  
Heinz-Lohmann-Straße 5  
27472 Cuxhaven  
Þýskaland

Heiti og heimilisfang framleiðanda sem er ábyrgur fyrir lokasamþykkt viðkomandi lotu skal koma fram í prentuðum fylgiseðli.

## **B. FORSENDUR FYRIR, EÐA TAKMARKANIR Á, AFGREIÐSLU OG NOTKUN**

Ávísun lyfsins er háð sérstökum takmörkunum (sjá viðauka I: Samantekt á eiginleikum lyfs, kafla 4.2).

## **C. AÐRAR FORSENDUR OG SKILYRÐI MARKAÐSLEYFIS**

### **- Samantektir um öryggi lyfsins (PSUR)**

Skilyrði um hvernig leggja skal fram samantektir um öryggi lyfsins koma fram í lista yfir viðmiðunardagsetningar Evrópusambandsins (EURD lista) sem gerð er krafa um í grein 107c(7) í tilskipun 2001/83/EB og öllum síðari uppfærslum sem birtar eru í evrópsku lyfjavefgáttinni.

## **D. FORSENDUR EÐA TAKMARKANIR ER VARÐA ÖRYGGI OG VERKUN VIÐ NOTKUN LYFSINS**

### **- Áætlun um áhættustjórnun**

Markaðsleyfishafi skal sinna lyfjagátaraðgerðum sem krafist er, sem og öðrum ráðstöfunum eins og fram kemur í áætlun um áhættustjórnun í kafla 1.8.2 í markaðsleyfinu og öllum uppfærslum á áætlun um áhættustjórnun sem ákveðnar verða.

Leggja skal fram uppfærða áætlun um áhættustjórnun:

- Að beiðni Lyfjastofnunar Evrópu.
- Þegar áhættustjórnunarkerfinu er breytt, sérstaklega ef það gerist í kjölfar þess að nýjar upplýsingar berast sem geta leitt til mikilvægra breytinga á hlutfalli ávinnings/áhættu eða vegna þess að mikilvægur áfangi (tengdur lyfjagát eða lágmarkun áhættu) næst.

**VIÐAUKI III**  
**ÁLETRANIR OG FYLGISEDILL**



## **A. ÁLETRANIR**

## UPPLÝSINGAR SEM EIGA AÐ KOMA FRAM Á YTRI UMBÚÐUM

### YTRI ASKJA

#### 1. HEITI LYFS

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka 600 mg/200 mg/245 mg filmhúðaðar töflur  
efavirenzum/emtricitabinum/tenofovirum disoproxilum

#### 2. VIRK(T) EFNI

Hver filmhúðuð tafla inniheldur 600 mg af efavirenzi, 200 mg af emtricitabini og 245 mg af tenofovir disoproxili (sem succinat).

#### 3. HJÁLPAFENI

#### 4. LYFJAFORM OG INNIHALD

30 filmhúðaðar töflur  
90 (3 glös með 30) filmhúðaðar töflur

#### 5. AÐFERÐ VIÐ LYFJAGJÖF OG ÍKOMULEIÐ(IR)

Lesið fylgiseðilinn fyrir notkun.

Til inntöku.

#### 6. SÉRSTÖK VARNADARORÐ UM AÐ LYFIÐ SKULI GEYMT ÞAR SEM BÖRN HVORKI NÁ TIL NÉ SJÁ

Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

#### 7. ÖNNUR SÉRSTÖK VARNADARORÐ, EF MEÐ ÞARF

#### 8. FYRNINGARDAGSETNING

EXP

Geymsluþol eftir fyrstu opnun er 2 mánuðir ef geymt við lægri hita en 25°C.  
Dags. opnað: \_\_\_\_\_

#### 9. SÉRSTÖK GEYMSLUSKILYRÐI

Geymið við lægri hita en 30°C.  
Geymið glasið vel lokað til varnar gegn raka.

**10. SÉRSTAKAR VARÚÐARRÁÐSTAFANIR VIÐ FÖRGUN LYFJALEIFA EÐA ÚRGANGS VEGNA LYFSINS ÞAR SEM VIÐ Á**

**11. NAFN OG HEIMILISFANG MARKAÐSLEYFISHAFA**

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slóvenía

**12. MARKAÐSLEYFISNÚMER**

EU/1/17/1263/001 30 filmuhúðaðar töflur

EU/1/17/1263/002 90 (3 x 30) filmuhúðaðar töflur

**13. LOTUNÚMER**

Lot

**14. AFGREIÐSLUTILHÖGUN**

**15. NOTKUNARLEIÐBEININGAR**

**16. UPPLÝSINGAR MEÐ BLINDRALETRI**

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka

**17. EINKVÆMT AUÐKENNI – TVÍVÍTT STRIKAMERKI**

Á pakkningunni er tvívítt strikamerki með einkvæmu auðkenni.

**18. EINKVÆMT AUÐKENNI – UPPLÝSINGAR SEM FÓLK GETUR LESIÐ**

PC  
SN  
NN

## UPPLÝSINGAR SEM EIGA AÐ KOMA FRAM Á INNRI UMBÚÐUM

LÍMMIDI á glas

### 1. HEITI LYFS

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka 600 mg/200 mg/245 mg filmuhúðaðar töflur  
efavirenzum/emtricitabinum/tenofovirum disoproxilum

### 2. VIRK(T) EFNI

Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 600 mg af efavirenzi, 200 mg af emtricitabini og 245 mg af tenofovir disoproxik (sem succinat).

### 3. HJÁLPAREFNI

### 4. LYFJAFORM OG INNIHALD

30 filmuhúðaðar töflur

### 5. AÐFERÐ VIÐ LYFJAGJÖF OG ÍKOMULEIÐ(IR)

Lesið fylgiseðilinn fyrir notkun.

Til inntöku.

### 6. SÉRSTÖK VARNADARORÐ UM AÐ LYFIÐ SKULI GEYMT ÞAR SEM BÖRN HVORKI NÁ TIL NÉ SJÁ

Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

### 7. ÖNNUR SÉRSTÖK VARNADARORÐ, EF MEÐ ÞARF

### 8. FYRNINGARDAGSETNING

EXP

Geymsluþol eftir fyrstu opnun er 2 mánuðir ef geymt við lægri hita en 25°C.

Dags. opnað: \_\_\_\_\_

### 9. SÉRSTÖK GEYMSLUSKILYRÐI

Geymið við lægri hita en 30°C.

Geymið glasið vel lokað til varnar gegn raka.

**10. SÉRSTAKAR VARÚÐARRÁÐSTAFANIR VIÐ FÖRGUN LYFJALEIFA EÐA ÚRGANGS VEGNA LYFSINS ÞAR SEM VIÐ Á**

**11. NAFN OG HEIMILISFANG MARKAÐSLEYFISHAFA**

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slóvenía

**12. MARKAÐSLEYFISNÚMER**

**13. LOTUNÚMER**

Lot

**14. AFGREIÐSLUTILHÖGUN**

**15. NOTKUNARLEIÐBEININGAR**

**16. UPPLÝSINGAR MEÐ BLINDRALETRI**

**17. EINKVÆMT AUÐKENNI – TVÍVÍTT STRIKAMERKI**

**18. EINKVÆMT AUÐKENNI – UPPLÝSINGAR SEM FÓLK GETUR LESIÐ**

## **B. FYLGISEDILL**

## Fylgiseðill: Upplýsingar fyrir notanda lyfsins

**Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka 600 mg/200 mg/245 mg filmuhúðaðar töflur**  
efavirenz/emtricitabín/tenófóvír tvísóproxíl (efavirenzum/emtricitabinum/tenofovirum disoproxilum)

**Lesið allan fylgiseðilinn vandlega áður en byrjað er að nota lyfið. Í honum eru mikilvægar upplýsingar.**

- Geymið fylgiseðilinn. Nauðsynlegt getur verið að lesa hann síðar.
- Leitið til læknisins eða lyfjafræðings ef þörf er á frekari upplýsingum.
- Þessu lyfi hefur verið ávísað til persónulegra nota. Ekki má gefa það öðrum. Það getur valdið þeim skaða, jafnvel þótt um sömu sjúkdómseinkenni sé að ræða.
- Látið lækninn eða lyfjafræðing vita um allar aukaverkanir. Þetta gildir einnig um aukaverkanir sem ekki er minnst á í þessum fylgiseðli. Sjá kafla 4.

**Í fylgiseðlinum eru eftirfarandi kaflar:**

1. Upplýsingar um Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og við hverju það er notað
2. Áður en byrjað er að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka
3. Hvernig nota á Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka
4. Hugsanlegar aukaverkanir
5. Hvernig geyma á Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka
6. Pakkningar og aðrar upplýsingar

### **1. Upplýsingar um Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og við hverju það er notað**

**Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka inniheldur þrjú virk efni** sem notuð eru til meðferðar við alnæmisveiru (HIV) sýkingu:

- Efavirenz er bakritahemill sem er ekki núkleósíð (NNRTI)
- Emtricitabín er núkleósíð bakritahemill (NRTI)
- Tenófóvír er núkleótíð bakritahemill (NtRTI)

Hvert þessara virku innihaldsefna sem kallast jafnframt lyf gegn retróveirum verkar þannig að það truflar ensím (bakritahemil) sem veiran þarf til að geta fjölgað sér.

**Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er meðferð við HIV** sýkingu hjá fullorðnum, 18 ára og eldri, sem hafa áður verið í meðferð með öðrum lyfjum gegn retróveirum og hafa HIV-1 sýkingu sem er og hefur verið undir stjórn í a.m.k. þrjá mánuði. Sjúklingar mega ekki hafa fengið meðferðarrest á fyrri HIV meðferð.

### **2. Áður en byrjað er að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka**

**Ekki má nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka**

- **ef um er að ræða ofnæmi** fyrir efavirenzi, emtricitabíni, tenófóvíri, tenófóvír tvísóproxíli eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins (talin upp í kafla 6).
- **ef þú ert með alvarlegan lifrarsjúkdóm.**
- **ef þú ert með hjartasjúkdóm, eins og óeðlilegt rafboð sem kallast lenging á QT-bili, sem setur þig í aukna hættu á að fá alvarlegar hjartsláttartruflanir (margbreytilegan sleglahraðtakt).**
- ef einhver fjölskyldumeðlimur (foreldrar, afar eða ömmur, bræður eða systur) hefur látist skyndilega vegna hjartasjúkdóms eða fæðst með hjartasjúkdóm.

- ef læknirinn hefur sagt þér að þú sért með hátt eða lágt gildi blóðsalta á borð við kalíum eða magnesíum í blóðinu.
- **ef þú ert að taka** einhver eftirfarandi lyfja (sjá einnig „Notkun annarra lyfja samhliða Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka“):
  - **astemizól eða terfenadín** (notað til meðferðar við ofnæmiskvefi eða öðru ofnæmi)
  - **bepriðil** (notað til meðferðar við hjartasjúkdómi)
  - **císapríð** (notað til meðferðar við brjóstsviða)
  - **elbasvír/grazoprevír** (notað til meðferðar við lifrabólgu C)
  - **ergot alkalíóð** (t.d. ergotamín, tvíhýdróergotamín, ergonóvín og metýlergonóvín) (notað til meðferðar við mígreni og höfuðtaugakveisum)
  - **míðazolam eða tríazolam** (svefnlyf)
  - **pímózíð, imípramín, amitríptýlín eða klómípramín** (notað til meðferðar við tilteknum geðsjúkdómum)
  - **Jóhannesarjurt/jónsmessurunni/hýperísín** (*Hypericum perforatum*) (náttúruylf notað við þunglyndi og kvíða)
  - **vorikónazól** (notað til meðferðar við sveppasýkingum)
  - **flekainíð, metóprólól** (notað við óreglulegum hjartslætti)
  - **tiltekin sýklalyf** (makrólíð, flúórókínólón, míðazol)
  - **triazól sveppalyf**
  - **tiltekin malaríulyf**
  - **metadón** (notað til að meðhöndla ópíóíðafíkn)

→**Láttu lækninn tafarlaust vita ef þú ert að taka einhver þessara lyfja.** Séu þessi lyf tekin samhliða Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur það valdið alvarlegum eða lífshættulegum aukaverkunum eða komið í veg fyrir að þessi lyf verki sem skyldi.

### Varnaðarorð og varúðarreglur

Leitið ráða hjá læknum eða lyfjafræðingi áður en Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er notað.

- **Þú getur enn smitað aðra af HIV** þrátt fyrir að þú notir þetta lyf, þótt áhættan sé minni með virkri andretróveirumeðferð. Ræddu við lækninn um nauðsynlegar varúðarráðstafanir til að forðast að smita aðra. Lyf þetta veitir ekki lækningu á HIV sýkingu. Meðan á töku Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka stendur geta enn komið fram sýkingar eða önnur veikindi í tengslum við HIV sýkingu.
- Þú verður að vera undir læknishendi meðan á töku Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka stendur.
- **Láttu lækninn vita:**
  - **ef þú ert að taka önnur lyf** sem innihalda efavírenz, emtrícítabín, tenófóvír tvísóproxíl, tenófóvír alafenamíð, lamívúdín eða adefóvír tvípívoxíl. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á ekki að taka samhliða neinu þessara lyfja.
  - **ef þú ert með eða hefur verið með nýrnasjúkdóm** eða ef nýrnakvillar hafa komið fram á prófum. Ekki er mælt með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka ef þú ert með miðlungsmikinn eða alvarlegan nýrnasjúkdóm.

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur haft áhrif á nýrun. Áður en meðferð hefst getur verið að læknirinn sendi þig í blóðrannsókn til að meta nýrnastarfsemina. Einnig getur verið að hann geri það meðan á meðferð stendur til að fylgjast með nýrunum.



Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er vanalega ekki tekið með öðrum lyfjum sem geta skaðað nýrun (sjá *Notkun annarra lyfja samhliða Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka*). Sé það óhjákvæmilegt mun læknirinn fylgjast með nýrnastarfseminni vikulega.

- **ef þú ert með hjartasjúkdóm, eins og óeðlilegt rafboð sem kallast lenging á QT-bili.**
  - **ef þú hefur verið með geðsjúkdóm,** að meðtöldu þunglyndi, eða misnotað áfengi eða fíkniefni. Láttu lækninn tafarlaust vita ef þú finnur til depurðar, ert með sjálfsvígshugsanir eða undarlegar hugsanir (sjá 4. kafla, *Hugsanlegar aukaverkanir*).
  - **ef þú hefur fengið krampa (köst eða flog)** eða ef þú ert í krampastillandi meðferð með lyfjum á borð við karbamazepín, fenóbarbítal og fenýtóín. Sértu að taka einhvert þessara lyfja getur verið að læknirinn þurfi að skoða þéttni krampastillandi lyfsins í blóðinu til að tryggja að notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hafi ekki áhrif á það. Verið getur að læknirinn ávísi annars konar krampastillandi lyfi.
  - **ef þú hefur haft lifrarsjúkdóm að meðtalinni langvinnri, virkri lifrabólgu.** Sjúklingar með lifrarsjúkdóm að meðtalinni langvinnri lifrabólgu B eða C sem fá blöndu lyfja gegn retróveirum eru í meiri hættu á að fá alvarlega og hugsanlega lífshættulega lifrarsjúkdóma. Verið getur að læknirinn fyrirskipi blóðrannsóknir til að fylgjast með starfsemi lifrar eða láti þig skipta um lyf. **Ef þú ert með alvarlegan lifrarsjúkdóm áttu ekki að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka** (sjá framar í kafla 2, *Ekki má nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka*).
- Ef þú ert með sýkingu af lifrabólgu B mun læknirinn íhuga vandlega hvaða meðferðaráætlun sé best fyrir þig. Tenofovír tvísóproxíl og emtrícítabín, tvö af virku innihaldsefnunum í Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, hafa sýnt einhverja virkni gegn lifrabólgu B veiru þó emtrícítabín hafi ekki hlotið samþykki sem meðferð við sýkingu af lifrabólgu B. Einkenni þessar lifrabólgu geta versnað eftir að notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hefur verið stöðvuð. Þá getur verið að læknirinn fyrirskipi blóðrannsóknir reglulega til að fylgjast með lifrarstarfseminni (sjá kafla 3, *Ef hætt er að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka*).
- Burtséð frá því hvort þú hefur haft lifrarsjúkdóm, mun læknirinn íhuga reglulegar blóðrannsóknir til að fylgjast með lifrarstarfseminni.
  - **ef þú ert eldri en 65 ára.** Ekki hefur nægur fjöldi sjúklinga yfir 65 ára aldri verið rannsakaður. Ef þú ert eldri en 65 ára og færð Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, fylgist læknirinn grannt með þér.
- **Þegar þú ert farinn að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka skaltu vera á varðbergi gagnvart:**
    - **merkjum um sundl, svefnörðugleika, sljóleika, einbeitingarerfiðleika eða óeðlilegar draumfarir.** Þessar aukaverkanir geta komið fram fyrstu 1 til 2 daga meðferðarinnar og hverfa yfirleitt eftir fyrstu 2 til 4 vikurnar.
    - **öllum merkjum um útbrot á húð.** Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur valdið útbrotum. Ef vart verður við einhver merki um alvarleg útbrot með blöðrum eða hita á að hætta að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og láta lækninn strax vita. Ef þú hefur fengið útbrot við töku annars bakritahemils sem er ekki núkleósíð (NNRTI) geturðu frekar átt á hættu að fá útbrot með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka.
    - **öllum merkjum um bólgu eða sýkingu.** Hjá sumum sjúklingum með langt gengna

HIV sýkingu (alnæmi) og sögu um tækifærissýkingu geta komið fram merki og einkenni um bólgu vegna fyrri sýkinga skömmu eftir að meðferð gegn HIV er hafin. Talið er að þessi einkenni stafi af því að ónæmissvörun líkamans hafi eflst sem geri það að verkum að líkaminn sé fær um að berjast gegn sýkingum sem geta hafa verið til staðar án sýnilegra einkenna. Láttu lækninn tafarlaust vita verði vart við einhver einkenni sýkingar.

Til viðbótar við tækifærissýkingarnar, geta sjálfsnæmissjúkdómar (ástand sem kemur fram þegar ónæmiskerfið ræðst á heilbrigðan líkamsvef) einnig komið fram eftir að þú byrjar að taka lyf til meðhöndlunar á HIV sýkingunni. Sjálfsnæmissjúkdómar geta komið fram mörgum mánuðum eftir upphaf meðferðar. Ef þú tekur eftir einhverjum einkennum sýkingar eða öðrum einkennum eins og vöðvamáttleysi, máttleysi sem byrjar í höndum og fótum og færir upp eftir líkamanum í átt að bolnum, hjartsláttarónotum, skjálfta eða óvirkni, skaltu segja læknum strax frá því til að fá nauðsynlega meðferð.

- **beinkvillum.** Sumir sjúklingar sem eru í samsettri meðferð gegn retróveirum geta þróað með sér beinsjúkdóm sem nefnist beindrep (drep í beinvef vegna minnkandi blóðstreymis til beina). Nokkrir af mörgum áhættuþáttum þessa sjúkdóms geta verið lengd samsettrar meðferðar gegn retróveirum, notkun barkstera, áfengisneysla, öflug ónæmisbæling og hár líkamsþyngdarstuðull (BMI). Merki um beindrep eru stirðleiki, verkir eða sársauki í liðum (einkum í mjöðm, hné og öxl) og erfiðleikar við hreyfingu. Láttu lækninn vita ef vart verður við eitthvert þessara einkenna.

Beinkvillar (sem valda stundum brotum) geta einnig komið fram vegna frumuskemmda í nýrnapiplum (sjá kafla 4, *Hugsanlegar aukaverkanir*).

## Börn og unglingar

- **Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á ekki að gefa börnum og unglungum** undir 18 ára aldri. Notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hjá börnum og unglungum hefur ekki verið rannsökuð.

## Notkun annarra lyfja samhliða Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka

**Þú mátt ekki nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka með tilteknum lyfjum.** Þau eru talin upp í *Ekki má nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka* í byrjun kafla 2. Meðal þeirra eru nokkur algeng lyf og nokkur náttúruyf, að meðtalinni jóhannesarjurt/jónsmessuruna/hýperísíni (*hypericum perforatum*), sem geta valdið alvarlegum milliverkunum.

**Látið lækninn** eða lyfjafræðing vita um öll önnur lyf sem eru notuð, hafa nýlega verið notuð eða kynnu að verða notuð.

Ekki á heldur að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka samhliða neinum þeim lyfjum sem innihalda efavirenz (nema læknirinn hafi ráðlagt það), emtrícítabín, tenófóvír tvísóproxíl, tenófóvír alafenamíð, lamívúdín eða adefóvír tvípívoxíl.

**Láttu lækninn vita** ef þú ert að taka önnur lyf sem geta verið skaðleg fyrir nýrun. Meðal þeirra eru:

- amínóglýkósíð, vankómýcín (lyf við bakteríusýkingum)
- foskarnet, gancíklóvír, cídófóvír (lyf við veirusýkingum)
- amfóterícín B, pentamídín (lyf við sveppasýkingum)
- interleukín-2 (til meðferðar við krabbameini)
- bólgueyðandi gígtarlyf (NSAIDs, til að draga úr verkjum í beinum eða vöðvum)

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur haft milliverkanir við önnur lyf, meðal annars náttúruyf svo sem ginkgo biloba. Þetta getur haft áhrif á magn Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eða annarra lyfja í blóði. Það getur komið í veg fyrir að lyfin virki sem skyldi eða aukaverkanir geta versnað. Stundum getur læknirinn þurft að aðlaga skammtinn eða fylgjast með blóðgildum. **Árífandi er að láta lækninn eða lyfjafræðing vita ef þú ert að taka einhver**

## eftirtalinna lyfja:

- **Lyf sem innihalda dídánósín (við HIV sýkingu):** Ef Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er tekið ásamt lyfjum við veirusýkingum sem innihalda dídánósín getur magn dídánósíns í blóði aukist og dregið getur úr CD4 frumufjölda. Í mjög sjaldgæfum tilfellum var tilkynnt um bólgu í brisi og mjólkursýrublóðsýringu (of mikla mjólkursýru í blóðinu) sem stundum leiddu til dauða, þegar lyf sem innihéldu tenófóvír tvísóproxíl og dídánósín voru tekin samhliða. Læknirinn mun íhuga vandlega hvort þú færð meðferð með lyfjum sem innihalda tenófóvír og dídánósín.
- **Önnur lyf við HIV sýkingu:** Eftirfarandi próteasahemlar: darúnavír, indínavír, lópínavír/ritónavír, ritónavír eða ritónavírstyrkt atazanavír eða saquínavír. Verið getur að læknirinn íhugi að gefa þér annað lyf eða breyta skammti próteasahemlanna. Láttu lækninn einnig vita ef þú tekur maravírok.
- **Lyf til meðferðar við sýkingu af völdum lifrabólguveiru C:** boceprevír, elbasvír/grazoprevír, simeprevír, sófosbúvír/velpatasvír, sófosbúvír/velpatasvír/voxilaprevír.
- **Lyf til að lækka blóðfitu (einnig kölluð statín):** Atorvastatín, pravastatín, simvastatín. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur dregið úr magni statína í blóðinu. Læknirinn fylgist með kólesterólgildum og verið getur að hann breyti skammtinum af statíni ef með þarf.
- **Lyf til meðferðar við krömpum/flogum (krampastillandi lyf):** Karbamazepín, fenýtóín, fenóbarbítal. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur dregið úr magni krampastillandi lyfs í blóðinu. Karbamazepín getur dregið úr magni efavírenz, eins innihaldsefnis Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, í blóðinu. Læknirinn getur þurft að íhuga að gefa þér annað krampastillandi lyf.
- **Lyf til meðferðar við bakteríusýkingum,** að meðtalinni berkla og alnæmistengdri mycobacterium avium complex: Klarítrómýcín, rifabútín, rifampícín. Verið getur að læknirinn þurfi að íhuga skammtabreytingu eða gefa þér annað sýklalyf. Auk þess getur verið að læknirinn íhugi að gefa þér aukaskammt af efavírenzi til meðferðar á HIV sýkingunni.
- **Lyf til meðferðar við sveppasýkingum (sveppalyf):** Ítrakónazól eða posakónazól. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur dregið úr magni ítrakónazóls eða posakónazóls í blóði. Læknirinn getur þurft að íhuga að gefa þér annað sveppalyf.
- **Lyf til meðferðar við malaríu:** Atovaquone/proguanil eða artemeter/lumefantrín. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur dregið úr magni atovaquones/proguanils eða artemeter/lumefantrín í blóði.
- **Getnaðarvarnarlyf með hormónum, svo sem getnaðarvarnartöflur, getnaðarvörn á formi stungulyfs (t.d. Depo-Provera) eða vefjalyf (t.d. Implanon):** Þú þarft einnig að nota örugga getnaðarvörn án hormóna (sjá *Meðganga og brjóstagjöf*). Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka kann að draga úr virkni getnaðarvarnarlyfs með hormónum. Þungun hefur orðið hjá konum sem tóku efavírenz, virkt innihaldsefni Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, meðan þær notuðu vefjalyf, þó ekki hafi verið staðfest að efavírenz meðferðin sé orsök fyrir því að getnaðarvörn hafi brugðist.
- **Sertralín,** lyf til meðferðar við þunglyndi, þar sem læknirinn getur þurft að breyta sertralínskammtinum.
- **Búprópíón,** lyf til meðferðar við þunglyndi eða til þess að auðvelda þér að hætta að reykja, þar sem læknirinn getur þurft að breyta búprópíónskammtinum.
- **Diltíazem eða svipuð lyf (sem nefnast kalsíumgangalokar):** Þegar þú ferð að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka gæti læknirinn þurft að aðlaga skammtinn á kalsíumgangalokanum.
- **Lyf sem eru notuð til að koma í veg fyrir höfnun ígræddra líffæra (einnig nefnd ónæmisbælandi lyf) svo sem cíklósporín, sírólímús eða takrólímús.** Þegar notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er hafin eða henni hætt mun læknirinn hafa náði eftirlit með blóðvökvæðtni ónæmisbælandi lyfsins og hugsanlegt er að aðlaga þurfi skammt.
- **Warfarín eða asenókúmaról** (lyf til að draga úr blóðsegamyndun): Læknirinn gæti þurft að aðlaga skammtinn af warfaríni eða asenókúmaróli.
- **Ginkgo biloba** (náttúruleyfyf).

## Meðganga og brjóstagjöf

Við meðgöngu, brjóstagjöf, grun um þungun eða ef þungun er fyrirhuguð skal leita ráða hjá læknum eða lyfjafræðingi áður en lyfið er notað.

**Konur mega ekki verða þungaðar meðan á meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka stendur og í 12 vikur þar á eftir.** Læknirinn getur krafist þess að þú farir í þungunarpróf til að tryggja að þú sért ekki þunguð áður en meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka hefst.

**Ef þú gætir orðið þunguð meðan þú færð Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka** verðurðu að nota örugga getnaðarvörn án hormóna (t.d. verju) ásamt annars konar getnaðarvörn svo sem getnaðarvarnartöflum eða öðrum getnaðarvarnarlyfjum með hormónum (t.d. vefjalyf, stungulyf). Efavirenz, eitt af virku innihaldsefnunum í Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka, getur orðið eftir í blóðinu um hríð eftir að meðferð hefur verið stöðvuð. Því áttu að halda áfram að nota framangreindar getnaðarvarnir í 12 vikur eftir að þú ert hætt að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka.

**Láttu lækninn vita tafarlaust ef þú ert þunguð eða hefur í hyggju að verða þunguð.** Ef þú ert þunguð áttu ekki að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka nema þú og læknirinn ákveðið að þess sé augljóslega þörf.

Vart hefur orðið við alvarlega fæðingargalla á fósturum dýra og ungbarna kvenna sem fengu efavirenz á meðgöngu.

Leitið ráða hjá læknum eða lyfjafræðingi áður en lyf eru notuð.

Ef þú hefur tekið Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á meðgöngu getur læknirinn óskað eftir reglulegum blóðrannsóknnum og öðrum rannsóknum til að fylgjast með þroska barnsins. Hjá börnum mæðra sem tóku NRTI-lyf á meðgöngu er ávinningur þess að nota vörn gegn HIV meiri en hættan á aukaverkunum.

**Ekki má hafa barn á brjósti meðan á meðferð með Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka stendur.** Bæði HIV og virk innihaldsefni Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka geta borist með brjóstamjólki og valdið alvarlegum skaða á ungbarninu.

## Akstur og notkun véla

**Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur valdið sundli/svima, skertri einbeitingu og sljóleika.** Akið ekki og notið hvorki tæki né vélar ef þessi áhrif gera vart við sig.

## Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka inniheldur natríum

Lyfið inniheldur minna en 1 mmól af natríum (23 mg) í hverri töflu, svo það er nánast „natríumfrítt“.

## 3. Hvernig nota á Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka

Notið lyfið alltaf eins og læknirinn eða lyfjafræðingur hefur sagt til um. Ef ekki er ljóst hvernig nota á lyfið skal leita upplýsinga hjá læknum eða lyfjafræðingi.

### Ráðlagður skammtur er:

Ein tafla á dag til inntöku. Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka á að taka á fastandi maga (sem venjulega er skilgreint sem 1 klst. fyrir eða 2 klst. eftir máltíð) helst fyrir svefn að kvöldi. Það getur dregið úr óþægindum sumra aukaverkana (t.d. sundli/svima, sljóleika). Gleypa á Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka í heilu lagi með vatni.

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka verður að nota á hverjum degi.

Ef lækurinn ákveður að stöðva notkun einhverra innihaldsefna Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur verið að þú fái efavirenz, emtricitabín og/eða tenofóvír tvísóproxíl hvert í sínu lagi eða með öðrum lyfjum til meðferðar við HIV sýkingunni.

### **Ef notaður er stærri skammtur af Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka en mælt er fyrir um**

Ef þú tekur of margar Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka töflur fyrir slysi áttu hugsanlega frekar hættu á að fá aukaverkanir af lyfinu (sjá kafla 4, *Hugsanlegar aukaverkanir*). Ráðfærðu þig við lækinn eða næsta sjúkrahús (neyðarmóttöku). Hafðu töfluglasið með þér svo þú eigir auðvelt með að lýsa því sem þú tókst.

### **Ef gleymist að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka**

Áríðandi er að gleyma ekki að taka Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka skammt.

**Ef þú gleymir Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka skammti og innan við 12 klst. eru frá þeim tíma sem þú tekur það vanalega inn áttu að taka hann um leið og þú manst eftir og taka síðan næsta skammt á venjulegum tíma.**

**Ef það er stutt (minna en 12 klst.) fram að næsta skammti á þó ekki að taka skammtinn sem gleymdist.** Bíddu með að taka næsta skammt fram að venjulegum tíma. Ekki á að tvöfalda skammt til að bæta upp töflu sem gleymst hefur að nota.

**Ef þú kastar upp töflunni (innan 1 klst. eftir töku Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka) áttu að taka aðra töflu.** Ekki bíða eftir að komið sé að næsta skammti. Ekki er þörf á að taka aðra töflu ef kastað er upp seinna en 1 klst. eftir að Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er tekið.

### **Ef hætt er að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka**

**Ekki hætta að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka án þess að tala við lækinn.** Ef þú hættir að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka getur það haft alvarleg áhrif á svörun við frekari meðferð. Ef notkun Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er hætt áttu að hafa samband við lækinn áður en þú ferð aftur að nota Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka töflur. Verið getur að lækurinn íhugi að gefa þér efnisþætti Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka í sitt hvoru lagi ef vandkvæði koma upp eða aðlaga þarf skammt.

**Þegar birgðir þínar af Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka eru orðnar litlar** skaltu fá meira hjá læknum eða lyfjafræðingi. Þetta er mjög áríðandi því veirumagnið getur aukist ef notkun lyfsins er stöðvuð, jafnvel í stuttan tíma. Þá getur orðið erfiðara að meðhöndla veiruna.

**Ef þú ert bæði með HIV sýkingu og lifrabólgu B** er sérlega áríðandi að stöðva ekki Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka meðferðina nema tala við lækinn fyrst. Hjá sumum sjúklingum hafa blóðrannsóknir eða einkenni gefið vísbendingar um að lifrabólgan hafi versnað eftir að hætt hefur verið að nota emtricitabín eða tenofóvír tvísóproxíl (tvö af þremur virkum innihaldsefnum Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka). Ef töku Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er hætt getur verið að lækurinn mæli með því að hafin sé á ný meðferð gegn lifrabólgu B. Þú getur þurft að fara í blóðrannsóknir í 4 mánuði eftir að meðferð er hætt til að fylgjast með lifrarstarfsemi. Hjá sumum sjúklingum með langt genginn lifrarsjúkdóm eða skorpulifur er ekki mælt með að hætta meðferð þar sem slíkt getur leitt til versunar lifrabólgu en það getur verið lífshættulegt.

→ Láttu lækinn strax vita um ný eða óvenjuleg einkenni eftir að meðferð er hætt, einkum einkenni sem þú tengir lifrabólgu B sýkingu.

Leitið til læknisins eða lyfjafræðings ef þörf er á frekari upplýsingum um notkun lyfsins.

#### 4. Hugsanlegar aukaverkanir

Á meðan á HIV meðferð stendur getur líkamsþyngd, gildi blóðfitu og glúkósa aukist. Þetta er að hluta tengt betri heilsu og lífsstíl og hvað varðar blóðfitu er það stundum tengt HIV lyfjunum sjálfum. Læknirinn mun gera próf vegna breytinganna.

Eins og við á um öll lyf getur þetta lyf valdið aukaverkunum en það gerist þó ekki hjá öllum.

#### Hugsanlegar alvarlegar aukaverkanir: láttu lækninn vita tafarlaust

- **Mjólkursýrublóðsýring** (of mikil mjólkursýra í blóði) er mjög sjaldgæf (kann að koma fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 sjúklingum) en alvarleg aukaverkun og getur verið lífshættuleg. Eftirfarandi aukaverkanir geta verið merki um mjólkursýrublóðsýringu:
  - djúp, hröð öndun
  - þreyta
  - ógleði, uppköst og kviðverkur

→ **Hafðu tafarlaust samband við lækninn ef þú heldur að þú gætir verið með mjólkursýrublóðsýringu.**

#### Aðrar hugsanlegar alvarlegar aukaverkanir

Eftirfarandi aukaverkanir eru **sjaldgæfar** (þær kunna að koma fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 sjúklingum):

- ofnæmisviðbrögð sem geta valdið alvarlegum húðviðbrögðum (Stevens-Johnson heilkenni, regnbogaróðasótt, sjá kafla 2)
- þroti í andliti, á vörum, tungu eða hálsi
- reiði, sjálfsvígshugsanir, undarlegar hugsanir, ofsóknarkennd, óskýrar hugsanir, skapsveiflur, sjá og heyra eitthvað sem er ekki raunverulegt (ofskynjanir), sjálfsvígstílaunir, persónuleikabreyting (geðrof), geðstjarfi (ástand þar sem sjúklingar verða hreyfingarlausir og mállausir í ákveðinn tíma).
- verkur í kvið (maga) vegna brisbólgu
- minnisleysi, rugl, köst (flog), samhengislaust tal, skjálfti
- gula í húð eða augum, kláði, eða verkur í kviðarholi (maga) vegna bólginnar lifrar
- skemmdir í nýrnapiplum

Geðrænar aukaverkanir auk þeirra sem taldar eru upp að framan eru hugvillur, hugsýki. Sumir sjúklingar hafa tekið eigið líf. Þessi vandamál virðast algengari hjá þeim sem eiga sér sögu um geðsjúkdóma. Láttu lækninn alltaf tafarlaust vita ef þú hefur þessi einkenni.

Aukaverkanir á lifur: Ef þú ert einnig sýkt/ur af lifrabólgu B vírus, mátt þú búast við versnun á lifrabólgunni eftir að meðferð lýkur (sjá kafla 3).

Eftirfarandi aukaverkanir eru **mjög sjaldgæfar** (þær kunna að koma fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 sjúklingum):

- lifrabilun, sem stundum leiðir til dauða eða lifrarígræðslu. Flest tilvik komu fram hjá sjúklingum sem þegar voru með lifrarsjúkdóm, en tilkynnt var um nokkur tilvik hjá sjúklingum sem ekki voru með lifrarsjúkdóm fyrir
- bólga í nýrum, mikil þvaglát og þorsti
- bakverkur vegna nýrnasjúkdóma, að meðtalinni nýrnabilun. Verið getur að læknirinn taki blóðsýni til að athuga hvort nýrnastarfsemi sé eðlileg.

- mýking beina (með beinverkjum og sem veldur stundum brotum) sem getur orðið vegna skemmda í nýrnapiplufrumum
- fitulífur

→ Ef þú telur að þú sért með einhverja af þessum alvarlegu aukaverkunum skaltu ræða við lækinn.

### Algengustu aukaverkanir

Eftirfarandi aukaverkanir eru **mjög algengar** (þær kunna að koma fyrir hjá fleiri en 1 af 10 sjúklingum):

- sundl, höfuðverkur, niðurgangur, ógleði, uppköst
- útbrot (að meðtöldum rauðum dilum eða blettum, stundum samfara blöðrum og þrota í húð) sem geta verið ofnæmisviðbrögð
- þróttleysi

*Niðurstöður úr prófum geta einnig leitt í ljós:*

- minnkað fosfat í blóði
- hækkuð gildi kreatín kínasa í blóði, sem getur valdið verkjum og slappleika í vöðvum

### Aðrar hugsanlegar aukaverkanir

Eftirfarandi aukaverkanir eru algengar (þær kunna að koma fyrir hjá allt að 1 af 10 sjúklingum):

- ofnæmisviðbrögð
- samhæfingar- og jafnvægestruflanir
- kvíði eða þunglyndi
- svefnörðugleikar, óeðlilegir draumar, einbeitingarerfiðleikar, sljóleiki
- verkir, kvíðverkir
- meltingarvandamál sem valda óþægindum eftir máltíðir, tilfinning um þenslu í kvið, vindgangur
- lystarleysi
- þreyta
- kláði
- breytingar á húðlit með dekkri húðblettum sem oft verður fyrst vart á höndum og iljum

*Niðurstöður úr prófum geta einnig leitt í ljós:*

- lítinn fjöldi hvítra blóðkorna (fækkun hvítra blóðkorna getur gert þig næmari fyrir sýkingum)
- vandamál í lifur og brisi
- aukning á fitusýrum (þríglýseríðum), bilirúbíni eða sykurgildum í blóði

Eftirfarandi aukaverkanir eru sjaldgæfar (þær kunna að koma fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 sjúklingum):

- niðurbrot vöðva, verkir eða slappleiki í vöðvum
- blóðleysi (lítill fjöldi rauðra blóðkorna)
- sundl eða svimi, ýl, suð eða önnur viðvarandi hljóð í eyrum
- þokusýn
- hrollur
- brjóstastækkun hjá körlum
- minnkuð kynhvöt
- andlitsroði
- munnþurrkur
- aukin matarlyst

*Niðurstöður úr prófum geta einnig leitt í ljós:*

- minnkað kalíum í blóði

- aukið kreatínín í blóði
- prótein í þvagi
- aukið kólesteról í blóði

Niðurbrot vöðva, mýking beina (með beinverkjum og sem veldur stundum brotum), vöðvaverkir, slappleiki í vöðvum og minnkað kalíum og fosfat í blóði geta komið fram vegna frumuskemmda í nýrnapiplum.

Eftirfarandi aukaverkanir eru mjög sjaldgæfar (þær kunna að koma fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 sjúklingum):

- útbrot á húð með kláða vegna viðbragða við sólarljósi

### Tilkynning aukaverkana

Látið lækninn eða lyfjafræðing vita um allar aukaverkanir. Þetta gildir einnig um aukaverkanir sem ekki er minnst á í þessum fylgiseðli. Einnig er hægt að tilkynna aukaverkanir beint **samkvæmt fyrirkomulagi sem gildir í hverju landi fyrir sig, sjá Appendix V**. Með því að tilkynna aukaverkanir er hægt að hjálpa til við að auka upplýsingar um öryggi lyfsins.

## 5. Hvernig geyma á Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka

Geymið lyfið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

Ekki skal nota lyfið eftir fyrningardagsetningu sem tilgreind er á lyfjaglasinu og öskjunni á eftir EXP. Fyrningardagsetning er síðasti dagur mánaðarins sem þar kemur fram.

Geymið við lægri hita en 30°C.

Geymið glasið vel lokað til varnar gegn raka.

Geymsluþol eftir fyrstu opnun er 2 mánuðir, ef geymt við lægri hita en 25°C.

Ekki má skola lyfjum niður í frárennislagnir eða fleygja þeim með heimilissorpi. Leitið ráða í apóteki um hvernig heppilegast er að farga lyfjum sem hætt er að nota. Markmiðið er að vernda umhverfið.

## 6. Pakkningar og aðrar upplýsingar

### Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka inniheldur

- Virku innihaldsefnin eru efavirenz, emtricitabín og tenófóvír tvísóproxíl. Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 600 mg af efavirenzi, 200 mg af emtricitabíni og 245 mg af tenófóvír tvísóproxíli (sem súccínat).
- Önnur innihaldsefni eru:  
*Töflukjarni:* örkristallaður sellulósi, hýdroxýprópýl sellulósi, natríum lárýlsúlfat, natríum kroskarmellósi, rautt járnnoxíð (E172), magnesíum sterat, natríum stearylfúmarat.  
*Filmuhúð:* pólý(vínýl alkóhól), makrógól 3350, títan tvíoxíð (E171), talkúm, rautt járnnoxíð (E172), gult járnnoxíð (E172). Sjá kafla 2 „Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka inniheldur natríum“.

### Lýsing á útliti Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka og pakkningastærðir

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka filmuhúðaðar töflur (töflur) eru ljósappelsínubleikar, sporöskjulaga, tvíkúptar, filmuhúðaðar töflur með skásniðnum brúnum. Stærð töflu: 20 x 11 mm.

Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir disoproxil Krka er fáanlegt í glösum með 30 töflum, með



innsigliðu barnaöryggisloki með innfelldu þurrkhyli, sem hjálpar við að verja töflurnar gegn raka. Eftirfarandi pakkningastærðir eru fáanlegar: öskjur sem innihalda 1 glas með 30 filmuhúðuðum töflum eða 90 (3 glös með 30) filmuhúðuðum töflum.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

### **Markaðsleyfishafi**

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slóvenía

### **Framleiðendur**

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slóvenía

TAD Pharma GmbH, Heinz-Lohmann-Straße 5, 27472 Cuxhaven, Þýskaland

Hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa á hverjum stað ef óskað er upplýsinga um lyfið:

### **België/Belgique/Belgien**

KRKA Belgium, SA.

Tél/Tel: + 32 (0) 487 50 73 62

### **Lietuva**

UAB KRKA Lietuva

Tel: + 370 5 236 27 40

### **България**

КРКА България ЕООД

Тел.: + 359 (02) 962 34 50

### **Luxembourg/Luxemburg**

KRKA Belgium, SA.

Tél/Tel: + 32 (0) 487 50 73 62 (BE)

### **Česká republika**

KRKA ČR, s.r.o.

Tel: + 420 (0) 221 115 150

### **Magyarország**

KRKA Magyarország Kereskedelmi Kft.

Tel.: + 36 (1) 355 8490

### **Danmark**

KRKA Sverige AB

Tlf: + 46 (0)8 643 67 66 (SE)

### **Malta**

E. J. Busuttil Ltd.

Tel: + 356 21 445 885

### **Deutschland**

TAD Pharma GmbH

Tel: + 49 (0) 4721 606-0

### **Nederland**

KRKA Belgium, SA.

Tel: + 32 (0) 487 50 73 62 (BE)

### **Eesti**

KRKA, d.d., Novo mesto Eesti filiaal

Tel: + 372 (0) 6 671 658

### **Norge**

KRKA Sverige AB

Tlf: + 46 (0)8 643 67 66 (SE)

### **Ελλάδα**

QUALIA PHARMA S.A.

Τηλ: + 30 210 6256177

### **Österreich**

KRKA Pharma GmbH, Wien

Tel: + 43 (0)1 66 24 300

### **España**

KRKA Farmacéutica, S.L.

Tel: + 34 911 61 03 81

### **Polska**

KRKA-POLSKA Sp. z o.o.

Tel.: + 48 (0)22 573 7500

### **France**

KRKA France Eurl

Tél: + 33 (0)1 57 40 82 25

### **Portugal**

KRKA Farmacêutica, Sociedade Unipessoal Lda.

Tel: + 351 (0)21 46 43 650

### **Hrvatska**

KRKA - FARMA d.o.o.

Tel: + 385 1 6312 100

### **România**

KRKA Romania S.R.L., Bucharest

Tel: + 4 021 310 66 05

### **Ireland**

KRKA Pharma Dublin, Ltd.

### **Slovenija**

KRKA, d.d., Novo mesto

Tel: + 353 1 293 91 80

**Ísland**

LYFIS ehf.

Sími: (+354) 534 3500

**Italia**

KRKA Farmaceutici Milano S.r.l.

Tel: + 39 02 3300 8841

**Κύπρος**

Kipa Pharmacal Ltd.

Τηλ: + 357 24 651 882

**Latvija**

KRKA Latvija SIA

Tel: + 371 6 733 86 10

Tel: + 386 (0) 1 47 51 100

**Slovenská republika**

KRKA Slovensko, s.r.o.

Tel: + 421 (0) 2 571 04 501

**Suomi/Finland**

KRKA Finland Oy

Puh/Tel: + 358 20 754 5330

**Sverige**

KRKA Sverige AB

Tel: + 46 (0)8 643 67 66 (SE)

**United Kingdom**

Consilient Health (UK) Ltd.

Tel: +44 (0) 203 751 1888

**Þessi fylgiseðill var síðast uppfærður í**

Ítarlegar upplýsingar um lyfið eru birtar á vef Lyfjastofnunar Evrópu <http://www.ema.europa.eu>.

Upplýsingar á íslensku eru á <http://www.serlyfjaskra.is>.