

VIÐAUKI I
SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

1. HEITI LYFS

Dabigatran etexilate Teva 75 mg hörð hylki.

2. INNIHALDSLÝSING

Hvert hart hylki inniheldur 75 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).

Sjá lista yfir öll hjálparefni í kafla 6.1.

3. LYFJAFORM

Hart hylki.

Hart hylki af stærð 2 (um það bil 18 mm) með hvítu ógegnsæju loki og hvítum ógegnsæjum botni, fyllt með beinhvítum til gulleitum kornum.

4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR

4.1 Ábendingar

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti.

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum frá því að barnið er fært um að kyngja mjúkri fæðu fram að 18 ára aldri.

Sjá lyfjaform fyrir hvern aldurshóp í kafla 4.2.

4.2 Skammtar og lyfjagjöf

Skammtar

Dabigatran etexilate Teva hylki má nota handa fullorðnum og börnum 8 ára og eldri sem geta gleypst hylkin í heilu lagi. Ávísa á skammtinum sem tilgreindur er í viðeigandi skömmtunartöflu fyrir lyfjaformið byggt á þyngd og aldri barnsins.

Til eru önnur lyfjaform fyrir viðeigandi aldur á markaðinum, til meðferðar hjá börnum yngri en 8 ára:

- Önnur lyfjaform gætu verið hentugri til að gefa þessum hópi eins og húðuð kyrni sem hægt er að nota handa börnum yngri en 12 ára um leið og barnið getur gleypst mjúkan mat.
- Önnur lyfjaform eins og duft og leysir fyrir mixtúru, lausn á aðeins að nota handa börnum yngri en 1 árs.

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

Ráðlagðir skammtar af dabigatran etexílati og meðferðarlengd sem fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum koma fram í töflu 1.

Tafla 1: Skammtaráðleggingar og meðferðarlengd sem fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

	Meðferð hafin á aðgerðardegi, 1-4 klst. eftir lok aðgerðar	Viðhaldsskammtur gefinn frá fyrsta degi eftir aðgerð	Lengd gjafar viðhaldsskammts
Sjúklingar eftir valfrjáls hnéliðskipti	eitt 110 mg hylki af dabigatran etexílati	220 mg af dabigatran etexílati, tekin sem tvö 110 mg hylki einu sinni á sólarhring	10 dagar
Sjúklingar eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti			28-35 dagar
Ráðlögð skammtaminnkun			
Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun, (CrCL) 30-50 ml/mín.)	eitt 75 mg hylki af dabigatran etexílati	150 mg af dabigatran etexílati, tekin sem tvö 75 mg hylki einu sinni á sólarhring	10 dagar (hnéliðskipti) eða
Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl*, amíóðarón, kínidín			28-35 dagar
Sjúklingar 75 ára og eldri			(mjaðmarliðskipti)

*Hvað varðar sjúklinga með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með verapamíli, sjá Sérstakir sjúklingahópar

Fyrir báðar aðgerðirnar á við að ef ekki er tryggt að blæðingar hafi verið stöðvaðar skal fresta því að hefja meðferðina. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferðina með 2 hylkjum einu sinni á sólarhring.

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur

Hjá öllum sjúklingum og sérstaklega hjá öldruðum (> 75 ára), þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng hjá þessum aldurshópi:

- Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL) áður en meðferð með dabigatran etexílati hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín.) (sjá kafla 4.3, 4.4 og 5.2).
- Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerast meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja).

Aðferðin sem nota skal til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.) er Cockcroft-Gault aðferðin.

Gleymdur skammtur

Mælt er með því að halda áfram að taka daglegan skammt af dabigatran etexílati á sama tíma næsta dag.

Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum að hafa samband við lækinn ef þeir fá einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 24 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Sérstakir sjúklingahópar

Skert nýrnastarfsemi

Meðferð með dabigatran etexílati hjá sjúklingum með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín.) er frábending (sjá kafla 4.3).

Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín.) er minnkun skammta ráðlögð (sjá töflu 1 hér að ofan og kafla 4.4 og 5.1).

Samhliða notkun dabigatran etexílat með vægum til í meðallagi öflugum P-glykóprótein (P-gp) hemlum, t.d. amíóðaróni, kínidíni eða verapamíli.

Minnka skal skammta eins og fram kemur í töflu 1 (sjá einnig kafla 4.4 og 4.5). Við þessar aðstæður á að taka dabigatran etexílat og þessi lyf á sama tíma.

Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með verapamíli, skal íhuga minnkun dabigatran etexílat skammta í 75 mg á sólarhring (sjá kafla 4.4 og 4.5).

Aldraðir

Hjá öldruðum sjúklingum > 75 ára er minnkun skammta ráðlögð (sjá töflu 1 hér að ofan og kafla 4.4 og 5.1).

Líkamsþyngd

Mjög takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagða skammta hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg eða > 110 kg. Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahlvörf er ekki þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2), en mælt er með nákvæmu eftirliti (sjá kafla 4.4).

Kyn

Ekki er þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2).

Börn

Notkun dabigatran etexílat á ekki við hjá börnum við ábendingunni fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum (VTE) hjá sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti.

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum

Við meðferð við segum og segareki í bláæðum hjá börnum, skal hefja meðferð í kjölfar meðferðar með segavarnarlyfi til inndælingar í að minnsta kosti 5 daga. Til að koma í veg fyrir endurtekna sega og segarek í bláæðum skal hefja meðferð í kjölfar fyrri meðferðar.

Dabigatran etexílat hylki á að taka tvisvar á dag, einn skammt að morgni og einn skammt að kvöldi, á u.þ.b. sama tíma á hverjum degi. Bilið á milli skömmtunar þarf að vera eins nálægt 12 klukkustundum og mögulegt er.

Ráðlagður skammtur af dabigatran etexílat hylkjum byggist á þyngd og aldri sjúklingsins eins og sýnt er í töflu 2. Skammtinn skal aðlaga eftir aldri og þyngd þegar líður á meðferðina.

Ekki er hægt að veita ráðleggingar um skömmtun fyrir samsetningar þyngdar og aldurs sem ekki eru tilgreindar í skammtatöflunni.

Tafla 2: Stakir skammtar og heildardagskammtar af dabigatran etexílati í milligrömmum (mg) miðað við þyngd í kílógrömmum (kg) og aldur sjúklinga í árum

Samsetning þyngdar / aldurs		Stakur skammtur í mg	Heildardagskammtur í mg
Þyngd í kg	Aldur í árum		
11 til < 13	8 til < 9	75	150
13 til < 16	8 til < 11	110	220
16 til < 21	8 til < 14	110	220
21 til < 26	8 til < 16	150	300
26 til < 31	8 til < 18	150	300
31 til < 41	8 til < 18	185	370
41 til < 51	8 til < 18	220	440
51 til < 61	8 til < 18	260	520
61 til < 71	8 til < 18	300	600
71 til < 81	8 til < 18	300	600
> 81	10 til < 18	300	600

Stakir skammtar sem krefjast samsetninga með fleiri en einu hylki:

- 300 mg: tvö 150 mg hylki eða fjögur 75 mg hylki
- 260 mg: eitt 110 mg og eitt 150 mg hylki eða eitt 110 mg og tvö 75 mg hylki
- 220 mg: tvö 110 mg hylki
- 185 mg: eitt 75 mg og eitt 110 mg hylki
- 150 mg: eitt 150 mg hylki eða tvö 75 mg hylki

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð stendur

Áður en meðferð er hafin skal reikna út áætlaðan gaukulsíunarhraða (eGFR) með Schwartz-formúlunni (aðferð sem notuð er til að meta kreatínín skal staðfest af rannsóknarstofu á hverjum stað).

Meðferð með dabigatran etexílati hjá börnum með eGFR < 50 ml/mín./1,73 m² er frábending (sjá kafla 4.3).

Sjúklingar með eGFR ≥ 50 ml/mín./1,73 m² skulu fá meðferð með skammti samkvæmt töflu 2.

Meta skal nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferðinni stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort, við samhliða notkun ákveðinna lyfja o.s.frv.).

Notkunartími

Meðferðartíma á að ákveða einstaklingsbundið byggt á mati á ávinningi og áhættu.

Gleymdur skammtur

Skammt af dabigatran etexílati sem hefur gleymst má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti.

Aldrei má tvöfalda skammt til að bæta upp einstaka skammta sem gleymst hafa.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum eða umönnunaraðilum að hafa samband við lækinn ef sjúklingurinn fær einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Úr dabigatran etexílat meðferð í K-vítamínhemla (VKA):

Sjúklingar skulu byrja notkun K-vítamínhemla 3 dögum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að dabigatran etexílat getur haft áhrif á INR (international normalized ratio) mun INR endurspegla betur verkun K-vítamínhemla eftir að meðferð með dabigatran etexílat hefur verið hætt í að minnsta kosti tvo daga. Þangað til skal túlka INR gildi með varúð.

Úr K-vítamínhemlum (VKA) í dabigatran etexílat meðferð:

Hætta skal meðferð með K-vítamínhemlinum. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0.

Lyfjagjöf

Lyfið er til inntöku.

Hylkin má taka með eða án matar. Hylkin á að gleypa í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga.

Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu (sjá kafla 5.2 og 6.6).

4.3 Frábendingar

- Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnum sem talin eru upp í kafla 6.1.
- Verulega skert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 30 ml/mín.) hjá fullorðnum sjúklingum
- eGFR < 50 ml/mín./1,73 m² hjá börnum
- Virk blæðing af klínískri þýðingu.
- Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiriháttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, ædamissmið, æðagúlpá eða meiri háttar afbrigðileika æða í mænu eða heila
- Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. óþáttað heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir sérstökum kringumstæðum. Þær eru þegar verið er að skipta um segavarnarlyfjameðferð (sjá kafla 4.2), þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð eða þegar óþáttað heparín er gefið við brennsluaðgerð með hjartaþræðingu (catheter ablation) vegna gáttatífs (sjá kafla 4.5)
- Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómur sem er líklegt að hafi áhrif á lifun.

- Samhliða altæk (systemic) meðferð með eftirfarandi öflugum P-gp hemlum: ketókónazóli, cyklosporini, itrakónazóli, dronedaroni og föstum samsettum skammti af glecaprevíri/pibrentasvíri (sjá kafla 4.5)
- Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar (sjá kafla 5.1).

4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Blæðingarhætta

Nota á dabigatran etexílat með varúð við aðstæður þar sem aukin hætta er á blæðingu eða samhliða notkun lyfja sem hafa áhrif á blóðstorknun með því að hindra samloðun blóðflagna. Blæðing getur orðið hvar sem er meðan á meðferð stendur. Verði óútskýranleg lækkun á gildum blóðrauða og/eða blóðkornaskilum eða blóðþrýstingi á að leita að blæðingarstað.

Við lífshættulega blæðingu eða blæðingu sem ekki næst stjórn á hjá fullorðnum sjúklingum, þegar þörf er á hröðum viðsnúningi á segavarnandi áhrifum dabigatrans er sértæka viðsnúningslyfið idarucizumab fánlegt. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægð dabigatran. Ferskt heilblóð eða ferskt frosið plasma, storkuþáttaþykkni (virkjuð eða ekki virkjuð), raðbrigða storkuþátur VIIa eða blóðflögupykkni eru aðrir mögulegir valkostir hjá fullorðnum sjúklingum (sjá einnig kafla 4.9).

Hætta á blæðingu frá meltingarvegi eykst með notkun lyfja sem hindra samloðun blóðflagna eins og klópídógreis og asetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) og jafnframt ef til staðar er vélindabólga, magabólga eða vélindabakflæði.

Áhættuþættir

Í töflu 3 er samantekt á þáttum sem geta aukið blæðingarhættu.

Tafla 3: Þættir sem geta aukið blæðingarhættu.

	Áhættuþáttur
Lyfhrifa- og lyfjahvarfafræðilegir þættir	Aldur ≥ 75 ára
Þættir sem auka þéttni dabigatrans í plasma	<p><u>Meiriháttar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miðlungsskert nýrnastarfsemi hjá fullorðnum sjúklingum (30-50 ml/mín. CrCL) • Öflugir P-gp hemlar (sjá kafla 4.3 og 4.5) • Samhliða notkun með vægum til í meðallagi öflugum P-gp hemlum (t.d. amíódaróni, verapamíli, kínidíni og ticagrelori, sjá kafla 4.5) <p><u>Minniháttar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lág líkamsþyngd (< 50 kg) hjá fullorðnum sjúklingum
Milliverkanir vegna lyfhrifa (sjá kafla 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Asetýlsalicýlsýra og önnur lyf sem hindra samloðun blóðflagna eins og klópídógreil • Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) • SSRI eða SNRI lyf • Önnur lyf sem geta truflað blóðstorknun

Sjúkdómar / aðgerðir sem fylgir sérstaklega mikil blæðingahætta	<ul style="list-style-type: none"> • Meðfæddar eða áunnar truflanir á storknun • Blóðflagnafæð eða starfrænir gallar á blóðflögum • Nýleg taka vefjasýnis, meiriháttar áverki • Hjartaþelsbólga af völdum baktería • Vélindabólga, magabólga eða vélindabakflæði
---	---

Takmörkuð gögn eru fyrirliggjandi um fullorðna sjúklinga < 50 kg (sjá kafla 5.2).

Samtímis notkun dabigatran etexílat og P-gp hemla hefur ekki verið rannsökuð hjá börnum en getur aukið hættuna á blæðingu (sjá kafla 4.5).

Varúðarreglur og viðbrögð við blæðingarhættu

Hvað varðar viðbrögð við fylgikvillum blæðinga, sjá einnig kafla 4.9.

Mat á ávinningi og áhættu

Ef fram koma sár, sjúkdómsástand, aðgerðir og/eða lyfjameðferð (eins og bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID), blóðflöguhemjandi lyf, SSRI og SNRI lyf, sjá kafla 4.5) sem marktækt eykur hættuna á meiriháttar blæðingu þarf vandlega að meta ávinning á móti áhættu. Einungis á að gefa dabigatran etexílat ef ávinningurinn er meiri en blæðingarhættan.

Takmarkaðar klínískar upplýsingar liggja fyrir um börn með áhættuþætti, þar með talið sjúklinga með virka heilahimnubólgu, heilabólgu og innankúpuígerð (sjá kafla 5.1). Hjá þessum sjúklingum á einungis að gefa dabigatran etexílat ef væntanlegur ávinningur er meiri en blæðingarhættan.

Nákvæmt klínískt eftirlit

Mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti með einkennum blæðinga eða blóðleysis á meðferðartímanum, sérstaklega ef áhættuþættir fylgjast að (sjá töflu 3 hér að ofan). Gæta skal sérstakrar varúðar þegar dabigatran etexílat er gefið samhliða verapamíli, amíóðaróni, kínidíni eða klarítrómýsíní (P-gp hemlum) og sér í lagi ef um er að ræða blæðingu, einkum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.5).

Mælt er með nánu eftirliti með vísbendingum um blæðingar hjá sjúklingum sem fá samhliða meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (sjá kafla 4.5).

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Sjúklingar sem fá bráða nýrnabilun verða að hætta á meðferð með dabigatran etexílati (sjá einnig kafla 4.3).

Eigi alvarlegar blæðingar sér stað skal hætta meðferð og finna uppruna blæðingarinnar og íhuga má notkun á sértæka viðsnúningslyfinu (idarucizumab) hjá fullorðnum sjúklingum. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægt dabigatran.

Notkun prótónpumpuhemla

Íhuga má gjöf prótónpumpuhemla til að hindra blæðingu úr meltingarvegi. Þegar um er að ræða sjúklinga á barnsaldri þarf að fylgja staðbundnum ráðleggingum um notkun prótónpumpuhemla.

Niðurstöður storkumælinga

Þrátt fyrir að almennt þurfi ekki að hafa reglulegt eftirlit með blóðþynningu af völdum lyfsins, getur mæling á blóðþynningu tengdri dabigatrani reynst hjálpleg til að greina of mikla útsetningu fyrir dabigatrani þegar viðbótaráhættuþættir eru til staðar.

Þynntur trombintími (diluted Thrombin Time (dTT)), ecarin storkutími (ecarin clotting time (ECT)) og virkjaður tromboplastintími (activated partial thromboplastin time (aPTT)) geta veitt gagnlegar upplýsingar, en niðurstöður þeirra skal túlka með varúð vegna breytileika milli prófana (sjá kafla 5.1). INR (International Normalised Ratio) mæling er óáreiðanleg hjá sjúklingum á dabigatran etexílat meðferð og greint hefur verið frá fólkskum jákvæðum INR hækkunum. Því á ekki að gera INR mælingar.

Tafla 4 sýnir tiltekin mörk í niðurstöðum storkuprófa við lággildi hjá fullorðnum sjúklingum sem geta tengst aukinni blæðingarhættu. Þessi mörk eru ekki þekkt hjá börnum (sjá kafla 5.1).

Tafla 4: Tiltekin mörk í niðurstöðum storkuprófa við lággildi hjá fullorðnum sjúklingum sem geta tengst aukinni blæðingarhættu.

Storkupróf (lággildi)	Mörk
dTT [ng/ml]	> 67
ECT [x-föld eðlileg efri mörk]	Engar upplýsingar
aPTT [x-föld eðlileg efri mörk]	> 1,3
INR	Á ekki að nota

Notkun fibrínleysandi lyfja í meðferð við bráðu heilaslagi vegna blóðþurrðar

Íhuga má notkun fibrínleysandi lyfja í meðferð við bráðu heilaslagi vegna blóðþurrðar ef gildi dTT, ECT eða aPTT hjá sjúklingum mælist innan eðlilegra efri marka (ULN) samkvæmt staðbundnum viðmiðunarmörkum.

Skurðaðgerðir og inngríp

Sjúklingar á meðferð með dabigatran etexílati sem gangast undir skurðaðgerðir eða ífarandi aðgerðir eru í aukinni hættu á blæðingu. Því geta inngríp með skurðaðgerðum kallað á að notkun dabigatran etexílat sé hætt tímabundið.

Gæta skal varúðar þegar meðferð er hætt tímabundið vegna inngrípa og hafa verður eftirlit með blóðþynningu. Útskilnaður dabigatrans hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi getur tekið lengri tíma (sjá kafla 5.2). Þetta skal íhuga fyrir hvaða inngríp sem er. Í slíkum tilvikum getur storkupróf (sjá kafla 4.4 og 5.1) hjálpað til við að ákveða hvort stöðvun blæðingar sé enn ófullkomin.

Bráðaskurðaðgerð eða brýn aðgerð

Stöðva skal tímabundið inntöku dabigatran etexílat. Þegar þörf er á hröðum viðsnúningi segavarnaráhrifa er sértækt viðsnúningslyf fyrir dabigatran fáanlegt (idarucizumab) fyrir fullorðna sjúklinga. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægt dabigatran.

Ef dabigatran meðferð er snúið við verða sjúklingar berskjaldaðir fyrir hættu á segamyndun af völdum undirliggjandi sjúkdóms. Hefja má meðferð með dabigatran etexílati á ný þegar 24 klst. eru liðnar frá því að idarucizumab var gefið ef sjúklingurinn er í klínísku jafnvægi og viðunandi blæðingarstöðvun hefur náðst.

Meðalbráðar skurðaðgerðir/inngríp

Stöðva skal tímabundið inntöku dabigatran etexílat. Skurðaðgerð/inngrípi á að fresta ef mögulegt er þar til a.m.k. 12 klst. eru frá síðasta skammti. Ef ekki er hægt að fresta skurðaðgerð getur blæðingarhætta aukist. Blæðingarhættu ætti að vega á móti hversu brátt inngrípið þarf að vera.

Valfrjálsar skurðaðgerðir

Ef hægt er á að stöðva meðferð með dabigatran etexílati a.m.k. 24 klst. fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir. Hjá sjúklingum í meiri hættu á blæðingu eða við meiriháttar skurðaðgerð, þar sem þörf

gæti verið á að stöðva blæðingar alveg, skal íhuga að stöðva meðferð með dabigatran etexílati 2-4 sólarhringum fyrir skurðaðgerð.

Í töflu 5 er samantekt á reglum varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum.

Tafla 5: Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum

Nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.)	Áætlaður helmingunartími (klst.)	Stöðva skal meðferð með dabigatran etexílati fyrir valfrjársar skurðaðgerðir	
		Mikil blæðingarhætta eða meiriháttar skurðaðgerð	Venjuleg hætta
≥ 80	~ 13	2 sólarhringum áður	24 klst. áður
≥ 50-< 80	~ 15	2-3 sólarhringum áður	1-2 sólarhringum áður
≥ 30-< 50	~ 18	4 sólarhringum áður	2-3 sólarhringum áður (> 48 klst.)

Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum er að finna í töflu 6.

Tafla 6: Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá börnum

Nýrnastarfsemi (eGFR í ml/mín./1,73m ²)	Stöðva skal meðferð með dabigatran fyrir valfrjársar skurðaðgerðir
> 80	24 klst. áður
50 – 80	2 sólarhringum áður
< 50	Þessir sjúklingar hafa ekki verið rannsakaðir (sjá kafla 4.3).

Mænudeyfing/utanbastsdeyfing/mænustunga

Aðgerðir eins og mænudeyfing geta krafist þess að blóðstorkuferlið virki fullkomlega.

Hættan á myndun margúls í utanbasti eða í mænu getur verið aukin vegna áverka eða endurtekinna ástungna og vegna langvarandi notkunar utanbastsleggjar. Eftir að leggur er fjarlægður skulu líða a.m.k. 2 klst. áður en fyrsti skammturinn af dabigatran etexílati er gefinn. Hafa þarf eftirlit með stuttu millibili hjá þessum sjúklingum með tilliti til einkenna frá taugakerfi og einkenna um margúl í utanbasti eða í mænu.

Tímabil eftir aðgerð

Hefja skal meðferð með dabigatran etexílati á ný eins fljótt og auðið er eftir ífarandi aðgerð eða inngríp með skurðaðgerð, að því gefnu að klínískar aðstæður leyfi og að fullnægjandi stöðvun blæðingar hafi náðst.

Sjúklinga í blæðingarhættu eða sjúklinga í hættu á of mikilli útsetningu, sérstaklega sjúklinga með skerðingu á nýrnastarfsemi (sjá einnig töflu 3), á að meðhöndla með varúð (sjá kafla 4.4 og 5.1).

Sjúklingar í mikilli lífshættu við aðgerð og með innri áhættuþætti fyrir blóðsegamyndun

Takmörkuð gögn eru til um virkni og öryggi dabigatran etexílati hjá þessum sjúklingum og skal því meðhöndla þá með varúð.

Aðgerð við mjaðmarbrot

Engin gögn liggja fyrir um notkun dabigatran etexílat hjá sjúklingum sem fara í aðgerð vegna mjaðmarbrots. Því er ekki hægt að mæla með meðferð.

Skert lifrarstarfsemi

Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > 2-föld eðlileg efri mörk voru útilokaðir frá þátttöku í aðalrannsóknunum. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun dabigatran etexílat hjá þessum hópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómur sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins (sjá kafla 4.3).

Milliverkun við P-glýkóprótein virkja

Búast má við að samhliða notkun með P-glýkóprótein virkjum minnki þéttni dabigatrans í plasma og ber að varast notkun þeirra (sjá kafla 4.5 og 5.2).

Sjúklingar með andfosfólípíð heilkenni

Ekki er mælt með notkun segavarnarlyfja til inntöku með beina verkun þ.m.t. dabigatran etexilat handa sjúklingum með sögu um segamyndun sem hafa verið greindir með andfosfólípíð heilkenni. Meðferð með segavarnarlyfjum til inntöku með beina verkun getur verið tengd við aukna tíðni á endurtekinni segamyndun samanborið við meðferð með K-vítamín hemlum, einkum hjá sjúklingum sem eru með þrjár jákvæðar mælingar (fyrir andstorkulúpusi, andkardíólípín mótefnum og anti-beta 2-glycoprotein I mótefnum).

Sjúklingar með virkt krabbamein (segar og segarek í bláæðum hjá börnum)

Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um verkun og öryggi hjá börnum með virkt krabbamein.

Börn

Hjá tilteknum börnum, t.d. sjúklingum með sjúkdóm í smáþörmum sem getur haft áhrif á frásog, skal íhuga notkun segavarnarlyfs sem gefið er utan meltingarveggar.

4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir

Milliverkanir milli flutningskerfa

Dabigatran etexílat er hvarfefni útflæðisdælu P-glýkópróteins. Búast má við að samhliða gjöf P-glýkóprótein hemla (sjá töflu 7) leiði til aukinnar þéttni dabigatrans í plasma.

Hafi ekki verið mælt fyrir um annað er þörf á nákvæmu klínísku eftirliti (með einkennum blæðinga eða blóðleysis) þegar dabigatran er gefið samhliða öflugum P-glýkóprótein hemlum. Minnkun skammta getur verið nauðsynleg samhliða ákveðnum P-glýkóprótein hemlum (sjá kafla 4.2, 4.3, 4.4 og 5.1).

Tafla 7: Milliverkanir milli flutningskerfa

<u>P-gp hemlar</u>	
<i>Samhliða notkun er frábending (sjá kafla 4.3)</i>	
Ketókónazól	Ketókónazól hækkaði heildar dabigatran $AUC_{0-\infty}$ gildi 2,38-falt og C_{max} gildi 2,35-falt eftir stakan 400 mg skammt til inntöku og 2,53-falt og 2,49-falt eftir endurtekna skammta af 400 mg ketókónazóli til inntöku einu sinni á sólarhring.

Dronedaron	Þegar dabigatran etexílat og dronedaron voru gefin á sama tíma jukust $AUC_{0-\infty}$ og C_{max} gildi dabigatrans í heild u.þ.b. 2,4-falt og 2,3-falt, talið upp í sömu röð, eftir endurtekna 400 mg skammta af dronedaroni tvisvar á sólarhring og u.þ.b. 2,1-falt og 1,9-falt, talið upp í sömu röð, eftir stakan 400 mg skammt.
Itrakónazól, cyklosporin	Samkvæmt <i>in vitro</i> niðurstöðum má búast við svipuðum áhrifum og með ketókónazóli.
Glecaprevír/pibrentasvír	Sýnt hefur verið fram á að samhliða notkun á dabigatran etexílati og föstum samsettu skammti af P-gp hemlunum glecaprevíri/pibrentasvíri eykur útsetningu fyrir dabigatrani og getur aukið hættu á blæðingu.
<i>Samhliða notkun ekki ráðlögð</i>	
Takrolímús	<i>In vitro</i> hefur verið sýnt fram á að takrolímús hefur svipuð hömlunaráhrif á P-glýkóprótein og koma fram hjá itrakónazóli og cyklosporini. Dabigatran etexílat hefur ekki verið klínískt rannsakað með takrolímús. Hins vegar benda takmörkuð klínísk gögn varðandi annað P-glýkóprótein hvarfefni (everólímús) til þess að hömlun takrolímús á P-glýkóprótein sé minni en sést hjá öflugum P-glýkóprótein hemlum.
<i>Gæta skal varúðar við samhliða notkun (sjá kafla 4.2 og 4.4)</i>	
Verapamíl	Þegar dabigatran etexílat (150 mg) var gefið með verapamíli til inntöku, hækkaði C_{max} og AUC fyrir dabigatran en umfang breytingarinnar er mismunandi eftir tímasetningu lyfjagjafar og lyfjaformi verapamíls (sjá kafla 4.2 og 4.4). Mesta hækkun dabigatran útsetningar sást við fyrsta skammt af verapamíli í lyfjaformi með hraða losun (immediate release) sem var gefið einni klst. fyrir inntöku dabigatran etexílat (hækkun á C_{max} u.þ.b. 2,8-föld og AUC u.þ.b. 2,5-föld). Áhrifin voru stigmínkandi við gjöf lyfjaforms með lengdan losunarhraða (hækkun á C_{max} u.þ.b. 1,9-föld og AUC u.þ.b. 1,7-föld) eða við gjöf endurtekinnna skammta af verapamíli (hækkun á C_{max} u.þ.b. 1,6-föld og AUC u.þ.b. 1,5-föld). Engar mikilvægar milliverkanir sást þegar verapamíl var gefið 2 klst. eftir dabigatran etexílat (hækkun á C_{max} u.þ.b. 1,1-föld og AUC u.þ.b. 1,2-föld). Skýringin á þessu er sú að frásogi dabigatrans er lokið eftir 2 klst.
Amíódarón	Þegar dabigatran etexílat var gefið samhliða stökum 600 mg skammti til inntöku af amíódaróni voru umfang og hraði frásogs amíódaróns og meginumbrotsefnis þess, DEA, nánast óbreytt. AUC og C_{max} dabigatran etexílat jukust u.þ.b. 1,6-falt og 1,5-falt, talið upp í sömu röð. Vegna langs helmingunartíma amíódaróns gæti möguleikinn á milliverkun verið til staðar nokkrum vikum eftir að töku amíódaróns er hætt (sjá kafla 4.2 og 4.4).
Kínidín	Kínidín var gefið í skammtinum 200 mg á 2 klst. fresti að heildarskammti sem nam 1.000 mg. Dabigatran etexílat var gefið tvisvar á sólarhring í 3 daga samfelld, á þriðja deginum annaðhvort með eða án kínidíns. Dabigatran $AUC_{\tau,ss}$, við jafnvægi og $C_{max,ss}$, við jafnvægi hækkuðu að meðaltali 1,53-falt og 1,56-falt, talið upp í sömu röð, við samhliða notkun kínidíns (sjá kafla 4.2 og 4.4).
Klarítrómýsín	Þegar klarítrómýsín (500 mg tvisvar á sólarhring) var gefið ásamt dabigatran etexílati heilbrigðum sjálfboðaliðum sást hækkun á AUC sem var u.þ.b. 1,19-föld og C_{max} u.þ.b. 1,15-föld.

Ticagrelor	<p>Þegar stakur skammtur af 75 mg dabigatran etexílati var gefinn samtímis 180 mg hleðsluskammti af ticagrelori, jókst AUC 1,73-falt og C_{max} 1,95-falt, talið upp í sömu röð, fyrir dabigatran. Eftir endurtekna skammta af ticagrelori 90 mg tvisvar á sólarhring jókst útsetning fyrir dabigatrani, C_{max} 1,56-falt og AUC 1,46-falt, talið upp í sömu röð.</p> <p>Samhliða gjöf 180 mg hleðsluskammts af ticagrelori og 110 mg af dabigatran etexílati (við jafnvægi) jók AUC_{t,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran 1,49-falt og 1,65-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu. Þegar 180 mg hleðsluskammtur af ticagrelori var gefinn 2 klst. eftir 110 mg af dabigatran etexílati (við jafnvægi) minnkaði aukning AUC_{t,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran í 1,27-falt og 1,23-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu. Mælt er með þessari seinkuðu gjöf á hleðsluskammti ticagrelors.</p> <p>Samhliða gjöf 90 mg af ticagrelori tvisvar sinnum á sólarhring (viðhaldsskammtur) og 110 mg af dabigatran etexílati jók aðlagð AUC_{t,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran 1,26-falt og 1,29-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu.</p>
Posakónazól	Posakónazól hemur einnig P-glýkóprótein að einhverju leyti en hefur ekki verið klínískt rannsakað. Gæta skal varúðar þegar dabigatran etexílat er gefið samhliða posakónazóli.
<i>P-glýkóprótein virkjar</i>	
Forðast skal samhliða notkun	
t.d. rifampísín, jóhannesarjurt (St. John's wort, Hypericum perforatum), karbamazepín eða fenytoín	<p>Búast má við að samhliða gjöf minnki þéttni dabigatrans.</p> <p>Lyfjagjöf, á undan notkun dabigatrans, með virkjanum rifampísíni í skammtinum 600 mg einu sinni á sólarhring í 7 sólarhringa minnkaði heildar hámarksgildi dabigatrans og heildarútsetningu um 65,5% og 67%, talið upp í sömu röð. Örvandi áhrifin minnkuðu, sem leiddi til þess að útsetning fyrir dabigatrani var nálægt viðmiðunargildinu 7 sólarhringum eftir að meðferð með rifampísíni var hætt. Frekari aukning á aðgengi sást ekki eftir 7 sólarhringa til viðbótar.</p>
<i>Próteasahemlar eins og ritonavír</i>	
<i>Samhliða notkun ekki ráðlögð</i>	
t.d. ritonavír og samsetning þess með öðrum próteasahemlum	Hafa áhrif á P-glýkóprótein (annaðhvort sem hemlar eða virkjar). Þeir hafa ekki verið rannsakaðir og er því samhliða notkun þeirra með dabigatran etexílati ekki ráðlögð.
<i>P-glýkóprótein hvarfefni</i>	
Dígoxín	Í rannsókn sem gerð var á 24 heilbrigðum einstaklingum sem fengu dabigatran etexílat samhliða dígoxíni komu ekki fram breytingar á dígoxíni og engar mikilvægar breytingar á útsetningu fyrir dabigatrani sást.

Segavarnarlyf og lyf sem hindra samloðun blóðflagna

Engin eða takmörkuð reynsla er af meðferð með eftirfarandi lyfjum samtímis meðferð með dabigatran etexílati sem getur aukið blæðingarhættu: segavarnarlyf eins og óþáttað heparín, heparín með lágan mólþunga og heparínafleiður (fondaparín, desirúðin), segaleysandi lyf og vítamín-K hemlar, rivaroxaban eða önnur segavarnarlyf til inntöku (sjá kafla 4.3) og lyf sem hindra samloðun blóðflagna eins og GPIIb/IIIa viðtaka hemlar, tíklópídín, prasugrel, ticagrelor, dextran og súlfínprázón (sjá kafla 4.4).

Gefa má óþáttað heparín í skömmtum sem þarf til að halda bláæðaleggjum eða slagæðaleggjum opnum hjá sjúklingnum eða við brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs (sjá kafla 4.3).

Tafla 8: Milliverkanir við segavarnarlyf og lyf sem hindra samloðun blóðflagna

Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID)	Bólgueyðandi gigtarlyf gefin í stuttan tíma til verkjastillingar hafa ekki reynst tengjast aukinni blæðingarhættu þegar þau eru gefin samhliða dabigatran etexílati. Við langtíma notkun í III. stigs klínískri rannsókn þar sem dabigatran var borið saman við warfarin við að koma í veg fyrir heilaslag hjá sjúklingum með gáttatif (RE-LY), jók notkun bólgueyðandi gigtarlyfja blæðingarhættu um u.þ.b. 50% með bæði dabigatran etexílati og warfarini.
Klópídógrell	Hjá ungum heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum leiddi samhliða gjöf dabigatran etexílati og klópídógrells ekki til frekari lengingar á blæðingartíma háráðablóðs borið saman við klópídógrell einlyfjameðferð. Að auki reyndust $AUC_{\tau,ss}$ við jafnvægi og $C_{max,ss}$ við jafnvægi fyrir dabigatran og storkuáhrif fyrir tilstilli dabigatrans eða hömlun á samloðun blóðflagna fyrir tilstilli klópídógrells í meginatriðum vera óbreytt þegar samsett meðferð var borin saman við einlyfjameðferð hvors lyfs fyrir sig. Með hleðsluskammti sem nam 300 mg eða 600 mg af klópídógrelli jókst $AUC_{\tau,ss}$ við jafnvægi og $C_{max,ss}$ við jafnvægi fyrir dabigatran um u.þ.b. 30-40% (sjá kafla 4.4).
Asetýlsalicýlsýra	Samhliða gjöf asetýlsalicýlsýru og 150 mg dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring getur aukið blæðingarhættu frá 12% í 18% með 81 mg asetýlsalicýlsýru og í 24% með 325 mg asetýlsalicýlsýru (sjá kafla 4.4).
Heparín með lágan mólþunga (LMWH)	Samhliða notkun heparíns með lágan mólþunga, eins og enoxaparins, með dabigatran etexílati hefur ekki verið sérstaklega rannsökuð. Eftir að skipt var úr 3 daga meðferð með 40 mg enoxaparin einu sinni á sólarhring undir húð, var útsetning fyrir dabigatran lítilsháttar minni 24 klst. eftir síðasta skammt af enoxaparini en eftir að dabigatran etexílat var gefið eitt og sér (stakur 220 mg skammtur). Hærri and-FXa/FIIA virkni sást eftir gjöf dabigatran etexílati með enoxaparin formeðferð miðað við eftir meðferð með dabigatran etexílati eingöngu. Þetta er álitid vera vegna yfirfærsluáhrifa enoxaparins meðferðar og er ekki talið klínískt mikilvægt. Önnur blóðþynningarpróf tengd dabigatran voru ekki marktækt breytt við formeðferð með enoxaparini.

Aðrar milliverkanir

Tafla 9: Aðrar milliverkanir

<i>Sérhæfðir serótónín endurupptöku hemlar (SSRI) eða sérhæfðir serótónín norepinefrín endurupptöku hemlar (SNRI)</i>	
SSRI og SNRI lyf	SSRI og SNRI lyf juku blæðingarhættu hjá öllum meðferðarhópunum í III. stigs klínískri rannsókn þar sem dabigatran var borið saman við warfarin í fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi hjá sjúklingum með gáttatif (RE-LY).
<i>Lyf sem hafa áhrif á sýrustig í maga</i>	
Pantóprazol	Þegar dabigatran etexílat var gefið samhliða pantóprazóli lækkaði AUC gildi dabigatrans um u.þ.b. 30%. Pantóprazol og aðrir prótónpumpuhamlar voru gefnir samhliða dabigatran etexílati í klínískum rannsóknum og virtist samhliða gjöf prótónpumpuhamla ekki minnka verkun dabigatran etexílati.
Ranititín	Þegar ranitidín var gefið samhliða dabigatran etexílati hafði það engin klínískt marktæk áhrif á frásög dabigatrans.

Milliverkanir tengdar umbrotaleiðum dabigatran etexílati og dabigatrans

Dabigatran etexílat og dabigatran umbrotna ekki fyrir tilstilli cýtókróm P450 kerfisins og höfðu engin áhrif *in vitro* á cýtókróm P450 ensím úr mönnum. Því er ekki búist við milliverkunum milli skyldra lyfja og dabigatrans.

Börn

Rannsóknir á milliverkunum hafa eingöngu verið gerðar hjá fullorðnum.

4.6 Frjósemi, meðganga og brjóstagjöf

Konur á barneignaraldri

Konur á barneignaraldri ættu að forðast að verða þungaðar meðan á meðferð með Ddabigatran etexílati stendur.

Meðganga

Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um notkun dabigatran etexílat á meðgöngu. Dýrarannsóknir hafa sýnt eiturvekanir á æxlun (sjá kafla 5.3). Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt.

Dabigatran etexílat ætti ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til.

Brjóstagjöf

Engin klínísk gögn liggja fyrir um áhrif dabigatrans á ungbörn á brjósti. Stöðva á brjóstagjöf meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur.

Frjósemi

Engar upplýsingar eru fyrirbyggjandi varðandi notkun hjá mönnum.

Í dýrarannsóknnum hafa sést áhrif á frjósemi kvendýra sem fækkun hreiðrana og aukningu á missi fyrir hreiðrun við 70 mg/kg skammt (5-föld útsetning í plasma sjúklinga). Engin önnur áhrif á frjósemi kvendýra sást. Engin áhrif voru á frjósemi karldýra. Við skammta sem höfðu eiturvekanir á móður (5 til 10-föld útsetning í plasma sjúklinga) sást minnkun á líkamsþyngd fósturs og lífslíkum fósturvísis og fósturs ásamt aukningu á fósturgöllum í rottum og kaninum. Í rannsóknnum fyrir og eftir fæðingu sást aukning í tíðni fósturláta við skammta sem höfðu eitúraðhrif á móður (skammtur sem samsvarar fjórfaldri útsetningu í plasma sjúklinga).

4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Dabigatran etexílat hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla.

4.8 Aukaverkanir

Samantekt á öryggisupplýsingum

Dabigatran etexílat hefur verið metið í klínískum rannsóknum hjá u.þ.b. 64.000 sjúklingum; þar af fengu u.þ.b. 35.000 sjúklingar meðferð með dabigatran etexílati.

Í virkum viðmiðunarrannsóknum (actively controlled) á forvörn gegn segum og segareki í bláæðum fengu 6.684 sjúklingar meðferð með 150 mg eða 220 mg af dabigatran etexílati á sólarhring.

Algengasta tilvikið sem tilkynnt var um var blæðing sem átti sér stað hjá u.þ.b. 14% sjúklinga; tíðni mikilla blæðinga (þ.m.t. blæðing í skurðsári) er lægri en 2%.

Þó að meiriháttar eða alvarleg blæðing hafi verið mjög sjaldgæf aukaverkun í klínískum rannsóknum getur hún komið fram og óháð staðsetningu valdið fötlun, lífshættu og jafnvel dauða.

Listi yfir aukaverkanir á töfluformi

Tafla 10 sýnir aukaverkanir flokkaðar eftir líffærum og tíðni samkvæmt eftirfarandi skilgreiningu: mjög algengar ($\geq 1/10$), algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$), mjög

sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$), koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum).

Tafla 10: Aukaverkanir

Flokkun eftir líffærum/Staðlað heiti	Tíðni
Blóð og eitlar	
Minnkaður blóðrauði	Algengar
Blóðleysi	Sjaldgæfar
Lækkuð blóðkornaskil	Sjaldgæfar
Blóðflagnafæð	Mjög sjaldgæfar
Daufkyrningafæð	Tíðni ekki þekkt
Kyrningaþurrð	Tíðni ekki þekkt
Ónæmiskerfi	
Lyfjaofnæmi	Sjaldgæfar
Bráðaofnæmisviðbrögð	Mjög sjaldgæfar
Ofnæmisbjúgur	Mjög sjaldgæfar
Ofsakláði	Mjög sjaldgæfar
Útbrot	Mjög sjaldgæfar
Kláði	Mjög sjaldgæfar
Berkjukrampi	Tíðni ekki þekkt
Taugakerfi	
Blæðing innan höfuðkúpu	Mjög sjaldgæfar
Æðar	
Margúll	Sjaldgæfar
Blæðing frá skurðsári	Sjaldgæfar
Blæðing	Mjög sjaldgæfar
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti	
Blóðnasir	Sjaldgæfar
Blóðhósti	Mjög sjaldgæfar
Meltingarfæri	
Blæðing í meltingarvegi	Sjaldgæfar
Blæðing frá endaparmi	Sjaldgæfar
Blæðing frá gyllinæð	Sjaldgæfar
Niðurgangur	Sjaldgæfar
Ógleði	Sjaldgæfar
Uppköst	Sjaldgæfar
Sár í meltingarvegi, þ.m.t. sár í vélinda	Mjög sjaldgæfar
Maga- og vélindabólga	Mjög sjaldgæfar
Vélindabakflæði	Mjög sjaldgæfar
Kviðverkir	Mjög sjaldgæfar
Meltingartruflun	Mjög sjaldgæfar
Kyngingartregða	Mjög sjaldgæfar
Lifur og gall	
Óeðlileg lifrarstarfsemi/ Lifrarpróf óeðlileg	Algengar
Alanínámínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Aspartatámínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Lifrarendím, hækkuð	Sjaldgæfar
Gallrauðaaukning í blóði	Sjaldgæfar
Húð og undirhúð	
Húðblæðingar	Sjaldgæfar
Hármissir	Tíðni ekki þekkt
Stoðkerfi og bandvefur	
Blæðing í lið	Sjaldgæfar
Nýru og þvagfæri	

Blæðing frá þvag- og kynfærum, þ.m.t. blóð í þvagi	Sjaldgæfar
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað	
Blæðing á stungustað	Mjög sjaldgæfar
Blæðing við æðalegg	Mjög sjaldgæfar
Blóðug útferð	Mjög sjaldgæfar
Áverkar, eitranir og fylgikvillar aðgerðar	
Blæðing vegna áverka	Sjaldgæfar
Margúll eftir aðgerð	Sjaldgæfar
Blæðing eftir aðgerð	Sjaldgæfar
Útferð eftir aðgerð	Sjaldgæfar
Sáraútferð	Sjaldgæfar
Blæðing í skurðsári	Mjög sjaldgæfar
Blóðleysi eftir aðgerð	Mjög sjaldgæfar
Skurðaðgerðir og aðrar aðgerðir	
Útferð úr sári	Mjög sjaldgæfar
Útferð eftir aðgerð	Mjög sjaldgæfar

Lýsing á völdum aukaverkunum

Blæðingarviðbrögð

Vegna lyfjafræðilegs verkunarháttar getur notkun dabigatran etexílat tengst aukinni hættu á duldu eða sýnilegum blæðingum frá hvaða vef eða líffæri sem er. Vísbendingar, einkenni og alvarleiki (þ.m.t. dauðsfall) er breytilegt eftir staðsetningu og umfangi blæðingar og/eða blóðleysi. Í klínískum rannsóknum sást blæðing frá slímhúð (t.d. frá meltingarfærum, kyn- eða þvagfærum) oftast meðan á langvarandi dabigatran etexílat meðferð stóð, samanborið við meðferð með K-vítamínhemlum. Til viðbótar við fullnægjandi klínískt eftirlit eru mælingar á gildum blóðrauða og/eða blóðkornaskilum því gagnlegar til að greina dulda blæðingu. Hætta á blæðingum getur aukist hjá ákveðnum sjúklingahópum, t.d. sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og/eða við samhliða meðferð sem hefur áhrif á blæðingarstöðvun eða með öflugum P-gp hemlum (sjá kafla 4.4, Blæðingarhætta). Fylgikvillar blæðinga geta lýst sér sem þróttleysi, fölvi, sundl, höfuðverkur eða óútskýrð bólga, mæði og óútskýrt lost.

Tilkynnt hefur verið um þekktu fylgikvilla blæðinga, eins og rýmishelkenni (compartment syndrome) og bráða nýrnabilun vegna ófullnægjandi gegnflæðis ásamt nýrnakvilla tengdum segavarnarlyfjum hjá sjúklingum með áhættuþætti sem valda tilhneigingu til slíks, við notkun dabigatran etexílat. Því skal íhuga möguleikann á blæðingu við mat á ástandi hjá öllum sjúklingum á blóðþynningu. Sérstækt viðsnúningslyf fyrir dabigatran, idarucizumab, er fánlegt ef um er að ræða óviðráðanlega blæðingu hjá fullorðnum sjúklingum (sjá kafla 4.9).

Tafla 11 sýnir fjölda (%) sjúklinga sem fengu blæðingu sem aukaverkun á meðferðartímabilinu í tveimur klínískum lykilrannsóknum á ábendingunni fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum eftir mjaðmar- eða hnéliðskipti, eftir skammtastærð.

Tafla 11: Fjöldi (%) sjúklinga sem fengu blæðingu sem aukaverkun

	Dabigatran etexílat 150 mg N (%)	Dabigatran etexílat 220 mg N (%)	Enoxaparín N (%)
Meðhöndlaðir	1.866 (100,0)	1.825 (100,0)	1.848 (100,0)
Meiriháttar blæðingar	24 (1,3)	33 (1,8)	27 (1,5)
Blæðingar	258 (13,8)	251 (13,8)	247 (13,4)

Kyrningaþurrð og daufkyrningafæð

Örsjaldan hefur verið tilkynnt um kyrningapurð og daufkyrningafæð eftir að notkun dabigatran etexílat var samþykkt. Þar sem tilkynningar um aukaverkanir við lyfjagát eftir markaðssetningu koma frá þýði af óvissri stærð, er ekki mögulegt að ákvarða tíðni þeirra á áreiðanlegan hátt. Tíðni tilkynninganna var áætluð 7 tilvik á hverja 1 milljón sjúklinga ára fyrir kyrningapurð og 5 tilvik á hverja 1 milljón sjúklinga ára fyrir daufkyrningafæð.

Börn

Öryggi dabigatran etexílat sem meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum var rannsakað í tveimur III. stigs rannsóknum (DIVERSITY og 1160.108). Alls höfðu 328 börn fengið meðferð með dabigatran etexílati. Sjúklingarnir fengu dabigatran etexílat samsetningu sem hentaði hverjum aldurshópi í skömmtum sem aðlagðir höfðu verið að aldri og þyngd.

Búist er við að öryggi hjá börnum sé í heildina það sama og hjá fullorðnum.

Alls fengu 26% barna sem fengu meðferð með dabigatran etexílati við segum og segareki í bláæðum og sem forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum aukaverkanir.

Listi yfir aukaverkanir á töfluformi

Tafla 12 sýnir aukaverkanir sem komu fram í rannsóknum á meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum. Þær eru flokkaðar eftir líffærum og tíðni samkvæmt eftirfarandi skilgreiningu: mjög algengar ($\geq 1/10$), algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$), mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$), koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum).

Tafla 12: Aukaverkanir

	Tíðni
Flokkun eftir líffærum / Staðlað heiti.	Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum
Blóð og eitlar	
Blóðleysi	Algengar
Minnkaður blóðrauði	Sjaldgæfar
Blóðflagnafæð	Algengar
Lækkuð blóðkornaskil	Sjaldgæfar
Daufkyrningafæð	Sjaldgæfar
Kyrningapurð	Tíðni ekki þekkt
Ónæmiskerfi	
Lyfjaofnæmi	Sjaldgæfar
Útbrot	Algengar
Kláði	Sjaldgæfar
Bráðaofnæmisviðbrögð	Tíðni ekki þekkt
Ofnæmisbjúgur	Tíðni ekki þekkt
Ofsakláði	Algengar
Berkjukrampi	Tíðni ekki þekkt
Taugakerfi	
Blæðing innan höfuðkúpu	Sjaldgæfar
Æðar	
Margúll	Algengar
Blæðing	Tíðni ekki þekkt
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti	
Blóðnasir	Algengar

Blóðhósti	Sjaldgæfar
Meltingarfæri	
Blæðing í meltingarvegi	Sjaldgæfar
Kviðverkir	Sjaldgæfar
Niðurgangur	Algengar
Meltingartruflun	Algengar
Ogleði	Algengar
Blæðing frá endaparmi	Sjaldgæfar
Blæðing frá gyllinæð	Tíðni ekki þekkt
Sár í meltingarvegi, þ.m.t. sár í vélinda	Tíðni ekki þekkt
Maga- og vélindabólga	Sjaldgæfar
Vélindabakflæði	Algengar
Uppköst	Algengar
Kyngingartregða	Sjaldgæfar
Lifur og gall	
Óeðlileg lifrarstarfsemi/ Lifrarpróf óeðlileg	Tíðni ekki þekkt
Alanínamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Aspartatamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Lifrarensím, hækkuð	Algengar
Gallrauðaaukning í blóði	Sjaldgæfar
Húð og undirhúð	
Húðblæðingar	Sjaldgæfar
Hármissir	Algengar
Stoðkerfi og bandvefur	
Blæðing í lið	Tíðni ekki þekkt
Nýru og þvaggfæri	
Blæðing frá þvagg- og kynfærum, þ.m.t. blóð í þvagi	Sjaldgæfar
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað	
Blæðing á stungustað	Tíðni ekki þekkt
Blæðing við æðalegg	Tíðni ekki þekkt
Áverkar, eitranir og fylgikvillar aðgerðar	
Blæðing vegna áverka	Sjaldgæfar
Blæðing í skurðsári	Tíðni ekki þekkt

Blæðingarviðbrögð

Í tveimur III. stigs rannsóknum á ábendingunni meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum fengu alls 7 sjúklingar (2,1%) meiriháttar blæðingartilvik, 5 sjúklingar (1,5%) fengu klínískt mikilvægt blæðingartilvik sem ekki var meiriháttar og 75 sjúklingar (22,9%) fengu minniháttar blæðingartilvik. Tíðni blæðingartilvika var í heildina hærri hjá elsta aldurshópnum (12 til < 18 ára: 28,6%) en hjá yngri aldurshópnum (frá fæðingu til < 2 ára: 23,3%; 2 til < 12 ára: 16,2%). Meiriháttar eða alvarleg blæðing, óháð staðsetningu, getur valdið fötlun, lífshættu og jafnvel dauða.

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 Ofskömmun

Skammtar af dabigatran etexílati sem eru hærri en ráðlagðir skammtar valda aukinni blæðingarhættu hjá sjúklingum.

Ef grunur er um ofskömmtun getur storkupróf hjálpað til við að meta blæðingarhættu (sjá kafla 4.4 og 5.1). Kvarðað magnbundið dTT próf (þynntur trombítími) eða endurteknar mælingar á dTT geta spáð fyrir um hvenær ákveðnum dabigatran gildum verði náð (sjá kafla 5.1), einnig þegar gripið hefur verið til viðbótaraðgerða t.d. skilunar.

Of mikil blóðþyngning getur leitt til þess að gera verður hlé á meðferð með dabigatran etexílati. Þar sem dabigatran skilst fyrst og fremst út um nýru verður að viðhalda fullnægjandi þvagmyndun. Próteinbinding er lítil og skilst því dabigatran út með blóðskilun, en í klínískum rannsóknum er lítil klínísk reynsla fyrir hendi sem sýnir notagildi þeirrar aðgerðar (sjá kafla 5.2).

Viðbrögð við fylgikvillum blæðinga

Ef um fylgikvilla blæðingar er að ræða verður að hætta meðferð með dabigatran etexílati og greina uppruna blæðingarinnar. Metið eftir klínísku ástandi skal veita viðeigandi stuðningsmeðferð eftir því sem lækningin ákveður, t.d. stöðvun blæðingar með skurðaðgerð eða meðferð til að viðhalda blóðrúmmáli.

Þegar þörf er á hröðum viðsnúningi segavarnandi áhrifa dabigatrans hjá fullorðnum sjúklingum er sértækt viðsnúningslyf (idarucizumab), sem hemur lyfhrif dabigatrans, fáanlegt. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum (sjá kafla 4.4).

Hafa má í huga storkuþáttaþykki (virkjuð eða ekki virkjuð) eða raðbrigðapátt VIIa. Nokkur reynsla úr tilraunum styður að þessi lyf leiki hlutverk í að upphæfja segavarnandi áhrif dabigatrans, en mjög takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um notagildi þess við klínískar aðstæður sem og um hugsanlega hættu á endurkomu segareks. Storkupróf geta verið óáreiðanleg eftir gjöf fyrrgreindra storkuþáttaþykkna. Gæta skal varúðar við túlkun slíkra prófa. Einnig ætti að íhuga gjöf blóðflögubýkkis í tilvikum þar sem blóðflagnafæð er til staðar eða notuð hafa verið langvirk blóðflöguhemjandi lyf. Hverskyns meðferð við einkennum verður að veita samkvæmt mati læknisins.

Í tilfellum meiriháttar blæðinga, háð aðstæðum á hverjum stað, ætti að íhuga ráðgjöf frá sérfræðingi í storkuþáttum.

5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

5.1 Lyfhrif

Flokkun eftir verkun: Segavarnarlyf (antithrombotica), hemlar með beina verkun á trombín, ATC flokkur: B01AE07.

Verkunarháttur

Dabigatran etexílat er lítil sameind sem er forlyf og hefur enga lyfjafræðilega verkun. Eftir inntöku frásogast dabigatran etexílat hratt og umbrotnar í dabigatran með esterasahvötuðu vatnsrofi í plasma og lifur. Dabigatran er öflugur, afturkræfur, samkeppnis-, trombínhemill með beina verkun og er aðalþátturinn sem er virkur í plasma.

Þar sem trombín (serín próteasi) auðveldar umbreytingu fibrínógens í fibrín í storkuferlinu, kemur hömlun þess í veg fyrir segamyndun. Dabigatran hamlar fríu trombíni, fibrínbundnu trombíni og trombín-örvaðri blóðflagnakekkjun.

Lyfhrif

In vivo og *ex vivo* dýrarannsóknir hafa sýnt segavarnandi verkun dabigatrans og virkni þess gegn blóðstorknun eftir gjöf dabigatrans í bláæð og dabigatran etexílat til inntöku, í mismunandi dýralíkönnum af segamyndun.

Skýr fylgni er milli plasmabéttni dabigatrans og umfangi segavarnandi áhrifa samkvæmt II. stigs rannsóknum. Dabigatran lengir trombítíma (TT), ECT og aPTT.

Kvarðaður magnbundinn þynntur trombítími (dTT) gefur mat á plasmabéttni dabigatrans sem hægt er að bera saman við þá plasmabéttni dabigatrans sem búist er við. Þegar plasmabéttni dabigatrans er við eða undir magnákvörðunarmörkum samkvæmt kvörðuðu dTT prófi skal íhuga viðbótar storkupróf svo sem TT, ECT eða aPTT.

ECT getur gefið beina mælingu á virkni beinna trombínhemla.

aPTT próf er víða fánlegt og gefur nokkra vísbendingu um segavarnandi áhrif dabigatrans. Hins vegar hefur aPTT próf takmarkaða næmni og á ekki við til nákvæmrar mælingar á segavarnandi verkun, sérstaklega ekki þegar blóðþéttni dabigatrans er há. Þó að há aPTT gildi skuli túlka með varúð, benda há aPTT gildi til þess að sjúklingurinn sé blóðþynntur.

Almennt má ætla að þessar mælingar á segavarnandi verkun geti endurspeglað styrk dabigatrans og geti verið leiðbeinandi um mat á blæðingarhættu, þ.e.a.s. mælingar sem eru yfir 90. hundraðsmarki af dabigatran lágstyrk og storkupróf svo sem aPTT sem tekið er við lágstyrk (fyrir aPTT mörk sjá kafla 4.4, töflu 4) er talið tengjast aukinni blæðingarhættu.

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

Margfeldismeðaltal hástyrks dabigatrans við jafnvægi (eftir dag 3) í plasma, mælt u.þ.b. 2 klst. eftir gjöf 220 mg af dabigatran etexílati, var um 70,8 ng/ml, á bilinu 35,2-162 ng/ml (25.-75. hundraðsmark). Margfeldismeðaltal lágstyrks (trough concentration) dabigatrans mælt við lok skammtabils (þ.e. 24 klst. eftir 220 mg skammt af dabigatrani) var að meðaltali 22,0 mg/ml, á bilinu 13,0-35,7 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Í sérstakri rannsókn sem einungis tók til sjúklinga með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun, CrCl 30-50 ml/mín.) sem fengu 150 mg af dabigatran etexílati einu sinni á sólarhring, var margfeldismeðaltal lágstyrks dabigatrans mælt við lok skammtabils að meðaltali 47,5 ng/ml, á bilinu 29,6-72,2 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Hjá sjúklingum sem eru á fyrirbyggjandi meðferð gegn segum og segareki í bláæðum eftir ísetningu gerviliðar í mjöðm eða hné með 220 mg af dabigatran etexílati einu sinni á sólarhring,

- var 90. hundraðsmark plasmabéttni dabigatrans 67 ng/ml, mælt við lágstyrk (20-28 klst. eftir fyrri skammt) (sjá kafla 4.4 og 4.9),
- var 90. hundraðsmark aPTT við lágstyrk (20-28 klst. eftir fyrri skammt) 51 sekúnda, sem eru 1,3-föld eðlileg efri mörk.

ECT var ekki mælt hjá sjúklingum sem voru á fyrirbyggjandi meðferð gegn segum og segareki í bláæðum eftir ísetningu gerviliðar í mjöðm eða hné með 220 mg af dabigatran etexílati einu sinni á sólarhring.

Verkun og öryggi

Kynþáttur

Enginn klínískt mikilvægur munur vegna kynþáttar kom fram milli sjúklinga af hvítum, afrískum-amerískum, spænskum, japönskum eða kínverskum kynþætti.

Klínískar rannsóknir á forvörn gegn segum og segareki í bláæðum hjá sjúklingum eftir stórar skurðaðgerðir þar sem skipt er um liði

Í 2 stórum slembiröðum, tvíblindum rannsóknum með samhliða hópum til staðfestingar á skömmtum fengu sjúklingar sem gengust undir valfrjálssar stórar bæklunarskurðaðgerðir (önnur til að skipta um hnélið og hin til að skipta um mjaðmarlið) dabigatran etexílat 75 mg eða 110 mg innan 1-4

klukkustunda eftir aðgerð og síðan 150 mg eða 220 mg einu sinni á sólarhring eftir það, áður var tryggt að blæðingar væru stöðvaðar, eða enoxaparín 40 mg daginn fyrir aðgerð og daglega eftir það. Í RE-MODEL rannsókninni (skipt um hnélið) stóð meðferð í 6-10 daga og í RE-NOVATE rannsókninni (skipt um mjaðmarlið) í 28-35 daga. Í heild fengu 2.076 sjúklingar (hné) og 3.494 (mjöðm) meðferð, hvor hópur fyrir sig.

Heildartilvik bláæðasegareks (þ.m.t. lungnasegarek, nærlægur og útlægur blóðsegi í djúplægri bláæð, með einkennum eða án, sem sáust við bláæðamyndatöku) og dánartíðni af öðrum orsökum mynduðu aðalendapunkt í báðum rannsóknunum. Heildar meiriháttar bláæðasegarekstilvik (þ.m.t. lungnasegarek og nærlægur blóðsegi í djúplægri bláæð, með einkennum eða án, sem sáust við bláæðamyndatöku) og dánartíðni vegna bláæðasegareks mynduðu aukaendapunkt og er hann talinn hafa meira klínískt gildi. Niðurstöður beggja rannsókna sýndu að segavarnandi verkun 220 mg og 150 mg af dabigatran etexílati var tölfræðilega jafngild verkun enoxaparíns hvað varðar samtals bláæðasegarekstilvik og dánartíðni af öðrum orsökum. Punktmat fyrir tíðni meiriháttar bláæðasegarekstilvika og dánartíðni vegna bláæðasegareks var heldur lakara fyrir 150 mg skammt en fyrir enoxaparín (tafla 13). Betri niðurstöður sáust fyrir 220 mg skammt þar sem punktmat fyrir meiriháttar bláæðasegarekstilvik var heldur betra en fyrir enoxaparín (tafla 13).

Klínískar rannsóknir hafa verið gerðar hjá sjúklingaþýði sem hefur meðalaldur > 65 ár.

Enginn munur sást milli karla og kvenna hvað varðar virkni og öryggi í 3. stigs klínískum rannsóknum.

Í sjúklingaþýði í RE-MODEL og RE-NOVATE rannsóknunum (5.539 sjúklingar meðhöndlaðir) voru 51% jafnframt með háþrýsting, 9% voru jafnframt með sykursýki, 9% voru jafnframt með kransæðasjúkdóm og 20% höfðu sögu um lélegar bláæðar. Enginn þessara sjúkdóma virtist hafa áhrif á verkun dabigatrans á bláæðasegarek eða blæðingartíðni.

Niðurstöður fyrir endapunktinn meiriháttar bláæðasegarek og dánartíðni tengd bláæðasegareki voru einsleitar hvað varðar aðal virkniendapunkt og eru sýndar í töflu 13.

Niðurstöður fyrir endapunktinn heildar bláæðasegarekstilvik og dánartíðni af öðrum orsökum eru sýndar í töflu 14.

Niðurstöður fyrir endapunkta meiriháttar blæðinga eru sýndar í töflu 15 hér fyrir neðan.

Tafla 13: Greining á meiriháttar bláæðasegareki og dánartíðni tengd bláæðasegareki á meðferðartíma í RE-MODEL og RE-NOVATE rannsóknunum á bæklunarskurðaðgerðunum.

Rannsókn	Dabigatran etexílat 220 mg	Dabigatran etexílat 150 mg	Enoxaparín 40 mg
RE-NOVATE (mjöðm)			
Fjöldi	909	888	917
Tíðni (%)	28 (3,1)	38 (4,3)	36 (3,9)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín (%)	0,78	1,09	
95% CI	0,48; 1,27	0,70; 1,70	
RE-MODEL (hné)			
Fjöldi	506	527	511
Tíðni (%)	13 (2,6)	20 (3,8)	18 (3,5)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín	0,73	1,08	
95% CI	0,36; 1,47	0,58; 2,01	

Tafla 14: Greining á bláæðasegarekstilvikum samtals og dánartíðni af öðrum orsökum á meðferðartíma í RE-NOVATE og RE-MODEL rannsóknunum á bæklunarskurðaðgerðunum.

Rannsókn	Dabigatran etexílat 220 mg	Dabigatran etexílat 150 mg	Enoxaparín 40 mg
RE-NOVATE (mjöðm)			
Fjöldi	880	874	897
Tíðni (%)	53 (6,0)	75 (8,6)	60 (6,7)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín	0,9	1,28	
95% CI	(0,63; 1,29)	(0,93; 1,78)	
RE-MODEL (hné)			
Fjöldi	503	526	512
Tíðni (%)	183 (36,4)	213 (40,5)	193 (37,7)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín	0,97	1,07	
95% CI	(0,82; 1,13)	(0,92; 1,25)	

Tafla 15: Meiriháttar blæðingar á mismunandi meðferð í RE-MODEL og RE-NOVATE rannsóknunum.

Rannsókn	Dabigatran etexílat 220 mg	Dabigatran etexílat 150 mg	Enoxaparín 40 mg
RE-NOVATE (mjöðm)			
Fjöldi meðhöndlaðra sjúklinga	1.146	1.163	1.154
Fjöldi meiriháttar blæðinga (%)	23 (2,0)	15 (1,3)	18 (1,6)
RE-MODEL (hné)			
Fjöldi meðhöndlaðra sjúklinga	679	703	694
Fjöldi meiriháttar blæðinga (%)	10 (1,5)	9 (1,3)	9 (1,3)

Klínískar rannsóknir á fyrirbyggjandi meðferð gegn segareki hjá sjúklingum með gervihjartalokur

Í II. stigs rannsókn var skoðuð notkun dabigatran etexílat og warfaríns hjá alls 252 sjúklingum sem höfðu nýlega fengið gervihjartaloku (þ.e. í sömu sjúkrahúslegu) og hjá sjúklingum sem höfðu fengið gervihjartaloku fyrir meira en þremur mánuðum. Fleiri tilvik segareks (aðallega heilaslag og segamyndun við gervihjartaloku með eða án einkenna) og fleiri blæðingartilvik komu fram hjá þeim sem fengu dabigatran etexílat en þeim sem fengu warfarín. Hjá sjúklingum sem voru nýkomnir úr aðgerð var meiriháttar blæðing aðallega vegna blæðingar í gollurshúsi, einkum hjá sjúklingum sem byrjuðu fljótt (þ.e. á 3. degi) eftir hjartalokuskiptin á meðferð með dabigatran etexílati (sjá kafla 4.3).

Börn

Klínískar rannsóknir á forvörn gegn segum og segareki í bláæðum hjá sjúklingum eftir stórar skurðaðgerðir þar sem skipt er um liði

Lyfjastofnun Evrópu hefur fallið frá kröfu um að lagðar verði fram niðurstöður úr rannsóknum á viðmiðunarlyfinu sem inniheldur dabigatran etexílat hjá öllum undirhópum barna til að fyrirbyggja segarek fyrir ábendinguna fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum hjá sjúklingum sem gengist hafa undir valfrjálsa skurðaðgerð þar sem skipt var um mjaðmarlið eða skurðaðgerð þar sem skipt var um hnélið (sjá upplýsingar í kafla 4.2 um notkun handa börnum).

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum

DIVERSITY rannsóknin var gerð til að sýna fram á verkun og öryggi dabigatran etexílat samandi við hefðbundna meðferð (standard of care, SOC) við segum og segareki í bláæðum hjá börnum frá fæðingu fram að 18 ára aldri. Rannsóknin var hönnuð sem opin, slembiröðuð rannsókn með samhliða hópum til að meta jafngildi (non-inferiority). Sjúklingunum var slembiraðað í hlutfallinu 2:1 til að fá annaðhvort samsetningu af dabigatran etexílati sem hentaði hverjum aldurshópi (hylki, húðað kyrni eða mixtúru, lausn) (skammtar aðlagaðir að aldri og þyngd) eða hefðbundna meðferð sem samandi af heparíni með lágan mólþunga (LMWH), K-vítamín hemlum (VKA) eða fondaparínuxi (1 sjúklingur 12 ára). Aðalendapunkturinn var samsettur endapunktur sjúklinga sem voru fullkomlega lausir við segamyndun, höfðu ekki fengið endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum eða látist vegna tilvika sem tengdust segum og segareki í bláæðum. Sjúklingar með virka heilahimnubólgu, heilabólgu og innankúpuígerð voru útilokaðir.

Alls var 267 sjúklingum slembiraðað. Af þeim fengu 176 sjúklingar meðferð með dabigatran etexílati og 90 sjúklingar fengu hefðbundna meðferð (1 slembiraðaður sjúklingur sem fékk ekki meðferð). 168 sjúklingar voru á aldrinum frá 12 ára til yngri en 18 ára, 64 sjúklingar á aldrinum frá 2 ára til yngri en 12 ára, og 35 sjúklingar voru yngri en 2 ára.

Af slembiröðuðu sjúklingunum 267 uppfyllti 81 sjúklingur (45,8%) í dabigatran etexílat hópnum og 38 sjúklingar (42,2%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð skilyrðin fyrir samsettan aðalendapunkt (voru fullkomlega lausir við segamyndun, höfðu ekki fengið endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum eða látist vegna tilvika sem tengdust segum og segareki í bláæðum). Samsvarandi hlutfallslegur munur sýndi fram á að meðferð með dabigatran etexílati var jafngild (non-inferiority) hefðbundinni meðferð. Almenn komu samkvæmar niðurstöður einnig fram hjá undirhópum: enginn marktækur munur var á áhrifum meðferðarinnar hjá undirhópum sem flokkaðir voru eftir aldri, kyni, landsvæði og tilvist tiltekinna áhættuþátta. Í aldursflokkum þremur var hlutfall sjúklinga sem náðu aðalendapunkti verkunar í hópnum sem fengu meðferð með dabigatran etexílati og hefðbundna meðferð, talið upp í sömu röð, 13/22 (59,1%) og 7/13 (53,8%) hjá sjúklingum frá fæðingu til < 2 ára, 21/43 (48,8%) og 12/21 (57,1%) hjá sjúklingum á aldrinum 2 til < 12 ára og 47/112 (42,0%) og 19/56 (33,9%) hjá sjúklingum á aldrinum 12 til < 18 ára.

Tilkynnt var um meiriháttar blæðingar hjá 4 sjúklingum (2,3%) í dabigatran etexílat hópnum og 2 sjúklingum (2,2%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð. Ekki var tölfraðilega marktækur munur á tímanum fram að fyrstu meiriháttar blæðingunni. Þrjátíu og átta sjúklingar (21,6%) í dabigatran etexílat arminum og 22 sjúklingar (24,4%) í arminum sem fékk hefðbundna meðferð höfðu fengið blæðingartilvik, sem flest voru flokkuð sem minniháttar. Tilkynnt var um samsetta endapunktinn meiriháttar blæðingartilvik eða klínískt mikilvæga blæðingu sem ekki var meiriháttar (meðan á meðferð stóð) hjá 6 sjúklingum (3,4%) í dabigatran etexílat hópnum og 3 sjúklingum (3,3%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð.

Opin, einarma, fjölsetra, III. stigs framskyggn þýðisrannsókn á öryggi (1160.108) var framkvæmd til að meta öryggi dabigatran etexílat til að koma í veg fyrir endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum hjá börnum frá fæðingu fram að 18 ára aldri. Sjúklingar sem þörfuðust frekari blóðþyngingar vegna tilvistar klíníks áhættuþátta eftir að hafa lokið upphafsmeðferð vegna staðfests bláæðasegareks (í að minnsta kosti 3 mánuði) eða eftir að hafa lokið DIVERSITY rannsókninni, máttu taka þátt í rannsókninni. Hæfir sjúklingar fengu skammta af dabigatran etexílat samsetningu sem hentaði hverjum aldurshópi og var aðlöguð að aldri og þyngd (hylki, húðað kyrni eða mixtúru, lausn), þar til klíníski áhættuþátturinn gekk til baka eða í að hámarki 12 mánuði. Aðalendapunktur rannsóknarinnar voru endurkoma sega og segareks í bláæðum, meiriháttar og minniháttar blæðingartilvik og dánartíðni (í heildina og tengd tilvikum segamyndunar eða segareks) eftir 6 og 12 mánuði. Tilvikin voru metin af sjálfstæðri blindaðri dómnefnd.

Alls tóku 214 sjúklingar þátt í rannsókninni; þeirra á meðal voru 162 sjúklingar í aldurshópi 1 (á aldrinum frá 12 ára til yngri en 18 ára), 43 sjúklingar í aldurshópi 2 (á aldrinum frá 2 ára til yngri en 12 ára) og 9 sjúklingar í aldurshópi 3 (frá fæðingu fram að 2 ára aldri). Á meðferðartímabilinu fengu 3 sjúklingar (1,4%) staðfest endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum á fyrstu 12 mánuðunum

eftir upphaf meðferðar. Tilkynt var um staðfest blæðingartilvik á meðferðartímabilinu hjá 48 sjúklingum (22,5%) á fyrstu 12 mánuðunum. Flest blæðingartilvikin voru minniháttar. Hjá 3 sjúklingum (1,4%) varð staðfest meiriháttar blæðingartilvik á fyrstu 12 mánuðunum. Hjá 3 sjúklingum (1,4%) var tilkynt um staðfesta klínískt mikilvæga blæðingu sem ekki var meiriháttar á fyrstu 12 mánuðunum. Engin dauðsföll áttu sér stað á meðferðartímabilinu. Á meðferðartímabilinu fengu 3 sjúklingar (1,4%) blásegafótamein (post-thrombotic syndrome, PTS) eða versnun blásegafótameins á fyrstu 12 mánuðunum.

5.2 Lyfjahlvörf

Eftir inntöku umbrotnar dabigatran etexílat hratt og að fullu yfir í dabigatran, sem er virka formið í plasma. Klofnun forlyfsins dabigatran etexílat fyrir tilstilli esterashvataðs vatnsrofs yfir í virkan þátt dabigatrans er meginumbrotsleiðin. Nýting (absolute bioavailability) dabigatrans eftir inntöku dabigatran etexílat var u.þ.b. 6,5%. Eftir að dabigatran etexílat er gefið heilbrigðum sjálfboðaliðum til inntöku, einkennast lyfjahlvörf dabigatrans í plasma af hraðri aukningu á plasmabéttni og C_{max} næst 0,5 til 2,0 klukkustundum eftir gjöf.

Frásog

Rannsókn sem gerð var til að meta frásog dabigatran etexílat eftir skurðaðgerð, 1-3 klukkustundum eftir aðgerð, sýndi tiltölulega hægt frásog í samanburði við frásog hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum með línulegu samhengi plasmabéttni yfir tíma án hárrar hámarksplasmabéttni. Hámarksplasmabéttni næst 6 klukkustundum eftir gjöf eftir skurðaðgerð vegna samverkandi þátta óháðra lyfinu svo sem deyfingar, meltingarfæralömunar og áhrifa skurðaðgerðar. Áframhaldandi rannsókn sýndi fram á að hægt eða seinkað frásog er yfirleitt aðeins til staðar á aðgerðardegi. Frásog dabigatrans er hratt og hámarksplasmabéttni næst 2 klukkustundum eftir gjöf lyfsins dagana eftir aðgerð.

Matur hefur ekki áhrif á aðgengi dabigatran etexílat en seinkar hámarksplasmabéttni um 2 klukkustundir.

C_{max} og AUC voru skammtaháð.

Aðgengi við inntöku getur verið aukið um 75% eftir stakan skammt og 37% við jafnvægi borið saman við viðmiðunarlyfjaformið hylki þegar kornin eru tekin án HPMC (hýdroxýprópylmetýlsellulósa) hylkisskeljarinnar. Þess vegna skal alltaf gæta þess að HPMC hylkin séu heil við klíníska notkun til að forðast ótilætlað aukið aðgengi dabigatran etexílat (sjá kafla 4.2).

Dreifing

Fram kom að binding dabigatrans við plasmaprótein hjá mönnum er lítil (34-35%) og óháð þéttni. Dreifingarrúmmál dabigatrans 60-70 l var meira en heildarvatnsrúmmál líkamans sem bendir til miðlungsmikillar dreifingar dabigatrans í vefi.

Umbrot

Umbrot og útskilnaður dabigatrans voru rannsökuð eftir gjöf staks geislamerks skammts af dabigatrani í bláæð hjá heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum. Eftir gjöf í bláæð skildist geislavirkni dabigatrans aðallega út í þvagi (85%). Útskilnaður í saur var 6% af gefnum skammti. Af heildargeislavirkninni höfðu á bilinu 88-94% af gefnum skammti skilað sér 168 klukkustundum eftir gjöf skammtsins.

Dabigatran tengist og myndar lyfjafræðilega virk acýlglúkúróníð. Fjórir stöðuisómerar, 1-O, 2-O, 3-O, 4-O-acýlglúkúróníð fyrirfinnast, hver þeirra er innan við 10% af heildarmagni dabigatrans í plasma. Örlítið af öðrum umbrotsefnum voru aðeins greinanleg með mjög næmum greiningaraðferðum. Dabigatran útskilst aðallega á óbreyttu formi í þvagi, á hraða sem er u.þ.b. 100 ml/mín. sem samsvarar hraða gauklasíunar.

Brotthvarf

Plasmabéttni dabigatrans minnkar samkvæmt tveggja fasa ferli með lokahelmingunartíma að meðaltali 11 klst. hjá heilbrigðum öldruðum einstaklingum. Eftir endurtekna skammta sást 12-14 klst. lokahelmingunartími. Helmingunartíminn var óháður skammti. Helmingunartími er lengdur ef nýrnastarfsemi er skert eins og sést í töflu 16.

Sérstakir sjúklingahópar

Skert nýrnastarfsemi

Í I. stigs rannsókn var útsetning (AUC) fyrir dabigatrani eftir inntöku dabigatran etexílati u.þ.b. 2,7-falt hærrí hjá fullorðnum sjálfboðaliðum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun á bilinu 30 og 50 ml/mín.) en hjá þeim sem ekki voru með skerta nýrnastarfsemi.

Hjá litlum hópi fullorðinna sjálfboðaliða með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 10-30 ml/mín.), var útsetning (AUC) fyrir dabigatrani u.þ.b. 6 sinnum meiri og helmingunartíminn u.þ.b. 2 sinnum lengri en kom fram hjá hópi sem ekki var með skerta nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.2, 4.3 og 4.4).

Tafla 16: Helmingunartími heildar-dabigatrans hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum og sjálfboðaliðum með skerta nýrnastarfsemi.

Gaukulsíunarhraði (CrCL _s) [ml/mín.]	gMeðal (gCV%; bil) helmingunartími [klst.]
> 80	13,4 (25,7%; 11,0-21,6)
> 50- ≤ 80	15,3 (42,7%; 11,7-34,1)
> 30- ≤ 50	18,4 (18,5%; 13,3-23,0)
≤ 30	27,2 (15,3%; 21,6-35,0)

Að auki var útsetning fyrir dabigatrani (við lág- og hágildi) metin í framsýnni, opinni, slembiraðaðri rannsókn á lyfjahvörfum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum, sem voru með verulega skerta nýrnastarfsemi (skilgreint sem kreatínínúthreinsun [CrCl] 15-30 ml/mín.) og fengu 75 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring.

Þessi meðferðaráætlun leiddi til þess að margfeldismeðaltal lágstyrks dabigatrans var 155 ng/ml (gCV sem nam 76,9%) samkvæmt mælingu rétt fyrir gjöf næsta skammts og margfeldismeðaltal hástyrks var 202 ng/ml (gCV sem nam 70,6%) samkvæmt mælingu tveimur klst. eftir gjöf síðasta skammts.

Úthreinsun dabigatrans með blóðskilun var rannsökuð hjá 7 fullorðnum sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (ESRD), án gáttatífs. Skilun var gerð með 700 ml/mín. flæðishraða skilunarvökvans, tímalengdin var fjórar klukkustundir og hraði blóðflæðis var ýmist 200 ml/mín. eða 350-390 ml/mín. Þetta leiddi til þess að 50% til 60% af þéttni dabigatrans var fjarlægð, talið í sömu röð. Magn efnis sem hreinsast út með skilun er í réttu hlutfalli við hraða blóðflæðis upp að blóðflæðihraðanum 300 ml/mín. Seguvarnandi verkun dabigatrans minnkaði með minnkandi plasmabéttni og sambandið milli lyfjavarfa og lyfhrifa breyttist ekki við blóðskilunina.

Aldraðir sjúklingar

Sértækar I. stigs rannsóknir á lyfjahvörfum hjá öldruðum sýndu 40 til 60% aukningu á AUC og meira en 25% aukningu á C_{max} í samanburði við unga einstaklinga.

Áhrif aldurs á útsetningu fyrir dabigatrani voru staðfest í RE-LY rannsókninni með u.þ.b. 31% hærrí lágstyrk hjá þátttakendum ≥ 75 ára og u.þ.b. 22% lægri lágstyrk hjá þátttakendum < 65 ára borið saman við þátttakendur milli 65 og 75 ára (sjá kafla 4.2 og 4.4).

Skert lifrarstarfsemi

Engar breytingar á útsetningu fyrir dabigatrani komu fram hjá 12 fullorðnum einstaklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (Child Pugh B) í samanburði við 12 einstaklinga í samanburðarhópi (sjá kafla 4.2 og 4.4).

Líkamsþyngd

Lágstyrkur dabigatrans var u.þ.b. 20% lægri hjá fullorðnum sjúklingum með líkamsþyngd > 100 kg borið saman við 50-100 kg. Meirihluti (80,8%) þátttakenda var í flokknum ≥ 50 kg og < 100 kg þar sem enginn skýr munur kom fram (sjá kafla 4.2 og 4.4). Takmörkuð klínísk gögn liggja fyrir um fullorðna sjúklinga < 50 kg.

Kyn

Útsetning fyrir virka efninu í grundvallarrannsóknum á forvörn gegn bláæðasegareki var um 40% til 50% meiri hjá konum og er ekki mælt með breyttum skömmtum.

Kynþáttur

Enginn klínískt mikilvægur munur vegna kynþáttar kom fram milli sjúklinga af hvítum, afrískum-amerískum, spænskum, japönskum eða kínverskum kynþætti hvað varðar lyfjahvörf og lyfhrif dabigatrans.

Börn

Gjöf dabigatran etexílati til inntöku samkvæmt reikniritinu fyrir skömmtun samkvæmt aðferðarlýsingu leiddi til útsetningar sem var innan þeirra marka sem kom fram hjá fullorðnum með djúpbláæðastorku / lungnarek. Byggt á samsettri greiningu á upplýsingum um lyfjahvörf úr rannsóknunum DIVERSITY og 1160.108 reyndist margfeldis meðal fyrir lágildis útsetningar vera 53,9 ng/ml, 63,0 ng/ml og 99,1 ng/ml hjá 0 til < 2 ára, 2 til < 12 ára og 12 til < 18 ára hjá börnum með sega og segarek í bláæðum, talið upp í sömu röð.

Milliverkanir á lyfjahvörf

In vitro rannsóknir á milliverkunum sýndu hvorki hömlun né örvun á aðalísóensímum cýtókróms P450. Þetta hefur verið staðfest með *in vivo* rannsóknum hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem sýndu engar milliverkanir milli þessarar meðferðar og eftirfarandi virkra efna: atorvastatíns (CYP3A4), dígoxíns (P-glýkóprótein flutningsmilliverkun) og díklófenaks (CYP2C9).

5.3 Forklínískar upplýsingar

Forklínískar upplýsingar benda ekki til neinnar sérstakrar hættu fyrir menn, á grundvelli hefðbundinna rannsókna á lyfjafræðilegu öryggi, eiturverkunum eftir endurtekna skammta og eiturverkunum á erfðaefni.

Áhrif sem komu fram í rannsóknum á eiturverkunum eftir endurtekna skammta byggðust á ýktum áhrifum lyfhrifa dabigatrans.

Áhrif á frjósemi kvendýra komu í ljós sem fækkun hreiðrana og aukningu á missi fyrir hreiðrun við 70 mg/kg skammt (5-föld útsetning í plasma sjúklinga). Við skammta sem höfðu eiturverkanir á móður (5 til 10-föld útsetning í plasma sjúklinga) sást minnkun á líkamsþyngd fósturs og lífslíkum ásamt aukningu á fósturgöllum í rottum og kaninum. Í rannsóknum fyrir og eftir fæðingu sást aukning á tíðni fósturláta við skammta sem höfðu eituráhrif á móður (skammtur sem samsvarar fjórfaldri útsetningu í plasma sjúklinga).

Í rannsókn á eiturverkunum hjá ungum sem gerð var á Han Wistar rottum voru blæðingartilvik tengd dánartíðni við svipaða útsetningu og þegar blæðingar sáust hjá fullorðnum dýrum. Bæði hjá fullorðnum og ungum rottum er dánartíðni talin tengjast ýktum lyfjafræðilegum áhrifum dabigatrans í

tengslum við beitingu vélræns afls við skömmtun og meðhöndlun. Gögn úr rannsóknum á eiturverkunum hjá ungum bentu hvorki til aukins næmis fyrir eiturverkunum né til eiturverkana sem voru sértækar fyrir ung dýr.

Í ævilöngum eiturefnafræðilegum rannsóknum á rottum og músum hafa ekki komið fram nein merki um æxlismyndandi áhrif af völdum dabigatrans upp að hámarksskömmtum sem nema 200 mg/kg.

Dabigatran, virki hluti dabigatran etexílat mesílat, er þrávirkt í umhverfinu.

6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

6.1 Hjálparefni

Innihald hylkis

Tartarsýra
Hýdroxýprópýlsellulósi
Talkúm
Hýprómellósi

Skel hylkis

Kalíumklóríð
Karragenan
Títantvíoxíð (E171)
Hýprómellósi

6.2 Ósamrýmanleiki

Á ekki við.

6.3 Geymsluþol

2 ár

6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu

Þynnupakkning

Geymið við lægri hita en 30 °C.

6.5 Gerð íláts og innihald

Þynnupakkning

OPA-ál-PVC/ál þynnupakkning sem inniheldur 10, 30 eða 60 hörð hylki.

OPA-ál-PVC/ál rifgataðar stakskammtaþynnupakkningar sem innihalda 10 x 1, 30 x 1 eða 60 x 1 hörð hylki.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

6.6 Sérstakar varúðarráðstafanir við förgun og önnur meðhöndlun

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

7. MARKAÐSLEYFISHAFI

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

8. MARKAÐSLEYFISNÚMER

EU/1/23/1769/001
EU/1/23/1769/002
EU/1/23/1769/003
EU/1/23/1769/004
EU/1/23/1769/005
EU/1/23/1769/006

9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS / ENDURNÝJUNAR MARKAÐSLEYFIS

Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis: 19 febrúar 2024
Nýjasta dagsetning endurnýjunar markaðsleyfis:

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>

1. HEITI LYFS

Dabigatran etexilate Teva 110 mg hörð hylki

2. INNIHALDSLÝSING

Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).
Sjá lista yfir öll hjálparefni í kafla 6.1.

3. LYFJAFORM

Hart hylki.

Hart hylki af stærð 1 (um það bil 19 mm) með ljósbláu ógegnsæju loki og ljósbláum ógegnsæjum botni, fyllt með beinhvítum til gulleitum kornum.

4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR

4.1 Ábendingar

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti.

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF), ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, til að mynda að hafa áður fengið heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA); aldur ≥ 75 ára; hjartabilun (NYHA (New York Heart Association) flokkur \geq II); sykursýki; háþrýstingur.

Meðferð hjá fullorðnum við segamyndun í djúplægum bláæðum (deep vein thrombosis (DVT)) og lungnasegareki (pulmonary embolism (PE)) og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og endurteknu lungnasegareki.

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum frá því að barnið er fært um að kyngja mjúkri fæðu fram að 18 ára aldri.

Sjá lyfjaform fyrir hvern aldurshóp í kafla 4.2.

4.2 Skammtar og lyfjagjöf

Skammtar

Dabigatran etexilate Teva hylki má nota handa fullorðnum og börnum 8 ára og eldri sem geta gleypst hylkin í heilu lagi. Ávísa á skammtinum sem tilgreindur er í viðeigandi skömmtunartöflu fyrir lyfjaformið byggt á þyngd og aldri barnsins.

Til eru önnur lyfjaform fyrir viðeigandi aldur á markaðinum, til meðferðar hjá börnum yngri en 8 ára:

- Önnur lyfjaform gætu verið hentugri til að gefa þessum hópi eins og húðuð kyrni sem hægt er að nota handa börnum yngri en 12 ára um leið og barnið getur gleypst mjúkan mat.

Önnur lyfjaform eins og duft og leysir fyrir mixtúru, lausn á aðeins að nota handa börnum yngri en 1 árs.

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

Ráðlagðir skammtar af dabigatran etexílati og meðferðarlengd sem fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum koma fram í töflu 1.

Tafla 1: Skammtaráðleggingar og meðferðarlengd sem fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

	Meðferð hafin á aðgerðardegi, 1-4 klst. eftir lok aðgerðar	Viðhaldsskammtur gefinn frá fyrsta degi eftir aðgerð	Lengd gjafar viðhaldsskammts
Sjúklingar eftir valfrjáls hnéliðskipti	eitt 110 mg hylki af dabigatran etexílati	220 mg af dabigatran etexílati, tekin sem tvö 110 mg hylki einu sinni á sólarhring	10 dagar
Sjúklingar eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti			28-35 dagar
<i>Ráðlögð skammtaminnkun</i>			
Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun, (CrCL) 30-50 ml/mín.)	eitt 75 mg hylki af dabigatran etexílati	150 mg af dabigatran etexílati, tekin sem tvö 75 mg hylki einu sinni á sólarhring	10 dagar (hnéliðskipti) eða 28-35 dagar (mjaðmarliðskipti)
Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl*, amíóðarón, kínidín			
Sjúklingar 75 ára og eldri			

*Hvað varðar sjúklinga með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með verapamíli, sjá Sérstakir sjúklingahópar

Fyrir báðar aðgerðirnar á við að ef ekki er tryggt að blæðingar hafi verið stöðvaðar skal fresta því að hefja meðferðina. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferðina með 2 hylkjum einu sinni á sólarhring.

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur

Hjá öllum sjúklingum og sérstaklega hjá öldruðum (> 75 ára), þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng hjá þessum aldurshópi:

- Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL) áður en meðferð með dabigatran etexílati hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín.) (sjá kafla 4.3, 4.4 og 5.2).
- Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja).

Aðferðin sem nota skal til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.) er Cockcroft-Gault aðferðin.

Gleymdur skammtur

Mælt er með því að halda áfram að taka daglegan skammt af dabigatran etexílati á sama tíma næsta dag.

Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum að hafa samband við lækinn ef þeir fá einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 24 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Sérstakir sjúklingahópar

Skert nýrnastarfsemi

Meðferð með dabigatran etexílati hjá sjúklingum með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín.) er frábending (sjá kafla 4.3).

Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín.) er minnkun skammta ráðlögð (sjá töflu 1 hér að ofan og kafla 4.4 og 5.1).

Samhliða notkun dabigatran etexílat með vægum til í meðallagi öflugum P-glykóprótein (P-gp) hemlum, t.d. amíóðaróni, kínidíni eða verapamíli

Minnka skal skammta eins og fram kemur í töflu 1 (sjá einnig kafla 4.4 og 4.5). Við þessar aðstæður á að taka dabigatran etexílat og þessi lyf á sama tíma.

Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með verapamíli, skal íhuga minnkun dabigatran etexílat skammta í 75 mg á sólarhring (sjá kafla 4.4 og 4.5).

Aldraðir

Hjá öldruðum sjúklingum > 75 ára er minnkun skammta ráðlögð (sjá töflu 1 hér að ofan og kafla 4.4 og 5.1).

Líkamsþyngd

Mjög takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagða skammta hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg eða >110 kg. Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2), en mælt er með nákvæmu eftirliti (sjá kafla 4.4).

Kyn

Ekki er þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2).

Börn

Notkun dabigatran etexílat á ekki við hjá börnum við ábendingunni fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum (VTE) hjá sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti.

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF) Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurtekinni DVT og PE (DVT/PE)

Ráðlagðir skammtar af dabigatran etexílati fyrir ábendingarnar SPAF, DVT og PE eru sýndar í töflu 2.

Tafla 2: Skammtaráðleggingar fyrir SPAF, DVT og PE

	Ráðlagður skammtur
Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF)	300 mg af dabigatran etexílati, tekin sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring
Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurtekinni DVT og PE (DVT/PE)	300 mg af dabigatran etexílati, tekin sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring eftir meðferð með stungulyfi til segavarnar í að minnsta kosti 5 daga.
<u>Ráðlögð skammtaminnkun</u>	
Sjúklingar ≥ 80 ára	sólarhringsskammtur sem er 220 mg af dabigatran etexílati, tekin sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring
Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl	
<u>Skammtaminnkun til ihugunar</u>	
Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára	velja skal sólarhringsskammt af dabigatran etexílati 300 mg eða 220 mg á grundvelli einstaklingsbundins mats á segareks- og blæðingarhættu
Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín.)	
Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði	
Aðrar sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu	

Ráðleggingar um notkun dabigatran etexílat 220 mg, tekið sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring við DVT/PE eru byggðar á greiningum á lyfjahvörfum og lyfhrifum og hafa ekki verið rannsakaðar við klínískar aðstæður. Sjá nánar hér fyrir neðan og kafla 4.4, 4.5, 5.1 og 5.2.

Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatran etexílati, að ráðfæra sig strax við meðferðarlækninn til að skipta yfir í aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggjandi á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi eða við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki.

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur

Hjá öllum sjúklingum og sérstaklega hjá öldruðum (> 75 ára), þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng hjá þessum aldurshópi:

- Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL) áður en meðferð með dabigatran etexílati hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín.) (sjá kafla 4.3, 4.4 og 5.2).
- Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja).

Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára:

- Meta skal nýrnastarfsemi að minnsta kosti einu sinni á ári, eða oftast eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja).

Aðferðin sem nota skal til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.) er Cockcroft-Gault aðferðin.

Notkunartími

Notkunartími dabigatran etexílati við ábendingunum SPAF, DVT og PE kemur fram í töflu 3.

Tafla 3: Notkunartími við SPAF og DVT/PE

Ábending	Notkunartími
SPAF	Meðferð skal haldið áfram til lengri tíma.
DVT/PE	Meðferðartíma á að ákveða einstaklingsbundið að undangengnu vandlegu mati á ávinningi af meðferð gegn blæðingarhættu (sjá kafla 4.4). Stuttur meðferðartími (að minnsta kosti 3 mánuðir) á að grundvallast af tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, áverka eða rúmlegu/skertri hreyfingu) og lengri meðferðartími á að grundvallast af viðvarandi áhættuþáttum eða segamyndun í djúplægum bláæðum eða lungnasegareki af óþekktum orsökum.

Gleymdur skammtur

Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum að hafa samband við lækinn ef þeir fá einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Úr dabigatran etexílat meðferð í K-vítamínhemla (VKA):

Upphafstími K-vítamínhemils (VKA) skal aðlagður miðað við kreatínín úthreinsun (CrCL) á eftirfarandi hátt:

- CrCL \geq 50 ml/mín., byrja skal notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat

- CrCL ≥ 30 - < 50 ml/mín., byrja skal notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat

Vegna þess að dabigatran etexílat getur haft áhrif á INR (International Normalised Ratio) mun INR endurspegla betur verkun VKA eftir að meðferð með dabigatran etexílati hefur verið hætt í að minnsta kosti tvo daga. Þangað til skal túlka INR gildi með varúð.

Úr K-vítamínhefjum (VKA) í dabigatran etexílat meðferð:

Hætta skal meðferð með K-vítamínhefjum. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er $< 2,0$.

Rafvending (SPAF)

Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur.

Brennsluáðgerð með hjartaþræðingu (catheter ablation) vegna gáttatífs (SPAF)

Engar upplýsingar liggja fyrir um meðferð með dabigatran etexílati 110 mg tvisvar sinnum á sólarhring.

Kransæðavíkkun (percutaneous coronary intervention) með stoðneti (SPAF)

Meðhöndla má sjúklinga með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation), sem gangast undir kransæðavíkkun með stoðneti, með dabigatran etexílati samhliða blóðflöguhemjandi lyfjum eftir að blæðing hefur verið stöðvuð (sjá kafla 5.1).

Sérstakir sjúklingahópar

Aldraðir

Hvað varðar skammtaáðlögun fyrir þennan hóp, sjá töflu 2 hér að ofan.

Sjúklingar í blæðingarhættu

Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu (sjá kafla 4.4, 4.5, 5.1 og 5.2). Læknirinn getur ákveðið skammtaáðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu (sjá töflu 2 hér að ofan). Storkupróf (sjá kafla 4.4) getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota minnkaðan 220 mg skammt sem er tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð.

Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtaminnkun vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi (sjá töflu 2 hér að ofan og kafla 4.4).

Skert nýrnastarfsemi

Meðferð með dabigatran etexílati hjá sjúklingum með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín.) er frábending (sjá kafla 4.3).

Skammtaáðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50 - ≤ 80 ml/mín.). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 - 50 ml/mín.) er ráðlagður skammtur af dabigatran etexílati einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar, hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu, skal íhuga minnkun dabigatran etexílat skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring (sjá kafla 4.4 og 5.2). Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi.

Samhliða notkun dabigatran etexilats með vægum til í meðallagi öflugum P-glykóprótein (P-gp) hemlum, t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamíli

Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni (sjá kafla 4.4, 4.5 og 5.2).

Skammtaminnkun er ráðlögð hjá sjúklingum sem fá samhliða verapamíl (sjá töflu 2 hér að ofan og kafla 4.4 og 4.5). Í slíkum tilvikum á að taka dabigatran etexílat og verapamíl á sama tíma.

Líkamsþyngd

Ekki er þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2) en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg (sjá kafla 4.4).

Kyn

Ekki er þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2).

Börn

Notkun dabigatran etexilats á ekki við hjá börnum við ábendingunni fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum.

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum

Við meðferð við segum og segareki í bláæðum hjá börnum skal hefja meðferð í kjölfar meðferðar með segavarnarlyfi til inndælingar í að minnsta kosti 5 daga. Til að koma í veg fyrir endurtekna sega og segarek í bláæðum skal hefja meðferð í kjölfar fyrri meðferðar.

Dabigatran etexílat hylki á að taka tvisvar á dag, einn skammt að morgni og einn skammt að kvöldi, á u.þ.b. sama tíma á hverjum degi. Bilið á milli skömmtunar þarf að vera eins nálægt 12 klukkustundum og mögulegt er.

Ráðlagður skammtur af dabigatran etexílati byggist á þyngd og aldri sjúklingsins eins og sýnt er í töflu 4. Skammtinn skal aðlaga eftir þyngd og aldri þegar líður á meðferðina.

Ekki er hægt að veita ráðleggingar um skömmtun fyrir samsetningar þyngdar og aldurs sem ekki eru tilgreindar í skammtatöflunni.

Tafla 4: Stakir skammtar og heildardagskammtar af dabigatran etexílati í milligrömmum (mg) miðað við þyngd í kílógrömmum (kg) og aldur sjúklings í árum

Samsetning þyngdar / aldurs		Stakur skammtur í mg	Heildardagskammtur í mg
Þyngd í kg	Aldur í árum		
11 til < 13	8 til < 9	75	150
13 til < 16	8 til < 11	110	220
16 til < 21	8 til < 14	110	220
21 til < 26	8 til < 16	150	300
26 til < 31	8 til < 18	150	300
31 til < 41	8 til < 18	185	370
41 til < 51	8 til < 18	220	440
51 til < 61	8 til < 18	260	520
61 til < 71	8 til < 18	300	600
71 til < 81	8 til < 18	300	600
> 81	10 til < 18	300	600

Stakir skammtar sem krefjast samsetninga með fleiri en einu hylki:

300 mg:	tvö 150 mg hylki eða fjögur 75 mg hylki
260 mg:	eitt 110 mg og eitt 150 mg hylki eða eitt 110 mg og tvö 75 mg hylki
220 mg:	tvö 110 mg hylki
185 mg:	eitt 75 mg og eitt 110 mg hylki
150 mg:	eitt 150 mg hylki eða tvö 75 mg hylki

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð stendur

Áður en meðferð er hafin skal reikna út áætlaðan gaukulsíunarhraða (eGFR) með Schwartz-formúlunni (aðferð sem notuð er til að meta kreatínin skal staðfest af rannsóknarstofu á hverjum stað).

Meðferð með dabigatran etexílati hjá börnum með eGFR < 50 ml/mín./1,73 m² er frábending (sjá kafla 4.3).

Sjúklingar með eGFR ≥ 50 ml/mín./1,73 m² skulu fá meðferð með skammti samkvæmt töflu 4.

Meta skal nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferðinni stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort, við samhlíða notkun ákveðinna lyfja o.s.frv.).

Notkunartími

Meðferðartíma á að ákveða einstaklingsbundið byggt á mati á ávinningi og áhættu.

Gleymdur skammtur

Skammt af dabigatran etexílati sem hefur gleymst má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Aldrei má tvöfalda skammt til að bæta upp einstaka skammta sem gleymst hafa.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum eða umönnunaraðilum að hafa samband við lækinn ef sjúklingurinn fær einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Úr dabigatran etexílat meðferð í K-vítamínhemla (VKA):

Sjúklingar skulu byrja notkun K-vítamínhemla 3 dögum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að dabigatran etexílat getur haft áhrif á INR (international normalized ratio) mun INR endurspegla betur verkun K-vítamínhemla eftir að meðferð með dabigatran etexílat hefur verið hætt í að minnsta kosti tvo daga. Þangað til skal túlka INR gildi með varúð.

Úr K-vítamínhemlum (VKA) í dabigatran etexílat meðferð:

Hætta skal meðferð með K-vítamínhemlinum. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0.

Lyfjagjöf

Lyfið er til inntöku.

Hylkin má taka með eða án matar. Hylkin á að gleypa í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga.

Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu (sjá kafla 5.2 og 6.6).

4.3 Frábendingar

- Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna sem talin eru upp í kafla 6.1.
- Verulega skert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 30 ml/mín.) hjá fullorðnum sjúklingum
- eGFR < 50 ml/mín./1,73 m² hjá börnum
- Virk blæðing af klínískri þýðingu.
- Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiriháttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmíð, æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða í mænu eða heila
- Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir sérstökum kringumstæðum. Þær eru þegar verið er að skipta um segavarnarlyfjameðferð (sjá kafla 4.2), þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægrri bláæð eða slagæð eða þegar óþáttað heparín er gefið við brennsluaðgerð með hjartaþræðingu (catheter ablation) vegna gáttatífs (sjá kafla 4.5)
- Skert lifrarástand eða lifrarsjúkdómur sem er líklegt að hafi áhrif á lifun.
- Samhliða altæk (systemic) meðferð með eftirfarandi öflugum P-gp hemlum: ketókónazólí, cyklosporíni, itrakónazólí, dronedaroni og föstum samsettum skammti af glecaprevíri/pibrentasvíri (sjá kafla 4.5)
- Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmedferðar (sjá kafla 5.1).

4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Blæðingarhætta

Nota á dabigatran etexílat með varúð við aðstæður þar sem aukin hættu er á blæðingu eða samhliða notkun lyfja sem hafa áhrif á blóðstorknun með því að hindra samloðun blóðflagna. Blæðing getur orðið hvar sem er meðan á meðferð stendur. Verði óútskýranleg lækkun á gildum blóðrauða og/eða blóðkornaskilum eða blóðþrýstingi á að leita að blæðingarstað.

Við lífshættulega blæðingu eða blæðingu sem ekki næst stjórn á hjá fullorðnum sjúklingum, þegar þörf er á hröðum viðsnúningi á segavarnandi áhrifum dabigatrans er sértæka viðsnúningslyfið idarucizumab fánlegt. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægt dabigatran. Ferskt heilblóð eða ferskt frosið plasma, storkuþáttaþykki (virkjuð eða ekki virkjuð), raðbrigða storkuþáttur VIIa eða blóðflögupykki eru aðrir mögulegir valkostir hjá fullorðnum sjúklingum (sjá einnig kafla 4.9).

Í klínískum rannsóknum tengdist dabigatran etexílat hærri tíðni meiriháttar blæðingar í meltingarvegi. Aukin tíðni sást hjá öldruðum (≥ 75 ára) við gjöf á 150 mg tvisvar á sólarhring. Frekari áhættuþættir (sjá einnig töflu 5) eru samhliða notkun lyfja sem hindra samloðun blóðflagna eins og klópidógreis og asetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja og jafnframt ef til staðar er vélindabólga, magabólga eða vélindabakflæði.

Áhættuþættir

Í töflu 5 er samantekt á þáttum sem geta aukið blæðingarhættu.

Tafla 5: Þættir sem geta aukið blæðingarhættu.

	Áhættuþáttur
Lyfhrifa- og lyfjahvarfafraeðilegir þættir	Aldur \geq 75 ára
Þættir sem auka þéttni dabigatrans í plasma	<p><u>Meiriháttar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Miðlungsskert nýrnastarfsemi hjá fullorðnum sjúklingum (30-50 ml/mín. CrCL) Öflugir P-gp hemlar (sjá kafla 4.3 og 4.5) Samhliða notkun með vægum til í meðallagi öflugum P-gp hemlum (t.d. amíódaróni, verapamíli, kínidíni og ticagrelori, sjá kafla 4.5) <p><u>Minniháttar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Lág líkamsþyngd (< 50 kg) hjá fullorðnum sjúklingum
Milliverkanir vegna lyfhrifa (sjá kafla 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Asetýlsalicílsýra og önnur lyf sem hindra samloðun blóðflagna eins og klópídógrei Bólguþyðandi gígtarlyf (NSAID) SSRI eða SNRI lyf Önnur lyf sem geta truflað blóðstorknun
Sjúkdómar / aðgerðir sem fylgir sérstaklega mikil blæðingahætta	<ul style="list-style-type: none"> Meðfæddar eða áunnar truflanir á storknun Blóðflagnafæð eða starfrænir gallar á blóðflögum Nýleg taka vefjasýnis, meiriháttar áverki Hjartaþelsbólga af völdum baktería Vélindabólga, magabólga eða vélindabakflæði

Takmörkuð gögn eru fyrirliggjandi um fullorðna sjúklinga < 50 kg (sjá kafla 5.2).

Samtímis notkun dabigatran etexílat og P-gp hemla hefur ekki verið rannsökuð hjá börnum en getur aukið hættuna á blæðingu (sjá kafla 4.5).

Varúðarreglur og viðbrögð við blæðingarhættu

Hvað varðar viðbrögð við fylgikvillum blæðinga, sjá einnig kafla 4.9.

Mat á ávinningi og áhættu

Ef fram koma sár, sjúkdómsástand, aðgerðir og/eða lyfjameðferð (eins og bólguþyðandi gígtarlyf (NSAID), blóðflöguhemjandi lyf, SSRI og SNRI lyf, sjá kafla 4.5) sem marktækt eykur hættuna á meiriháttar blæðingu þarf vandlega að meta ávinning á móti áhættu. Einungis á að gefa dabigatran etexílat ef ávinningurinn er meiri en blæðingarhættan.

Takmarkaðar klínískar upplýsingar liggja fyrir um börn með áhættuþætti, þar með talið sjúklinga með virka heilahimnubólgu, heilabólgu og innankúpuígerð (sjá kafla 5.1). Hjá þessum sjúklingum á einungis að gefa dabigatran etexílat ef væntanlegur ávinningur er meiri en blæðingarhættan.

Nákvæmt klínískt eftirlit

Mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti með einkennum blæðinga eða blóðleysis á meðferðartímanum, sérstaklega ef áhættuþættir fylgjast að (sjá töflu 5 hér að ofan). Gæta skal sérstakrar varúðar þegar dabigatran etexílat er gefið samhliða verapamíli, amíóðaróni, kínidíni eða klarítrómýsíní (P-gp hemlum) og sér í lagi ef um er að ræða blæðingu, einkum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.5).

Mælt er með nánu eftirliti með vísbendingum um blæðingar hjá sjúklingum sem fá samhliða meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (sjá kafla 4.5).

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Sjúklingar sem fá bráða nýrnabilun verða að hætta á meðferð með dabigatran etexílati (sjá einnig kafla 4.3).

Eigi alvarlegar blæðingar sér stað skal hætta meðferð og finna uppruna blæðingarinnar og íhuga má notkun á sértæka viðsnúningslyfinu (idarucizumab) hjá fullorðnum sjúklingum. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægð dabigatran.

Notkun prótónpumpuhemla

Íhuga má gjöf prótónpumpuhemla til að hindra blæðingu úr meltingarvegi. Þegar um er að ræða sjúklinga á barnsaldri þarf að fylgja staðbundnum ráðleggingum um notkun prótónpumpuhemla.

Niðurstöður storkumælinga

Þrátt fyrir að almennt þurfi ekki að hafa reglulegt eftirlit með blóðþynningu af völdum lyfsins, getur mæling á blóðþynningu tengdri dabigatrani reynst hjálpleg til að greina of mikla útsetningu fyrir dabigatrani þegar viðbótaráhættuþættir eru til staðar.

Þynntur trombíntími (diluted Thrombin Time (dTT)), ecarin storkutími (ecarin clotting time (ECT)) og virkjaður tromboplastíntími (activated partial thromboplastin time (aPTT)) geta veitt gagnlegar upplýsingar, en niðurstöður þeirra skal túlka með varúð vegna breytileika milli prófana (sjá kafla 5.1). INR (International Normalised Ratio) mæling er óáreiðanleg hjá sjúklingum á dabigatran etexílat meðferð og greint hefur verið frá fólsum jákvæðum INR hækkunum. Því á ekki að gera INR mælingar.

Tafla 6 sýnir tiltekin mörk í niðurstöðum storkuprófa við lággildi hjá fullorðnum sjúklingum sem geta tengst aukinni blæðingarhættu. Þessi mörk eru ekki þekkt hjá börnum (sjá kafla 5.1).

Tafla 6: Tiltekin mörk í niðurstöðum storkuprófa við lággildi hjá fullorðnum sjúklingum sem geta tengst aukinni blæðingarhættu.

Storkupróf (lággildi)	Ábending	
	Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum	SPAF og DVT/PE
dTT [ng/ml]	> 67	> 200
ECT [x-föld eðlileg efri mörk]	Engar upplýsingar	> 3
aPTT [x-föld eðlileg efri mörk]	> 1,3	> 2
INR	Á ekki að nota	Á ekki að nota

Notkun fibrínleysandi lyfja í meðferð við bráðu heilaslagi vegna blóðþurrðar

Íhuga má notkun fibrínleysandi lyfja í meðferð við bráðu heilaslagi vegna blóðþurrðar ef gildi dTT, ECT eða aPTT hjá sjúklingum mælist innan eðlilegra efri marka (ULN) samkvæmt staðbundnum viðmiðunarmörkum.

Skurðaðgerðir og inngrip

Sjúklingar á meðferð með dabigatran etexílati sem gangast undir skurðaðgerðir eða ífarandi aðgerðir eru í aukinni hættu á blæðingu. Því geta inngrip með skurðaðgerðum kallað á að notkun dabigatran etexílat sé hætt tímabundið.

Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. Engar upplýsingar liggja fyrir um meðferð með dabigatran etexílati 110 mg tvisvar sinnum á sólarhring hjá sjúklingum sem fara í brennsluadgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs (sjá kafla 4.2).

Gæta skal varúðar þegar meðferð er hætt tímabundið vegna inngripa og hafa verður eftirlit með blóðþynningu. Útskilnaður dabigatrans hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi getur tekið lengri tíma (sjá kafla 5.2). Þetta skal íhuga fyrir hvaða inngrip sem er. Í slíkum tilvikum getur storkupróf (sjá kafla 4.4 og 5.1) hjálpað til við að ákveða hvort stöðvun blæðingar sé enn ófullkomin.

Bráðaskurðaðgerð eða brýn aðgerð

Stöðva skal tímabundið inntöku dabigatran etexílat. Þegar þörf er á hröðum viðsnúningi segavarnaráhrifa er sértækt viðsnúningslyf fyrir dabigatran fáanlegt (idarucizumab) fyrir fullorðna sjúklinga. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægt dabigatran.

Ef dabigatran meðferð er snúið við verða sjúklingar berskjaldaðir fyrir hættu á segamyndun af völdum undirliggjandi sjúkdóms. Hefja má meðferð með dabigatran etexílati á ný þegar 24 klst. eru liðnar frá því að idarucizumab var gefið ef sjúklingurinn er í klínísku jafnvægi og viðunandi blæðingarstöðvun hefur náðst.

Meðalbráðar skurðaðgerðir/inngrip

Stöðva skal tímabundið inntöku dabigatran etexílat. Skurðaðgerð/inngripi á að fresta ef mögulegt er þar til a.m.k. 12 klst. eru frá síðasta skammti. Ef ekki er hægt að fresta skurðaðgerð getur blæðingarhætta aukist. Blæðingarhættu ætti að vega á móti hversu brátt inngripið þarf að vera.

Valfrjálsar skurðaðgerðir

Ef hægt er á að stöðva meðferð með dabigatran etexílati a.m.k. 24 klst. fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir. Hjá sjúklingum í meiri hættu á blæðingu eða við meiriháttar skurðaðgerð, þar sem þörf gæti verið á að stöðva blæðingar alveg, skal íhuga að stöðva meðferð með dabigatran etexílati 2-4 sólarhringum fyrir skurðaðgerð.

Í töflu 7 er samantekt á reglum varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum.

Tafla 7: Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir fyrir fullorðna sjúklinga

Nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.)	Áætlaður helmingunartími (klst.)	Stöðva skal meðferð með dabigatran etexílati fyrir valfrjálsar skurðaðgerðir	
		Mikil blæðingarhætta eða meiriháttar skurðaðgerð	Venjuleg hætta
≥ 80	~ 13	2 sólarhringum áður	24 klst. áður
≥ 50-< 80	~ 15	2-3 sólarhringum áður	1-2 sólarhringum áður
≥ 30-< 50	~ 18	4 sólarhringum áður	2-3 sólarhringum áður (> 48 klst.)

Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum er að finna í töflu 8.

Tafla 8: Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá börnum

Nýrnastarfsemi (eGFR í ml/mín./1,73m ²)	Stöðva skal meðferð með dabigatrani fyrir valfrjálsar skurðaðgerðir
> 80	24 klst. áður
50 – 80	2 sólarhringum áður
< 50	Þessir sjúklingar hafa ekki verið rannsakaðir (sjá kafla 4.3).

Mænudeyfing/utanbastsdeyfing/mænustunga

Aðgerðir eins og mænudeyfing geta krafist þess að blóðstorkuferlið virki fullkomlega.

Hættan á myndun margúls í utanbasti eða í mænu getur verið aukin vegna áverka eða endurtekinnna ástungna og vegna langvarandi notkunar utanbastsleggjar. Eftir að leggur er fjarlægður skulu líða a.m.k. 2 klst. áður en fyrsti skammturinn af dabigatran etexílati er gefinn. Hafa þarf eftirlit með stuttu millibili hjá þessum sjúklingum með tilliti til einkenna frá taugakerfi og einkenna um margúl í utanbasti eða í mænu.

Tímabil eftir aðgerð

Halda skal áfram / hefja meðferð með dabigatran etexílati á ný eins fljótt og auðið er eftir ífarandi aðgerð eða inngríp með skurðaðgerð, að því gefnu að klínískar aðstæður leyfi og að fullnægjandi stöðvun blæðingar hafi náðst.

Sjúklinga í blæðingarhættu eða sjúklinga í hættu á of mikilli útsetningu, sérstaklega sjúklinga með skerðingu á nýrnastarfsemi (sjá einnig töflu 5), á að meðhöndla með varúð (sjá kafla 4.4 og 5.1).

Sjúklingar í mikilli lífshættu við aðgerð og með innri áhættuþætti fyrir blóðsegamyndun

Takmörkuð gögn eru til um virkni og öryggi dabigatran etexílati hjá þessum sjúklingum og skal því meðhöndla þá með varúð.

Aðgerð við mjaðmarbrot

Engin gögn liggja fyrir um notkun dabigatran etexílati hjá sjúklingum sem fara í aðgerð vegna mjaðmarbrots. Því er ekki hægt að mæla með meðferð.

Skert lifrarstarfsemi

Sjúklingar með hækkuð lifrarendím > 2-föld eðlileg efri mörk voru útilokaðir frá þátttöku í aðalrannsóknunum. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun dabigatran etexílati hjá þessum hópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómur sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins (sjá kafla 4.3).

Milliverkun við P-glýkóprótein virkja

Búast má við að samhliða notkun með P-glýkóprótein virkjum minnki þéttni dabigatrans í plasma og ber að varast notkun þeirra (sjá kafla 4.5 og 5.2).

Sjúklingar með andfosfólípíð heilkenni

Ekki er mælt með notkun segavarnarlyfja til inntöku með beina verkun þ.m.t. dabigatran etexílat handa sjúklingum með sögu um segamyndun sem hafa verið greindir með andfosfólípíð heilkenni. Meðferð með segavarnarlyfjum til inntöku með beina verkun getur verið tengd við aukna tíðni á endurtekinni segamyndun samanborið við meðferð með K-vítamín hemlum, einkum hjá sjúklingum

sem eru með þrjár jákvæðar mælingar (fyrir andstorkulúpusi, andkardiólípín mótefnum og anti-beta 2-glycoprotein I mótefnum).

Hjartadrep (MI)

Í III. stigs rannsókninni RE-LY (SPAF, sjá kafla 5.1) var heildartíðni hjartadreps 0,82% / ár fyrir dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring, 0,81% / ár fyrir dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring og 0,64% / ár fyrir warfarin, með aukinni hlutfallslegri áhættu fyrir dabigatran um 29% og 27% miðað við warfarin. Óháð meðferð, sást mesta raunáhættan á hjartadrepi í eftirfarandi undirhópum, með svipaða hlutfallslega áhættu: sjúklingar sem áður höfðu fengið hjartadrep, sjúklingar ≥ 65 ára með annaðhvort sykursýki eða kransæðasjúkdóm, sjúklingar með útfallsbrot vinstri slegils $< 40\%$ og sjúklingar með miðlungsmikla röskun á nýrnastarfsemi. Ennfremur sást aukin hætta á hjartadrepi hjá sjúklingum sem tóku samhliða asetýlsalicýlsýru ásamt klópídógreli eða klópídógreli eitt og sér.

Í III. stigs DVT/PE rannsóknunum þremur sem voru með virkum samanburði var greint frá hærri tíðni hjartadreps hjá sjúklingum sem fengu dabigatran etexílat en hjá þeim sem fengu warfarin: 0,4% samanborið við 0,2% í skammtímarannsóknunum RE-COVER og RE-COVER II; og 0,8% samanborið við 0,1% í langtímarannsókninni RE-MEDY. Hækkunin var tölfræðilega marktæk í þessari rannsókn ($p=0,022$).

Í RE-SONATE rannsókninni, þar sem dabigatran etexílat var borið saman við lyfleysu var tíðni hjartadreps 0,1% hjá sjúklingunum sem fengu dabigatran etexílat og 0,2% hjá sjúklingunum sem fengu lyfleysu.

Sjúklingar með virkt krabbamein (DVT/PE, segar og segarek í bláæðum hjá börnum)

Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi hjá sjúklingum með virkt krabbamein með segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegarek. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um verkun og öryggi hjá börnum með virkt krabbamein.

Börn

Hjá tilteknum börnum, t.d. sjúklingum með sjúkdóm í smábörnum sem getur haft áhrif á frásog, skal íhuga notkun segavarnarlyfs sem gefið er utan meltingarvegar.

4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir

Milliverkanir milli flutningskerfa

Dabigatran etexílat er hvarfefni útflæðisdællunar P-glykópróteins. Búast má við að samhliða gjöf P-glykóprótein hemla (sjá töflu 9) leiði til aukinnar þétni dabigatrans í plasma.

Hafi ekki verið mælt fyrir um annað er þörf á nákvæmu klínísku eftirliti (með einkennum blæðinga eða blóðleysis) þegar dabigatran er gefið samhliða öflugum P-glykóprótein hemlum. Minnkun skammta getur verið nauðsynleg samhliða ákveðnum P-glykóprótein hemlum (sjá kafla 4.2, 4.3, 4.4 og 5.1).

Tafla 9: Milliverkanir milli flutningskerfa

<u>P-gp hemlar</u>	
<i>Samhliða notkun er frábending (sjá kafla 4.3)</i>	
Ketókónazól	Ketókónazól hækkaði heildar dabigatran $AUC_{0-\infty}$ gildi 2,38-falt og C_{max} gildi 2,35-falt eftir stakan 400 mg skammt til inntöku og 2,53-falt og 2,49-falt eftir endurtekna skammta af 400 mg ketókónazóli til inntöku einu sinni á sólarhring.

Dronedaron	Þegar dabigatran etexílat og dronedaron voru gefin á sama tíma jukust AUC _{0-∞} og C _{max} gildi dabigatrans í heild u.þ.b. 2,4-falt og 2,3-falt, talið upp í sömu röð, eftir endurtekna 400 mg skammta af dronedaroni tvisvar á sólarhring og u.þ.b. 2,1-falt og 1,9-falt, talið upp í sömu röð, eftir stakan 400 mg skammt.
Itrakónazól, cyklosporin	Samkvæmt <i>in vitro</i> niðurstöðum má búast við svipuðum áhrifum og með ketókónazóli.
Glecaprevír/pibrentasvír	Sýnt hefur verið fram á að samhliða notkun á dabigatran etexílati og föstum samsettum skammti af P-gp hemlunum glecaprevíri/pibrentasvíri eykur útsetningu fyrir dabigatrani og getur aukið hættu á blæðingu.
<i>Samhliða notkun ekki ráðlögð</i>	
Takrolímús	<i>In vitro</i> hefur verið sýnt fram á að takrolímús hefur svipuð hömlunaráhrif á P-glykóprótein og koma fram hjá itrakónazóli og cyklosporini. Dabigatran etexílat hefur ekki verið klínískt rannsakað með takrolímús. Hins vegar benda takmörkuð klínísk gögn varðandi annað P-glykóprótein hvarfefni (everólímús) til þess að hömlun takrolímús á P-glykóprótein sé minni en sést hjá öflugum P-glykóprótein hemlum.
<i>Gæta skal varúðar við samhliða notkun (sjá kafla 4.2 og 4.4)</i>	
Verapamíl	Þegar dabigatran etexílat (150 mg) var gefið með verapamíli til inntöku, hækkaði C _{max} og AUC fyrir dabigatran en umfang breytingarinnar er mismunandi eftir tímasetningu lyfjagjafar og lyfjaformi verapamíls (sjá kafla 4.2 og 4.4). Mesta hækkun dabigatran útsetningar sást við fyrsta skammt af verapamíli í lyfjaformi með hraða losun (immediate release) sem var gefið einni klst. fyrir inntöku dabigatran etexílat (hækkun á C _{max} u.þ.b. 2,8-föld og AUC u.þ.b. 2,5-föld). Áhrifin voru stigminnkandi við gjöf lyfjaforms með lengdan losunarhraða (hækkun á C _{max} u.þ.b. 1,9-föld og AUC u.þ.b. 1,7-föld) eða við gjöf endurtekinnna skammta af verapamíli (hækkun á C _{max} u.þ.b. 1,6-föld og AUC u.þ.b. 1,5-föld). Engar mikilvægar milliverkanir sáust þegar verapamíl var gefið 2 klst. eftir dabigatran etexílat (hækkun á C _{max} u.þ.b. 1,1-föld og AUC u.þ.b. 1,2-föld). Skýringin á þessu er sú að frásogi dabigatrans er lokið eftir 2 klst.
Amíódarón	Þegar dabigatran etexílat var gefið samhliða stökum 600 mg skammti til inntöku af amíódaróni voru umfang og hraði frásogs amíódaróns og meginumbrotsefnis þess, DEA, nánast óbreytt. AUC og C _{max} dabigatran etexílat jukust u.þ.b. 1,6-falt og 1,5-falt, talið upp í sömu röð. Vegna langs helmingunartíma amíódaróns gæti möguleikinn á milliverkun verið til staðar nokkrum vikum eftir að töku amíódaróns er hætt (sjá kafla 4.2 og 4.4).
Kínidín	Kínidín var gefið í skammtinum 200 mg á 2 klst. fresti að heildarskammti sem nam 1.000 mg. Dabigatran etexílat var gefið tvisvar á sólarhring í 3 daga samfelld, á þriðja deginum annaðhvort með eða án kínidíns. Dabigatran AUC _{τ,ss} , við jafnvægi og C _{max,ss} , við jafnvægi hækkuðu að meðaltali 1,53-falt og 1,56-falt, talið upp í sömu röð, við samhliða notkun kínidíns (sjá kafla 4.2 og 4.4).
Klarítrómýsín	Þegar klarítrómýsín (500 mg tvisvar á sólarhring) var gefið ásamt dabigatran etexílati heilbrigðum sjálfboðaliðum sást hækkun á AUC sem var u.þ.b. 1,19-föld og C _{max} u.þ.b. 1,15-föld.

Ticagrelor	<p>Þegar stakur skammtur af 75 mg dabigatran etexílati var gefinn samtímis 180 mg hleðsluskammti af ticagrelori, jókst AUC 1,73-falt og C_{max} 1,95-falt, talið upp í sömu röð, fyrir dabigatran. Eftir endurtekna skammta af ticagrelori 90 mg tvisvar á sólarhring jókst útsetning fyrir dabigatrani, C_{max} 1,56-falt og AUC 1,46-falt, talið upp í sömu röð.</p> <p>Samhliða gjöf 180 mg hleðsluskammts af ticagrelori og 110 mg af dabigatran etexílati (við jafnvægi) jók AUC_{τ,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran 1,49-falt og 1,65-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu. Þegar 180 mg hleðsluskammtur af ticagrelori var gefinn 2 klst. eftir 110 mg af dabigatran etexílati (við jafnvægi) minnkaði aukning AUC_{τ,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran í 1,27-falt og 1,23-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu. Mælt er með þessari seinkuðu gjöf á hleðsluskammti ticagrelors.</p> <p>Samhliða gjöf 90 mg af ticagrelori tvisvar sinnum á sólarhring (viðhaldsskammtur) og 110 mg af dabigatran etexílati jók aðlagð AUC_{τ,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran 1,26-falt og 1,29-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu.</p>
Posakónazól	Posakónazól hemur einnig P-glýkóprótein að einhverju leyti en hefur ekki verið klínískt rannsakað. Gæta skal varúðar þegar dabigatran etexílat er gefið samhliða posakónazóli.
<u>P-glýkóprótein virkjar</u>	
Forðast skal samhliða notkun	
t.d. rifampisín, jóhannesarjurt (St. John's wort, Hypericum perforatum), karbamazepín eða fenytoín	<p>Búast má við að samhliða gjöf minnki þéttni dabigatrans.</p> <p>Lyfjagjöf, á undan notkun dabigatrans, með virkjanum rifampisíni í skammtinum 600 mg einu sinni á sólarhring í 7 sólarhringa minnkaði heildar hámarksgildi dabigatrans og heildarútsetningu um 65,5% og 67%, talið upp í sömu röð. Örvandi áhrifin minnkuðu, sem leiddi til þess að útsetning fyrir dabigatrani var nálægt viðmiðunargildinu 7 sólarhringum eftir að meðferð með rifampisíni var hætt. Frekari aukning á aðgengi sást ekki eftir 7 sólarhringa til viðbótar.</p>
<u>Próteasahemlar eins og ritonavír</u>	
<i>Samhliða notkun ekki ráðlögð</i>	
t.d. ritonavír og samsetning þess með öðrum próteasahemlum	Hafa áhrif á P-glýkóprótein (annaðhvort sem hemlar eða virkjar). Þeir hafa ekki verið rannsakaðir og er því samhliða notkun þeirra með dabigatran etexílati ekki ráðlögð.
<u>P-glýkóprótein hvarfefni</u>	
Dígoxín	Í rannsókn sem gerð var á 24 heilbrigðum einstaklingum sem fengu dabigatran etexílat samhliða dígoxíni komu ekki fram breytingar á dígoxíni og engar mikilvægar breytingar á útsetningu fyrir dabigatrani sást.

Segavarnarlyf og lyf sem hindra samloðun blóðflagna

Engin eða takmörkuð reynsla er af meðferð með eftirfarandi lyfjum samtímis meðferð með dabigatran etexílati sem getur aukið blæðingarhættu: segavarnarlyf eins og óþáttað heparín, heparín með lágan mólþunga og heparínafleiður (fondaparinux, desirúðin), segaleysandi lyf og vítamín-K hemlar, rivaroxaban eða önnur segavarnarlyf til inntöku (sjá kafla 4.3) og lyf sem hindra samloðun blóðflagna eins og GPIIb/IIIa viðtaka hemlar, tíklópídín, prasugrel, ticagrelor, dextran og súlfínprázón (sjá kafla 4.4).

Af upplýsingunum sem fengust úr III. stigs rannsókninni RE-LY (sjá kafla 5.1) kom í ljós að samhliða notkun annarra segavarnarlyfja, til inntöku eða inndælingar, með bæði dabigatran etexílati og

warfarini, jök hlutfall meiriháttar blæðinga um það bil 2,5-falt sem aðallega tengist aðstæðum þegar verið er að skipta frá einu segavarnarlyfi í annað (sjá kafla 4.3). Ennfremur sást að samhliða notkun blóðflöguhemjandi lyfjanna, asetýlsalicýlsýru eða klópídógræls með bæði dabigatran etexílati og warfarini um það bil tvöfaldaði hlutfall meiriháttar blæðinga (sjá kafla 4.4).

Gefa má óþáttað heparín í skömmtum sem þarf til að halda bláæðaleggjum eða slagæðaleggjum opnum hjá sjúklingnum eða við brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs (sjá kafla 4.3).

Tafla 10: Milliverkanir við segavarnarlyf og lyf sem hindra samloðun blóðflagna

Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID)	Bólgueyðandi gigtarlyf gefin í stuttan tíma til verkjastillingar hafa ekki reynst tengjast aukinni blæðingarhættu þegar þau eru gefin samhliða dabigatran etexílati. Við langtíma notkun í RE-LY rannsókninni jök notkun bólgueyðandi gigtarlyfja blæðingarhættu um u.þ.b. 50% með bæði dabigatran etexílati og warfarini.
Klópídógræll	Hjá ungum heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum leiddi samhliða gjöf dabigatran etexílat og klópídógræls ekki til frekari lengingar á blæðingartíma háráðablóðs borid samant við klópídógræll einlyfjameðferð. Að auki reyndust $AUC_{t,ss}$ við jafnvægi og $C_{max,ss}$ við jafnvægi fyrir dabigatran og storkuáhrif fyrir tilstilli dabigatrans eða hömlun á samloðun blóðflagna fyrir tilstilli klópídógræls í meginatriðum vera óbreytt þegar samsett meðferð var borin saman við einlyfjameðferð hvors lyfs fyrir sig. Með hleðsluskammti sem nam 300 mg eða 600 mg af klópídógræli jókst $AUC_{t,ss}$ við jafnvægi og $C_{max,ss}$ við jafnvægi fyrir dabigatran um u.þ.b. 30-40% (sjá kafla 4.4).
Asetýlsalicýlsýra	Samhliða gjöf asetýlsalicýlsýru og 150 mg dabigatran etexílat tvisvar á sólarhring getur aukið blæðingarhættu frá 12% í 18% með 81 mg asetýlsalicýlsýru og í 24% með 325 mg asetýlsalicýlsýru (sjá kafla 4.4).
Heparín með lágan mólþunga (LMWH)	Samhliða notkun heparíns með lágan mólþunga, eins og enoxaparíns, með dabigatran etexílati hefur ekki verið sérstaklega rannsökuð. Eftir að skipt var úr 3 daga meðferð með 40 mg enoxaparín einu sinni á sólarhring undir húð, var útsetning fyrir dabigatran lítillsháttar minni 24 klst. eftir síðasta skammt af enoxaparíni en eftir að dabigatran etexílat var gefið eitt og sér (stakur 220 mg skammtur). Hærrí and-FXa/FIIA virkni sást eftir gjöf dabigatran etexílat með enoxaparín formeðferð miðað við eftir meðferð með dabigatran etexílati eingöngu. Þetta er álitid vera vegna yfirfærsluáhrifa enoxaparíns meðferðar og er ekki talið klínískt mikilvægt. Önnur blóðþynningarpróf tengd dabigatraní voru ekki marktækt breytt við formeðferð með enoxaparíni.

Aðrar milliverkanir

Tafla 11: Aðrar milliverkanir

<u>Sérhæfðir serótónín endurupptöku hemlar (SSRI) eða sérhæfðir serótónín norepinefrín endurupptöku hemlar (SNRI)</u>	
SSRI og SNRI lyf	SSRI og SNRI lyf juku blæðingarhættu hjá öllum meðferðarhópunum í RE-LY rannsókninni.
<u>Lyf sem hafa áhrif á sýrustig í maga</u>	
Pantóprazol	Þegar dabigatran etexílat var gefið samhliða pantóprazolí lækkaði AUC gildi dabigatrans um u.þ.b. 30%. Pantóprazol og aðrir prótónpumpuhemlar voru gefnir samhliða dabigatran etexílati klínískum rannsóknum og virtist samhliða gjöf prótónpumpuhemla ekki minnka verkun dabigatran etexílat .
Ranitidín	Þegar ranitidín var gefið samhliða dabigatran etexílati hafði það engin klínískt marktæk áhrif á frásog dabigatrans.

Milliverkanir tengdar umbrotaleiðum dabigatran etexílat og dabigatrans

Dabigatran etexílat og dabigatran umbrotna ekki fyrir tilstilli cýtókróm P450 kerfisins og höfðu engin áhrif *in vitro* á cýtókróm P450 ensím úr mönnum. Því er ekki búist við milliverkunum milli skyldra lyfja og dabigatrans.

Börn

Rannsóknir á milliverkunum hafa eingöngu verið gerðar hjá fullorðnum.

4.6 Frjósemi, meðganga og brjóstgjöf

Konur á barneignaraldri

Konur á barneignaraldri ættu að forðast að verða þungaðar meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur.

Meðganga

Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um notkun dabigatran etexílat á meðgöngu. Dýrarrannsóknir hafa sýnt eiturverkanir á æxlun (sjá kafla 5.3). Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt.

Dabigatran etexílat ætti ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til.

Brjóstgjöf

Engin klínísk gögn liggja fyrir um áhrif dabigatrans á ungbörn á brjósti. Stöðva á brjóstgjöf meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur.

Frjósemi

Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi varðandi notkun hjá mönnum.

Í dýrarrannsóknum hafa sést áhrif á frjósemi kvendýra sem fækkun hreiðrana og aukningu á missi fyrir hreiðrun við 70 mg/kg skammt (5-föld útsetning í plasma sjúklinga). Engin önnur áhrif á frjósemi kvendýra sást. Engin áhrif voru á frjósemi karldýra. Við skammta sem höfðu eiturverkanir á móður (5 til 10-föld útsetning í plasma sjúklinga) sást minnkun á líkamsþyngd fósturs og lífslíkum fósturvísis og fósturs ásamt aukningu á fósturgöllum í rottum og kaninum. Í rannsóknum fyrir og eftir fæðingu sást aukning í tíðni fósturláta við skammta sem höfðu eituráhrif á móður (skammtur sem samsvarar fjórfaldri útsetningu í plasma sjúklinga).

4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Dabigatran etexílat hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla.

4.8 Aukaverkanir

Samantekt á öryggisupplýsingum

Dabigatran etexílat hefur verið metið í klínískum rannsóknum hjá u.þ.b. 64.000 sjúklingum; þar af fengu u.þ.b. 35.000 sjúklingar meðferð með dabigatran etexílati.

Aukaverkanir komu fram hjá samtals 9% sjúklinga á meðferð vegna valfrjálsra mjaðmar- eða hnéliðskipta (skammtímameðferð í allt að 42 daga), 22% sjúklinga með gáttatíf á fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum (langtímameðferð allt að 3 ár), 14% sjúklinga sem fengu meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki og 15% sjúklinga sem fengu fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki.

Algengustu aukaverkanirnar sem tilkynnt var um, voru blæðingar sem átti sér stað hjá u.þ.b.14% sjúklinga á skammtímameðferð vegna valfrjálsra mjaðmar- eða hnéliðskipta, hjá 16,6% sjúklinga með gáttatif á langtíma fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum og hjá 14,4% fullorðinna sjúklinga sem fengu meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki. Enn fremur kom blæðing fyrir hjá 19,4% sjúklinganna í rannsókninni á fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki, RE-MEDY (fullorðnir sjúklingar) og hjá 10,5% sjúklinga í rannsókninni á fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki, RE-SONATE (fullorðnir sjúklingar).

Vegna þess að sjúklingaþýðið sem fær meðferð við ábendingunum þremur er ekki sambærilegt og blæðingartilvik eru dreifð yfir nokkra líffæraflokka er samantekt á meiriháttar blæðingu og hvers konar blæðingu skipt upp eftir ábendingu sýnd í töflum 13-17 hér á eftir.

Þó að meiriháttar eða alvarleg blæðing hafi verið sjaldgæf aukaverkun í klínískum rannsóknum getur hún komið fram og óháð staðsetningu valdið fötlun, lífshættu og jafnvel dauða.

Listi yfir aukaverkanir á töfluformi

Tafla 12 sýnir aukaverkanir sem komu fram í rannsóknum og gögnum eftir markaðssetningu fyrir ábendingarnar forvörn gegn bláæðasegareki eftir mjaðmar- og hnéliðskipti, fyrirbyggjandi meðferð við heilaslagi vegna segareks, segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif, segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki og fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki. Þær eru flokkaðar eftir líffærum og tíðni samkvæmt eftirfarandi skilgreiningu: mjög algengar ($\geq 1/10$), algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$), mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$), koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum).

Tafla 12: Aukaverkanir

Flokkun eftir líffærum/ Staðlað heiti.	Tíðni		
	Forvörn gegn segum og segareki í bláæðum eftir mjaðmar- og hnéliðskipti	Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif	Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki og fyrirbyggjandi meðferð gegn segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki
Blóð og eitlar			
Blóðleysi	Sjaldgæfar	Algengar	Sjaldgæfar
Minnkaður blóðrauði	Algengar	Sjaldgæfar	Tíðni ekki þekkt
Blóðflagnafæð	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Lækkuð blóðkornaskil	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Tíðni ekki þekkt
Daufkyrningafæð	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Kyrningaþurrð	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Ónæmiskerfi			
Lyfjaofnæmi	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Útbrot	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Kláði	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Bráðaofnæmisviðbrögð	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Ofnæmisjúgur	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Ofsakláði	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar

Berkjukrampi	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Taugakerfi			
Blæðing innan höfuðkúpu	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Æðar			
Margúll	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Blæðing	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Blæðing frá skurðsári	Sjaldgæfar	-	
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti			
Blóðnasir	Sjaldgæfar	Algengar	Algengar
Blóðhósti	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Meltingarfæri			
Blæðing í meltingarvegi	Sjaldgæfar	Algengar	Algengar
Kviðverkir	Mjög sjaldgæfar	Algengar	Sjaldgæfar
Niðurgangur	Sjaldgæfar	Algengar	Sjaldgæfar
Meltingartruflun	Mjög sjaldgæfar	Algengar	Algengar
Ógleði	Sjaldgæfar	Algengar	Sjaldgæfar
Blæðing frá endaparmi	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Algengar
Blæðing frá gyllinæð	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Sár í meltingarvegi, þ.m.t. sár í vélinda	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Maga- og vélindabólga	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Vélindabakflæði	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Uppköst	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Kyngingartregða	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Lifur og gall			
Óeðlileg lifrarstarfsemi/ Lifrarpróf óeðlileg	Algengar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Alanínamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Aspartatamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Lifransím, hækkuð	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Gallrauðaaukning í blóði	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Tíðni ekki þekkt
Húð og undirhúð			
Húðblæðingar	Sjaldgæfar	Algengar	Algengar
Hármissir	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Stoðkerfi og bandvefur			
Blæðing í lið	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Nýru og þvagfæri			
Blæðing frá þvag- og kynfærum, þ.m.t. blóð í þvagi	Sjaldgæfar	Algengar	Algengar
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað			
Blæðing á stungustað	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Blæðing við æðalegg	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Blóðug útferð	Mjög sjaldgæfar	-	
Áverkar, eitranir og fylgikvillar aðgerðar			
Blæðing vegna áverka	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Blæðing í skurðsári	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Margúll eftir aðgerð	Sjaldgæfar	-	-
Blæðing eftir aðgerð	Sjaldgæfar	-	-
Blóðleysi eftir aðgerð	Mjög sjaldgæfar	-	-
Útferð eftir aðgerð	Sjaldgæfar	-	-
Sáraútferð	Sjaldgæfar	-	-
Skurðaðgerðir og aðrar aðgerðir			
Útferð úr sári	Mjög sjaldgæfar	-	-

Útferð eftir aðgerð	Mjög sjaldgæfar	-	-
---------------------	-----------------	---	---

Lýsing á völdum aukaverkunum

Blæðingarviðbrögð

Vegna lyfjafræðilegs verkunarháttar getur notkun dabigatran etexílat tengst aukinni hættu á duldu eða sýnilegum blæðingum frá hvaða vef eða líffæri sem er. Vísbendingar, einkenni og alvarleiki (þ.m.t. dauðsfall) er breytilegt eftir staðsetningu og umfangi blæðingar og/eða blóðleysi. Í klínískum rannsóknum sást blæðing frá slímhúð (t.d. frá meltingarfærum, kyn- eða þvagfærum) oftast meðan á langvarandi dabigatran etexílat meðferð stóð, samanborið við meðferð með K-vítamínhemlum. Til viðbótar við fullnægjandi klínískt eftirlit eru mælingar á gildum blóðrauða og/eða blóðkornaskilum því gagnlegar til að greina dulda blæðingu. Hætta á blæðingum getur aukist hjá ákveðnum sjúklingahópum, t.d. sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og/eða við samhliða meðferð sem hefur áhrif á blæðingarstöðvun eða með öflugum P-gp hemlum (sjá kafla 4.4, Blæðingarhætta). Fylgikvillar blæðinga geta lýst sér sem þróttleysi, fölvi, sundl, höfuðverkur eða óútskýrð bólga, mæði og óútskýrt lost.

Tilkynnt hefur verið um þekktu fylgikvilla blæðinga, eins og rýmisheilkenni (compartment syndrome) og bráða nýrnabilun vegna ófullnægjandi gegnflæðis ásamt nýrnakvilla tengdum segavarnarlyfjum hjá sjúklingum með áhættuþætti sem valda tilhneigingu til slíks, við notkun dabigatran etexílat. Því skal íhuga möguleikann á blæðingu við mat á ástandi hjá öllum sjúklingum á blóðþynningu. Sérstækt viðsnúningslyf fyrir dabigatran, idarucizumab, er fáanlegt ef um er að ræða óviðráðanlega blæðingu hjá fullorðnum sjúklingum (sjá kafla 4.9).

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

Tafla 13 sýnir fjölda (%) sjúklinga sem fengu blæðingu sem aukaverkun á meðferðartímabilinu í tveimur klínískum lykilrannsóknum á forvörn gegn bláæðasegareki, eftir skammtastærð.

Tafla 13: Fjöldi (%) sjúklinga sem fengu blæðingu sem aukaverkun

	Dabigatran etexílat 150 mg einu sinni á sólarhring N (%)	Dabigatran etexílat 220 mg einu sinni á sólarhring N (%)	Enoxaparín N (%)
Meðhöndlaðir	1.866 (100,0)	1.825 (100,0)	1.848 (100,0)
Meiriháttar blæðingar	24 (1,3)	33 (1,8)	27 (1,5)
Blæðingar	258 (13,8)	251 (13,8)	247 (13,4)

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti

Tafla 14 sýnir blæðingartilvik sem skipt er niður í meiriháttar blæðingar og hvers konar blæðingar í lykilrannsókninni sem fólst í rannsókn á fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi af völdum segareks og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif.

Tafla 14: Blæðingartilvik í rannsókn á fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi af völdum segareks og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Slembiradaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Meiriháttar blæðing	347 (2,92%)	409 (3,40%)	426 (3,61%)
Blæðing innan höfuðkúpu	27 (0,23%)	39 (0,32%)	91 (0,77%)
Blæðing í meltingarvegi	134 (1,13%)	192 (1,60%)	128 (1,09%)

Banvæn blæðing	26 (0,22%)	30 (0,25%)	42 (0,36%)
Minniháttar blæðing	1.566 (13,16%)	1.787 (14,85%)	1.931 (16,37%)
Hvers konar blæðing	1.759 (14,78%)	1.997 (16,60%)	2.169 (18,39%)

Þátttakendur, sem var slembiraðað á dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring eða 150 mg tvisvar á sólarhring, voru í marktækt minni hættu á lífshættulegum blæðingum og blæðingum innan höfuðkúpu borið saman við warfarín [$p < 0,05$]. Báðir styrkleikar dabigatran etexílat höfðu einnig í för með sér tölfræðilega marktækt lægri heildartíðni blæðinga. Þátttakendur, sem var slembiraðað á dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring, voru í marktækt minni hættu á meiriháttar blæðingum borið saman við warfarín (áhættuhlutfall 0,81 [$p=0,0027$]). Þátttakendur, sem var slembiraðað á dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring, voru í marktækt aukinni hættu á meiriháttar blæðingum í meltingarvegi borið saman við warfarín (áhættuhlutfall 1,48 [$p=0,0005$]). Þessi áhrif sáust fyrst og fremst hjá sjúklingum ≥ 75 ára.

Klínískur ávinningur dabigatrans með tilliti til fyrirbyggjandi meðferðar gegn heilaslagi og segareki í slagæðum og minnkuð hættu á blæðingu innan höfuðkúpu borið saman við warfarín hélst í einstökum undirhópum sjúklinga, hvort sem um er að ræða skerta nýrnastarfsemi, hærri aldur, samhliða lyfjameðferð svo sem með lyfjum sem hindra samloðun blóðflagna eða P-glykóprótein hemlum. Þó að sumir undirhópar sjúklinga séu í aukinni hættu á meiriháttar blæðingu þegar þeir eru meðhöndlaðir með segavarnarlyfi er aukin blæðingarhætta af völdum dabigatrans vegna blæðingar í meltingarvegi, sem yfirleitt sést innan fyrstu 3-6 mánaðanna eftir að meðferð með dabigatran etexílati hefst.

Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og fyrirbyggjandi meðferð við endurteknu DVT og PE (DVT/PE meðferð)

Tafla 15 sýnir blæðingartilvik í báðum rannsóknunum í heild, RE-COVER og RE-COVER II á meðferð við DVT og PE. Í rannsóknunum í heild voru aðalendapunktur varðandi öryggi meiri háttar blæðing, meiri háttar eða klínískt mikilvæg blæðing og sérhver blæðing við marktækt lægri tíðni en við notkun warfaríns miðað við tilgreindan alfa-stuðul sem var 5%.

Tafla 15: Blæðingartilvik í rannsóknunum RE-COVER og RE-COVER II á meðferð við DVT og PE

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín	Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)
Sjúklingar sem öryggisgreiningin tók til	2.456	2.462	
Meiri háttar blæðingartilvik	24 (1,0%)	40 (1,6%)	0,60 (0,36; 0,99)
Blæðing innan höfuðkúpu	2 (0,1%)	4 (0,2%)	0,50 (0,09; 2,74)
Meiri háttar blæðing í meltingarvegi	10 (0,4%)	12 (0,5%)	0,83 (0,36; 1,93)
Lífshættuleg blæðing	4 (0,2%)	6 (0,2%)	0,66 (0,19; 2,36)
Meiri háttar blæðingartilvik/klínískt mikilvægar blæðingar	109 (4,4%)	189 (7,7%)	0,56 (0,45; 0,71)
Hvers konar blæðing	354 (14,4%)	503 (20,4%)	0,67 (0,59; 0,77)
Hvers konar blæðing í meltingarvegi	70 (2,9%)	55 (2,2%)	1,27 (0,90; 1,82)

Blæðingartilvik í báðum meðferðarhópunum er talin frá fyrstu inntöku dabigatran etexílat eða warfaríns eftir að meðferð með stungulyfi var hætt (tímabil meðferðar með lyfi til inntöku). Þetta felur í sér öll blæðingartilvik sem komu fyrir meðan á meðferð með dabigatran etexílati stóð. Öll blæðingartilvik sem komu fyrir meðan á meðferð með warfaríni stóð eru talin með að undanskildum þeim sem komu fyrir á skörunartímabilinu milli meðferðar með warfaríni og stungulyfi.

Tafla 16 sýnir blæðingartilvik í lykilrannsókninni, RE-MEDY, á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE. Sum blæðingartilvik (meiri háttar blæðingar, klínískt mikilvægar blæðingar og hvers konar blæðing) voru marktækt færri hjá sjúklingum sem fengu dabigatran etexílat samanborið við þá sem fengu warfarín miðað við tilgreindan alfa-stuðul sem var 5%.

Tafla 16: Blæðingartilvik í rannsókninni RE-MEDY á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín	Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)
Meðhöndlaðir sjúklingar	1.430	1.426	
Meiri háttar blæðingartilvik	13 (0,9%)	25 (1,8%)	0,54 (0,25; 1,16)
Blæðing innan höfuðkúpu	2 (0,1%)	4 (0,3%)	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðing í meltingarvegi	4 (0,3%)	8 (0,5%)	Ekki hægt að reikna út*
Lífshættuleg blæðing	1 (0,1%)	3 (0,2%)	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðingartilvik /klínískt mikilvægar blæðingar	80 (5,6%)	145 (10,2%)	0,55 (0,41; 0,72)
Hvers konar blæðing	278 (19,4%)	373 (26,2%)	0,71 (0,61; 0,83)
Hvers konar blæðing í meltingarvegi	45 (3,1%)	32 (2,2%)	1,39 (0,87; 2,20)

*Ekki hægt að áætla áhættuhlutfall þar sem ekkert tilvik varð í hvorugum meðferðarhópnum/meðferðinni

Tafla 17 sýnir blæðingartilvik í lykilrannsókninni, RE-SONATE, á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE. Tíðni samsetningar meiri háttar blæðingar/klínískt mikilvægrar blæðingar og tíðni hvers konar blæðinga var marktækt lægri hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu samanborið við þá sem fengu dabigatran etexílat miðað við tilgreindan alfa-stuðul sem var 5%.

Tafla 17: Blæðingartilvik í rannsókninni RE-SONATE á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Lyfleysa	Áhættuhlutfall samanborið við lyfleysu (95% áhættuhlutfall)
Meðhöndlaðir sjúklingar	684	659	
Meiri háttar blæðingartilvik	2 (0,3%)	0	Ekki hægt að reikna út*
Blæðing innan höfuðkúpu	0	0	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðing í meltingarvegi	2 (0,3%)	0	Ekki hægt að reikna út*
Lífshættulegar blæðingar	0	0	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðingartilvik /klínískt mikilvægar blæðingar	36 (5,3%)	13 (2,0%)	2,69 (1,43; 5,07)
Hvers konar blæðing	72 (10,5%)	40 (6,1%)	1,77 (1,20; 2,61)
Hvers konar blæðing í meltingarvegi	5 (0,7%)	2 (0,3%)	2,38 (0,46; 12,27)

*Ekki hægt að áætla áhættuhlutfall þar sem ekkert tilvik varð í hvorugri meðferðinni

Kyrningapurrd og daufkyrningafæð

Örsjaldan hefur verið tilkynnt um kyrningapurrd og daufkyrningafæð eftir að notkun dabigatran etexílat var samþykkt. Þar sem tilkynningar um aukaverkanir við lyfjagát eftir markaðssetningu koma frá þýði af óvissri stærð, er ekki mögulegt að ákvarða tíðni þeirra á áreiðanlegan hátt. Tíðni tilkynninganna var áætluð 7 tilvik á hverja 1 milljón sjúklinga ára fyrir kyrningapurrd og 5 tilvik á hverja 1 milljón sjúklinga ára fyrir daufkyrningafæð.

Börn

Öryggi dabigatran etexílat sem meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum var rannsakað í tveimur III. stigs rannsóknum (DIVERSITY og 1160.108). Alls höfðu 328 börn fengið meðferð með dabigatran etexílati. Sjúklingarnir fengu dabigatran etexílat samsetningu sem hentaði hverjum aldurshópi í skömmtum sem aðlagaðir höfðu verið að aldri og þyngd.

Búist er við að öryggi hjá börnum sé í heildina það sama og hjá fullorðnum.

Alls fengu 26% barna sem fengu meðferð með dabigatran etexílati við segum og segareki í bláæðum og sem forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum aukaverkanir.

Listi yfir aukaverkanir á töfluformi

Tafla 18 sýnir aukaverkanir sem komu fram í rannsóknum á meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum. Þær eru flokkaðar eftir líffærum og tíðni samkvæmt eftirfarandi skilgreiningu: mjög algengar ($\geq 1/10$), algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$), mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$), koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum).

Tafla 18: Aukaverkanir

	Tíðni
Flokkun eftir líffærum / Staðlað heiti.	Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum
Blóð og eitlar	
Blóðleysi	Algengar
Minnkaður blóðrauði	Sjaldgæfar
Blóðflagnafæð	Algengar
Lækkuð blóðkornaskil	Sjaldgæfar
Daufkyrningafæð	Sjaldgæfar
Kyrningapurrd	Tíðni ekki þekkt
Ónæmiskerfi	
Lyfjaofnæmi	Sjaldgæfar
Útbrot	Algengar
Kláði	Sjaldgæfar
Bráðaofnæmisviðbrögð	Tíðni ekki þekkt
Ofnæmisbjúgur	Tíðni ekki þekkt
Ofsakláði	Algengar
Berkjukrampi	Tíðni ekki þekkt
Taugakerfi	
Blæðing innan höfuðkúpu	Sjaldgæfar
Æðar	

Margúll	Algengar
Blæðing	Tíðni ekki þekkt
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti	
Blóðnasir	Algengar
Blóðhósti	Sjaldgæfar
Meltingarfæri	
Blæðing í meltingarvegi	Sjaldgæfar
Kviðverkir	Sjaldgæfar
Niðurgangur	Algengar
Meltingartruflun	Algengar
Ógleði	Algengar
Blæðing frá endaparmi	Sjaldgæfar
Blæðing frá gyllinæð	Tíðni ekki þekkt
Sár í meltingarvegi, þ.m.t. sár í vélinda	Tíðni ekki þekkt
Maga- og vélindabólga	Sjaldgæfar
Vélindabakflæði	Algengar
Uppköst	Algengar
Kyngingartregða	Sjaldgæfar
Lifur og gall	
Óeðlileg lifrarstarfsemi/ Lifrarpróf óeðlileg	Tíðni ekki þekkt
Alanínamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Aspartatamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Lifrarensím, hækkuð	Algengar
Gallrauðaukning í blóði	Sjaldgæfar
Húð og undirhúð	
Húðblæðingar	Sjaldgæfar
Hármissir	Algengar
Stoðkerfi og bandvefur	
Blæðing í lið	Tíðni ekki þekkt
Nýru og þvagfæri	
Blæðing frá þvag- og kynfærum, þ.m.t. blóð í þvagi	Sjaldgæfar
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað	
Blæðing á stungustað	Tíðni ekki þekkt
Blæðing við æðalegg	Tíðni ekki þekkt
Áverkar, eitranir og fylgikvillar aðgerðar	
Blæðing vegna áverka	Sjaldgæfar
Blæðing í skurðsári	Tíðni ekki þekkt

Blæðingarviðbrögð

Í tveimur III. stigs rannsóknum á ábendingunni meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum fengu alls 7 sjúklingar (2,1%) meiriháttar blæðingartilvik, 5 sjúklingar (1,5%) fengu klínískt mikilvægt blæðingartilvik sem ekki var meiriháttar og 75 sjúklingar (22,9%) fengu minniháttar blæðingartilvik. Tíðni blæðingartilvika var í heildina hærri hjá elsta aldurshópnum (12 til < 18 ára: 28,6%) en hjá yngri aldurshópnum (frá fæðingu til < 2 ára: 23,3%; 2 til < 12 ára: 16,2%). Meiriháttar eða alvarleg blæðing, óháð staðsetningu, getur valdið fötlun, lífshættu og jafnvel dauða.

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 Ofskömmtun

Skammtar af dabigatran etexílati sem eru hærri en ráðlagðir skammtar valda aukinni blæðingarhættu hjá sjúklingum.

Ef grunur er um ofskömmtun getur storkupróf hjálpað til við að meta blæðingarhættu (sjá kafla 4.4 og 5.1). Kvarðað magnbundið dTT próf (þynntur trombintími) eða endurteknað mælingar á dTT geta spáð fyrir um hvenær ákveðnum dabigatran gildum verði náð (sjá kafla 5.1), einnig þegar gripið hefur verið til viðbótaraðgerða t.d. skilunar.

Of mikil blóðþyngning getur leitt til þess að gera verður hlé á meðferð með dabigatran etexílati. Þar sem dabigatran skilst fyrst og fremst út um nýru verður að viðhalda fullnægjandi þvagmyndun. Próteinbinding er lítil og skilst því dabigatran út með blóðskilun, en í klínískum rannsóknum er lítil klínísk reynsla fyrir hendi sem sýnir notagildi þeirrar aðgerðar (sjá kafla 5.2).

Viðbrögð við fylgikvillum blæðinga

Ef um fylgikvilla blæðingar er að ræða verður að hætta meðferð með dabigatran etexílati og greina uppruna blæðingarinnar. Metið eftir klínísku ástandi skal veita viðeigandi stuðningsmeðferð eftir því sem lækurinn ákveður, t.d. stöðvun blæðingar með skurðaðgerð eða meðferð til að viðhalda blóðrúmmáli. Þegar þörf er á hröðum viðsnúningi segavarnandi áhrifa dabigatrans hjá fullorðnum sjúklingum er sértækt viðsnúningslyf (idarucizumab), sem hemur lyfhrif dabigatrans, fáanlegt. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum (sjá kafla 4.4).

Hafa má í huga storkuþáttaþykkni (virkjuð eða ekki virkjuð) eða raðbrigðapátt VIIa. Nokkur reynsla úr tilraunum styður að þessi lyf leiki hlutverk í að upphæfja segavarnandi áhrif dabigatrans, en mjög takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um notagildi þess við klínískar aðstæður sem og um hugsanlega hættu á endurkomu segareks. Storkupróf geta verið óáreiðanleg eftir gjöf fyrrgreindra storkuþáttaþykkna. Gæta skal varúðar við túlkun slíkra prófa. Einnig ætti að íhuga gjöf blóðflöguþykkni í tilvikum þar sem blóðflagnafæð er til staðar eða notuð hafa verið langvirk blóðflöguhemjandi lyf. Hverskyns meðferð við einkennum verður að veita samkvæmt mati læknisins.

Í tilfellum meiriháttar blæðinga, háð aðstæðum á hverjum stað, ætti að íhuga ráðgjöf frá sérfræðingi í storkuþáttum.

5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

5.1 Lyfhrif

Flokkun eftir verkun: Segavarnarlyf (antithrombotica), hemlar með beina verkun á trombín, ATC flokkur: B01AE07.

Verkunarháttur

Dabigatran etexílat er lítil sameind sem er forlyf og hefur enga lyfjafræðilega verkun. Eftir inntöku frásogast dabigatran etexílat hratt og umbrotar í dabigatran með esterasahvötuðu vatnsrofi í plasma og lifur. Dabigatran er öflugur, afturkræfur, samkeppnis-, trombínhemill með beina verkun og er aðalþátturinn sem er virkur í plasma.

Þar sem trombín (serín próteasi) auðveldar umbreytingu fibrínógens í fibrín í storkuferlinu, kemur hömlun þess í veg fyrir segamyndun. Dabigatran hamlar fríu trombíni, fibrínbundnu trombíni og trombín-örvaðri blóðflagnakekkjun.

Lyfhrif

In vivo og *ex vivo* dýrarannsóknir hafa sýnt segavarnandi verkun dabigatrans og virkni þess gegn blóðstorknun eftir gjöf dabigatrans í bláæð og dabigatran etexílati til inntöku, í mismunandi dýralíkönunum af segamyndun.

Skýr fylgni er milli plasmabéttni dabigatrans og umfangi segavarnandi áhrifa samkvæmt II. stigs rannsóknum. Dabigatran lengir trombítíma (TT), ECT og aPTT.

Kvarðaður magnbundinn þynntur trombítími (dTT) gefur mat á plasmabéttni dabigatrans sem hægt er að bera saman við þá plasmabéttni dabigatrans sem búist er við. Þegar plasmabéttni dabigatrans er við eða undir magnákvörðunarmörkum samkvæmt kvörðuðu dTT prófi skal íhuga viðbótar storkupróf svo sem TT, ECT eða aPTT.

ECT getur gefið beina mælingu á virkni beinna trombínhemla.

aPTT próf er víða fáanlegt og gefur nokkra vísbendingu um segavarnandi áhrif dabigatrans. Hins vegar hefur aPTT próf takmarkaða næmni og á ekki við til nákvæmrar mælingar á segavarnandi verkun, sérstaklega ekki þegar blóðþéttni dabigatrans er há. Þó að há aPTT gildi skuli túlka með varúð, benda há aPTT gildi til þess að sjúklingurinn sé blóðþynntur.

Almennt má ætla að þessar mælingar á segavarnandi verkun geti endurspeglad styrk dabigatrans og geti verið leiðbeinandi um mat á blæðingarhættu, þ.e.a.s. mælingar sem eru yfir 90. hundraðsmark af dabigatran lágstyrk og storkupróf svo sem aPTT sem tekið er við lágstyrk (fyrir aPTT mörk sjá kafla 4.4, töflu 6) er talið tengjast aukinni blæðingarhættu.

Fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum í bæklunarskurðaðgerðum

Margfeldismeðaltal hástyrks dabigatrans í jafnvægi í plasma (eftir dag 3), mælt u.þ.b. 2 klst. eftir gjöf 220 mg af dabigatran etexílati, var 70,8 ng/ml, á bilinu 35,2-162 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Margfeldismeðaltal lágstyrks (trough concentration) dabigatrans mælt við lok skammtabils (þ.e. 24 klst. eftir 220 mg skammt af dabigatran) var að meðaltali 22,0 mg/ml, á bilinu 13,0-35,7 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Í sérstakri rannsókn sem einungis tók til sjúklinga með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun, CrCl 30-50 ml/mín.) sem fengu 150 mg af dabigatran etexílati einu sinni á sólarhring, var margfeldismeðaltal lágstyrks dabigatrans mælt við lok skammtabils að meðaltali 47,5 ng/ml, á bilinu 29,6-72,2 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Hjá sjúklingum sem eru á fyrirbyggjandi meðferð gegn bláæðasegareki eftir ísetningu gerviliðar í mjöðm eða hné með 220 mg af dabigatran etexílati einu sinni á sólarhring,

- var 90. hundraðsmark plasmabéttni dabigatrans 67 ng/ml, mælt við lágstyrk (20-28 klst. eftir fyrri skammt) (sjá kafla 4.4 og 4.9),
- var 90. hundraðsmark aPTT við lágstyrk (20-28 klst. eftir fyrri skammt) 51 sekúnda, sem eru 1,3-föld eðlileg efri mörk.

ECT var ekki mælt hjá sjúklingum sem voru á fyrirbyggjandi meðferð gegn bláæðasegareki eftir ísetningu gerviliðar í mjöðm eða hné með 220 mg af dabigatran etexílati einu sinni á sólarhring.

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF)

Margfeldismeðaltal hástyrks dabigatrans í jafnvægi í plasma, mælt u.þ.b. 2 klst. eftir gjöf 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring, var um 175 ng/ml, á bilinu 117-275 ng/ml (25.-75. hundraðsmark). Margfeldismeðaltal lágstyrks (trough concentration) dabigatrans mælt við lágmark að morgni við lok skammtabils (þ.e. 12 klst. eftir 150 mg kvöldskammt af dabigatran) var að meðaltali 91,0 mg/ml, á bilinu 61,0-143 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum, sem fengu fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring,

- var 90. hundraðsmark plasmabéttni dabigatrans mældu við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) um 200 ng/ml,
- ECT við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt), sem var hækkað um u.þ.b. 3-föld eðlileg efri mörk á við um 90. hundraðsmark ECT lengingar sem var 103 sekúndur,
- aPTT hlutfall hærra en 2-föld eðlileg efri mörk (aPTT lenging um u.þ.b. 80 sekúndur), við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) endurspeglar 90. hundraðsmörkin sem fram komu.

Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og fyrirbyggjandi meðferð við endurteknu DVT og PE (DVT/PE)

Hjá sjúklingum sem fengu meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring við segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki var margfeldismeðaltal lágstyrks dabigatrans, mælt innan 10-16 klst. eftir skammt í lok skammtabils (þ.e. 12 klst. eftir 150 mg kvöldskammt af dabigatran), 59,7 ng/ml, á bilinu 38,6-94,5 ng/ml (25.-75. hundraðsmark). Við meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring við segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki,

- var 90. hundraðsmark plasmabéttni dabigatrans mældu við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) um 146 ng/ml,
- ECT við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) sem var hækkað u.þ.b. 2,3-falt samanborið við grunnlínu á við um 90. hundraðsmark ECT lengingar sem var 74 sekúndur,
- 90. hundraðsmark aPTT við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) var 62 sekúndur, sem myndi vera 1,8-falt samanborið við grunnlínu.

Engar upplýsingar liggja fyrir um lyfjahvörf hjá sjúklingum á fyrirbyggjandi meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati við endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og endurteknu lungnasegareki.

Verkun og öryggi

Kynþáttur

Enginn klínískt mikilvægur munur vegna kynþáttar kom fram milli sjúklinga af hvítum, afrískum-amerískum, spænskum, japönskum eða kínverskum kynþætti.

Klínískar rannsóknir á forvörn gegn segum og segareki í bláæðum hjá sjúklingum eftir stórar skurðaðgerðir þar sem skipt er um liði

Í 2 stórum slembiröðuðum, tvíblindum rannsóknum með samhliða hópum til staðfestingar á skömmtum fengu sjúklingar sem gengust undir valfrjálsar stórar bæklunarskurðaðgerðir (önnur til að skipta um hnélið og hin til að skipta um mjaðmarlið) dabigatran etexílat 75 mg eða 110 mg innan 1-4 klukkustunda eftir aðgerð og síðan 150 mg eða 220 mg einu sinni á sólarhring eftir það, áður var tryggt að blæðingar væru stöðvaðar, eða enoxaparín 40 mg daginn fyrir aðgerð og daglega eftir það. Í RE-MODEL rannsókninni (skipt um hnélið) stóð meðferð í 6-10 daga og í RE-NOVATE rannsókninni (skipt um mjaðmarlið) í 28-35 daga. Í heild fengu 2.076 sjúklingar (hné) og 3.494 (mjöðm) meðferð, hvor hópur fyrir sig.

Heildartilvik bláæðasegareks (þ.m.t. lungnasegarek, nærlægur og útlægur blóðsegi í djúplægri bláæð, með einkennum eða án, sem sást við bláæðamyndatöku) og dánartíðni af öðrum orsökum mynduðu aðalendapunkt í báðum rannsóknunum. Heildar meiriháttar bláæðasegarekstilvik (þ.m.t. lungnasegarek og nærlægur blóðsegi í djúplægri bláæð, með einkennum eða án, sem sást við bláæðamyndatöku) og dánartíðni vegna bláæðasegareks mynduðu aukaendapunkt og er hann talinn hafa meira klínískt gildi. Niðurstöður beggja rannsókna sýndu að segavarnandi verkun 220 mg og 150 mg af dabigatran etexílati var tölfræðilega jafngild verkun enoxaparíns hvað varðar samtals bláæðasegarekstilvik og dánartíðni af öðrum orsökum. Punktmat fyrir tíðni meiriháttar bláæðasegarekstilvika og dánartíðni vegna bláæðasegareks var heldur lakara fyrir 150 mg skammt en fyrir enoxaparín (tafla 19). Betri niðurstöður sást fyrir 220 mg skammt þar sem punktmat fyrir meiriháttar bláæðasegarekstilvik var heldur betra en fyrir enoxaparín (tafla 19).

Klínískar rannsóknir hafa verið gerðar hjá sjúklingaþýði sem hefur meðalaldur > 65 ár.

Enginn munur sást milli karla og kvenna hvað varðar virkni og öryggi í 3. stigs klínískum rannsóknum.

Í sjúklingaþýði í RE-MODEL og RE-NOVATE rannsóknunum (5.539 sjúklingar meðhöndlaðir) voru 51% jafnframt með háþrýsting, 9% voru jafnframt með sykursýki, 9% voru jafnframt með kransæðasjúkdóm og 20% höfðu sögu um lélegar bláæðar. Enginn þessara sjúkdóma virtist hafa áhrif á verkun dabigatrans á bláæðasegarek eða blæðingartíðni.

Niðurstöður fyrir endapunktinn meiriháttar bláæðasegarek og dánartíðni tengd bláæðasegareki voru einsleitar hvað varðar aðal virkniendapunkt og eru sýndar í töflu 19.

Niðurstöður fyrir endapunktinn heildar bláæðasegarekstilvik og dánartíðni af öðrum orsökum eru sýndar í töflu 20.

Niðurstöður fyrir endapunkta meiriháttar blæðinga eru sýndar í töflu 21 hér fyrir neðan.

Tafla 19: Greining á meiriháttar bláæðasegareki og dánartíðni tengd bláæðasegareki á meðferðartíma í RE-MODEL og RE-NOVATE rannsóknunum á bæklunarskurðaðgerðunum.

Rannsókn	Dabigatran etexílat 220 mg einu sinni á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg einu sinni á sólarhring	Enoxaparín 40 mg
RE-NOVATE (mjöðm)			
Fjöldi	909	888	917
Tíðni (%)	28 (3,1)	38 (4,3)	36 (3,9)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín (%)	0,78	1,09	
95% CI	0,48; 1,27	0,70; 1,70	
RE-MODEL (hné)			
Fjöldi	506	527	511
Tíðni (%)	13 (2,6)	20 (3,8)	18 (3,5)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín	0,73	1,08	
95% CI	0,36; 1,47	0,58; 2,01	

Tafla 20: Greining á bláæðasegarekstilvikum samtals og dánartíðni af öðrum orsökum á meðferðartíma í RE-NOVATE og RE-MODEL rannsóknunum á bæklunarskurðaðgerðunum.

Rannsókn	Dabigatran etexílat 220 mg einu sinni á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg einu sinni á sólarhring	Enoxaparín 40 mg
RE-NOVATE (mjöðm)			
Fjöldi	880	874	897
Tíðni (%)	53 (6,0)	75 (8,6)	60 (6,7)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín	0,9	1,28	
95% CI	(0,63; 1,29)	(0,93; 1,78)	
RE-MODEL (hné)			
Fjöldi	503	526	512
Tíðni (%)	183 (36,4)	213 (40,5)	193 (37,7)
Áhættuhlutfall miðað við enoxaparín	0,97	1,07	

95% CI	(0,82; 1,13)	(0,92; 1,25)	
--------	--------------	--------------	--

Tafla 21: Meiriháttar blæðingar á mismunandi meðferð í RE-MODEL og RE-NOVATE rannsóknunum.

Rannsókn	Dabigatran etexílat 220 mg einu sinni á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg einu sinni á sólarhring	Enoxaparín 40 mg
RE-NOVATE (mjöðm)			
Fjöldi meðhöndlaðra sjúklinga	1.146	1.163	1.154
Fjöldi meiriháttar blæðinga (%)	23 (2,0)	15 (1,3)	18 (1,6)
RE-MODEL (hné)			
Fjöldi meðhöndlaðra sjúklinga	679	703	694
Fjöldi meiriháttar blæðinga (%)	10 (1,5)	9 (1,3)	9 (1,3)

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti

Klínískar vísbendingar um verkun dabigatran etexílat eru fengnar úr RE-LY rannsókninni (Randomized Evaluation of Long –term anticoagulant therapy) sem er fjölsetra, fjölþjóðleg, slembuð, rannsókn með samhlíða hópum og með tveimur mismunandi tvíblinduðum skömmtum af dabigatran etexílati (110 mg og 150 mg tvisvar á sólarhring) bornir saman við óblindadaða skammta warfarins hjá sjúklingum með gáttatif í miðlungsmikilli eða mikilli hættu á heilaslagi og segareki í slagæðum. Megintilgangur þessarar rannsóknar var að ákvarða hvort dabigatran etexílat væri jafngóður kostur og warfarin við að fækka tilvikum samsetta endapunktsins, heilaslags og segareks í slagæðum. Tölfræðilegir yfirburðir voru einnig greindir.

Í RE-LY rannsókninni var samtals 18.113 sjúklingum slembiraðað, með meðalaldur 71,5 ár og meðal CHADS2 skor 2,1. Af sjúklingaþýðinu voru 64% karlar, 70% voru af hvíta kynstofninum og 16% voru af asískum kynstofni. Hjá sjúklingum sem var slembiraðað á warfarin var meðalhlutfall tíma á meðferðarbili (time in therapeutic range [TTR]) (INR 2-3) 64,4% (miðgildi TTR 67%).

RE-LY rannsóknin sýndi fram á að dabigatran etexílat, við skammta sem námu 110 mg tvisvar á sólarhring, er ekki síðri kostur en warfarin til að fyrirbyggja heilaslag og segarek í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif, með minni hættu á blæðingu innan höfuðkúpu, heildarblæðingu og meiriháttar blæðingu. Skammturinn 150 mg tvisvar á sólarhring minnkar marktækt hættuna á blóðþurrðarheilaslagi og blæðingarheilaslagi, dauða af völdum æðasjúkdóma, blæðingu innan höfuðkúpu, og heildarblæðingu borið saman við warfarin. Tíðni meiriháttar blæðinga við þessa skammta var sambærileg við warfarin. Tíðni hjartadreps var lítilsháttar aukin með dabigatran etexílati 110 mg tvisvar á sólarhring og 150 mg tvisvar á sólarhring borið saman við warfarin (áhættuhlutfall 1,29; p=0,0929 annars vegar og áhættuhlutfall 1,27; p=0,1240 hins vegar). Með því að bæta eftirlit með INR minnkar ávinningur af dabigatran etexílati borið saman við warfarin.

Töflur 22-24 sýna upplýsingar um lykilniðurstöður hjá heildarþýðinu:

Tafla 22: Greining á fyrstu tilvikum heilaslags eða segareks í slagæðum (aðalendapunktur) á rannsóknartímanum í RE-LY.

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarin
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022

Heilaslag og/eða segarek í slagæðum			
Tíðni (%)	183 (1,54)	135 (1,12)	203 (1,72)
Áhættuhlutfall yfir warfarini (95% öryggisbil)	0,89 (0,73; 1,09)	0,65 (0,52; 0,81)	
p-gildi yfirburðir	p=0,2721	p=0,0001	

% á við tíðni tilvika á ári

Tafla 23: Greining á fyrstu tilvikum blóðþurrðar- eða blæðingarheilaslags á rannsóknartímanum í RE-LY.

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Heilaslag			
Tíðni (%)	171 (1,44)	123 (1,02)	187 (1,59)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,91 (0,74; 1,12)	0,64 (0,51; 0,81)	
p-gildi	0,3553	0,0001	
Segarek í slagæðum			
Tíðni (%)	15 (0,13)	13 (0,11)	21 (0,18)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,71 (0,37; 1,38)	0,61 (0,30; 1,21)	
p-gildi	0,3099	0,1582	
Blóðþurrðarheilaslag			
Tíðni (%)	152 (1,28)	104 (0,86)	134 (1,14)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	1,13 (0,89; 1,42)	0,76 (0,59; 0,98)	
p-gildi	0,3138	0,0351	
Blæðingarheilaslag			
Tíðni (%)	14 (0,12)	12 (0,10)	45 (0,38)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,31 (0,17; 0,56)	0,26 (0,14; 0,49)	
p-gildi	0,0001	< 0,0001	

% á við tíðni tilvika á ári

Tafla 24: Greining lifunar hjá sjúklingum í tilvikum af hvaða orsökum sem er og tilvikum hjarta- og æðasjúkdóma á rannsóknartímanum í RE-LY.

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarin
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Dánartíðni af öllum orsökum			
Tíðni (%)	446 (3,75)	438 (3,64)	487 (4,13)

Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,91 (0,80; 1,03)	0,88 (0,77; 1,00)	
p-gildi	0,1308	0,0517	
Dánartíðni vegna æðasjúkdóma			
Tíðni (%)	289 (2,43)	274 (2,28)	317 (2,69)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,90 (0,77; 1,06)	0,85 (0,72; 0,99)	
p-gildi	0,2081	0,0430	

% á við tíðni tilvika á ári

Töflur 25-26 sýna niðurstöður aðalendapunkts varðandi verkun og öryggi í viðeigandi undirhópum:

Fyrir aðalendapunktinn, heilaslag og segarek í slagæðum greindust engir undirhópar (þ.e. aldur, þyngd, kyn, nýrnastarfsemi, kynþáttur og o.s.frv.) með frábrugðið áhættuhlutfall borið saman við warfarin.

Tafla 25: Áhættuhlutfall og 95% öryggisbil fyrir heilaslag/segarek í slagæðum eftir undirhópum

Endapunktur	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin
Aldur (ár)		
< 65	1,10 (0,64; 1,87)	0,51 (0,26; 0,98)
65 ≤ og < 75	0,86 (0,62; 1,19)	0,67 (0,47; 0,95)
≥ 75	0,88 (0,66; 1,17)	0,68 (0,50; 0,92)
≥ 80	0,68 (0,44; 1,05)	0,67 (0,44; 1,02)
CrCL(ml/mín.)		
30 ≤ og < 50	0,89 (0,61; 1,31)	0,48 (0,31; 0,76)
50 ≤ og < 80	0,91 (0,68; 1,20)	0,65 (0,47; 0,88)
≥ 80	0,81 (0,51; 1,28)	0,69 (0,43; 1,12)

Varðandi aðalöryggisendapunktinn, meiriháttar blæðingu, skipti aldur máli varðandi meðferðaráhrif. Hlutfallsleg hættu á blæðingu með dabigatrani borið saman við warfarin jókst með hækkandi aldri. Hlutfallsleg áhætta var mest hjá sjúklingum ≥ 75 ára. Samhliða notkun blóðflöguhemjandi lyfjanna asetýlsalicýlsýru eða klópídógreis með bæði dabigatran etexílati og warfarini um það bil tvöfaldaði hlutfall meiriháttar blæðinga. Við greiningu á undirhópum kom í ljós að nýrnastarfsemi og CHADS2 skor hafði ekki mikilvæg áhrif hvað varðar meðferðaráhrif.

Tafla 26: Áhættuhlutfall og 95% öryggisbil fyrir meiriháttar blæðingar eftir undirhópum

Endapunktur	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin
Aldur (ár)		
< 65	0,32 (0,18; 0,57)	0,35 (0,20; 0,61)
65 ≤ og < 75	0,71 (0,56; 0,89)	0,82 (0,66; 1,03)
≥ 75	1,01 (0,84; 1,23)	1,19 (0,99; 1,43)
≥ 80	1,14 (0,86; 1,51)	1,35 (1,03; 1,76)
CrCL(ml/mín.)		
30 ≤ og < 50	1,02 (0,79; 1,32)	0,94 (0,73; 1,22)
50 ≤ og < 80	0,75 (0,61; 0,92)	0,90 (0,74; 1,09)

≥ 80	0,59 (0,43; 0,82)	0,87 (0,65; 1,17)
Notkun asetýlsalicýlsýru	0,84 (0,69; 1,03)	0,97 (0,79; 1,18)
Notkun klópídógreis	0,89 (0,55; 1,45)	0,92 (0,57; 1,48)

RELY-ABLE (langtíma, fjölsetra framhaldsmeðferð með dabigatrani hjá sjúklingum með gáttatif sem luku við RE-LY rannsóknina)

RE-LY framhaldsrannsóknin (RELY-ABLE) veitti viðbótar öryggisupplýsingar hjá hópi sjúklinga sem héldu áfram á sama skammti af dabigatran etexílati eins og gefinn var í RE-LY rannsókninni. Sjúklingar voru tækir í RELY-ABLE rannsóknina ef þeir höfðu ekki hætt að fullu á rannsóknarfjum þegar þeir komu í síðustu RE-LY rannsóknarheimsóknina. Sjúklingar sem voru þátttakendur héldu áfram að fá sama tvíblinda dabigatran etexílat skammtinn sem úthlutað var af handahófi í RE-LY rannsókninni í allt að 43 mánaða eftirfylgni eftir RE-LY (heildareftirfylgni RE-LY + RELY-ABLE tók 4,5 ár). 5.897 sjúklingar tóku þátt í rannsókninni og voru 49% af sjúklingunum sem upphaflega fengu af handahófi dabigatran etexílat í RE-LY og 86% af RELY-ABLE-tækum sjúklingum. Meðan á 2,5 ára viðbótarmeðferðinni stóð í RELY-ABLE með hámarksútsetningu í yfir 6 ár (heildarútsetning í RELY + RELY-ABLE) tókst að staðfesta langtíma öryggisprófil dabigatran etexílat fyrir báðar skammtastærðirnar, 110 mg tvisvar á dag og 150 mg tvisvar á dag. Ekki komu fram neinar nýjar öryggisupplýsingar.

Fjöldi tilvika, m.a. alvarlegar blæðingar og önnur blæðingartilvik, voru í samræmi við það sem sést hafði í RE-LY.

Upplýsingar úr rannsóknum án inngrips (non-interventional)

Í rannsókn án inngrips (GLORIA-AF) var upplýsingum um öryggi og verkun hjá nýgreindum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum (NVAF) sem fengu dabigatran etexílat í raunverulegum aðstæðum safnað framvirkt (í öðrum áfanga). Rannsóknin tók til 4.859 sjúklinga sem fengu dabigatran etexílat (55% fengu 150 mg tvisvar á dag, 43% fengu 110 mg tvisvar á dag, 2% fengu 75 mg tvisvar á dag). Sjúklingum var fylgt eftir í 2 ár. CHADS2 og HAS-BLED stigin voru að meðaltali 1,9 og 1,2, talið upp í sömu röð. Eftirfylgnitímabil á meðferð var að meðaltali 18,3 mánuðir. Meiriháttar blæðingar komu fram á 0,97 af hverjum 100 sjúklingaárum. Tilkynt var um lífshættuleg blæðingartilvik á 0,46 af hverjum 100 sjúklingaárum, blæðingu innan höfuðkúpu á 0,17 af hverjum 100 sjúklingaárum og blæðingu í meltingarvegi á 0,60 af hverjum 100 sjúklingaárum. Heilaslag kom fyrir á 0,65 af hverjum 100 sjúklingaárum.

Í rannsókn án inngrips [Graham DJ et al., Circulation. 2015; 131: 157-164] hjá meira en 134.000 öldruðum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum (NVAF) í Bandaríkjunum (þar sem eftirfylgnitímabil á meðferð nam 37.500 sjúklingaárum), tengdist dabigatran etexílat (84% sjúklinga fengu 150 mg tvisvar á dag, 16% sjúklinga fengu 75 mg tvisvar á dag) minnkaðri hættu á blóðþurrðarheilaslagi (áhættuhlutfall 0,80; 95% öryggisbil [CI] 0,67-0,96), blæðingu innan höfuðkúpu (áhættuhlutfall 0,34; CI 0,26-0,46) og dauðsföllum (áhættuhlutfall 0,86; CI 0,77-0,96) og aukinni hættu á blæðingum í meltingarvegi (áhættuhlutfall 1,28; CI 1,14-1,44) samanborið við warfarín. Enginn munur kom í ljós hvað varðar meiriháttar blæðingu (áhættuhlutfall 0,97, CI 0,88-1,07). Þessar athuganir í raunverulegum aðstæðum eru í samræmi við staðfestar upplýsingar um öryggi og verkun fyrir dabigatran etexílat í RE-LY rannsókninni fyrir þessa ábendingu.

Sjúklingar sem gengust undir kransæðavíkkun með stoðneti

Framsýn, slembiröðuð, opin rannsókn með blinduðum endapunkti (PROBE) (IIIb. stigs) til að meta tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati (110 mg eða 150 mg tvisvar á sólarhring) ásamt klópídógreli eða ticagrelori (P2Y12-blokki) í samanburði við þrílyfjameðferð með warfaríni (aðlagð að INR 2,0-3,0) ásamt klópídógreli eða ticagrelori og ASA var gerð hjá 2.725 sjúklingum með gáttatif sem ekki tengdist hjartalokusjúkdómum og gengust undir kransæðavíkkun með stoðneti (RE-DUAL PCI). Sjúklingum var slembiraðað til að fá tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg tvisvar á sólarhring, tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar á sólarhring eða þrílyfjameðferð með warfaríni. Öldruðum sjúklingum utan Bandaríkjana (≥ 80 ára fyrir öll lönd, ≥ 70 ára fyrir Japan) var slembiraðað í hópinn sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg eða í hópinn sem

fékk þrílyfjameðferð með warfaríni. Aðal endapunkturinn var samsettur endapunktur meiriháttar blæðinga samkvæmt ISTH viðmiðum eða klínískt marktækt blæðingartilvik sem ekki var meiriháttar.

Nýgengi aðal endapunktsins var 15,4% (151 sjúklingur) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg samanborið við 26,9% (264 sjúklingar) hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,52; 95% CI 0,42; 0,63; $P < 0,0001$ fyrir jafngildi (non-inferiority) og $P < 0,0001$ fyrir yfirburði (superiority)) og 20,2% (154 sjúklingar) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg samanborið við 25,7% (196 sjúklingar) hjá samsvarandi hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,72; 95% CI 0,58; 0,88; $P < 0,0001$ fyrir jafngildi og $P = 0,002$ fyrir yfirburði). Sem hluti af lýsandi greiningunum voru meiriháttar blæðingartilvik samkvæmt TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) matinu færri hjá báðum hópnum sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati heldur en hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni: 14 tilvik (1,4%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg samanborið við 37 tilvik (3,8%) hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,37; 95% CI 0,20; 0,68; $P = 0,002$) og 16 tilvik (2,1%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg samanborið við 30 tilvik (3,9%) hjá samsvarandi hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,51; 95% CI 0,28; 0,93; $P = 0,03$). Báðir hóparnir sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati höfðu lægri tíðni blæðinga innan höfuðkúpu en samsvarandi hópurinn sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni: 3 tilvik (0,3%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg samanborið við 10 tilvik (1,0%) hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,30; 95% CI 0,08; 1,07, $P = 0,06$) og 1 tilvik (0,1%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg samanborið við 8 tilvik (1,0%) hjá samsvarandi hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,12; 95% CI 0,02; 0,98; $P = 0,047$). Tíðni samsettra virkniendapunkta fyrir dauðsföll, segarek (hjartadrep, heilaslag eða segarek í slagæðum) eða ófyrirséð enduræðun (revascularization) hjá hópnum tveimur sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati var ekki síðra en hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (13,7% á móti 13,4% talið upp í sömu röð, HR 1,04; 95% CI: 0,84; 1,29, $P = 0,0047$ fyrir jafngildi). Enginn tölfræðilegur munur kom fram á einstökum þáttum virkniendapunkta á milli hópnum sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati og þrílyfjameðferð með warfaríni.

Rannsóknin sýndi fram á að tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati og P2Y12-blokka dró verulega úr hættu á blæðingu samanborið við þrílyfjameðferð með warfaríni, en var ekki síðri hvað varðar samsett tilvik segareks hjá sjúklingum með gáttatif sem gengust undir kransæðavíkkun með stoðneti.

Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE (DVT/PE meðferð)

Verkun og öryggi var rannsakað í tveimur fjölsetra, slembuðum, tvíblindum rannsóknum með samhlíða hópnum sem voru með sama sniði (replicate studies), RE-COVER og RE-COVER II. Í þessum rannsóknum var gerður samanburður á dabigatran etexílat (150 mg tvisvar á sólarhring) og warfaríni (mark INR 2,0-3,0) hjá sjúklingum með brátt segarek í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek. Megintilgangur þessara rannsókna var að staðfesta hvort dabigatran etexílat væri ekki síðra en warfarín til að draga úr tilvikum aðalendapunkts sem fól í sér öll tilvik endurtekens segareks í djúplægum bláæðum með einkennum og/eða lungnasegareks og tengdra dauðsfalla innan 6 mánaða meðferðartímabils.

Í báðum rannsóknunum í heild, RE-COVER og RE-COVER II, var 5.153 sjúklingum slembiraðað og 5.107 fengu meðferð.

Meðferðarlengd með föstum skammti af dabigatran var 174,0 dagar án eftirlits með blóðstorknun. Hjá sjúklingum sem var slembiraðað á meðferð með warfaríni var miðgildi tíma innan meðferðarbils (INR 2,0 til 3,0) 60,6%.

Rannsóknirnar sýndu að meðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar á sólarhring var ekki síðri en meðferð með warfaríni (jafngildismörk fyrir RE-COVER og RE-COVER II: 3,6 fyrir áhættumismun og 2,75 fyrir áhættuhlutfall).

Tafla 27: Greining aðal- og aukaendapunkta verkunar (bláæðasegarek felur í sér segamyndun í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek) til loka tímabils eftir meðferðarlok í RECOVER og RE-COVER II rannsóknunum í heild

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Meðhöndlaðir sjúklingar	2.553	2.554
Endurtekið bláæðasegarek og dauðsföll tengd bláæðasegareki	68 (2,7 %)	62 (2,4 %)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)	1,09 (0,77; 1,54)	
Aukaendapunktur		
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og dauðsföll af hvaða orsök sem er	109 (4,3%)	104 (4,1%)
95% öryggisbil	3,52; 5,13	3,34; 4,91
Segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum	45 (1,8%)	39 (1,5%)
95% öryggisbil	1,29; 2,35	1,09; 2,08
Lungnasegarek með einkennum	27 (1,1%)	26 (1,0%)
95% öryggisbil	0,70; 1,54	0,67; 1,49
Dauðsföll sem tengjast bláæðasegareki	4 (0,2%)	3 (0,1%)
95% öryggisbil	0,04; 0,40	0,02; 0,34
Dauðsföll af hvaða orsök sem er	51 (2,0%)	52 (2,0%)
95% öryggisbil	1,49; 2,62	1,52; 2,66

Fyrirbyggjandi meðferð við endurteknu DVT og PE (DVT/PE fyrirbygging)

Tvær slembaðar, tvíblindar rannsóknir með samhliða hópum voru gerðar hjá sjúklingum sem höfðu áður verið á segavarnarmedferð. Sjúklingar sem voru teknir inn í RE-MEDY, rannsókn með samanburði við warfarín, höfðu þegar verið á meðferð í 3 til 12 mánuði og höfðu þörf fyrir frekari segavarnarmedferð og sjúklingar sem voru teknir inn í RE-SONATE, rannsókn með samanburði við lyfleysu, höfðu þegar verið á meðferð með K-vítamínhemli í 6 til 18 mánuði.

Tilgangurinn með RE-MEDY rannsókninni var að bera öryggi og verkun dabigatran etexílat til inntöku (150 mg tvisvar sinnum á sólarhring) saman við warfarín (mark INR 2,0-3,0) í langtíma meðferð og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum og/eða lungnasegarek. Alls var 2.866 sjúklingum slembiraðað og 2.856 sjúklingar fengu meðferð. Meðferðartími með dabigatran etexílati var á bilinu frá 6 til 36 mánuðir (miðgildi 534,0 dagar). Hjá sjúklingum sem var slembiraðað á warfarín var miðgildi tíma á meðferðarbili (INR 2,0-3,0) 64,9%.

RE-MEDY sýndi að meðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar á sólarhring var ekki síðri meðferð með warfaríni (jafngildismörk: 2,85 fyrir áhættuhlutfall og 2,8 fyrir áhættumismun).

Tafla 28: Greining aðal- og aukaendapunkta verkunar (bláæðasegarek felur í sér segamyndun í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek) til loka tímabils eftir meðferðarlok í RE-MEDY rannsókninni

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Meðhöndlaðir sjúklingar	1.430	1.426
Endurtekið bláæðasegarek og dauðsföll tengd bláæðasegareki	26 (1,8%)	18 (1,3%)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)	1,44 (0,78; 2,64)	
jafngildismörk	2,85	
Sjúklingar sem veiktust á 18 mánuðum	22	17
Uppsöfnuð áhætta eftir 18 mánuði (%)	1,7	1,4
Áhættumismunur samanborið við warfarín (%)	0,4	
95% öryggisbil		
jafngildismörk	2,8	
Aukaendapunktur verkunar		
Endurtekið bláæðasegarek og dauðsföll af hvaða orsök sem er	42 (2,9%)	36 (2,5%)
95% öryggisbil	2,12; 3,95	1,77; 3,48
Segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum	17 (1,2%)	13 (0,9%)
95% öryggisbil	0,69; 1,90	0,49; 1,55
Lungnasegarek með einkennum	10 (0,7%)	5 (0,4%)
95% öryggisbil	0,34; 1,28	0,11; 0,82
Dauðsföll sem tengjast segareki í bláæð	1 (0,1%)	1 (0,1%)
95 % öryggisbil	0,00; 0,39	0,00; 0,39
Dauðsföll af hvaða orsök sem er	17 (1,2%)	19 (1,3%)
95% öryggisbil	0,69; 1,90	0,80; 2,07

Tilgangur RE-SONATE rannsóknarinnar var að meta yfirburði dabigatran etexílat samborið við lyfleysu til að fyrirbyggja endurtekið bláæðasegarek með einkennum og/eða lungnasegarek hjá sjúklingum sem höfðu þegar lokið 6-18 mánaða meðferð með K-vítamínhemli. Áætluð meðferð var 6 mánuðir með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring án þess að nauðsyn væri á eftirliti.

RE-SONATE sýndi að dabigatran etexílat hafði yfirburði yfir lyfleysu til að fyrirbyggja endurtekin tilvik bláæðasegareks með einkennum og/eða lungnasegareks, þ.m.t. dauðsföll af óþekktum orsökum með áhættuminnkun frá 5,6% í 0,4% (hlutfallsleg áhættuminnkun um 92% byggt á áhættuhlutfalli) á meðferðartímabilinu ($p < 0,0001$). Allar auka- og næmisgreiningar á aðalendapunktinum og allir aukaendapunktur sýndu yfirburði dabigatran etexílat yfir lyfleysu. Rannsóknin fól í sér áhorfseftirfylgnirannsókn í 12 mánuði eftir að meðferð var lokið. Eftir að meðferð með rannsóknarlyfinu var hætt héldust áhrifin fram að lokum eftirfylgnitímabilsins, sem benti til þess að upphafleg áhrif á meðferð með dabigatran etexílati væru viðvarandi. Engin afturkastsáhrif komu í ljós. Í lok eftirfylgnitímabilsins var tíðni bláæðasegarekstilvika hjá sjúklingum sem fengu meðferð með dabigatran etexílati 6,9% samanborið við 10,7% í lyfleysuhópnum (áhættuhlutfall 0,61 (95% öryggisbil 0,42; 0,88), $p=0,0082$).

Tafla 29: Greining aðal- og aukaendapunkta verkunar (bláæðasegarek felur í sér segamyndun í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek) til loka tímabils eftir meðferðarlok í RE-SONATE rannsókninni.

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Lyfleysa

Meðhöndlaðir sjúklingar	681	662
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og tengd dauðsföll	3 (0,4%)	37 (5,6%)
Áhættuhlutfall samanborið við lyfleysu (95% öryggisbil)	0,08 (0,02; 0,25)	
p-gildi fyrir yfirburði	< 0,0001	
Aukaendapunktur verkunar		
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og dauðsföll af hvaða orsök sem er	3 (0,4%)	37 (5,6%)
95% áhættuhlutfall	0,09; 1,28	3,97; 7,62
Segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum	2 (0,3%)	23 (3,5%)
95% áhættuhlutfall	0,04; 1,06	2,21; 5,17
Lungnasegarek með einkennum	1 (0,1%)	14 (2,1%)
95% öryggisbil	0,00; 0,82	1,16; 3,52
Dauðsföll tengd bláæðasegareki	0 (0)	0 (0)
95% öryggisbil	0,00; 0,54	0,00; 0,56
Dauðsföll af óþekktum orsökum	0 (0)	2 (0,3%)
95% öryggisbil	0,00; 0,54	0,04; 1,09
Dauðsföll af hvaða orsök sem er	0 (0)	2 (0,3%)
95% öryggisbil	0,00; 0,54	0,04; 1,09

Klínískar rannsóknir á fyrirbyggjandi meðferð gegn segareki hjá sjúklingum með gervihjartalokur

Í II. stigs rannsókn var skoðuð notkun dabigatran etexílat og warfaríns hjá alls 252 sjúklingum sem höfðu nýlega fengið gervihjartaloku (þ.e. í sömu sjúkrahúslegu) og hjá sjúklingum sem höfðu fengið gervihjartaloku fyrir meira en þremur mánuðum. Fleiri tilvik segareks (aðallega heilaslag og segamyndun við gervihjartaloku með eða án einkenna) og fleiri blæðingartilvik komu fram hjá þeim sem fengu dabigatran etexílat en þeim sem fengu warfarín. Hjá sjúklingum sem voru nýkomnir úr aðgerð var meiriháttar blæðing aðallega vegna blæðingar í gollurshúsi, einkum hjá sjúklingum sem byrjuðu fljótt (þ.e. á 3. degi) eftir hjartalokuskiptin á meðferð með dabigatran etexílati (sjá kafla 4.3).

Börn

Klínískar rannsóknir á forvörn gegn segum og segareki í bláæðum hjá sjúklingum eftir stórar skurðaðgerðir þar sem skipt er um liði

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti

Lyfjastofnun Evrópu hefur fallið frá kröfu um að lagðar verði fram niðurstöður úr rannsóknum á viðmiðunarlyfinu sem inniheldur dabigatran etexílat hjá öllum undirhópum barna fyrir ábendinguna fyrsta stigs forvörn gegn segum og segareki í bláæðum hjá sjúklingum sem gengist hafa undir valfrjálsa skurðaðgerð þar sem skipt var um mjaðmarlið eða skurðaðgerð þar sem skipt var um hnélið

og fyrir ábendinguna fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með NVAF (sjá upplýsingar í kafla 4.2 um notkun handa börnum).

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum

DIVERSITY rannsóknin var gerð til að sýna fram á verkun og öryggi dabigatran etexílat samborið við hefðbundna meðferð (standard of care, SOC) við segum og segareki í bláæðum hjá börnum frá fæðingu fram að 18 ára aldri. Rannsóknin var hönnuð sem opin, slembiröðuð rannsókn með samhlíða hópum til að meta jafngildi (non-inferiority). Sjúklingunum var slembiraðað í hlutfallinu 2:1 til að fá annaðhvort samsetningu af dabigatran etexílati sem hentaði hverjum aldurshópi (hylki, húðað kyrni eða mixtúru, lausn) (skammtar aðlagaðir að aldri og þyngd) eða hefðbundna meðferð sem samanstóð af heparíni með lágan mólþunga (LMWH), K-vítamín hemlum (VKA) eða fondaparinuxi (1 sjúklingur 12 ára). Aðalendapunkturinn var samsettur endapunktur sjúklinga sem voru fullkomlega lausir við segamyndun, höfðu ekki fengið endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum eða látist vegna tilvika sem tengdust segum og segareki í bláæðum. Sjúklingar með virka heilahimnubólgu, heilabólgu og innankúpuigerð voru útilokaðir.

Alls var 267 sjúklingum slembiraðað. Af þeim fengu 176 sjúklingar meðferð með dabigatran etexílati og 90 sjúklingar fengu hefðbundna meðferð (1 slembiraðaður sjúklingur sem fékk ekki meðferð). 168 sjúklingar voru á aldrinum frá 12 ára til yngri en 18 ára, 64 sjúklingar á aldrinum frá 2 ára til yngri en 12 ára, og 35 sjúklingar voru yngri en 2 ára.

Af slembiröðuðu sjúklingunum 267 uppfyllti 81 sjúklingur (45,8%) í dabigatran etexílat hópnum og 38 sjúklingar (42,2%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð skilyrðin fyrir samsettan aðalendapunkt (voru fullkomlega lausir við segamyndun, höfðu ekki fengið endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum eða látist vegna tilvika sem tengdust segum og segareki í bláæðum). Samsvarandi hlutfallslegur munur sýndi fram á að meðferð með dabigatran etexílati var jafngild (non-inferiority) hefðbundinni meðferð. Almenn komu samkvæmar niðurstöður einnig fram hjá undirhópum: enginn marktækur munur var á áhrifum meðferðarinnar hjá undirhópum sem flokkaðir voru eftir aldri, kyni, landsvæði og tilvist tiltekinna áhættuþátta. Í aldursflokkum þremur var hlutfall sjúklinga sem náðu aðalendapunkti verkunar í hópnum sem fengu meðferð með dabigatran etexílati og hefðbundna meðferð, talið upp í sömu röð, 13/22 (59,1%) og 7/13 (53,8%) hjá sjúklingum frá fæðingu til < 2 ára, 21/43 (48,8%) og 12/21 (57,1%) hjá sjúklingum á aldrinum 2 til < 12 ára og 47/112 (42,0%) og 19/56 (33,9%) hjá sjúklingum á aldrinum 12 til < 18 ára.

Tilkynnt var um meiriháttar blæðingar hjá 4 sjúklingum (2,3%) í dabigatran etexílat hópnum og 2 sjúklingum (2,2%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð. Ekki var tölfræðilega marktækur munur á tímanum fram að fyrstu meiriháttar blæðingunni. Þrjátíu og átta sjúklingar (21,6%) í dabigatran etexílat arminum og 22 sjúklingar (24,4%) í arminum sem fékk hefðbundna meðferð höfðu fengið blæðingartilvik, sem flest voru flokkuð sem minniháttar. Tilkynnt var um samsetta endapunktinn meiriháttar blæðingartilvik eða klínískt mikilvæga blæðingu sem ekki var meiriháttar (meðan á meðferð stóð) hjá 6 sjúklingum (3,4%) í dabigatran etexílat hópnum og 3 sjúklingum (3,3%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð.

Opin, einarma, fjölsetra, III. stigs framskyggn þýðisrannsókn á öryggi (1160.108) var framkvæmd til að meta öryggi dabigatran etexílat til að koma í veg fyrir endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum hjá börnum frá fæðingu fram að 18 ára aldri. Sjúklingar sem þörfuðust frekari blóðþynningar vegna tilvistar klíníks áhættuþátta eftir að hafa lokið upphafsmeðferð vegna staðfests bláæðasegareks (í að minnsta kosti 3 mánuði) eða eftir að hafa lokið DIVERSITY rannsókninni, máttu taka þátt í rannsókninni. Hæfir sjúklingar fengu skammta af dabigatran etexílat samsetningu sem hentaði hverjum aldurshópi og var aðlöguð að aldri og þyngd (hylki, húðað kyrni eða mixtúru, lausn), þar til klíníski áhættuþátturinn gekk til baka eða í að hámarki 12 mánuði. Aðalendapunktur rannsóknarinnar voru endurkoma sega og segareks í bláæðum, meiriháttar og minniháttar blæðingartilvik og dánartíðni (í heildina og tengd tilvikum segamyndunar eða segareks) eftir 6 og 12 mánuði. Tilvikin voru metin af sjálfstæðri blindaðri dómnefnd.

Alls tóku 214 sjúklingar þátt í rannsókninni; þeirra á meðal voru 162 sjúklingar í aldurshópi 1 (frá 12 ára fram að 18 ára aldri), 43 sjúklingar í aldurshópi 2 (frá 2 ára til fram að 12 ára aldri) og 9 sjúklingar í aldurshópi 3 (frá fæðingu fram að 2 ára aldri). Á meðferðartímabilinu fengu 3 sjúklingar (1,4%) staðfest endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum á fyrstu 12 mánuðunum eftir upphaf meðferðar. Tilkynnt var um staðfest blæðingartilvik á meðferðartímabilinu hjá 48 sjúklingum (22,5%) á fyrstu 12 mánuðunum. Flest blæðingartilvikin voru minniháttar. Hjá 3 sjúklingum (1,4%) varð staðfest meiriháttar blæðingartilvik á fyrstu 12 mánuðunum. Hjá 3 sjúklingum (1,4%) var tilkynnt um staðfesta klínískt mikilvæga blæðingu sem ekki var meiriháttar á fyrstu 12 mánuðunum. Engin dauðsföll áttu sér stað á meðferðartímabilinu. Á meðferðartímabilinu fengu 3 sjúklingar (1,4%) blásegafótamein (post-thrombotic syndrome, PTS) eða versnun blásegafótameins á fyrstu 12 mánuðunum.

5.2 Lyfjahvörf

Eftir inntöku umbrotnar dabigatran etexílat hratt og að fullu yfir í dabigatran, sem er virka formið í plasma. Klofnun forlyfsins dabigatran etexílat fyrir tilstilli esterasahvataðs vatnsrofs yfir í virkan þátt dabigatrans er meginumbrotsleiðin. Nýting (absolute bioavailability) dabigatrans eftir inntöku Dabigatran etexilate Teva var u.þ.b. 6,5%.

Eftir að Dabigatran etexilate Teva er gefið heilbrigðum sjálfboðaliðum til inntöku, einkennast lyfjahvörf dabigatrans í plasma af hraðri aukningu á plasmabéttni og C_{max} næst 0,5 til 2,0 klukkustundum eftir gjöf.

Frásog

Rannsókn sem gerð var til að meta frásog dabigatran etexílat eftir skurðaðgerð, 1-3 klukkustundum eftir aðgerð, sýndi tiltölulega hægt frásog í samanburði við frásog hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum með línulegu samhengi plasmabéttni yfir tíma án hárrar hámarksplasmabéttni. Hámarksplasmabéttni næst 6 klukkustundum eftir gjöf eftir skurðaðgerð vegna samverkandi þátta óháðra lyfinu svo sem deyfingar, meltingarfæralömunar og áhrifa skurðaðgerðar. Áframhaldandi rannsókn sýndi fram á að hægt eða seinkað frásog er yfirleitt aðeins til staðar á aðgerðardegi. Frásog dabigatrans er hratt og hámarksplasmabéttni næst 2 klukkustundum eftir gjöf lyfsins dagana eftir aðgerð.

Matur hefur ekki áhrif á aðgengi dabigatran etexílat en seinkar hámarksplasmabéttni um 2 klukkustundir. C_{max} og AUC voru skammtaháð.

Aðgengi við inntöku getur verið aukið um 75% eftir stakan skammt og 37% við jafnvægi borið saman við viðmiðunarlyfjaformið hylki þegar kornin eru tekin án HPMC (hýdroxýprópýlmetýlsellulósa) hylkisskeljarinnar. Þess vegna skal alltaf gæta þess að HPMC hylkin séu heil við klíníska notkun til að forðast ótilætlað aukið aðgengi dabigatran etexílat (sjá kafla 4.2).

Dreifing

Fram kom að binding dabigatrans við plasmaprótein hjá mönnum er lítil (34-35%) og óháð þéttni. Dreifingarrúmmál dabigatrans 60-70 l var meira en heildarvatnsrúmmál líkamans sem bendir til miðlungsmikillar dreifingar dabigatrans í vefi.

Umbrot

Umbrot og útskilnaður dabigatrans voru rannsökuð eftir gjöf staks geislamerks skammts af dabigatran í bláæð hjá heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum. Eftir gjöf í bláæð skildist geislavirkni dabigatrans aðallega út í þvagi (85%). Útskilnaður í saur var 6% af gefnum skammti. Af heildargeislavirkninni höfðu á bilinu 88-94% af gefnum skammti skilað sér 168 klukkustundum eftir gjöf skammtsins.

Dabigatran tengist og myndar lyfjafræðilega virk acýlgglúkúróníð. Fjórir stöðuísómerar, 1-O, 2-O, 3-O, 4-O-acýlgglúkúróníð fyrirfinnast, hver þeirra er innan við 10% af heildarmagni dabigatrans í plasma. Örlítið af öðrum umbrotsefnum voru aðeins greinanleg með mjög næmum

greiningaraðferðum. Dabigatran útskilst aðallega á óbreyttu formi í þvagi, á hraða sem er u.þ.b. 100 ml/mín. sem samsvarar hraða gauklasíunar.

Brotthvarf

Plasmaþéttni dabigatrans minnkar samkvæmt tveggja fasa ferli með lokahelmingunartíma að meðaltali 11 klst. hjá heilbrigðum öldruðum einstaklingum. Eftir endurtekna skammta sást 12-14 klst. lokahelmingunartími. Helmingunartíminn var óháður skammti. Helmingunartími er lengdur ef nýrnastarfsemi er skert eins og sést í töflu 30.

Sérstakir sjúklingahópar

Skert nýrnastarfsemi

Í I. stigs rannsókn var útsetning (AUC) fyrir dabigatrani eftir inntöku dabigatran etexílat u.þ.b. 2,7-falt hærrí hjá fullorðnum sjálfboðaliðum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun á bilinu 30-50 ml/mín.) en hjá þeim sem ekki voru með skerta nýrnastarfsemi.

Hjá litlum hópi fullorðinna sjálfboðaliða með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 10-30 ml/mín.), var útsetning (AUC) fyrir dabigatrani u.þ.b. 6 sinnum meiri og helmingunartíminn u.þ.b. 2 sinnum lengri en kom fram hjá hópi sem ekki var með skerta nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.2, 4.3 og 4.4).

Tafla 30: Helmingunartími heildar-dabigatrans hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum og sjálfboðaliðum með skerta nýrnastarfsemi.

Gaukulsíunarhraði (CrCL, [ml/mín.])	gMeðal (gCV%; bil) helmingunartími [klst.]
> 80	13,4 (25,7%; 11,0-21,6)
> 50- ≤ 80	15,3 (42,7%; 11,7-34,1)
> 30- ≤ 50	18,4 (18,5%; 13,3-23,0)
≤ 30	27,2 (15,3%; 21,6-35,0)

Að auki var útsetning fyrir dabigatrani (við lág- og hágildi) metin í framsýnni, opinni, slembiraðaðri rannsókn á lyfjahvörfum hjá sjúklingum með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokum, sem voru með verulega skerta nýrnastarfsemi (skilgreint sem kreatínínúthreinsun [CrCl] 15-30 ml/mín.) og fengu 75 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring. Þessi meðferðaráætlun leiddi til þess að margfeldismeðaltal lágstyrks dabigatrans var 155 ng/ml (gCV sem nam 76,9%) samkvæmt mælingu rétt fyrir gjöf næsta skammts og margfeldismeðaltal hástyrks var 202 ng/ml (gCV sem nam 70,6%) samkvæmt mælingu tveimur klst. eftir gjöf síðasta skammts.

Úthreinsun dabigatrans með blóðskilun var rannsökuð hjá 7 fullorðnum sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (ESRD), án gáttatífs. Skilun var gerð með 700 ml/mín. flæðishraða skilunarvökvans, tímalengdin var fjórar klukkustundir og hraði blóðflæðis var ýmist 200 ml/mín. eða 350-390 ml/mín. Þetta leiddi til þess að 50% til 60% af þéttni dabigatrans var fjarlægð, talið í sömu röð. Magn efnis sem hreinsast út með skilun er í réttu hlutfalli við hraða blóðflæðis upp að blóðflæðihraðanum 300 ml/mín. Segavarnandi verkun dabigatrans minnkaði með minnkandi plasmaþéttni og sambandið milli lyfjavarfa og lyfhrifa breyttist ekki við blóðskilunina.

Miðgildi kreatínín úthreinsunar í RE-LY rannsókninni var 68,4 ml/mín. Næstum því helmingur (45,8%) sjúklinganna í RE-LY rannsókninni var með kreatínín úthreinsun > 50 -< 80 ml/mín. Sjúklingar með miðlungs skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun milli 30 og 50 ml/mín.) voru að meðaltali með 2,29-falt hærrí þéttni dabigatrans í plasma fyrir lyfjagjöf, og 1,81-falt hærrí þéttni dabigatrans í plasma eftir lyfjagjöf, þegar þeir voru bornir saman við sjúklinga sem ekki höfðu skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun ≥ 80 ml/mín.).

Miðgildi kreatínínúthreinsunar í RE-COVER rannsókninni var 100,3 ml/mín. 21,7% sjúklinganna voru með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun > 50 < 80 ml/mín.) og 4,5% sjúklinganna voru með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun á milli 30 og 50 ml/mín.). Sjúklingarnir sem voru með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi voru að meðaltali með 1,7-falt og 3,4-falt hærri plasmaþéttni við jafnvægi fyrir skammt samanborið við sjúklinga sem voru með kreatínínúthreinsun > 80 ml/mín., talið upp í sömu röð. Í RE-COVER II voru gildi svipuð með tilliti til kreatínínúthreinsunar.

Miðgildi kreatínínúthreinsunar í RE-MEDY og RE-SONATE rannsóknunum var 99,0 ml/mín. og 99,7 ml/mín., talið upp í sömu röð. Hjá 22,9% og 22,5% sjúklinganna var kreatínínúthreinsun > 50 < 80 ml/mín., og 4,1% og 4,8% voru með kreatínínúthreinsun á milli 30 og 50 ml/mín. í RE-MEDY og RE-SONATE rannsóknunum.

Aldraðir sjúklingar

Sértækar I. stigs rannsóknir á lyfjahvörfum hjá öldruðum sýndu 40 til 60% aukningu á AUC og meira en 25% aukningu á Cmax í samanburði við unga einstaklinga.

Áhrif aldurs á útsetningu fyrir dabigatrani voru staðfest í RE-LY rannsókninni með u.þ.b. 31% hærri lágstyrk hjá þátttakendum ≥ 75 ára og u.þ.b. 22% lægri lágstyrk hjá þátttakendum < 65 ára borið saman við þátttakendur milli 65 og 75 ára (sjá kafla 4.2 og 4.4).

Skert lifrarstarfsemi

Engar breytingar á útsetningu fyrir dabigatrani komu fram hjá 12 fullorðnum einstaklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (Child Pugh B) í samanburði við 12 einstaklinga í samanburðarhópi (sjá kafla 4.2 og 4.4).

Líkamsþyngd

Lágstyrkur dabigatrans var u.þ.b. 20% lægri hjá fullorðnum sjúklingum með líkamsþyngd > 100 kg borið saman við 50-100 kg. Meirihluti (80,8%) þátttakenda var í flokknum ≥ 50 kg og < 100 kg þar sem enginn skýr munur kom fram (sjá kafla 4.2 og 4.4). Takmörkuð klínísk gögn liggja fyrir um fullorðna sjúklinga < 50 kg.

Kyn

Útsetning fyrir virka efninu í grundvallarrannsóknum á forvörn gegn bláæðasegareki var um 40% til 50% meiri hjá konum og er ekki mælt með breyttum skömmtum. Kvenkyns sjúklingar með gáttatíf voru að meðaltali með 30% hærri lágstyrk og þéttni eftir lyfjagjöf. Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum (sjá kafla 4.2).

Kynþáttur

Enginn klínískt mikilvægur munur vegna kynþáttar kom fram milli sjúklinga af hvítum, afrískum-amerískum, spænskum, japönskum eða kínverskum kynþætti hvað varðar lyfjahvörf og lyfhrif dabigatrans.

Börn

Gjöf dabigatran etexílat til inntöku samkvæmt reikniritinu fyrir skömmtun samkvæmt aðferðarlýsingu leiddi til útsetningar sem var innan þeirra marka sem kom fram hjá fullorðnum með djúpbláæðastorku / lungnarek. Byggt á samsettri greiningu á upplýsingum um lyfjahvörf úr rannsóknunum DIVERSITY og 1160.108 reyndist margfeldis meðal fyrir lággildi útsetningar vera 53,9 ng/ml, 63,0 ng/ml og 99,1 ng/ml hjá 0 til < 2 ára, 2 til < 12 ára og 12 til < 18 ára hjá börnum með sega og segarek í bláæðum, talið upp í sömu röð.

Milliverkanir á lyfjahvörf

In vitro rannsóknir á milliverkunum sýndu hvorki hömlun né örvun á aðalísóensímum cýtokróms P450. Þetta hefur verið staðfest með *in vivo* rannsóknum hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem sýndu engar milliverkanir milli þessarar meðferðar og eftirfarandi virkra efna: atorvastatíns (CYP3A4), dígoxíns (P-glýkóprótein flutningsmilliverkun) og díklófenaks (CYP2C9).

5.3 Forklínískar upplýsingar

Forklínískar upplýsingar benda ekki til neinnar sérstakrar hættu fyrir menn, á grundvelli hefðbundinna rannsókna á lyfjafræðilegu öryggi, eiturverkunum eftir endurtekna skammta og eiturverkunum á erfðaeefni.

Áhrif sem komu fram í rannsóknum á eiturverkunum eftir endurtekna skammta byggðust á ýktum áhrifum lyfhrifa dabigatrans.

Áhrif á frjósemi kvendýra komu í ljós sem fækkun hreiðrana og aukningu á missi fyrir hreiðrun við 70 mg/kg skammt (5-föld útsetning í plasma sjúklinga). Við skammta sem höfðu eiturverkanir á móður (5 til 10-föld útsetning í plasma sjúklinga) sást minnkun á líkamsþyngd fósturs og lífslíkum ásamt aukningu á fósturgöllum í rottum og kaninum. Í rannsóknum fyrir og eftir fæðingu sást aukning á tíðni fósturláta við skammta sem höfðu eituráhrif á móður (skammtur sem samsvarar fjórfaldri útsetningu í plasma sjúklinga).

Í rannsókn á eiturverkunum hjá ungum sem gerð var á Han Wistar rottum voru blæðingartilvik tengd dánartíðni við svipaða útsetningu og þegar blæðingar sáust hjá fullorðnum dýrum. Bæði hjá fullorðnum og ungum rottum er dánartíðni talin tengjast ýktum lyfjafræðilegum áhrifum dabigatrans í tengslum við beitingu vélræns afls við skömmtun og meðhöndlun. Gögn úr rannsóknum á eiturverkunum hjá ungum bentu hvorki til aukins næmis fyrir eiturverkunum né til eiturverkana sem voru sértækar fyrir ung dýr.

Í ævilöngum eiturefnafræðilegum rannsóknum á rottum og músum hafa ekki komið fram nein merki um æxlismyndandi áhrif af völdum dabigatrans upp að hámarksskömmtum sem nema 200 mg/kg.

Dabigatran, virki hluti dabigatran etexílat mesílats, er þrávirkt í umhverfinu.

6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

6.1 Hjálparefni

Innihald hylkis

Tartarsýra
Hýdroxýprópýlsellulósi
Talkúm
Hýprómellósi

Skel hylkis

Indígótín (E132)
Kalíumklóríð
Karragenan
Títantvíoxíð (E171)
Hýprómellósi

6.2 Ósamrýmanleiki

Á ekki við.

6.3 Geymsluþol

2 ár

6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu

Þynnupakkning

Geymið við lægri hita en 30 °C.

6.5 Gerð fláts og innihald

Þynnupakkning

OPA-ál-PVC/ál þynnupakkning sem inniheldur 10, 30, 60 eða 180 hörð hylki.

OPA-ál-PVC/ál rifgataðar stakskammtaþynnupakkningar sem innihalda 10 x 1, 30 x 1, 60 x 1, 100 x 1 eða 180 x 1 hörð hylki.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

6.6 Sérstakar varúðarráðstafanir við förgun og önnur meðhöndlun

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

7. MARKAÐSLEYFISHAFI

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

8. MARKAÐSLEYFISNÚMÉR

EU/1/23/1769/007
EU/1/23/1769/008
EU/1/23/1769/009
EU/1/23/1769/010
EU/1/23/1769/011
EU/1/23/1769/012
EU/1/23/1769/013
EU/1/23/1769/014
EU/1/23/1769/015

9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS / ENDURNÝJUNAR MARKAÐSLEYFIS

Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis: 19 febrúar 2024
Nýjasta dagsetning endurnýjunar markaðsleyfis:

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>

1. HEITI LYFS

Dabigatran etexilate Teva 150 mg hörð hylki

2. INNIHALDSLÝSING

Hvert hart hylki inniheldur 150 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).
Sjá lista yfir öll hjálparefni í kafla 6.1.

3. LYFJAFORM

Hart hylki.

Hart hylki af stærð 0 (um það bil 22 mm), með ljósbláu ógegnsæju loki og hvítum ógegnsæjum botni, fyllt með beinhvítum til gulleitum kornum.

4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR

4.1 Ábendingar

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF), ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, til að mynda að hafa áður fengið heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA); aldur \geq 75 ára; hjartabilun (NYHA (New York Heart Association) flokkur \geq II); sykursýki; háþrýstingur.

Meðferð hjá fullorðnum við segamyndun í djúplægum bláæðum (deep vein thrombosis (DVT)) og lungnasegareki (pulmonary embolism (PE)) og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og endurteknu lungnasegareki.

Meðferð við segum og segareki í bláæðum (VTE) og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum frá því að barnið er fært um að kyngja mjúkri fæðu fram að 18 ára aldri.

Sjá lyfjaform fyrir hvern aldurshóp í kafla 4.2.

4.2 Skammtar og lyfjagjöf

Skammtar

Dabigatran etexilate Teva hylki má nota handa fullorðnum og börnum 8 ára og eldri sem geta gleypst hylkin í heilu lagi. Ávísa á skammtinum sem tilgreindur er í viðeigandi skömmtunartöflu fyrir lyfjaformið byggt á þyngd og aldri barnsins.

Til eru önnur lyfjaform fyrir viðeigandi aldur á markaðinum, til meðferðar hjá börnum yngri en 8 ára:

- Önnur lyfjaform gætu verið hentugri til að gefa þessum hópi eins og húðuð kynni sem hægt er að nota handa börnum yngri en 12 ára um leið og barnið getur gleypst mjúkan mat.

Önnur lyfjaform eins og duft og leysir fyrir mixtúru, lausn á aðeins að nota handa börnum yngri en 1 árs.

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF)
Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurteknu DVT og PE (DVT/PE)

Ráðlagðir skammtar af dabigatran etexílati fyrir ábendingarnar SPAF, DVT og PE eru sýndar í töflu 1.

Tafla 1: Skammtaráðleggingar fyrir SPAF, DVT og PE

	Ráðlagður skammtur
Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF)	300 mg af dabigatran etexílati, tekin sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring
Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurteknu DVT og PE (DVT/PE)	300 mg af dabigatran etexílati, tekin sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring eftir meðferð með stungulyfi til segavarnar í að minnsta kosti 5 daga.
Ráðlögð skammtaminnkun	
Sjúklingar \geq 80 ára	sólarhringsskammtur sem er 220 mg af dabigatran etexílati, tekin sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring
Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl	
Skammtaminnkun til ihugunar	
Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára	velja skal sólarhringsskammt af dabigatran etexílati 300 mg eða 220 mg á grundvelli einstaklingsbundins mats á segareks- og blæðingarhættu
Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín.)	
Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði	
Aðrar sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu	

Ráðleggingar um notkun dabigatran etexílat 220 mg, tekið sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring við DVT/PE eru byggðar á greiningum á lyfjahvörfum og lyfhrifum og hafa ekki verið rannsakaðar við klínískar aðstæður. Sjá nánar hér fyrir neðan og kafla 4.4, 4.5, 5.1 og 5.2.

Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatran etexílati, að ráðfæra sig strax við meðferðarlækninn til að skipta yfir í aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatífi eða við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki.

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur

Hjá öllum sjúklingum og sérstaklega hjá öldruðum (> 75 ára), þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng hjá þessum aldurshópi:

- Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL) áður en meðferð með dabigatran etexílati hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín.) (sjá kafla 4.3, 4.4 og 5.2).
- Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja).

Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára:

- Meta skal nýrnastarfsemi að minnsta kosti einu sinni á ári, eða oftár eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur þegar grunur er um að

nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja).

Aðferðin sem nota skal til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.) er Cockcroft-Gault aðferðin.

Notkunartími

Notkunartími dabigatran etexílati við ábendingunum SPAF, DVT og PE kemur fram í töflu 2.

Tafla 2: Notkunartími við SPAF og DVT/PE

Ábending	Notkunartími
SPAF	Meðferð skal haldið áfram til lengri tíma.
DVT/PE	Meðferðartíma á að ákveða einstaklingsbundið að undangengnu vandlegu mati á ávinningi af meðferð gegn blæðingarhættu (sjá kafla 4.4). Stuttur meðferðartími (að minnsta kosti 3 mánuðir) á að grundvallast af tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, áverka eða rúmlegu/skertri hreyfigetu) og lengri meðferðartími á að grundvallast af viðvarandi áhættuþáttum eða segamyndun í djúplægum bláæðum eða lungnasegareki af óþekktum orsökum.

Gleymdur skammtur

Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum að hafa samband við lækinn ef þeir fá einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Úr dabigatran etexílat meðferð í K-vítamínhemla (VKA):

Upphafstími K-vítamínhemils (VKA) skal aðlagður miðað við kreatínín úthreinsun (CrCL) á eftirfarandi hátt:

- CrCL \geq 50 ml/mín., byrja skal notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat
- CrCL \geq 30- < 50 ml/mín., byrja skal notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat

Vegna þess að dabigatran etexílat getur haft áhrif á INR (International Normalized Ratio) mun INR endurspeglar betur verkun VKA eftir að meðferð með dabigatran etexílati hefur verið hætt í að minnsta kosti tvo daga. Þangað til skal túlka INR gildi með varúð.

Úr K-vítamínhemlum (VKA) í dabigatran etexílat meðferð:

Hætta skal meðferð með K-vítamínhefnum. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0.

Rafvending (SPAF)

Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur.

Brennsluaðgerð með hjartaþræðingu (catheter ablation) vegna gáttatífs (SPAF)

Framkvæma má brennsluaðgerð með hjartaþræðingu hjá sjúklingum sem fá meðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ekki þarf að gera hlé á meðferð með dabigatran etexílati (sjá kafla 5.1).

Kransæðavíkkun (percutaneous coronary intervention) með stoðneti (SPAF)

Meðhöndla má sjúklinga með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation), sem gangast undir kransæðavíkkun með stoðneti, með dabigatran etexílati samhliða blóðflöguhemjandi lyfjum eftir að blæðing hefur verið stöðvuð (sjá kafla 5.1).

Sérstakir sjúklingahópar

Aldraðir

Hvað varðar skammtaaðlögun fyrir þennan hóp, sjá töflu 1 hér að ofan.

Sjúklingar í blæðingarhættu

Fylgjast skal náð með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu (sjá kafla 4.4, 4.5, 5.1 og 5.2). Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu (sjá töflu 1 hér að ofan). Storkupróf (sjá kafla 4.4) getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota minnkaðan 220 mg skammt sem er tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð.

Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtaminnkun vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi (sjá töflu 1 hér að ofan og kafla 4.4).

Skert nýrnastarfsemi

Meðferð með dabigatran etexílati hjá sjúklingum með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín.) er frábending (sjá kafla 4.3).

Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50- ≤ 80 ml/mín.). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30-50 ml/mín.) er ráðlagður skammtur af dabigatran etexílati einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar, hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu, skal íhuga minnkun dabigatran etexílat skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring (sjá kafla 4.4 og 5.2). Náð klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi.

Samhliða notkun dabigatran etexílat með vægum til í meðallagi öflugum P-glykóprótein (P-gp) hemlum, t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamíli

Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni (sjá kafla 4.4, 4.5 og 5.2).

Skammtaminnkun er ráðlögð hjá sjúklingum sem fá samhliða verapamíl (sjá töflu 1 hér að ofan og kafla 4.4 og 4.5). Í slíkum tilvikum á að taka dabigatran etexílat og verapamíl á sama tíma.

Líkamsþyngd

Ekki er þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2) en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg (sjá kafla 4.4).

Kyn

Ekki er þörf á aðlögun skammta (sjá kafla 5.2).

Börn

Notkun dabigatran etexílat á ekki við hjá börnum við ábendingunni fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum.

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum

Við meðferð við segum og segareki í bláæðum hjá börnum skal hefja meðferð í kjölfar meðferðar með segavarnarlyfi til inndælingar í að minnsta kosti 5 daga. Til að koma í veg fyrir endurtekna sega og segarek í bláæðum skal hefja meðferð í kjölfar fyrri meðferðar.

Dabigatran etexílat hylki á að taka tvisvar á dag, einn skammt að morgni og einn skammt að kvöldi, á u.þ.b. sama tíma á hverjum degi. Bilið á milli skömmtunar þarf að vera eins nálægt 12 klukkustundum og mögulegt er.

Ráðlagður skammtur af dabigatran etexílat hylkjum byggist á aldri og þyngd sjúklingsins eins og sýnt er í töflu 3. Taflan sýnir staka skammta sem á að gefa tvisvar á dag. Skammtinn skal aðlaga eftir þyngd og aldri þegar líður á meðferðina.

Ekki er hægt að veita ráðleggingar um skömmtun fyrir samsetningar þyngdar og aldurs sem ekki eru tilgreindar í skammtatöflunni.

Tafla 3: Stakir skammtar og heildardagskammtar af dabigatran etexílati í milligrömmum (mg) miðað við þyngd í kílógrömmum (kg) og aldur sjúklinga í árum

Samsetning þyngdar / aldurs		Stakur skammtur í mg	Heildardagskammtur í mg
Þyngd í kg	Aldur í árum		
11 til < 13	8 til < 9	75	150
13 til < 16	8 til < 11	110	220
16 til < 21	8 til < 14	110	220
21 til < 26	8 til < 16	150	300
26 til < 31	8 til < 18	150	300
31 til < 41	8 til < 18	185	370
41 til < 51	8 til < 18	220	440
51 til < 61	8 til < 18	260	520
61 til < 71	8 til < 18	300	600
71 til < 81	8 til < 18	300	600
> 81	10 til < 18	300	600

Stakir skammtar sem krefjast samsetninga með fleiri en einu hylki:

- 300 mg: tvö 150 mg hylki eða fjögur 75 mg hylki
- 260 mg: eitt 110 mg og eitt 150 mg hylki eða eitt 110 mg og tvö 75 mg hylki
- 220 mg: tvö 110 mg hylki
- 185 mg: eitt 75 mg og eitt 110 mg hylki
- 150 mg: eitt 150 mg hylki eða tvö 75 mg hylki

Mat á nýrnastarfsemi áður og meðan á meðferð stendur

Áður en meðferð er hafin skal reikna út áætlaðan gaukulsíunarhraða (eGFR) með Schwartz-formúlunni (aðferð sem notuð er til að meta kreatínin skal staðfest af rannsóknarstofu á hverjum stað).

Meðferð með dabigatran etexílati hjá börnum með eGFR < 50 ml/mín./1,73 m² er frábending (sjá kafla 4.3).

Sjúklingar með eGFR ≥ 50 ml/mín./1,73 m² skulu fá meðferð með skammti samkvæmt töflu 3.

Meta skal nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferðinni stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vöskvaskort, við samhliða notkun ákveðinna lyfja o.s.frv.).

Notkunartími

Meðferðartíma á að ákveða einstaklingsbundið byggt á mati á ávinningi og áhættu.

Gleymdur skammtur

Skammt af dabigatran etexílati sem hefur gleymst má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Aldrei má tvöfalda skammt til að bæta upp einstaka skammta sem gleymst hafa.

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Ekki skal hætta meðferð með dabigatran etexílati án ráðgjafar læknis. Ráðleggja skal sjúklingum eða umönnunaraðilum að hafa samband við lækinn ef sjúklingurinn fær einkenni frá meltingarfærum eins og meltingartruflanir (sjá kafla 4.8).

Skipt um meðferð

Úr dabigatran etexílat meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:

Mælt er með því að bíða í 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er úr dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar (sjá kafla 4.5).

Úr meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í dabigatran etexílat meðferð:

Stöðva skal gjöf segavarnarlyfs til inndælingar og hefja gjöf á dabigatran etexílati 0-2 klst. áður en kominn er tími fyrir næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð) (sjá kafla 4.5).

Úr dabigatran etexílat meðferð í K-vítamínhemla (VKA):

Sjúklingar skulu byrja notkun K-vítamínhemla 3 dögum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að dabigatran etexílat getur haft áhrif á INR (International Normalized Ratio) mun INR endurspeglar betur verkun K-vítamínhemla eftir að meðferð með dabigatran etexílat hefur verið hætt í að minnsta kosti tvo daga. Þangað til skal túlka INR gildi með varúð.

Úr K-vítamínhemlum (VKA) í dabigatran etexílat meðferð:

Hætta skal meðferð með K-vítamínhemlinum. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0.

Lyfjagjöf

Lyfið er til inntöku.

Hylkin má taka með eða án matar. Hylkin á að gleypa í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga.

Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu (sjá kafla 5.2 og 6.6).

4.3 Frábendingar

- Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna sem talin eru upp í kafla 6.1.
- Verulega skert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 30 ml/mín.) hjá fullorðnum sjúklingum
- eGFR < 50 ml/mín./1,73 m² hjá börnum
- Virk blæðing af klíniskri þýðingu.
- Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiriháttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmíð, æðagúlpna eða meiri háttar afbrigðileika eða í mænu eða heila
- Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. óþáttað heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir sérstökum kringumstæðum. Þær eru þegar verið er að skipta um segavarnarlyfjameðferð (sjá kafla 4.2), þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð eða þegar óþáttað heparín er gefið við brennsluaðgerð með hjartaþræðingu (catheter ablation) vegna gáttatífs (sjá kafla 4.5)
- Skert lifrastarfsemi eða lifrarsjúkdómur sem er líklegt að hafi áhrif á lifun.
- Samhliða altæk (systemic) meðferð með eftirfarandi öflugum P-gp hemlum: ketókónazóli, cyklosporini, itrakónazóli, dronedaroni og föstum samsettum skammti af glecaprevíri/pibrentasvíri (sjá kafla 4.5)
- Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmedferðar (sjá kafla 5.1).

4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Blæðingarhætta

Nota á dabigatran etexílat með varúð við aðstæður þar sem aukin hættu er á blæðingu eða samhliða notkun lyfja sem hafa áhrif á blóðstorknun með því að hindra samloðun blóðflagna. Blæðing getur orðið hvar sem er meðan á meðferð stendur. Verði óútskýranleg lækkun á gildum blóðrauða og/eða blóðkornaskilum eða blóðþrýstingi á að leita að blæðingarstað.

Við lífshættulega blæðingu eða blæðingu sem ekki næst stjórn á hjá fullorðnum sjúklingum, þegar þörf er á hröðum viðsnúningi á segavarnandi áhrifum dabigatrans er sértæka viðsnúningslyfið idarucizumab fánlegt. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlæggt dabigatran. Ferskt heilblóð eða ferskt frosið plasma, storkuþáttaþykkni (virkjuð eða ekki virkjuð), raðbrigða storkuþáttur VIIa eða blóðflöguþykkni eru aðrir mögulegir valkostir hjá fullorðnum sjúklingum (sjá einnig kafla 4.9).

Í klínískum rannsóknum tengdist dabigatran etexílat hærrí tíðni meiriháttar blæðingar í meltingarvegi. Aukin tíðni sást hjá öldruðum (≥ 75 ára) við gjöf á 150 mg tvisvar á sólarhring. Frekari áhættuþættir (sjá einnig töflu 4) eru samhliða notkun lyfja sem hindra samloðun blóðflagna eins og klópídógreis og asetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja og jafnframt ef til staðar er vélindabólga, magabólga eða vélindabakflæði.

Áhættuþættir

Í töflu 4 er samantekt á þáttum sem geta aukið blæðingarhættu.

Tafla 4: Þættir sem geta aukið blæðingarhættu.

Áhættuþáttur

Lyfhrifa- og lyfjahvarfafraeðilegir þættir	Aldur ≥ 75 ára
Þættir sem auka þéttni dabigatrans í plasma	<p><u>Meiriháttar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miðlungsskert nýrnastarfsemi hjá fullorðnum sjúklingum (30-50 ml/mín. CrCL) • Öflugir P-gp hemlar (sjá kafla 4.3 og 4.5) • Samhliða notkun með vægum til í meðallagi öflugum P-gp hemlum (t.d. amíóðaróni, verapamíli, kínidíni og ticagrelori, sjá kafla 4.5) <p><u>Minniháttar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lág líkamsþyngd (< 50 kg) hjá fullorðnum sjúklingum
Milliverkanir vegna lyfhrifa (sjá kafla 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Asetýlsalicýlsýra og önnur lyf sem hindra samloðun blóðflagna eins og klópídógrél • Bólguþendi gígtafjól (NSAID) • SSRI eða SNRI lyf • Önnur lyf sem geta truflað blóðstorknun
Sjúkdómar / aðgerðir sem fylgir sérstaklega mikil blæðingahætta	<ul style="list-style-type: none"> • Meðfæddar eða áunnar truflanir á storknun • Blóðflagnafæð eða starfrænir gallar á blóðflögum • Nýleg taka vefjasýnis, meiriháttar áverki • Hjartaþelsbólga af völdum baktería • Vélindabólga, magabólga eða vélindabakflæði

Takmörkuð gögn eru fyrirbyggjandi um fullorðna sjúklinga < 50 kg (sjá kafla 5.2).

Samtímis notkun dabigatran etexílat og P-gp hemla hefur ekki verið rannsökuð hjá börnum en getur aukið hættuna á blæðingu (sjá kafla 4.5).

Varúðarreglur og viðbrögð við blæðingarhættu

Hvað varðar viðbrögð við fylgikvillum blæðinga, sjá einnig kafla 4.9.

Mat á ávinningi og áhættu

Ef fram koma sár, sjúkdómsástand, aðgerðir og/eða lyfjameðferð (eins og bólguþendi gígtafjól (NSAID), blóðflöguhemjandi lyf, SSRI og SNRI lyf, sjá kafla 4.5) sem marktækt eykur hættuna á meiriháttar blæðingu þarf vandlega að meta ávinning á móti áhættu. Einungis á að gefa dabigatran etexílat ef ávinningurinn er meiri en blæðingarhættan.

Takmarkaðar klínískar upplýsingar liggja fyrir um börn með áhættuþætti, þar með talið sjúklinga með virka heilahimnubólgu, heilabólgu og innankúpuígerð (sjá kafla 5.1). Hjá þessum sjúklingum á einungis að gefa dabigatran etexílat ef væntanlegur ávinningur er meiri en blæðingarhættan.

Nákvæmt klínískt eftirlit

Mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti með einkennum blæðinga eða blóðleysis á meðferðartímanum, sérstaklega ef áhættuþættir fylgjast að (sjá töflu 4 hér að ofan). Gæta skal sérstakrar varúðar þegar dabigatran etexílat er gefið samhliða verapamíli, amíóðaróni, kínidíni eða klarítrómýsíní (P-gp hemlum) og sér í lagi ef um er að ræða blæðingu, einkum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.5).

Mælt er með nánu eftirliti með vísbendingum um blæðingar hjá sjúklingum sem fá samhliða meðferð með bólguþendi gígtafjól (sjá kafla 4.5).

Meðferð með dabigatran etexílati hætt

Sjúklingar sem fá bráða nýrnabilun verða að hætta á meðferð með dabigatran etexílati (sjá einnig kafla 4.3).

Eigi alvarlegar blæðingar sér stað skal hætta meðferð og finna uppruna blæðingarinnar og íhuga má notkun á sértæka viðsnúningslyfinu (idarucizumab) hjá fullorðnum sjúklingum. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægt dabigatran.

Notkun prótónpumpuhemla

Íhuga má gjöf prótónpumpuhemla til að hindra blæðingu úr meltingarvegi. Þegar um er að ræða sjúklinga á barnsaldri þarf að fylgja staðbundnum ráðleggingum um notkun prótónpumpuhemla.

Niðurstöður storkumælinga

Þrátt fyrir að almennt þurfi ekki að hafa reglulegt eftirlit með blóðþynningu af völdum lyfsins, getur mæling á blóðþynningu tengdri dabigatrani reynst hjálpleg til að greina of mikla útsetningu fyrir dabigatrani þegar viðbótaráhættuþættir eru til staðar.

Þynntur trombintími (diluted Thrombin Time (dTT)), ecarin storkutími (ecarin clotting time (ECT)) og virkjaður tromboplastintími (activated partial thromboplastin time (aPTT)) geta veitt gagnlegar upplýsingar, en niðurstöður þeirra skal túlka með varúð vegna breytileika milli prófana (sjá kafla 5.1). INR (International Normalised Ratio) mæling er óáreiðanleg hjá sjúklingum á dabigatran etexílat meðferð og greint hefur verið frá fólkskum jákvæðum INR hækkunum. Því á ekki að gera INR mælingar.

Tafla 5 sýnir tiltekin mörk í niðurstöðum storkuprófa við lággildi hjá fullorðnum sjúklingum sem geta tengst aukinni blæðingarhættu. Þessi mörk eru ekki þekkt hjá börnum (sjá kafla 5.1).

Tafla 5: Tiltekin mörk í niðurstöðum storkuprófa við lággildi hjá fullorðnum sjúklingum sem geta tengst aukinni blæðingarhættu.

Storkupróf (lággildi)	Ábending
	SPAF og DVT/PE
dTT [ng/ml]	> 200
ECT [x-föld eðlileg efri mörk]	> 3
aPTT [x-föld eðlileg efri mörk]	> 2
INR	Á ekki að nota

Notkun fibrínleysandi lyfja í meðferð við bráðu heilaslagi vegna blóðþurrðar

Íhuga má notkun fibrínleysandi lyfja í meðferð við bráðu heilaslagi vegna blóðþurrðar ef gildi dTT, ECT eða aPTT hjá sjúklingum mælist innan eðlilegra efri marka (ULN) samkvæmt staðbundnum viðmiðunarmörkum.

Skurðaðgerðir og inngrip

Sjúklingar á meðferð með dabigatran etexílati sem gangast undir skurðaðgerðir eða ífarandi aðgerðir eru í aukinni hættu á blæðingu. Því geta inngrip með skurðaðgerðum kallað á að notkun dabigatran etexílat sé hætt tímabundið.

Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. Ekki þarf að gera hlé á meðferð með dabigatran etexílati (150 mg tvisvar sinnum á sólarhring) hjá sjúklingum sem fara í brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs (sjá kafla 4.2).

Gæta skal varúðar þegar meðferð er hætt tímabundið vegna inngripa og hafa verður eftirlit með blóðþynningu. Útskilnaður dabigatrans hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi getur tekið lengri tíma (sjá kafla 5.2). Þetta skal íhuga fyrir hvaða inngríp sem er. Í slíkum tilvikum getur storkupróf (sjá kafla 4.4 og 5.1) hjálpað til við að ákveða hvort stöðvun blæðingar sé enn ófullkomin.

Bráðaskurðaðgerð eða brýn aðgerð

Stöðva skal tímabundið inntöku dabigatran etexílat. Þegar þörf er á hröðum viðsnúningi segavarnaráhrifa er sértækt viðsnúningslyf fyrir dabigatran fáanlegt (idarucizumab) fyrir fullorðna sjúklinga. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum. Blóðskilun getur fjarlægt dabigatran.

Ef dabigatran meðferð er snúið við verða sjúklingar berskjaldaðir fyrir hættu á segamyndun af völdum undirliggjandi sjúkdóms. Hefja má meðferð með dabigatran etexílati á ný þegar 24 klst. eru liðnar frá því að idarucizumab var gefið ef sjúklingurinn er í klínísku jafnvægi og viðunandi blæðingarstöðvun hefur náðst.

Meðalbráðar skurðaðgerðir/inngríp

Stöðva skal tímabundið inntöku dabigatran etexílat. Skurðaðgerð/inngrípi á að fresta ef mögulegt er þar til a.m.k. 12 klst. eru frá síðasta skammti. Ef ekki er hægt að fresta skurðaðgerð getur blæðingarhætta aukist. Blæðingarhættu ætti að vega á móti hversu brátt inngrípið þarf að vera.

Valfrjálsar skurðaðgerðir

Ef hægt er á að stöðva meðferð með dabigatran etexílati a.m.k. 24 klst. fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir. Hjá sjúklingum í meiri hættu á blæðingu eða við meiriháttar skurðaðgerð, þar sem þörf gæti verið á að stöðva blæðingar alveg, skal íhuga að stöðva meðferð með dabigatran etexílati 2-4 sólarhringum fyrir skurðaðgerð.

Í töflu 6 er samantekt á reglum varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum.

Tafla 6: Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum

Nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín.)	Áætlaður helmingunartími (klst.)	Stöðva skal meðferð með dabigatran etexílati fyrir valfrjálsar skurðaðgerðir	
		Mikil blæðingarhætta eða meiriháttar skurðaðgerð	Venjuleg hætta
≥ 80	~ 13	2 sólarhringum áður	24 klst. áður
≥ 50-< 80	~ 15	2-3 sólarhringum áður	1-2 sólarhringum áður
≥ 30-< 50	~ 18	4 sólarhringum áður	2-3 sólarhringum áður (> 48 klst.)

Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá fullorðnum sjúklingum er að finna í töflu 7.

Tafla 7: Reglur varðandi stöðvun meðferðar fyrir ífarandi aðgerðir eða skurðaðgerðir hjá börnum

Nýrnastarfsemi (eGFR í ml/mín./1,73 m ²)	Stöðva skal meðferð með dabigatrani fyrir valfrjálsar skurðaðgerðir
> 80	24 klst. áður
50 – 80	2 sólarhringum áður
< 50	Þessir sjúklingar hafa ekki verið rannsakaðir (sjá kafla 4.3).

Mænudeyfing/utanbastsdeyfing/mænustunga

Aðgerðir eins og mænudeyfing geta krafist þess að blóðstorkuferlið virki fullkomlega.

Hættan á myndun margúls í utanbasti eða í mænu getur verið aukin vegna áverka eða endurtekinna ástungna og vegna langvarandi notkunar utanbastsleggjar. Eftir að leggur er fjarlægður skulu líða a.m.k. 2 klst. áður en fyrsti skammturinn af dabigatran etexílati er gefinn. Hafa þarf eftirlit með stuttu millibili hjá þessum sjúklingum með tilliti til einkenna frá taugakerfi og einkenna um margúl í utanbasti eða í mænu.

Tímabil eftir aðgerð

Halda skal áfram / hefja meðferð með dabigatran etexílati á ný eins fljótt og auðið er eftir ífarandi aðgerð eða inngríp með skurðaðgerð, að því gefnu að klínískar aðstæður leyfi og að fullnægjandi stöðvun blæðingar hafi náðst.

Sjúklinga í blæðingarhættu eða sjúklinga í hættu á of mikilli útsetningu, sérstaklega sjúklinga með skerðingu á nýrnastarfsemi (sjá einnig töflu 4), á að meðhöndla með varúð (sjá kafla 4.4 og 5.1).

Sjúklingar í mikilli lífshættu við aðgerð og með innri áhættuþætti fyrir blóðsegamyndun

Takmörkuð gögn eru til um virkni og öryggi dabigatran etexílati hjá þessum sjúklingum og skal því meðhöndla þá með varúð.

Skert lifrarstarfsemi

Sjúklingar með hækkun lifrarennsím > 2 -föld eðlileg efri mörk voru útilokaðir frá þátttöku í aðalrannsóknunum. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun dabigatran etexílati hjá þessum hópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómur sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins (sjá kafla 4.3).

Milliverkun við P-glýkóprótein virkja

Búast má við að samhliða notkun með P-glýkóprótein virkjum minnki þéttni dabigatrans í plasma og ber að varast notkun þeirra (sjá kafla 4.5 og 5.2).

Sjúklingar með andfosfólípíð heilkenni

Ekki er mælt með notkun segavarnarlyfja til inntöku með beina verkun þ.m.t. dabigatran etexílat handa sjúklingum með sögu um segamyndun sem hafa verið greindir með andfosfólípíð heilkenni. Meðferð með segavarnarlyfjum til inntöku með beina verkun getur verið tengd við aukna tíðni á endurtekinni segamyndun samanborið við meðferð með K-vítamín hemlum, einkum hjá sjúklingum sem eru með þrjár jákvæðar mælingar (fyrir andstorkulúpusi, andkardíólípín mótefnum og anti-beta 2-glycoprotein I mótefnum).

Hjartadrep (MI)

Í III. stigs rannsókninni RE-LY (SPAF, sjá kafla 5.1) var heildartíðni hjartadreps 0,82% / ár fyrir dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring, 0,81% / ár fyrir dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring og 0,64% / ár fyrir warfarin, með aukinni hlutfallslegri áhættu fyrir dabigatran um 29% og 27% miðað við warfarin. Óháð meðferð, sást mesta raunáhættan á hjartadrepum í eftirfarandi undirhópum, með svipaða hlutfallslega áhættu: sjúklingar sem áður höfðu fengið hjartadrep, sjúklingar ≥ 65 ára með annaðhvort sykursýki eða kransæðasjúkdóm, sjúklingar með útfallsbrot vinstri slegils $< 40\%$ og sjúklingar með miðlungsmikla röskun á nýrnastarfsemi. Ennfremur sást aukin hætta á hjartadrepum hjá sjúklingum sem tóku samhliða asetýlsalicílsýru ásamt klópídógreli eða klópídógreil eitt og sér.

Í III. stigs DVT/PE rannsóknunum þremur sem voru með virkum samanburði var greint frá hærri tíðni hjartadrepis hjá sjúklingum sem fengu dabigatran etexílat en hjá þeim sem fengu warfarín: 0,4% samanborið við 0,2% í skammtímarannsóknunum RE-COVER og RE-COVER II; og 0,8% samanborið við 0,1% í langtímarannsókninni RE-MEDY. Hækkunin var tölfræðilega marktæk í þessari rannsókn ($p=0,022$).

Í RE-SONATE rannsókninni, þar sem dabigatran etexílat var borið saman við lyfleysu var tíðni hjartadrepis 0,1% hjá sjúklingunum sem fengu dabigatran etexílat og 0,2% hjá sjúklingunum sem fengu lyfleysu.

Sjúklingar með virkt krabbamein (DVT/PE, segar og segarek í bláæðum hjá börnum)

Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi hjá sjúklingum með virkt krabbamein með segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegarek. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um verkun og öryggi hjá börnum með virkt krabbamein.

Börn

Hjá tilteknum börnum, t.d. sjúklingum með sjúkdóm í smáþörmum sem getur haft áhrif á frásog, skal íhuga notkun segavarnarlyfs sem gefið er utan meltingarvegur.

4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir

Milliverkanir milli flutningskerfa

Dabigatran etexílat er hvarfefni útflæðisdællunar P-glykópróteins. Búast má við að samhliða gjöf P-glykóprótein hemla (sjá töflu 8) leiði til aukinnar þéttni dabigatrans í plasma.

Hafi ekki verið mælt fyrir um annað er þörf á nákvæmu klínísku eftirliti (með einkennum blæðinga eða blöðleysis) þegar dabigatran er gefið samhliða öflugum P-glykóprótein hemlum. Minnkun skammta getur verið nauðsynleg samhliða ákveðnum P-glykóprótein hemlum (sjá kafla 4.2, 4.3, 4.4 og 5.1).

Tafla 8: Milliverkanir milli flutningskerfa

<u>P-gp hemlar</u>	
<i>Samhliða notkun er frábending (sjá kafla 4.3)</i>	
Ketókónazól	Ketókónazól hækkaði heildar dabigatran $AUC_{0-\infty}$ gildi 2,38-falt og C_{max} gildi 2,35-falt eftir stakan 400 mg skammt til inntöku og 2,53-falt og 2,49-falt eftir endurtekna skammta af 400 mg ketókónazóli til inntöku einu sinni á sólarhring.
Dronedaron	Þegar dabigatran etexílat og dronedaron voru gefin á sama tíma jukust $AUC_{0-\infty}$ og C_{max} gildi dabigatrans í heild u.þ.b. 2,4-falt og 2,3-falt, talið upp í sömu röð, eftir endurtekna 400 mg skammta af dronedaroni tvisvar á sólarhring og u.þ.b. 2,1-falt og 1,9-falt, talið upp í sömu röð, eftir stakan 400 mg skammt.
Ítrakónazól, cyklosporin	Samkvæmt <i>in vitro</i> niðurstöðum má búast við svipuðum áhrifum og með ketókónazóli.
Glecaprevír/pibrentasvír	Sýnt hefur verið fram á að samhliða notkun á dabigatran etexílati og föstum samsettum skammti af P-gp hemlunum glecaprevíri/pibrentasvíri eykur útsetningu fyrir dabigatrani og getur aukið hættu á blæðingu.
<u>Samhliða notkun ekki ráðlögð</u>	

Takrolímus	<i>In vitro</i> hefur verið sýnt fram á að takrolímus hefur svipuð hömlunaráhrif á P-glýkóprótein og koma fram hjá itrakónazóli og cyklosporini. Dabigatran etexílat hefur ekki verið klínískt rannsakað með takrolímus. Hins vegar benda takmörkuð klínísk gögn varðandi annað P-glýkóprótein hvarfefni (everólímus) til þess að hömlun takrolímus á P-glýkóprótein sé minni en sést hjá öflugum P-glýkóprótein hemlum.
Gæta skal varúðar við samhliða notkun (sjá kafla 4.2 og 4.4)	
Verapamíl	Þegar dabigatran etexílat (150 mg) var gefið með verapamíli til inntöku, hækkaði C_{max} og AUC fyrir dabigatran en umfang breytingarinnar er mismunandi eftir tímasetningu lyfjagjafar og lyfjaformi verapamíls (sjá kafla 4.2 og 4.4). Mesta hækkun dabigatran útsetningar sást við fyrsta skammt af verapamíli í lyfjaformi með hraða losun (immediate release) sem var gefið einni klst. fyrir inntöku dabigatran etexílat (hækkun á C_{max} u.þ.b. 2,8-föld og AUC u.þ.b. 2,5-föld). Áhrifin voru stigmínkandi við gjöf lyfjaforms með lengdan losunarhraða (hækkun á C_{max} u.þ.b. 1,9-föld og AUC u.þ.b. 1,7-föld) eða við gjöf endurtekinna skammta af verapamíli (hækkun á C_{max} u.þ.b. 1,6-föld og AUC u.þ.b. 1,5-föld). Engar mikilvægar milliverkanir sást þegar verapamíl var gefið 2 klst. eftir dabigatran etexílat (hækkun á C_{max} u.þ.b. 1,1-föld og AUC u.þ.b. 1,2-föld). Skýringin á þessu er sú að frásogi dabigatrans er lokið eftir 2 klst.
Amíódarón	Þegar dabigatran etexílat var gefið samhliða stökum 600 mg skammti til inntöku af amíódaróni voru umfang og hraði frásogs amíódaróns og meginumbrotsefnis þess, DEA, nánast óbreytt. AUC og C_{max} dabigatran etexílat jukust u.þ.b. 1,6-falt og 1,5-falt, talið upp í sömu röð. Vegna langs helmingunartíma amíódaróns gæti möguleikinn á milliverkun verið til staðar nokkrum vikum eftir að töku amíódaróns er hætt (sjá kafla 4.2 og 4.4).
Kínidín	Kínidín var gefið í skammtinum 200 mg á 2 klst. fresti að heildarskammti sem nam 1.000 mg. Dabigatran etexílat var gefið tvisvar á sólarhring í 3 daga samfelld, á þriðja deginum annaðhvort með eða án kínidíns. Dabigatran AUC _{τ,ss} , við jafnvægi og $C_{max,ss}$, við jafnvægi hækkuðu að meðaltali 1,53-falt og 1,56-falt, talið upp í sömu röð, við samhliða notkun kínidíns (sjá kafla 4.2 og 4.4).
Klarítrómýsín	Þegar klarítrómýsín (500 mg tvisvar á sólarhring) var gefið ásamt dabigatran etexílati heilbrigðum sjálfbodaliðum sást hækkun á AUC sem var u.þ.b. 1,19-föld og C_{max} u.þ.b. 1,15-föld.

Ticagrelor	<p>Þegar stakur skammtur af 75 mg dabigatran etexílati var gefinn samtímis 180 mg hleðsluskammti af ticagrelori, jókst AUC 1,73-falt og C_{max} 1,95-falt, talið upp í sömu röð, fyrir dabigatran. Eftir endurtekna skammta af ticagrelori 90 mg tvisvar á sólarhring jókst útsetning fyrir dabigatrani, C_{max} 1,56-falt og AUC 1,46-falt, talið upp í sömu röð.</p> <p>Samhliða gjöf 180 mg hleðsluskammts af ticagrelori og 110 mg af dabigatran etexílati (við jafnvægi) jók AUC_{τ,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran 1,49-falt og 1,65-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu. Þegar 180 mg hleðsluskammtur af ticagrelori var gefinn 2 klst. eftir 110 mg af dabigatran etexílati (við jafnvægi) minnkaði aukning AUC_{τ,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran í 1,27-falt og 1,23-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu. Mælt er með þessari seinkuðu gjöf á hleðsluskammti ticagrelors.</p> <p>Samhliða gjöf 90 mg af ticagrelori tvisvar sinnum á sólarhring (viðhaldsskammtur) og 110 mg af dabigatran etexílati jók aðlagð AUC_{τ,ss} og $C_{max,ss}$ fyrir dabigatran 1,26-falt og 1,29-falt, talið upp í sömu röð, samanborið við dabigatran etexílat eingöngu.</p>
Posakónazól	Posakónazól hemur einnig P-glýkóprótein að einhverju leyti en hefur ekki verið klínískt rannsakað. Gæta skal varúðar þegar dabigatran etexílat er gefið samhliða posakónazóli.
<u>P-glýkóprótein virkjar</u>	
Forðast skal samhliða notkun	
t.d. rifampisín, jóhannesarjurt (St. John's wort, Hypericum perforatum), karbamazepín eða fenýtóín	<p>Búast má við að samhliða gjöf minnki þéttni dabigatrans.</p> <p>Lyfjagjöf, á undan notkun dabigatrans, með virkjanum rifampisíni í skammtinum 600 mg einu sinni á sólarhring í 7 sólarhringa minnkaði heildar hámarksgildi dabigatrans og heildarútsetningu um 65,5% og 67%, talið upp í sömu röð. Örvandi áhrifin minnkuðu, sem leiddi til</p> <p>þess að útsetning fyrir dabigatrani var nálægt viðmiðunargildinu 7 sólarhringum eftir að meðferð með rifampisíni var hætt. Frekari aukning á aðgengi sást ekki eftir 7 sólarhringa til viðbótar.</p>
<u>Próteasahemlar eins og ritonavír</u>	
<i>Samhliða notkun ekki ráðlögð</i>	
t.d. ritonavír og samsetning þess með öðrum próteasahemlum	Hafa áhrif á P-glýkóprótein (annaðhvort sem hemlar eða virkjar). Þeir hafa ekki verið rannsakaðir og er því samhliða notkun þeirra með dabigatran etexílati ekki ráðlögð.
<u>P-glýkóprótein hvarfefni</u>	
Dígoxín	Í rannsókn sem gerð var á 24 heilbrigðum einstaklingum sem fengu dabigatran etexílat samhliða dígoxíni komu ekki fram breytingar á dígoxíni og engar mikilvægar breytingar á útsetningu fyrir dabigatrani sást.

Segavarnarlyf og lyf sem hindra samloðun blóðflagna

Engin eða takmörkuð reynsla er af meðferð með eftirfarandi lyfjum samtímis meðferð með dabigatran etexílati sem getur aukið blæðingarhættu: segavarnarlyf eins og óþáttað heparín, heparín með lágan mólþunga og heparínafleiður (fondaparín, desirúdin), segaleysandi lyf og vítamín-K hemlar, rivaroxaban eða önnur segavarnarlyf til inntöku (sjá kafla 4.3) og lyf sem hindra samloðun blóðflagna eins og GPIIb/IIIa viðtaka hemlar, tíklópídín, prasugrel, ticagrelor, dextran og súlfínprázón (sjá kafla 4.4).

Af upplýsingunum sem fengust úr III. stigs rannsókninni RE-LY (sjá kafla 5.1) kom í ljós að samhliða notkun annarra segavarnarlyfja, til inntöku eða inndælingar, með bæði dabigatran etexílati og warfarini, jók hlutfall meiriháttar blæðinga um það bil 2,5-falt sem aðallega tengist aðstæðum þegar verið er að skipta frá einu segavarnarlyfi í annað (sjá kafla 4.3). Ennfremur sást að samhliða notkun blóðflöguhemjandi lyfjanna, asetýlsalicýlsýru eða klópídógreis með bæði dabigatran etexílati og warfarini um það bil tvöfaldaði hlutfall meiriháttar blæðinga (sjá kafla 4.4).

Gefa má óþáttað heparín í skömmtum sem þarf til að halda bláæðaleggjum eða slagæðaleggjum opnum hjá sjúklingnum eða við brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs (sjá kafla 4.3).

Tafla 9: Milliverkanir við segavarnarlyf og lyf sem hindra samloðun blóðflagna

Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID)	Bólgueyðandi gigtarlyf gefin í stuttan tíma til verkjastillingar hafa ekki reynst tengjast aukinni blæðingarhættu þegar þau eru gefin samhliða dabigatran etexílati. Við langtíma notkun í RE-LY rannsókninni jók notkun bólgueyðandi gigtarlyfja blæðingarhættu um u.þ.b. 50% með bæði dabigatran etexílati og warfarini.
Klópídógrei	Hjá ungum heilbrigðum karlkyns sjálfbóðaliðum leiddi samhliða gjöf dabigatran etexílat og klópídógreis ekki til frekari lengingar á blæðingartíma háráðablóðs borið saman við klópídógrei einlyfjameðferð. Að auki reyndust $AUC_{\tau,ss}$ við jafnvægi og $C_{max,ss}$ við jafnvægi fyrir dabigatran og storkuáhrif fyrir tilstilli dabigatrans eða hömlun á samloðun blóðflagna fyrir tilstilli klópídógreis í meginatriðum vera óbreytt þegar samsett meðferð var borin saman við einlyfjameðferð hvors lyfs fyrir sig. Með hleðsluskammti sem nam 300 mg eða 600 mg af klópídógrei jókst $AUC_{\tau,ss}$ við jafnvægi og $C_{max,ss}$ við jafnvægi fyrir dabigatran um u.þ.b. 30-40% (sjá kafla 4.4).
Asetýlsalicýlsýra	Samhliða gjöf asetýlsalicýlsýru og 150 mg dabigatran etexílat tvisvar á sólarhring getur aukið blæðingarhættu frá 12% í 18% með 81 mg asetýlsalicýlsýru og í 24% með 325 mg asetýlsalicýlsýru (sjá kafla 4.4).
Heparín með lágan mólþunga (LMWH)	Samhliða notkun heparíns með lágan mólþunga, eins og enoxaparins, með dabigatran etexílati hefur ekki verið sérstaklega rannsökuð. Eftir að skipt var úr 3 daga meðferð með 40 mg enoxaparín einu sinni á sólarhring undir húð, var útsetning fyrir dabigatrani lítilsháttar minni 24 klst. eftir síðasta skammt af enoxaparini en eftir að dabigatran etexílat var gefið eitt og sér (stakur 220 mg skammtur). Hærrí and-FXa/FIIA virkni sást eftir gjöf dabigatran etexílat með enoxaparín formeðferð miðað við eftir meðferð með dabigatran etexílati eingöngu. Þetta er álitíð vera vegna yfirfærsluáhrifa enoxaparins meðferðar og er ekki talið klínískt mikilvægt. Önnur blóðþynningarpróf tengd dabigatrani voru ekki marktækt breytt við formeðferð með enoxaparini.

Aðrar milliverkanir

Tafla 10: Aðrar milliverkanir

<u>Sérhæfðir serótónín endurupptöku hemlar (SSRI) eða sérhæfðir serótónín norepinefrín endurupptöku hemlar (SNRI)</u>	
SSRI og SNRI lyf	SSRI og SNRI lyf juku blæðingarhættu hjá öllum meðferðarhópnum í RE-LY rannsókninni.
<u>Lyf sem hafa áhrif á sýrustig í maga</u>	
Pantóprazol	Þegar dabigatran etexílat var gefið samhliða pantóprazóli lækkaði AUC gildi dabigatrans um u.þ.b. 30%. Pantóprazol og aðrir prótónpumpuhemlar voru gefnir samhliða dabigatran etexílati í klínískum rannsóknum og virtist samhliða gjöf prótónpumpuhemla ekki minnka verkun dabigatran etexílat.
Ranitítín	Þegar ranitítín var gefið samhliða dabigatran etexílati hafði það engin klínískt marktæk áhrif á frásög dabigatrans.

Milliverkanir tengdar umbrotaleiðum dabigatran etexílat og dabigatrans

Dabigatran etexílat og dabigatran umbrotna ekki fyrir tilstilli cýtókróm P450 kerfisins og höfðu engin áhrif *in vitro* á cýtókróm P450 ensím úr mönnum. Því er ekki búist við milliverkunum milli skyldra lyfja og dabigatrans.

Börn

Rannsóknir á milliverkunum hafa eingöngu verið gerðar hjá fullorðnum.

4.6 Frjósemi, meðganga og brjóstgjöf

Konur á barneignaraldri

Konur á barneignaraldri ættu að forðast að verða þungaðar meðan á meðferð með Ddabigatran etexílati stendur.

Meðganga

Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um notkun dabigatran etexílat á meðgöngu. Dýrarannsóknir hafa sýnt eiturvekanir á æxlun (sjá kafla 5.3). Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt.

Dabigatran etexílat ætti ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til.

Brjóstgjöf

Engin klínísk gögn liggja fyrir um áhrif dabigatrans á ungbörn á brjósti. Stöðva á brjóstgjöf meðan á meðferð með dabigatran etexílati stendur.

Frjósemi

Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi varðandi notkun hjá mönnum.

Í dýrarannsóknum hafa sést áhrif á frjósemi kvendýra sem fækkun hreiðrana og aukningu á missi fyrir hreiðrun við 70 mg/kg skammt (5-föld útsetning í plasma sjúklinga). Engin önnur áhrif á frjósemi kvendýra sást. Engin áhrif voru á frjósemi karldýra. Við skammta sem höfðu eiturvekanir á móður (5 til 10-föld útsetning í plasma sjúklinga) sást minnkun á líkamsþyngd fósturs og lífslíkum fósturvísis og fósturs ásamt aukningu á fósturgöllum í rottum og kaninum. Í rannsóknum fyrir og eftir fæðingu sást aukning í tíðni fósturláta við skammta sem höfðu eitiráhrif á móður (skammtur sem samsvarar fjórfaldri útsetningu í plasma sjúklinga).

4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Dabigatran etexílat hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla.

4.8 Aukaverkanir

Samantekt á öryggisupplýsingum

Dabigatran etexílat hefur verið metið í klínískum rannsóknum hjá u.þ.b. 64.000 sjúklingum; þar af fengu u.þ.b. 35.000 sjúklingar meðferð með dabigatran etexílati. Aukaverkanir komu fram hjá samtals 22% sjúklinga með gáttatif á fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum (langtímameðferð allt að 3 ár), 14% sjúklinga sem fengu meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki og 15% sjúklinga sem fengu fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki.

Algengasta aukaverkunin sem tilkynnt var um var blæðing sem átti sér stað hjá u.þ.b.16,6% sjúklinga með gáttatif á langtíma fyrirbyggjandi meðferð gegn heillaslagi og segareki í slagæðum og hjá 14,4% fullorðinna sjúklinga sem fengu meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki. Enn fremur kom blæðing fyrir hjá 19,4% sjúklinganna í rannsókninni á fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki, RE-MEDY (fullorðnir sjúklingar) og hjá 10,5% sjúklinga í rannsókninni á fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki, RE-SONATE (fullorðnir sjúklingar).

Vegna þess að sjúklingaþýðið sem fær meðferð við ábendingunum þremur er ekki sambærilegt og blæðingartilvik eru dreifð yfir nokkra líffæraflokka er samantekt á meiriháttar blæðingu og hvers konar blæðingu skipt upp eftir ábendingu sýnd í töflum 12-15 hér á eftir.

Þó að meiriháttar eða alvarleg blæðing hafi verið sjaldgæf aukaverkun í klínískum rannsóknum getur hún komið fram og óháð staðsetningu valdið fötlun, lífshættu og jafnvel dauða.

Listi yfir aukaverkanir á töfluformi

Tafla 11 sýnir aukaverkanir sem komu fram í rannsóknum og gögnum eftir markaðssetningu fyrir ábendingarnar fyrirbygging heillaslags vegna segareks og segarek í útæðum (systemic embolism) hjá sjúklingum með gáttatif, meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki og fyrirbyggjandi meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki. Þær eru flokkaðar eftir líffærum og tíðni samkvæmt eftirfarandi skilgreiningu: mjög algengar ($\geq 1/10$), algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$), mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$), koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirbyggjandi gögnum).

Tafla 11: Aukaverkanir

Flokkun eftir líffærum/Staðlað heiti.	Tíðni	
	Fyrirbyggjandi meðferð gegn heillaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif	Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki og Fyrirbyggjandi meðferð gegn segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki
Blóð og eitlar		
Blóðleysi	Algengar	Sjaldgæfar
Minnkaður blóðrauði	Sjaldgæfar	Tíðni ekki þekkt
Blóðflagnafæð	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Lækkuð blóðkornaskil	Mjög sjaldgæfar	Tíðni ekki þekkt
Daufkyrningafæð	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Kyrningaburrð	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Ónæmiskerfi		
Lyfjaofnæmi	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Útbrot	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Kláði	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Bráðaofnæmisviðbrögð	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Ofnæmisbjúgur	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Ofsakláði	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Berkjukrampi	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Taugakerfi		
Blæðing innan höfuðkúpu	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Æðar		
Margúll	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar

Blæðing	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti		
Blóðnasir	Algengar	Algengar
Blóðhósti	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Meltingarfæri		
Blæðing í meltingarvegi	Algengar	Algengar
Kviðverkir	Algengar	Sjaldgæfar
Niðurgangur	Algengar	Sjaldgæfar
Meltingartruflun	Algengar	Algengar
Ógleði	Algengar	Sjaldgæfar
Blæðing frá endaparmi	Sjaldgæfar	Algengar
Blæðing frá gyllinæð	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Sár í meltingarvegi, þ.m.t. sár í vélinda	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Maga- og vélindabólga	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Vélindabakflæði	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Uppköst	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Kyngingartregða	Sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Lifur og gall		
Óeðlileg lifrarstarfsemi/ Lifrarpróf óeðlileg	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Alanínamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Aspartatamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Lifrarensím, hækkuð	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Gallrauðaaukning í blóði	Mjög sjaldgæfar	Tíðni ekki þekkt
Húð og undirhúð		
Húðblæðingar	Algengar	Algengar
Hármissir	Tíðni ekki þekkt	Tíðni ekki þekkt
Stoðkerfi og bandvefur		
Blæðing í lið	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Nýru og þvaggfæri		
Blæðing frá þvag- og kynfærum, þ.m.t. blóð í þvagi	Algengar	Algengar
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað		
Blæðing á stungustað	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Blæðing við æðalegg	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar
Áverkar, eitranir og fylgikvillar aðgerðar		
Blæðing vegna áverka	Mjög sjaldgæfar	Sjaldgæfar
Blæðing í skurðsári	Mjög sjaldgæfar	Mjög sjaldgæfar

Lýsing á völdum aukaverkunum

Blæðingarviðbrögð

Vegna lyfjafræðilegs verkunarháttar getur notkun dabigatran etexílat tengst aukinni hættu á duldu eða sýnilegum blæðingum frá hvaða vef eða líffæri sem er. Vísbindingar, einkenni og alvarleiki (þ.m.t. dauðsfall) er breytilegt eftir staðsetningu og umfangi blæðingar og/eða blóðleysi. Í klínískum rannsóknum sást blæðing frá slímhúð (t.d. frá meltingarfærum, kyn- eða þvaggfærum) oftast meðan á langvarandi dabigatran etexílat meðferð stóð, samanborið við meðferð með K-vítamínhefjum. Til viðbótar við fullnægjandi klínískt eftirlit eru mælingar á gildum blóðrauða og/eða blóðkornaskilum því gagnlegar til að greina dulda blæðingu. Hætta á blæðingum getur aukist hjá ákveðnum sjúklingahópum, t.d. sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og/eða við samhlíða meðferð sem hefur áhrif á blæðingarstöðvun eða með öflugum P-gp hefjum (sjá kafla 4.4,

Blæðingarhætta). Fylgikvillar blæðinga geta lýst sér sem þróttleysi, fölvi, sundl, höfuðverkur eða óútskýrð bólga, mæði og óútskýrt lost.

Tilkynnt hefur verið um þekktu fylgikvilla blæðinga, eins og rýmishelkenni (compartment syndrome) og bráða nýrnabilun vegna ófullnægjandi gegnflæðis ásamt nýrnakvilla tengdum segavarnarlyfjum hjá sjúklingum með áhættuþætti sem valda tilhneingingu til slíks, við notkun dabigatran etexílat. Því skal íhuga möguleikann á blæðingu við mat á ástandi hjá öllum sjúklingum á blóðþynningu. Sérstækt viðsnúningslyf fyrir dabigatran, idarucizumab, er fáanlegt ef um er að ræða óviðráðanlega blæðingu hjá fullorðnum sjúklingum (sjá kafla 4.9).

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslaga og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF)

Tafla 12 sýnir blæðingartilvik sem skipt er niður í meiriháttar blæðingar og hvers konar blæðingar í lykilarannsókninni sem fölst í rannsókn á fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslaga af völdum segareks og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif.

Tafla 12: Blæðingartilvik í rannsókn á fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslaga af völdum segareks og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Meiriháttar blæðing	347 (2,92%)	409 (3,40%)	426 (3,61%)
Blæðing innan höfuðkúpu	27 (0,23%)	39 (0,32%)	91 (0,77%)
Blæðing í meltingarvegi	134 (1,13%)	192 (1,60%)	128 (1,09%)
Banvæn blæðing	26 (0,22%)	30 (0,25%)	42 (0,36%)
Minniháttar blæðing	1.566 (13,16%)	1.787 (14,85%)	1.931 (16,37%)
Hvers konar blæðing	1.759 (14,78%)	1.997 (16,60%)	2.169 (18,39%)

Þátttakendur, sem var slembiraðað á dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring eða 150 mg tvisvar á sólarhring, voru í marktækt minni hættu á lífshættulegum blæðingum og blæðingum innan höfuðkúpu borið saman við warfarín [$p < 0,05$]. Báðir styrkleikar dabigatran etexílat höfðu einnig í för með sér tölfræðilega marktækt lægri heildartíðni blæðinga. Þátttakendur, sem var slembiraðað á dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring, voru í marktækt minni hættu á meiriháttar blæðingum borið saman við warfarín (áhættuhlutfall 0,81 [$p=0,0027$]). Þátttakendur, sem var slembiraðað á dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring, voru í marktækt aukinni hættu á meiriháttar blæðingum í meltingarvegi borið saman við warfarín (áhættuhlutfall 1,48 [$p=0,0005$]). Þessi áhrif sáust fyrst og fremst hjá sjúklingum ≥ 75 ára.

Klínískur ávinningur dabigatrans með tilliti til fyrirbyggjandi meðferðar gegn heilaslaga og segareki í slagæðum og minnkuð hætta á blæðingu innan höfuðkúpu borið saman við warfarín hélst í einstökum undirhópum sjúklinga, hvort sem um er að ræða skerta nýrnastarfsemi, hærri aldur, samhliða lyfjameðferð svo sem með lyfjum sem hindra samloðun blóðflagna eða P-glúkóprótein hemlum. Þó að sumir undirhópar sjúklinga séu í aukinni hættu á meiriháttar blæðingu þegar þeir eru meðhöndlaðir með segavarnarlyfi er aukin blæðingarhætta af völdum dabigatrans vegna blæðingar í meltingarvegi, sem yfirleitt sést innan fyrstu 3-6 mánaðanna eftir að meðferð með dabigatran etexílati hefst.

Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og fyrirbyggjandi meðferð við endurteknu DVT og PE (DVT/PE meðferð)

Tafla 13 sýnir blæðingartilvik í báðum rannsóknunum í heild, RE-COVER og RE-COVER II, á meðferð við DVT og PE. Í rannsóknunum í heild voru aðalendapunktur varðandi öryggi meiri háttar blæðing, meiri háttar eða klínískt mikilvæg blæðing og sérhver blæðing við marktækt lægri tíðni en við notkun warfaríns miðað við tilgreindan alfa-stuðul sem var 5%.

Tafla 13: Blæðingartilvik í rannsóknunum RE-COVER og RE-COVER II á meðferð við DVT og PE

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín	Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)
Sjúklingar sem öryggisgreiningin tók til	2.456	2.462	
Meiri háttar blæðingartilvik	24 (1,0%)	40 (1,6%)	0,60 (0,36; 0,99)
Blæðing innan höfuðkúpu	2 (0,1%)	4 (0,2%)	0,50 (0,09; 2,74)
Meiri háttar blæðing í meltingarvegi	10 (0,4%)	12 (0,5%)	0,83 (0,36; 1,93)
Lífshættuleg blæðing	4 (0,2%)	6 (0,2%)	0,66 (0,19; 2,36)
Meiri háttar blæðingartilvik/klínískt mikilvægar blæðingar	109 (4,4%)	189 (7,7%)	0,56 (0,45; 0,71)
Hvers konar blæðing	354 (14,4%)	503 (20,4%)	0,67 (0,59; 0,77)
Hvers konar blæðing í meltingarvegi	70 (2,9%)	55 (2,2%)	1,27 (0,90; 1,82)

Blæðingartilvik í báðum meðferðarhópunum er talin frá fyrstu inntöku dabigatran etexílat eða warfaríns eftir að meðferð með stungulyfi var hætt (tímabil meðferðar með lyfi til inntöku). Þetta felur í sér öll blæðingartilvik sem komu fyrir meðan á meðferð með dabigatran etexílati stóð. Öll blæðingartilvik sem komu fyrir meðan á meðferð með warfaríni stóð eru talin með að undanskildum þeim sem komu fyrir á skörunartímabilinu milli meðferðar með warfaríni og stungulyfi.

Tafla 14 sýnir blæðingartilvik í lykilrannsókninni, RE-MEDY, á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE. Sum blæðingartilvik (meiri háttar blæðingar, klínískt mikilvægar blæðingar og hvers konar blæðing) voru marktækt færri hjá sjúklingum sem fengu dabigatran etexílat samanborið við þá sem fengu warfarín miðað við tilgreindan alfa-stuðul sem var 5%.

Tafla 14: Blæðingartilvik í rannsókninni RE-MEDY á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín	Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)
Meðhöndlaðir sjúklingar	1.430	1.426	
Meiri háttar blæðingartilvik	13 (0,9%)	25 (1,8%)	0,54 (0,25; 1,16)
Blæðing innan höfuðkúpu	2 (0,1%)	4 (0,3%)	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðing í meltingarvegi	4 (0,3%)	8 (0,5%)	Ekki hægt að reikna út*
Lífshættuleg blæðing	1 (0,1%)	3 (0,2%)	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðingartilvik /klínískt mikilvægar blæðingar	80 (5,6%)	145 (10,2%)	0,55 (0,41; 0,72)
Hvers konar blæðing	278 (19,4%)	373 (26,2%)	0,71 (0,61; 0,83)
Hvers konar blæðing í meltingarvegi	45 (3,1%)	32 (2,2%)	1,39 (0,87; 2,20)

*Ekki hægt að áætla áhættuhlutfall þar sem ekkert tilvik varð í hvorugum meðferðarhópnum/meðferðinni

Tafla 15 sýnir blæðingartilvik í lykilrannsókninni, RE-SONATE, á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE. Tíðni samsetningar meiri háttar blæðingar/klínískt mikilvægrar blæðingar og tíðni hvers konar blæðinga var marktækt lægri hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu samanborið við þá sem fengu dabigatran etexílat miðað við tilgreindan alfa-stuðul sem var 5%.

Tafla 15: Blæðingartilvik í rannsókninni RE-SONATE á fyrirbyggjandi meðferð við DVT og PE

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Lyfleysa	Áhættuhlutfall samanborið við lyfleysu (95% áhættuhlutfall)
Meðhöndlaðir sjúklingar	684	659	
Meiri háttar blæðingartilvik	2 (0,3%)	0	Ekki hægt að reikna út*
Blæðing innan höfuðkúpu	0	0	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðing í meltingarvegi	2 (0,3%)	0	Ekki hægt að reikna út*
Lífshættulegar blæðingar	0	0	Ekki hægt að reikna út*
Meiri háttar blæðingartilvik /klínískt mikilvægar blæðingar	36 (5,3%)	13 (2,0%)	2,69 (1,43; 5,07)
Hvers konar blæðing	72 (10,5%)	40 (6,1%)	1,77 (1,20; 2,61)
Hvers konar blæðing í meltingarvegi	5 (0,7%)	2 (0,3%)	2,38 (0,46; 12,27)

*Ekki hægt að áætla áhættuhlutfall þar sem ekkert tilvik varð í hvorugri meðferðinni

Kyrningapurrd og daufkyrningafæð

Örsjaldan hefur verið tilkynnt um kyrningapurrd og daufkyrningafæð eftir að notkun dabigatran etexílat var samþykkt. Þar sem tilkynningar um aukaverkanir við lyfjagát eftir markaðssetningu koma frá þýði af óvissri stærð, er ekki mögulegt að ákvarða tíðni þeirra á áreiðanlegan hátt. Tíðni tilkynninganna var áætluð 7 tilvik á hverja 1 milljón sjúklinga ára fyrir kyrningapurrd og 5 tilvik á hverja 1 milljón sjúklinga ára fyrir daufkyrningafæð.

Börn

Öryggi dabigatran etexílat sem meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum var rannsakað í tveimur III. stigs rannsóknum (DIVERSITY og 1160.108). Alls höfðu 328 börn fengið meðferð með dabigatran etexílati. Sjúklingarnir fengu dabigatran etexílat samsetningu sem hentaði hverjum aldurshópi í skömmtum sem aðlagðir höfðu verið að aldri og þyngd.

Búist er við að öryggi hjá börnum sé í heildina það sama og hjá fullorðnum.

Alls fengu 26% barna sem fengu meðferð með dabigatran etexílati við segum og segareki í bláæðum og sem forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum aukaverkanir.

Listi yfir aukaverkanir á töfluformi

Tafla 16 sýnir aukaverkanir sem komu fram í rannsóknum á meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum. Þær eru flokkaðar eftir líffærum og tíðni samkvæmt eftirfarandi skilgreiningu: mjög algengar ($\geq 1/10$), algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$), mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$), koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirbyggjandi gögnum).

Tafla 16: Aukaverkanir

	Tíðni
Flokkun eftir líffærum / Staðlað heiti.	Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum
Blóð og eitlar	
Blóðleysi	Algengar
Minnkaður blóðrauði	Sjaldgæfar
Blóðflagnafæð	Algengar
Lækkuð blóðkornaskil	Sjaldgæfar
Daufkyrningafæð	Sjaldgæfar
Kyrningaburrð	Tíðni ekki þekkt
Ónæmiskerfi	
Lyfjaofnæmi	Sjaldgæfar
Útbrot	Algengar
Kláði	Sjaldgæfar
Bráðaofnæmisviðbrögð	Tíðni ekki þekkt
Ofnæmisbjúgur	Tíðni ekki þekkt
Ofsakláði	Algengar
Berkjukrampi	Tíðni ekki þekkt
Taugakerfi	
Blæðing innan höfuðkúpu	Sjaldgæfar
Æðar	
Margúll	Algengar
Blæðing	Tíðni ekki þekkt
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti	
Blóðnasir	Algengar
Blóðhósti	Sjaldgæfar
Meltingarfæri	
Blæðing í meltingarvegi	Sjaldgæfar
Kviðverkir	Sjaldgæfar
Niðurgangur	Algengar
Meltingartruflun	Algengar
Ógleði	Algengar
Blæðing frá endaparmi	Sjaldgæfar
Blæðing frá gyllinæð	Tíðni ekki þekkt
Sár í meltingarvegi, þ.m.t. sár í vélinda	Tíðni ekki þekkt
Maga- og vélindabólga	Sjaldgæfar
Vélindabakflæði	Algengar
Uppköst	Algengar
Kyngingartregða	Sjaldgæfar
Lifur og gall	
Óeðlileg lifrarstarfsemi/ Lifrarpróf óeðlileg	Tíðni ekki þekkt
Alanínamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Aspartatamínótransferasi hækkaður	Sjaldgæfar
Lifrarensím, hækkuð	Algengar
Gallrauðaaukning í blóði	Sjaldgæfar
Húð og undirhúð	
Húðblæðingar	Sjaldgæfar
Hármissir	Algengar
Stoðkerfi og bandvefur	

Blæðing í lið	Tíðni ekki þekkt
Nýru og þvagfæri	
Blæðing frá þvag- og kynfærum, þ.m.t. blóð í þvagi	Sjaldgæfar
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað	
Blæðing á stungustað	Tíðni ekki þekkt
Blæðing við æðalegg	Tíðni ekki þekkt
Áverkar, eitranir og fylgikvillar aðgerðar	
Blæðing vegna áverka	Sjaldgæfar
Blæðing í skurðsári	Tíðni ekki þekkt

Blæðingarviðbrögð

Í tveimur III. stigs rannsóknum á ábendingunni meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum fengu alls 7 sjúklingar (2,1%) meiriháttar blæðingartilvik, 5 sjúklingar (1,5%) fengu klínískt mikilvægt blæðingartilvik sem ekki var meiriháttar og 75 sjúklingar (22,9%) fengu minniháttar blæðingartilvik. Tíðni blæðingartilvika var í heildina hærrí hjá elsta aldurshópnum (12 til < 18 ára: 28,6%) en hjá yngri aldurshópnum (frá fæðingu til < 2 ára: 23,3%; 2 til < 12 ára: 16,2%). Meiriháttar eða alvarleg blæðing, óháð staðsetningu, getur valdið fötlun, lífshættu og jafnvel dauða.

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 Ofskömmun

Skammtar af dabigatran etexílati sem eru hærrí en ráðlagðir skammtar valda aukinni blæðingarhættu hjá sjúklingum.

Ef grunur er um ofskömmun getur storkupróf hjálpað til við að meta blæðingarhættu (sjá kafla 4.4 og 5.1). Kvarðað magnbundið dTT próf (þynntur trombíntími) eða endurteknar mælingar á dTT geta spáð fyrir um hvenær ákveðnum dabigatran gildum verði náð (sjá kafla 5.1), einnig þegar gripið hefur verið til viðbótaraðgerða t.d. skilunar.

Of mikil blóðþyning getur leitt til þess að gera verður hlé á meðferð með dabigatran etexílati. Þar sem dabigatran skilst fyrst og fremst út um nýru verður að viðhalda fullnægjandi þvagmyndun. Próteinbinding er lítil og skilst því dabigatran út með blóðskilun, en í klínískum rannsóknum er lítil klínísk reynsla fyrir hendi sem sýnir notagildi þeirrar aðgerðar (sjá kafla 5.2).

Viðbrögð við fylgikvillum blæðinga

Ef um fylgikvilla blæðingar er að ræða verður að hætta meðferð með dabigatran etexílati og greina uppruna blæðingarinnar. Metið eftir klínísku ástandi skal veita viðeigandi stuðningsmeðferð eftir því sem lækni rínn ákveður, t.d. stöðvun blæðingar með skurðaðgerð eða meðferð til að viðhalda blóðrúmmáli.

Þegar þörf er á hröðum viðsnúningi segavarnandi áhrifa dabigatrans hjá fullorðnum sjúklingum er sértækt viðsnúningslyf (idarucizumab), sem hemur lyfhrif dabigatrans, fánlegt. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi idarucizumabs hjá börnum (sjá kafla 4.4).

Hafa má í huga storkupáttapýkkni (virkjuð eða ekki virkjuð) eða raðbrigðapátt VIIa. Nokkur reynsla úr tilraunum styður að þessi lyf leiki hlutverk í að upphelja segavarnandi áhrif dabigatrans, en mjög takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um notagildi þess við klínískar aðstæður sem og um hugsanlega

hættu á endurkomu segareks. Storkupróf geta verið óáreiðanleg eftir gjöf fyrrgreindra storkuþáttaþykkna. Gæta skal varúðar við túlkun slíkra prófa. Einnig ætti að íhuga gjöf blóðflöguþykknis í tilvikum þar sem blóðflagnafæð er til staðar eða notuð hafa verið langvirk blóðflöguhemjandi lyf. Hverskyns meðferð við einkennum verður að veita samkvæmt mati læknisins.

Í tilfellum meiriháttar blæðinga, háð aðstæðum á hverjum stað, ætti að íhuga ráðgjöf frá sérfræðingi í storkuþáttum.

5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

5.1 Lyfhrif

Flokkun eftir verkun: Segavarnarlyf (antithrombotica), hemlar með beina verkun á trombín, ATC flokkur: B01AE07.

Verkunarháttur

Dabigatran etexílat er lítil sameind sem er forlyf og hefur enga lyfjafræðilega verkun. Eftir inntöku frásogast dabigatran etexílat hratt og umbrotar í dabigatran með esterasahvötuðu vatnsrofi í plasma og lifur. Dabigatran er öflugur, afturkræfur, samkeppnis-, trombínhemill með beina verkun og er aðalþátturinn sem er virkur í plasma.

Þar sem trombín (serín próteasi) auðveldar umbreytingu fibrínógens í fibrín í storkuferlinu, kemur hömlun þess í veg fyrir segamyndun. Dabigatran hamlar fríu trombíni, fibrínbundnu trombíni og trombín-örvaðri blóðflagnakekkjun.

Lyfhrif

In vivo og *ex vivo* dýrarannsóknir hafa sýnt segavarnandi verkun dabigatrans og virkni þess gegn blóðstorknun eftir gjöf dabigatrans í bláæð og dabigatran etexílat til inntöku, í mismunandi dýralíkönnum af segamyndun.

Skýr fylgni er milli plasmabéttni dabigatrans og umfangi segavarnandi áhrifa samkvæmt II. stigs rannsóknum. Dabigatran lengir trombítíma (TT), ECT og aPTT.

Kvarðaður magnbundinn þynntur trombítími (dTT) gefur mat á plasmabéttni dabigatrans sem hægt er að bera saman við þá plasmabéttni dabigatrans sem búist er við. Þegar plasmabéttni dabigatrans er við eða undir magnákvörðunarmörkum samkvæmt kvörðuðu dTT prófi skal íhuga viðbótar storkupróf svo sem TT, ECT eða aPTT.

ECT getur gefið beina mælingu á virkni beinna trombínhemla.

aPTT próf er víða fáanlegt og gefur nokkra vísbendingu um segavarnandi áhrif dabigatrans. Hins vegar hefur aPTT próf takmarkaða næmni og á ekki við til nákvæmrar mælingar á segavarnandi verkun, sérstaklega ekki þegar blóðþéttni dabigatrans er há. Þó að há aPTT gildi skuli túlka með varúð, benda há aPTT gildi til þess að sjúklingurinn sé blóðþynntur.

Almennt má ætla að þessar mælingar á segavarnandi verkun geti endurspeglað styrk dabigatrans og geti verið leiðbeinandi um mat á blæðingarhættu, þ.e.a.s. mælingar sem eru yfir 90. hundraðsmarki af dabigatran lágstyrk og storkupróf svo sem aPTT sem tekið er við lágstyrk (fyrir aPTT mörk sjá kafla 4.4, töflu 5) er talið tengjast aukinni blæðingarhættu.

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF)

Margfeldismeðaltal hástyrks dabigatrans í jafnvægi í plasma, mælt u.þ.b. 2 klst. eftir gjöf 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring, var um 175 ng/ml, á bilinu 117-275 ng/ml

(25.-75. hundraðsmark). Margfeldismeðaltal lágstyrks (trough concentration) dabigatrans mælt við lágmark að morgni við lok skammtabils (þ.e. 12 klst. eftir 150 mg kvöldskammt af dabigatrani) var að meðaltali 91,0 ng/ml, á bilinu 61,0-143 ng/ml (25.-75. hundraðsmark).

Hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum, sem fengu fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring,

- var 90. hundraðsmark plasmabéttni dabigatrans mældu við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) um 200 ng/ml,
- ECT við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt), sem var hækkað um u.þ.b. 3-föld eðlileg efri mörk á við um 90. hundraðsmark ECT lengingar sem var 103 sekúndur,
- aPTT hlutfall hærra en 2-föld eðlileg efri mörk (aPTT lenging um u.þ.b. 80 sekúndur), við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) endurspeglar 90. hundraðsmörkin sem fram komu.

Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurteknu DVT og PE (DVT/PE)

Hjá sjúklingum sem fengu meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring við segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki var margfeldismeðaltal lágstyrks dabigatrans, mælt innan 10-16 klst. eftir skammt í lok skammtabils (þ.e. 12 klst. eftir 150 mg kvöldskammt af dabigatrani), 59,7 ng/ml, á bilinu 38,6-94,5 ng/ml (25.-75. hundraðsmark). Við meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring við segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki,

- var 90. hundraðsmark plasmabéttni dabigatrans mældu við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt), um 146 ng/ml,
- ECT við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) sem var hækkað u.þ.b. 2,3-falt samanborið við grunnlínu á við um 90. hundraðsmark ECT lengingar sem var 74 sekúndur,
- 90. hundraðsmark aPTT við lágstyrk (10-16 klst. eftir fyrri skammt) var 62 sekúndur, sem myndi vera 1,8-falt samanborið við grunnlínu.

Engar upplýsingar liggja fyrir um lyfjahvörf hjá sjúklingum á fyrirbyggjandi meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati við endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og endurteknu lungnasegareki.

Verkun og öryggi

Kynþáttur

Enginn klínískt mikilvægur munur vegna kynþáttar kom fram milli sjúklinga af hvítum, afrískum-amerískum, spænskum, japönskum eða kínverskum kynþætti.

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti

Klínískar vísbendingar um verkun dabigatran etexílat eru fengnar úr RE-LY rannsókninni (Randomized Evaluation of Long-term anticoagulant therapy) sem er fjölsetra, fjölþjóðleg, slembuð, samanburðarburðarrannsókn með samhliða hópum og með tveimur mismunandi tvíblinduðum skömmtum af dabigatran etexílati (110 mg og 150 mg tvisvar á sólarhring) bornir saman við óblindadaða skammta warfarins hjá sjúklingum með gáttatif í miðlungsmikilli eða mikilli hættu á heilaslagi og segareki í slagæðum. Megintilgangur þessarar rannsóknar var að ákvarða hvort dabigatran etexílat væri jafngóður kostur og warfarin við að fækka tilvikum samsetta endapunktsins, heilaslags og segareks í slagæðum. Tölfræðilegir yfirburðir voru einnig greindir.

Í RE-LY rannsókninni var samtals 18.113 sjúklingum slembiraðað, með meðalaldur 71,5 ár og meðal CHADS2 skor 2,1. Af sjúklingaþýðinu voru 64% karlar, 70% voru af hvíta kynstofninum og 16% voru af asískum kynstofni. Hjá sjúklingum sem var slembiraðað á warfarin var meðalhlutfall tíma á meðferðarbili (time in therapeutic range [TTR]) (INR 2-3) 64,4% (miðgildi TTR 67%).

RE-LY rannsóknin sýndi fram á að dabigatran etexílat, við skammta sem námu 110 mg tvisvar á sólarhring, er ekki síðri kostur en warfarin til að fyrirbyggja heilaslag og segarek í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif, með minni hættu á blæðingu innan höfuðkúpu, heildarblæðingu og meiriháttar blæðingu. Skammturinn 150 mg tvisvar á sólarhring minnkar marktækt hættuna á blóðþurrðarheilaslagi og blæðingarheilaslagi, dauða af völdum æðasjúkdóma, blæðingu innan höfuðkúpu, og heildarblæðingu borið saman við warfarin. Tíðni meiriháttar blæðinga við þessa skammta var sambærileg við warfarin. Tíðni hjartadreps var lítilsháttar aukin með dabigatran etexílati 110 mg tvisvar á sólarhring og 150 mg tvisvar á sólarhring borið saman við warfarin (áhættuhlutfall 1,29; $p=0,0929$ annars vegar og áhættuhlutfall 1,27; $p=0,1240$ hins vegar). Með því að bæta eftirlit með INR minnkar ávinningur af dabigatran etexílati borið saman við warfarin.

Töflur 17-19 sýna upplýsingar um lykilmæðurstöður hjá heildarþýðinu:

Tafla 17: Greining á fyrstu tilvikum heilaslags eða segareks í slagæðum (aðalendapunktur) á rannsóknartímanum í RE-LY.

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Heilaslag og/eða segarek í slagæðum			
Tíðni (%)	183 (1,54)	135 (1,12)	203 (1,72)
Áhættuhlutfall yfir warfarini (95% öryggisbil)	0,89 (0,73; 1,09)	0,65 (0,52; 0,81)	
p-gildi yfirburðir	$p=0,2721$	$p=0,0001$	

% á við tíðni tilvika á ári

Tafla 18: Greining á fyrstu tilvikum blóðþurrðar- eða blæðingarheilaslags á rannsóknartímanum í RE-LY.

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Heilaslag			
Tíðni (%)	171 (1,44)	123 (1,02)	187 (1,59)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,91 (0,74; 1,12)	0,64 (0,51; 0,81)	
p-gildi	0,3553	0,0001	
Segarek í slagæðum			
Tíðni (%)	15 (0,13)	13 (0,11)	21 (0,18)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,71 (0,37; 1,38)	0,61 (0,30; 1,21)	
p-gildi	0,3099	0,1582	
Blóðþurrðarheilaslag			
Tíðni (%)	152 (1,28)	104 (0,86)	134 (1,14)

Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	1,13 (0,89; 1,42)	0,76 (0,59; 0,98)	
p-gildi	0,3138	0,0351	
Blæðingarheilaslag			
Tíðni (%)	14 (0,12)	12 (0,10)	45 (0,38)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,31 (0,17; 0,56)	0,26 (0,14; 0,49)	
p-gildi	0,0001	< 0,0001	

% á við tíðni tilvika á ári

Tafla 19: Greining lifunar hjá sjúklingum í tilvikum af hvaða orsökum sem er og tilvikum hjarta- og æðasjúkdóma á rannsóknartímanum í RE-LY.

	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Slembiraðaðir sjúklingar	6.015	6.076	6.022
Dánartíðni af öllum orsökum			
Tíðni (%)	446 (3,75)	438 (3,64)	487 (4,13)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,91 (0,80; 1,03)	0,88 (0,77; 1,00)	
p-gildi	0,1308	0,0517	
Dánartíðni vegna æðasjúkdóma			
Tíðni (%)	289 (2,43)	274 (2,28)	317 (2,69)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarin (95% öryggisbil)	0,90 (0,77; 1,06)	0,85 (0,72; 0,99)	
p-gildi	0,2081	0,0430	

% á við tíðni tilvika á ári

Töflur 20-21 sýna niðurstöður aðalendapunkts varðandi verkun og öryggi í viðeigandi undirhópum:

Fyrir aðalendapunktinn, heilaslag og segarek í slagæðum greindust engir undirhópar (þ.e. aldur, þyngd, kyn, nýrnastarfsemi, kynþáttur og o.s.frv.) með frábrugðið áhættuhlutfall borið saman við warfarin.

Tafla 20: Áhættuhlutfall og 95% öryggisbil fyrir heilaslag/segarek í slagæðum eftir undirhópum

Endapunktur	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin
Aldur (ár)		
< 65	1,10 (0,64; 1,87)	0,51 (0,26; 0,98)
65 ≤ og < 75	0,86 (0,62; 1,19)	0,67 (0,47; 0,95)
≥ 75	0,88 (0,66; 1,17)	0,68 (0,50; 0,92)
≥ 80	0,68 (0,44; 1,05)	0,67 (0,44; 1,02)
CrCL(ml/mín.)		

30 ≤ og < 50	0,89 (0,61; 1,31)	0,48 (0,31; 0,76)
50 ≤ og < 80	0,91 (0,68; 1,20)	0,65 (0,47; 0,88)
≥ 80	0,81 (0,51; 1,28)	0,69 (0,43; 1,12)

Varðandi aðalöryggisendapunkturinn, meiriháttar blæðingu, skipti aldur máli varðandi meðferðaráhrif. Hlutfallsleg hættu á blæðingu með dabigatrani borið saman við warfarin jókst með hækkandi aldri. Hlutfallsleg áhætta var mest hjá sjúklingum ≥ 75 ára. Samhliða notkun blóðflögughemjandi lyfjanna asetýlsalicýlsýru eða klópídógreis með bæði dabigatran etexílati og warfarini um það bil tvöfaldaði hlutfall meiriháttar blæðinga. Við greiningu á undirhópum kom í ljós að nýrnastarfsemi og CHADS2 skor hafði ekki mikilvæg áhrif hvað varðar meðferðaráhrif.

Tafla 21: Áhættuhlutfall og 95% öryggisbil fyrir meiriháttar blæðingar eftir undirhópum

Endapunktur	Dabigatran etexílat 110 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring samanborið við warfarin
Aldur (ár)		
< 65	0,32 (0,18; 0,57)	0,35 (0,20; 0,61)
65 ≤ og < 75	0,71 (0,56; 0,89)	0,82 (0,66; 1,03)
≥ 75	1,01 (0,84; 1,23)	1,19 (0,99; 1,43)
≥ 80	1,14 (0,86; 1,51)	1,35 (1,03; 1,76)
CrCL(ml/mín.)		
30 ≤ og < 50	1,02 (0,79; 1,32)	0,94 (0,73; 1,22)
50 ≤ og < 80	0,75 (0,61; 0,92)	0,90 (0,74; 1,09)
≥ 80	0,59 (0,43; 0,82)	0,87 (0,65; 1,17)
Notkun asetýlsalicýlsýru	0,84 (0,69; 1,03)	0,97 (0,79; 1,18)
Notkun klópídógreis	0,89 (0,55; 1,45)	0,92 (0,57; 1,48)

RELY-ABLE (langtíma, fjölsetra framhaldsmeðferð með dabigatrani hjá sjúklingum með gáttatif sem luku við RE-LY rannsóknina)

RE-LY framhaldsrannsóknin (RELY-ABLE) veitti viðbótar öryggisupplýsingar hjá hópi sjúklinga sem héldu áfram á sama skammti af dabigatran etexílati eins og gefinn var í RE-LY rannsókninni. Sjúklingar voru tækir í RELY-ABLE rannsóknina ef þeir höfðu ekki hætt að fullu á rannsóknarlyfjum þegar þeir komu í síðustu RE-LY rannsóknarheimsóknina. Sjúklingar sem voru þátttakendur héldu áfram að fá sama tvíblinda dabigatran etexílat skammtinn sem úthlutað var af handahófi í RE-LY rannsókninni í allt að 43 mánaða eftirfylgni eftir RE-LY (heildareftirfylgni RE-LY + RELY-ABLE tók 4,5 ár). 5.897 sjúklingar tóku þátt í rannsókninni og voru 49% af sjúklingunum sem upphaflega fengu af handahófi dabigatran etexílat í RE-LY og 86% af RELY-ABLE-tækum sjúklingum. Meðan á 2,5 ára viðbótarmeðferðinni stóð í RELY-ABLE með hámarksútsetningu í yfir 6 ár (heildarútsetning í RELY + RELY-ABLE) tókst að staðfesta langtíma öryggisprófil dabigatran etexílat fyrir báðar skammtastærðirnar, 110 mg tvisvar á dag og 150 mg tvisvar á dag. Ekki komu fram neinar nýjar öryggisupplýsingar. Fjöldi tilvika, m.a. alvarlegar blæðingar og önnur blæðingartilvik, voru í samræmi við það sem sést hafði í RE-LY.

Upplýsingar úr rannsóknum án inngrips (non-interventional)

Í rannsókn án inngrips (GLORIA-AF) var upplýsingum um öryggi og verkun hjá nýgreindum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum (NVAF) sem fengu dabigatran etexílat í raunverulegum aðstæðum safnað framvirkt (í öðrum áfanga). Rannsóknin tók til 4.859 sjúklinga sem fengu dabigatran etexílat (55% fengu 150 mg tvisvar á dag, 43% fengu 110 mg tvisvar á dag, 2% fengu 75 mg tvisvar á dag). Sjúklingum var fylgt eftir í 2 ár. CHADS2 og HAS-BLED stiginn voru að meðaltali 1,9 og 1,2, talið upp í sömu röð. Eftirfylgnitímabil á meðferð var að meðaltali 18,3 mánuðir. Meiriháttar blæðingar komu fram á 0,97 af hverjum 100 sjúklingaárum. Tilkynnt var um lífshættuleg blæðingartilvik á 0,46 af hverjum 100 sjúklingaárum, blæðingu innan höfuðkúpu á 0,17 af hverjum

100 sjúklingaárum og blæðingu í meltingarvegi á 0,60 af hverjum 100 sjúklingaárum. Heilaslag kom fyrir á 0,65 af hverjum 100 sjúklingaárum.

Í rannsókn án inngríps [Graham DJ et al., Circulation. 2015; 131: 157-164] hjá meira en 134.000 öldruðum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum (NVAF) í Bandaríkjunum (þar sem eftirfylgnitímabil á meðferð nam 37.500 sjúklingaárum), tengdist dabigatran etexílat (84% sjúklinga fengu 150 mg tvisvar á dag, 16% sjúklinga fengu 75 mg tvisvar á dag) minnkaðri hættu á blóðþurrðarheilaslagi (áhættuhlutfall 0,80; 95% öryggisbil [CI] 0,67-0,96), blæðingu innan höfuðkúpu (áhættuhlutfall 0,34; CI 0,26-0,46) og dauðsföllum (áhættuhlutfall 0,86; CI 0,77-0,96) og aukinni hættu á blæðingum í meltingarvegi (áhættuhlutfall 1,28; CI 1,14-1,44) samanborið við warfarín. Enginn munur kom í ljós hvað varðar meiriháttar blæðingu (áhættuhlutfall 0,97, CI 0,88-1,07).

Þessar athuganir í raunverulegum aðstæðum eru í samræmi við staðfestar upplýsingar um öryggi og verkun fyrir dabigatran etexílat í RE-LY rannsókninni fyrir þessa ábendingu.

Sjúklingar sem fara í brennsluaðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs

Framsýn, slembiröðuð, opin, fjölsetra könnunarrannsókn með blinduðu, miðlægu endapunktsmati (RE-CIRCUIT) var gerð hjá 704 sjúklingum sem voru í stöðugri segavarnarmedferð. Í rannsókninni var gerður samanburður á órofinni meðferð með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar sinnum á sólarhring og órofinni meðferð með INR-leiðréttu warfaríni við brennsluaðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífskasta (paroxysmal) eða viðvarandi gáttatífs. Af 704 skráðum sjúklingum fóru 317 í brennsluaðgerð vegna gáttatífs í órofinni meðferð með dabigatran og 318 fóru í brennsluaðgerð vegna gáttatífs í órofinni meðferð með warfaríni. Allir sjúklingar gengust undir ómskoðun á hjarta um vélinda (transesophageal echocardiogram, TEE) fyrir brennsluaðgerðina með hjartaþræðingu. Meginniðurstaðan (meiriháttar blæðing metin samkvæmt ISTH viðmiðum) kom fram hjá 5 (1,6%) sjúklingum í hópnum sem fékk dabigatran etexílat og 22 (6,9%) sjúklingum í hópnum sem fékk warfarín (áhættuhlutfall -5,3%, 95% CI -8,4; -2,2; P = 0,0009). Ekkert tilvik slags/segareks í slagæðum/tímabundinnar blóðþurrðar í heila (TIA) (samsett) kom fram hjá hópnum sem fékk dabigatran etexílat og eitt tilvik (TIA) hjá hópnum sem fékk warfarín frá brennsluaðgerðinni og allt að 8 vikum eftir brennsluaðgerðina. Þessi könnunarrannsókn sýndi að dabigatran etexílat tengdist marktækri lækkun á hlutfalli meiriháttar blæðinga samanborið við INR-leiðrétt warfarín við brennsluaðgerðir.

Sjúklingar sem gengust undir kransæðavíkkun með stoðneti

Framsýn, slembiröðuð, opin rannsókn með blinduðum endapunkti (PROBE) (IIIb. stigs) til að meta tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati (110 mg eða 150 mg tvisvar á sólarhring) ásamt klópídógreli eða ticagrelori (P2Y12-blokki) í samanburði við þrílyfjameðferð með warfaríni (aðlagð að INR 2,0-3,0) ásamt klópídógreli eða ticagrelori og ASA var gerð hjá 2.725 sjúklingum með gáttatif sem ekki tengdist hjartalokusjúkdómum og gengust undir kransæðavíkkun með stoðneti (RE-DUAL PCI). Sjúklingum var slembiraðað til að fá tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg tvisvar á sólarhring, tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar á sólarhring eða þrílyfjameðferð með warfaríni. Öldruðum sjúklingum utan Bandaríkjana (≥ 80 ára fyrir öll lönd, ≥ 70 ára fyrir Japan) var slembiraðað í hópinn sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg eða í hópinn sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni. Aðal endapunkturinn var samsettur endapunktur meiriháttar blæðinga samkvæmt ISTH viðmiðum eða klínískt marktækt blæðingartilvik sem ekki var meiriháttar.

Nýgengi aðal endapunktsins var 15,4% (151 sjúklingur) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg samanborið við 26,9% (264 sjúklingar) hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,52; 95% CI 0,42; 0,63; P < 0,0001 fyrir jafngildi (non-inferiority) og P < 0,0001 fyrir yfirburði (superiority)) og 20,2% (154 sjúklingar) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg samanborið við 25,7% (196 sjúklingar) hjá samsvarandi hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,72; 95% CI 0,58; 0,88; P < 0,0001 fyrir jafngildi og P = 0,002 fyrir yfirburði). Sem hluti af lýsandi greiningunum voru meiriháttar blæðingartilvik samkvæmt TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) matinu færri hjá báðum hópnum sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati heldur en hjá hópnum sem fékk

þrílyfjameðferð með warfaríni: 14 tilvik (1,4%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg samanborið við 37 tilvik (3,8%) hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,37; 95% CI 0,20; 0,68; P = 0,002) og 16 tilvik (2,1%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg samanborið við 30 tilvik (3,9%) hjá samsvarandi hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,51; 95% CI 0,28; 0,93; P = 0,03). Báðir hóparnir sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati höfðu lægri tíðni blæðinga innan höfuðkúpu en samsvarandi hópurinn sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni: 3 tilvik (0,3%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 110 mg samanborið við 10 tilvik (1,0%) hjá hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,30; 95% CI 0,08; 1,07, P = 0,06) og 1 tilvik (0,1%) hjá hópnum sem fékk tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati 150 mg samanborið við 8 tilvik (1,0%) hjá samsvarandi hópnum sem fékk þrílyfjameðferð með warfaríni (HR 0,12; 95% CI 0,02; 0,98; P = 0,047). Tíðni samsettra virkniendapunkta fyrir dauðsföll, segarek (hjartadrep, heilaslag eða segarek í slagæðum) eða ófyrirséð enduræðun (revascularization) hjá hópnum tveimur sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati var ekki síðra en hjá hópnum sem fékk þrílyfja meðferð með warfaríni (13,7% á móti 13,4% talið upp í sömu röð, HR 1,04; 95% CI: 0,84; 1,29, P = 0,0047 fyrir jafngildi). Enginn tölfraðilegur munur kom fram á einstökum þáttum virkniendapunkta á milli hópanna sem fengu tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati og þrílyfjameðferð með warfaríni.

Rannsóknin sýndi fram á að tvílyfjameðferð með dabigatran etexílati og P2Y12-blokka dró verulega úr hættu á blæðingu samanborið við þrílyfjameðferð með warfaríni, en var ekki síðri hvað varðar samsett tilvik segareks hjá sjúklingum með gáttatif sem gengust undir kransæðavíkkun með stoðneti.

Meðferð hjá fullorðnum við DVT og PE (DVT/PE meðferð)

Verkun og öryggi var rannsakað í tveimur fjölsetra, slembuðum, tvíblindum rannsóknum með samhliða hópum sem voru með sama sniði (replicate studies), RE-COVER og RE-COVER II. Í þessum rannsóknum var gerður samanburður á dabigatran etexílat (150 mg tvisvar á sólarhring) og warfaríni (mark INR 2,0-3,0) hjá sjúklingum með brátt segarek í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek. Megintilgangur þessara rannsókna var að staðfesta hvort dabigatran etexílat væri ekki síðra en warfarín til að draga úr tilvikum aðalendapunkts sem fól í sér öll tilvik endurtekens segareks í djúplægum bláæðum með einkennum og/eða lungnasegareks og tengdra dauðsfalla innan 6 mánaða meðferðartímabils.

Í báðum rannsóknunum í heild, RE-COVER og RE-COVER II, var 5.153 sjúklingum slembiraðað og 5.107 fengu meðferð.

Meðferðarlengd með föstum skammti af dabigatran var 174,0 dagar án eftirlits með blóðstorknun. Hjá sjúklingum sem var slembiraðað á meðferð með warfaríni var miðgildi tíma innan meðferðarbils (INR 2,0 til 3,0) 60,6%.

Rannsóknirnar sýndu að meðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar á sólarhring var ekki síðri en meðferð með warfaríni (jafngildismörk fyrir RE-COVER og RE-COVER II: 3,6 fyrir áhættumismun og 2,75 fyrir áhættuhlutfall).

Tafla 22: Greining aðal- og aukaendapunkta verkunar (bláæðasegarek felur í sér segamyndun í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek) til loka tímabils eftir meðferðarlok í RE-COVER og RE-COVER II rannsóknunum í heild

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarin
Meðhöndlaðir sjúklingar	2.553	2.554
Endurtekið bláæðasegarek og dauðsföll tengd bláæðasegareki	68 (2,7 %)	62 (2,4 %)

Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)	1,09 (0,77; 1,54)	
Aukaendapunktur		
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og dauðsföll af hvaða orsök sem er	109 (4,3%)	104 (4,1%)
95% öryggisbil	3,52; 5,13	3,34; 4,91
Segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum	45 (1,8%)	39 (1,5%)
95% öryggisbil	1,29; 2,35	1,09; 2,08
Lungnasegarek með einkennum	27 (1,1%)	26 (1,0%)
95% öryggisbil	0,70; 1,54	0,67; 1,49
Dauðsföll sem tengjast bláæðasegareki	4 (0,2%)	3 (0,1%)
95% öryggisbil	0,04; 0,40	0,02; 0,34
Dauðsföll af hvaða orsök sem er	51 (2,0%)	52 (2,0%)
95% öryggisbil	1,49; 2,62	1,52; 2,66

Fyrirbyggjandi meðferð við endurtekinni DVT og PE (DVT/PE fyrirbygging)

Tvær slembaðar, tvíblindar rannsóknir með samhlíða hópum voru gerðar hjá sjúklingum sem höfðu áður verið á segavarnarmeðferð. Sjúklingar sem voru teknir inn í RE-MEDY, rannsókn með samanburði við warfarín, höfðu þegar verið á meðferð í 3 til 12 mánuði og höfðu þörf fyrir frekari segavarnarmeðferð og sjúklingar sem voru teknir inn í RE-SONATE, rannsókn með samanburði við lyfleysu, höfðu þegar verið á meðferð með K-vítamínhemli í 6 til 18 mánuði.

Tilgangurinn með RE-MEDY rannsókninni var að bera öryggi og verkun dabigatran etexílat til inntöku (150 mg tvisvar sinnum á sólarhring) saman við warfarín (mark INR 2,0-3,0) í langtíameðferð og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum og/eða lungnasegarek. Alls var 2.866 sjúklingum slembiraðað og 2.856 sjúklingar fengu meðferð. Meðferðartími með dabigatran etexílati var á bilinu frá 6 til 36 mánuðir (miðgildi 534,0 dagar). Hjá sjúklingum sem var slembiraðað á warfarín var miðgildi tíma á meðferðarbili (INR 2,0-3,0) 64,9%.

RE-MEDY sýndi að meðferð með dabigatran etexílati 150 mg tvisvar á sólarhring var ekki síðri meðferð með warfaríni (jafngildismörk: 2,85 fyrir áhættuhlutfall og 2,8 fyrir áhættumismun).

Tafla 23: Greining aðal- og aukaendapunkta verkunar (bláæðasegarek felur í sér segamyndun í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek) til loka tímabils eftir meðferðarlok í RE-MEDY rannsókninni

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Warfarín
Meðhöndlaðir sjúklingar	1.430	1.426
Endurtekið bláæðasegarek og dauðsföll tengd bláæðasegareki	26 (1,8%)	18 (1,3%)
Áhættuhlutfall samanborið við warfarín (95% öryggisbil)	1,44 (0,78; 2,64)	
jafngildismörk	2,85	

Sjúklingar sem veiktust á 18 mánuðum	22	17
Uppsöfnuð áhætta eftir 18 mánuði (%)	1,7	1,4
Áhættumismunur samanborið við warfarín (%)	0,4	
95% öryggisbil		
jafngildismörk	2,8	
Aukaendapunktur verkunar		
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og dauðsföll af hvaða orsök sem er	42 (2,9%)	36 (2,5%)
95% öryggisbil	2,12; 3,95	1,77; 3,48
Segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum	17 (1,2%)	13 (0,9%)
95% öryggisbil	0,69; 1,90	0,49; 1,55
Lungnasegarek með einkennum	10 (0,7%)	5 (0,4%)
95% öryggisbil	0,34; 1,28	0,11; 0,82
Dauðsföll sem tengjast segareki í bláæð	1 (0,1 %)	1 (0,1 %)
95 % öryggisbil	0,00; 0,39	0,00; 0,39
Dauðsföll af hvaða orsök sem er	17 (1,2%)	19 (1,3%)
95 % öryggisbil	0,69; 1,90	0,80; 2,07

Tilgangur RE-SONATE rannsóknarinnar var að meta yfirburði dabigatran etexílat samanborið við lyfleysu til að fyrirbyggja endurtekið bláæðasegarek með einkennum og/eða lungnasegarek hjá sjúklingum sem höfðu þegar lokið 6-18 mánaða meðferð með K-vítamínhemli. Áætluð meðferð var 6 mánuðir með 150 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring án þess að nauðsyn væri á eftirliti.

RE-SONATE sýndi að dabigatran etexílat hafði yfirburði yfir lyfleysu til að fyrirbyggja endurtekin tilvik bláæðasegareks með einkennum og/eða lungnasegareks, þ.m.t. dauðsföll af óþekktum orsökum með áhættuminnkun frá 5,6% í 0,4% (hlutfallsleg áhættuminnkun um 92% byggt á áhættuhlutfalli) á meðferðartímabilinu ($p < 0,0001$). Allar auka- og næmisgreiningar á aðalendapunktinum og allir aukaendapunktur sýndu yfirburði dabigatran etexílat yfir lyfleysu.

Rannsóknin fól í sér áhorfseftirfylgnirannsókn í 12 mánuði eftir að meðferð var lokið. Eftir að meðferð með rannsóknarlyfinu var hætt héldust áhrifin fram að lokum eftirfylgnitímabilsins, sem benti til þess að upphafleg áhrif á meðferð með dabigatran etexílati væru viðvarandi. Engin afturkastsáhrif komu í ljós. Í lok eftirfylgnitímabilsins var tíðni bláæðasegarekstilvika hjá sjúklingum sem fengu meðferð með dabigatran etexílati 6,9% samanborið við 10,7% í lyfleysuhópnum (áhættuhlutfall 0,61 (95% öryggisbil 0,42; 0,88), $p=0,0082$).

Tafla 24: Greining aðal- og aukaendapunkta verkunar (bláæðasegarek felur í sér segamyndun í djúplægum bláæðum og/eða lungnasegarek) til loka tímabils eftir meðferðarlok í RE-SONATE rannsókninni.

	Dabigatran etexílat 150 mg tvisvar á sólarhring	Lyfleysa
Meðhöndlaðir sjúklingar	681	662
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og tengd dauðsföll	3 (0,4%)	37 (5,6%)
Áhættuhlutfall samanborið við lyfleysu (95% öryggisbil)	0,08 (0,02; 0,25)	

p-gildi fyrir yfirburði	< 0,0001	
Aukaendapunktur verkunar		
Endurtekið bláæðasegarek með einkennum og dauðsföll af hvaða orsök sem er	3 (0,4%)	37 (5,6%)
95% áhættuhlutfall	0,09; 1,28	3,97; 7,62
Segamyndun í djúplægum bláæðum með einkennum	2 (0,3%)	23 (3,5%)
95% áhættuhlutfall	0,04; 1,06	2,21; 5,17
Lungnasegarek með einkennum	1 (0,1%)	14 (2,1%)
95% öryggisbil	0,00; 0,82	1,16; 3,52
Dauðsföll tengd bláæðasegareki	0 (0)	0 (0)
95% öryggisbil	0,00; 0,54	0,00; 0,56
Dauðsföll af óþekktum orsökum	0 (0)	2 (0,3%)
95% öryggisbil	0,00; 0,54	0,04; 1,09
Dauðsföll af hvaða orsök sem er	0 (0)	2 (0,3%)
95% öryggisbil	0,00; 0,54	0,04; 1,09

Klínískar rannsóknir á fyrirbyggjandi meðferð gegn segareki hjá sjúklingum með gervihjartalokur

Í II. stigs rannsókn var skoðuð notkun dabigatran etexílat og warfaríns hjá alls 252 sjúklingum sem höfðu nýlega fengið gervihjartaloku (þ.e. í sömu sjúkrahúslegu) og hjá sjúklingum sem höfðu fengið gervihjartaloku fyrir meira en þremur mánuðum. Fleiri tilvik segareks (aðallega heilaslag og segamyndun við gervihjartaloku með eða án einkenna) og fleiri blæðingartilvik komu fram hjá þeim sem fengu dabigatran etexílat en þeim sem fengu warfarín. Hjá sjúklingum sem voru nýkomnir úr aðgerð var meiriháttar blæðing aðallega vegna blæðingar í gollurshúsi, einkum hjá sjúklingum sem byrjuðu fljótt (þ.e. á 3. degi) eftir hjartalokuskriptin á meðferð með dabigatran etexílati (sjá kafla 4.3).

Börn

Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslaga og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti

Lyfjastofnun Evrópu hefur fallið frá kröfu um að lagðar verði fram niðurstöður úr rannsóknum á viðmiðunarlyfinu sem inniheldur dabigatran etexílat hjá öllum undirhópum barna fyrir ábendinguna fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslaga og segareki í slagæðum (sjá upplýsingar í kafla 4.2 um notkun handa börnum).

Meðferð við segum og segareki í bláæðum og forvörn gegn endurteknum segum og segareki í bláæðum hjá börnum

DIVERSITY rannsóknin var gerð til að sýna fram á verkun og öryggi dabigatran etexílat samandi við hefðbundna meðferð (standard of care, SOC) við segum og segareki í bláæðum hjá börnum frá fæðingu fram að 18 ára aldri. Rannsóknin var hönnuð sem opin, slembiröðuð rannsókn með samhlíða hópum til að meta jafngildi (non-inferiority). Sjúklingunum var slembiraðað í hlutfallinu 2:1 til að fá annaðhvort samsetningu af dabigatran etexílati sem hentaði hverjum aldurshópi (hylki, húðað kyrni eða mixtúru, lausn) (skammtar aðlagðir að aldri og þyngd) eða hefðbundna meðferð sem samanstóð af heparíni með lágan mólþunga (LMWH), K-vítamín hemlum (VKA) eða fondaparínuxi (1 sjúklingur 12 ára). Aðalendapunkturinn var samsettur endapunktur sjúklinga sem voru fullkomlega lausir við segamyndun, höfðu ekki fengið endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum eða látist vegna

tilvika sem tengdust segum og segareki í bláæðum. Sjúklingar með virka heilahimnubólgu, heilabólgu og innankúpuigerð voru útilokaðir.

Alls var 267 sjúklingum slembiraðað. Af þeim fengu 176 sjúklingar meðferð með dabigatran etexílati og 90 sjúklingar fengu hefðbundna meðferð (1 slembiraðaður sjúklingur sem fékk ekki meðferð). 168 sjúklingar voru á aldrinum frá 12 ára til yngri en 18 ára, 64 sjúklingar á aldrinum frá 2 ára til yngri en 12 ára, og 35 sjúklingar voru yngri en 2 ára.

Af slembiröðuðu sjúklingunum 267 uppfyllti 81 sjúklingur (45,8%) í dabigatran etexílat hópnum og 38 sjúklingar (42,2%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð skilyrðin fyrir samsettan aðalendapunkt (voru fullkomlega lausir við segamyndun, höfðu ekki fengið endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum eða látist vegna tilvika sem tengdust segum og segareki í bláæðum). Samsvarandi hlutfallslegur munur sýndi fram á að meðferð með dabigatran etexílati var jafngild (non-inferiority) hefðbundinni meðferð. Almenn komu samkvæmar niðurstöður einnig fram hjá undirhópum: enginn marktækur munur var á áhrifum meðferðarinnar hjá undirhópum sem flokkaðir voru eftir aldri, kyni, landsvæði og tilvist tiltekinnna áhættuþátta. Í aldursflokkum þremur var hlutfall sjúklinga sem náðu aðalendapunkti verkunar í hópnum sem fengu meðferð með dabigatran etexílati og hefðbundna meðferð, talið upp í sömu röð, 13/22 (59,1%) og 7/13 (53,8%) hjá sjúklingum frá fæðingu til < 2 ára, 21/43 (48,8%) og 12/21 (57,1%) hjá sjúklingum á aldrinum 2 til < 12 ára og 47/112 (42,0%) og 19/56 (33,9%) hjá sjúklingum á aldrinum 12 til < 18 ára.

Tilkynnt var um meiriháttar blæðingar hjá 4 sjúklingum (2,3%) í dabigatran etexílat hópnum og 2 sjúklingum (2,2%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð. Ekki var tölfræðilega marktækur munur á tímanum fram að fyrstu meiriháttar blæðingunni. Þrjátíu og átta sjúklingar (21,6%) í dabigatran etexílat arminum og 22 sjúklingar (24,4%) í arminum sem fékk hefðbundna meðferð höfðu fengið blæðingartilvik, sem flest voru flokkuð sem minniháttar. Tilkynnt var um samsetta endapunktinn meiriháttar blæðingartilvik eða klínískt mikilvæga blæðingu sem ekki var meiriháttar (meðan á meðferð stóð) hjá 6 sjúklingum (3,4%) í dabigatran etexílat hópnum og 3 sjúklingum (3,3%) í hópnum sem fékk hefðbundna meðferð.

Opin, einarma, fjölsetra, III. stigs framskyggn þýðisrannsókn á öryggi (1160.108) var framkvæmd til að meta öryggi dabigatran etexílat til að koma í veg fyrir endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum hjá börnum frá fæðingu fram að 18 ára aldri. Sjúklingar sem þörfuðust frekari blóðþynningar vegna tilvistar klíníks áhættuþátta eftir að hafa lokið upphafsmeðferð vegna staðfests bláæðasegareks (í að minnsta kosti 3 mánuði) eða eftir að hafa lokið DIVERSITY rannsókninni, máttu taka þátt í rannsókninni. Hæfir sjúklingar fengu skammta af dabigatran etexílat samsetningu sem hentaði hverjum aldurshópi og var aðlöguð að aldri og þyngd (hylki, húðað kyrni eða mixtúru, lausn), þar til klíníski áhættuþátturinn gekk til baka eða í að hámarki 12 mánuði. Aðalendapunktur rannsóknarinnar voru endurkoma sega og segareks í bláæðum, meiriháttar og minniháttar blæðingartilvik og dánartíðni (í heildina og tengd tilvikum segamyndunar eða segareks) eftir 6 og 12 mánuði. Tilvikin voru metin af sjálfstæðri blindaðri dómnefnd.

Alls tóku 214 sjúklingar þátt í rannsókninni; þeirra á meðal voru 162 sjúklingar í aldurshópi 1 (frá 12 ára fram að 18 ára aldri), 43 sjúklingar í aldurshópi 2 (frá 2 ára til fram að 12 ára aldri) og 9 sjúklingar í aldurshópi 3 (frá fæðingu fram að 2 ára aldri). Á meðferðartímabilinu fengu 3 sjúklingar (1,4%) staðfest endurtekin tilvik um sega og segarek í bláæðum á fyrstu 12 mánuðunum eftir upphaf meðferðar. Tilkynnt var um staðfest blæðingartilvik á meðferðartímabilinu hjá 48 sjúklingum (22,5%) á fyrstu 12 mánuðunum. Flest blæðingartilvikin voru minniháttar. Hjá 3 sjúklingum (1,4%) varð staðfest meiriháttar blæðingartilvik á fyrstu 12 mánuðunum. Hjá 3 sjúklingum (1,4%) var tilkynnt um staðfesta klínískt mikilvæga blæðingu sem ekki var meiriháttar á fyrstu 12 mánuðunum. Engin dauðsföll áttu sér stað á meðferðartímabilinu. Á meðferðartímabilinu fengu 3 sjúklingar (1,4%) blásegafótamein (post-thrombotic syndrome, PTS) eða versnun blásegafótameins á fyrstu 12 mánuðunum.

5.2 Lyfjahvörf

Eftir inntöku umbrotnar dabigatran etexílat hratt og að fullu yfir í dabigatran, sem er virka formið í plasma. Klofnun forlyfsins dabigatran etexílat fyrir tilstilli esterasahvataðs vatnsrofs yfir í virkan þátt dabigatrans er meginumbrotsleiðin. Nýting (absolute bioavailability) dabigatrans eftir inntöku dabigatran etexílat var u.þ.b. 6,5%.

Eftir að dabigatran etexílat er gefið heilbrigðum sjálfboðaliðum til inntöku, einkennast lyfjahvörf dabigatrans í plasma af hraðri aukningu á plasmabéttni og C_{max} næst 0,5 til 2,0 klukkustundum eftir gjöf.

Frásög

Rannsókn sem gerð var til að meta frásög dabigatran etexílat eftir skurðaðgerð, 1-3 klukkustundum eftir aðgerð, sýndi tiltölulega hægt frásög í samanburði við frásög hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum með línulegu sambengi plasmabéttni yfir tíma án hárrar hámarksplasmabéttni. Hámarksplasmabéttni næst 6 klukkustundum eftir gjöf eftir skurðaðgerð vegna samverkandi þátta óháðra lyfinu svo sem deyfingar, meltingarfæralömunar og áhrifa skurðaðgerðar. Áframhaldandi rannsókn sýndi fram á að hægt eða seinkað frásög er yfirleitt aðeins til staðar á aðgerðardegi. Frásög dabigatrans er hratt og hámarksplasmabéttni næst 2 klukkustundum eftir gjöf lyfsins dagana eftir aðgerð.

Matur hefur ekki áhrif á aðgengi dabigatran etexílat en seinkar hámarksplasmabéttni um 2 klukkustundir.

C_{max} og AUC voru skammtaháð.

Aðgengi við inntöku getur verið aukið um 75% eftir stakan skammt og 37% við jafnvægi borið saman við viðmiðunarlyfjaformið hylki þegar kornin eru tekin án HPMC (hýdroxýprópylmetýlsellulósa) hylkisskeljarinnar. Þess vegna skal alltaf gæta þess að HPMC hylkin séu heil við klíniska notkun til að forðast ótilætlað aukið aðgengi dabigatran etexílat (sjá kafla 4.2).

Dreifing

Fram kom að binding dabigatrans við plasmaprótein hjá mönnum er lítil (34-35%) og óháð þéttni. Dreifingarrúmmál dabigatrans 60-70 l var meira en heildarvatnsrúmmál líkamans sem bendir til miðlungsmikillar dreifingar dabigatrans í vefi.

Umbrot

Umbrot og útskilnaður dabigatrans voru rannsökuð eftir gjöf staks geislamerks skammts af dabigatran í bláæð hjá heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum. Eftir gjöf í bláæð skildist geislavirgni dabigatrans aðallega út í þvagi (85%). Útskilnaður í saur var 6% af gefnum skammti. Af heildargeislavirkninni höfðu á bilinu 88-94% af gefnum skammti skilað sér 168 klukkustundum eftir gjöf skammtsins.

Dabigatran tengist og myndar lyfjafræðilega virk acýlglykúróníð. Fjórir stöðuísómerar, 1-O, 2-O, 3-O, 4-O-acýlglykúróníð fyrirfinnast, hver þeirra er innan við 10% af heildarmagni dabigatrans í plasma. Örlítið af öðrum umbrotsefnum voru aðeins greinanleg með mjög næmum greiningaraðferðum. Dabigatran útskilst aðallega á óbreyttu formi í þvagi, á hraða sem er u.þ.b. 100 ml/mín. sem samsvarar hraða gauklasíunar.

Brotthvarf

Plasmabéttni dabigatrans minnkar samkvæmt tveggja fasa ferli með lokahelmingunartíma að meðaltali 11 klst. hjá heilbrigðum öldruðum einstaklingum. Eftir endurtekna skammta sást 12-14 klst. lokahelmingunartími. Helmingunartíminn var óháður skammti. Helmingunartími er lengdur ef nýrnastarfsemi er skert eins og sést í töflu 25.

Sérstakir sjúklingahópar

Skert nýrnastarfsemi

Í I. stigs rannsókn var útsetning (AUC) fyrir dabigatrani eftir inntöku dabigatran etexílati u.þ.b. 2,7-falt hærrí hjá fullorðnum sjálfboðaliðum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun á bilinu 30 og 50 ml/mín.) en hjá þeim sem ekki voru með skerta nýrnastarfsemi.

Hjá litlum hópi fullorðinna sjálfboðaliða með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 10-30 ml/mín.), var útsetning (AUC) fyrir dabigatrani u.þ.b. 6 sinnum meiri og helmingunartíminn u.þ.b. 2 sinnum lengri en kom fram hjá hópi sem ekki var með skerta nýrnastarfsemi (sjá kafla 4.2, 4.3 og 4.4).

Tafla 25: Helmingunartími heildar-dabigatrans hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum og sjálfboðaliðum með skerta nýrnastarfsemi.

Gaukulsíunarhraði (CrCL, [ml/mín.]	gMeðal (gCV%; bil) helmingunartími [klst.]
> 80	13,4 (25,7%; 11,0-21,6)
> 50- ≤ 80	15,3 (42,7%; 11,7-34,1)
> 30- ≤ 50	18,4 (18,5%; 13,3-23,0)
≤ 30	27,2 (15,3%; 21,6-35,0)

Að auki var útsetning fyrir dabigatrani (við lág- og hágildi) metin í framsýnni, opinni, slembiraðaðri rannsókn á lyfjahvörfum hjá sjúklingum með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokum, sem voru með verulega skerta nýrnastarfsemi (skilgreint sem kreatínínúthreinsun [CrCl] 15-30 ml/mín.) og fengu 75 mg af dabigatran etexílati tvisvar á sólarhring.

Þessi meðferðaráætlun leiddi til þess að margfeldis meðaltal lágstyrks dabigatrans var 155 ng/ml (gCV sem nam 76,9%) samkvæmt mælingu rétt fyrir gjöf næsta skammts og margfeldis meðaltal hástyrks var 202 ng/ml (gCV sem nam 70,6%) samkvæmt mælingu tveimur klst. eftir gjöf síðasta skammts.

Úthreinsun dabigatrans með blóðskilun var rannsökuð hjá 7 fullorðnum sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (ESRD), án gáttatífs. Skilun var gerð með 700 ml/mín. flæðishraða skilunarvökvans, tímalengdin var fjórar klukkustundir og hraði blóðflæðis var ýmist 200 ml/mín. eða 350-390 ml/mín. Þetta leiddi til þess að 50% til 60% af þéttni dabigatrans var fjarlægð, talið í sömu röð. Magn efnis sem hreinsast út með skilun er í réttu hlutfalli við hraða blóðflæðis upp að blóðflæðihraðanum 300 ml/mín. Segavarnandi verkun dabigatrans minnkaði með minnkandi plasmáþéttni og sambandið milli lyfjavarfa og lyfhrifa breyttist ekki við blóðskilunina.

Miðgildi kreatínín úthreinsunar í RE-LY rannsókninni var 68,4 ml/mín. Næstum því helmingur (45,8%) sjúklinganna í RE-LY rannsókninni var með kreatínín úthreinsun > 50 - < 80 ml/mín. Sjúklingar með miðlungs skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun milli 30 og 50 ml/mín.) voru að meðaltali með 2,29-falt hærrí þéttni dabigatrans í plasma fyrir lyfjagjöf, og 1,81-falt hærrí þéttni dabigatrans í plasma eftir lyfjagjöf, þegar þeir voru bornir saman við sjúklinga sem ekki höfðu skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun ≥ 80 ml/mín.).

Miðgildi kreatínínúthreinsunar í RE-COVER rannsókninni var 100,3 ml/mín. 21,7% sjúklinganna voru með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun > 50 < 80 ml/mín.) og 4,5% sjúklinganna voru með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun á milli 30 og 50 ml/mín.). Sjúklingarnir sem voru með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi voru að meðaltali með 1,7-falt og 3,4-falt hærrí plasmáþéttni við jafnvægi fyrir skammt samanborið við sjúklinga sem voru með kreatínínúthreinsun > 80 ml/mín., talið upp í sömu röð. Í RE-COVER II voru gildi svipuð með tilliti til kreatínínúthreinsunar.

Miðgildi kreatínínúthreinsunar í RE-MEDY og RE-SONATE rannsóknunum var 99,0 ml/mín. og 99,7 ml/mín., talið upp í sömu röð. Hjá 22,9% og 22,5% sjúklinganna var kreatínínúthreinsun > 50- < 80 ml/mín., og 4,1% og 4,8% voru með kreatínínúthreinsun á milli 30 og 50 ml/mín. í RE-MEDY og RE-SONATE rannsóknunum.

Aldraðir sjúklingar

Sértækar I. stigs rannsóknir á lyfjahvörfum hjá öldruðum sýndu 40 til 60% aukningu á AUC og meira en 25% aukningu á C_{max} í samanburði við unga einstaklinga.

Áhrif aldurs á útsetningu fyrir dabigatrani voru staðfest í RE-LY rannsókninni með u.þ.b. 31% hærri lágstyrk hjá þátttakendum ≥ 75 ára og u.þ.b. 22% lægri lágstyrk hjá þátttakendum < 65 ára borið saman við þátttakendur milli 65 og 75 ára (sjá kafla 4.2 og 4.4).

Skert lifrarstarfsemi

Engar breytingar á útsetningu fyrir dabigatrani komu fram hjá 12 fullorðnum einstaklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (Child Pugh B) í samanburði við 12 einstaklinga í samanburðarhópi (sjá kafla 4.2 og 4.4).

Líkamsþyngd

Lágstyrkur dabigatrans var u.þ.b. 20% lægri hjá fullorðnum sjúklingum með líkamsþyngd > 100 kg borið saman við 50-100 kg. Meirihluti (80,8%) þátttakenda var í flokknum ≥ 50 kg og < 100 kg þar sem enginn skýr munur kom fram (sjá kafla 4.2 og 4.4). Takmörkuð klínísk gögn liggja fyrir um fullorðna sjúklinga < 50 kg.

Kyn

Kvenkyns sjúklingar með gáttatif voru að meðaltali með 30% hærri lágstyrk og þéttni eftir lyfjagjöf. Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum (sjá kafla 4.2).

Kynþáttur

Enginn klínískt mikilvægur munur vegna kynþáttar kom fram milli sjúklinga af hvítum, afrískum-amerískum, spænskum, japönskum eða kínverskum kynþætti hvað varðar lyfjahvörf og lyfhrif dabigatrans.

Börn

Gjöf dabigatran etexílat til inntöku samkvæmt reikniritinu fyrir skömmtun samkvæmt aðferðarlýsingu leiddi til útsetningar sem var innan þeirra marka sem kom fram hjá fullorðnum með djúpláæðastorku / lungnarek. Byggt á samsettri greiningu á upplýsingum um lyfjahvörf úr rannsóknunum DIVERSITY og 1160.108 reyndist margfeldis meðal fyrir lággildi útsetningar vera 53,9 ng/ml, 63,0 ng/ml og 99,1 ng/ml hjá 0 til < 2 ára, 2 til < 12 ára og 12 til < 18 ára hjá börnum með sega og segarek í bláæðum, talið upp í sömu röð.

Milliverkanir á lyfjahvörf

In vitro rannsóknir á milliverkunum sýndu hvorki hömlun né örvun á aðalísóensímum cýtokróms P450. Þetta hefur verið staðfest með *in vivo* rannsóknum hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem sýndu engar milliverkanir milli þessarar meðferðar og eftirfarandi virkra efna: atorvastatíns (CYP3A4), dígoxíns (P-glykóprótein flutningsmilliverkun) og díklófenaks (CYP2C9).

5.3 Forklínískar upplýsingar

Forklínískar upplýsingar benda ekki til neinnar sérstakrar hættu fyrir menn, á grundvelli hefðbundinna rannsókna á lyfjafræðilegu öryggi, eiturverkunum eftir endurtekna skammta og eiturverkunum á erfðaefni.

Áhrif sem komu fram í rannsóknum á eiturverkunum eftir endurtekna skammta byggðust á ýktum áhrifum lyfhrifa dabigatrans.

Áhrif á frjósemi kvendýra komu í ljós sem fækkun hreiðrana og aukningu á missi fyrir hreiðrun við 70 mg/kg skammt (5-föld útsetning í plasma sjúklinga). Við skammta sem höfðu eiturverkanir á móður (5 til 10-föld útsetning í plasma sjúklinga) sást minnkun á líkamsþyngd fósturs og lífslíkum ásamt aukningu á fósturgöllum í rottum og kaninum. Í rannsóknum fyrir og eftir fæðingu sást aukning á tíðni fósturláta við skammta sem höfðu eituráhrif á móður (skammtur sem samsvarar fjórfaldri útsetningu í plasma sjúklinga).

Í rannsókn á eiturverkunum hjá ungum sem gerð var á Han Wistar rottum voru blæðingartilvik tengd dánartíðni við svipaða útsetningu og þegar blæðingar sáust hjá fullorðnum dýrum. Bæði hjá fullorðnum og ungum rottum er dánartíðni talin tengjast ýktum lyfjafræðilegum áhrifum dabigatrans í tengslum við beitingu vélræns afls við skömmtun og meðhöndlun. Gögn úr rannsóknum á eiturverkunum hjá ungum bentu hvorki til aukins næmis fyrir eiturverkunum né til eiturverkana sem voru sértækar fyrir ung dýr.

Í ævilöngum eiturefnafræðilegum rannsóknum á rottum og músum hafa ekki komið fram nein merki um æxlismyndandi áhrif af völdum dabigatrans upp að hámarksskömmtum sem nema 200 mg/kg.

Dabigatran, virki hluti dabigatran etexílat mesílat, er þrávirkt í umhverfinu.

6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

6.1 Hjálparefni

Innihald hylkis

Tartarsýra
Hýdroxýprópýlsellulósi
Talkúm
Hýprómellósi

Skel hylkis

Indígótín (E132)
Kalíumklóríð
Karragenan
Títantvíoxíð (E171)
Hýprómellósi

6.2 Ósamrýmanleiki

Á ekki við.

6.3 Geymsluþol

2 ár

6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu

Þynnupakking:
Geymið við lægri hita en 30 °C.

6.5 Gerð fláts og innihald

Þynnupakking

OPA-ál-PVC/ál þynnupakkning sem inniheldur 30, 60 eða 180 hörð hylki.

OPA-ál-PVC/ál rifgataðar stakskammtaþynnupakkningar sem innihalda 10 x 1, 30 x 1, 60 x 1, 100 x 1 eða 180 x 1 hörð hylki.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

6.6 Sérstakar varúðarráðstafanir við förgun og önnur meðhöndlun

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

7. MARKAÐSLEYFISHAFI

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

8. MARKAÐSLEYFISNÚMÉR

EU/1/23/1769/016
EU/1/23/1769/017
EU/1/23/1769/018
EU/1/23/1769/019
EU/1/23/1769/020
EU/1/23/1769/021
EU/1/23/1769/022
EU/1/23/1769/023

9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS / ENDURNÝJUNAR MARKAÐSLEYFIS

Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis: 19 febrúar 2024
Nýjasta dagsetning endurnýjunar markaðsleyfis:

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 Dabigatran etexilate Teva hylkja:

LABORATORIOS LICONSA S.A.
Avda. Miralcampo, N° 7
Pol. Ind. Miralcampo
19200 Azuqueca de Henares, Guadalajara
SPÁNN

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

Lyfið er lyfseðilsskytt.

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.

• Viðbótaraðgerðir til að lágmarka áhættu

Markaðsleyfishafi skal útvega fræðsluefni fyrir allar ábendingar, sem ætlaður er öllum læknum sem gera má ráð fyrir að ávísi/noti Dabigatran etexilate Teva. Fræðsluefninu er ætlað að auka vitund um hugsanlega hættu á blæðingum meðan á meðferð með Dabigatran etexilate Teva stendur og að veita leiðbeiningar um hvernig koma á í veg fyrir að slíkt gerist.

Markaðsleyfishafi verður samþykkja innihald og útlit fræðsluefnisins ásamt samskiptaáætlun með yfirvöldum í hverju landi áður en fræðsluefninu verður dreift. Fræðsluefni verður að vera fánlegt til dreifingar fyrir allar ábendingar fyrir markaðssetningu í aðildarríkinu.

Fræðsluefnið skal innihalda:

- Samantekt á eiginleikum lyfs
- Leiðbeiningar fyrir lækna
- Öryggisspjöld fyrir sjúklinga (Patient alert cards)

Leiðbeiningar fyrir lækna skulu innihalda eftirfarandi lykilupplýsingar:

- Upplýsingar um hópa sem hugsanlega eru í meiri hættu á blæðingu
- Upplýsingar um lyf sem ekki má nota eða ætti að nota með varúð vegna aukinnar blæðingarhættu og/eða aukinnar útsetningar fyrir dabigatrani
- Að sjúklingar með gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmedferðar mega ekki nota lyfið
- Skammtatöflur fyrir mismunandi skammtaform (aðeins fyrir sega og segarek í bláæðum hjá börnum)
- Ráðleggingar varðandi mælingu á nýrnastarfsemi
- Ráðleggingar varðandi minnkun skammta hjá áhættuhópum (aðeins fyrir ábendingar hjá fullorðnum)
- Hvernig á að bregðast við tilvikum um ofskömmun
- Notkun storkuprófa og túlkun þeirra
- Að allir sjúklingar/umönnunaraðilar skulu fá Öryggisspjald fyrir sjúklinga og ráðgjöf varðandi:
 - Vísbendingar eða einkenni blæðingar og hvenær skal leita lækniástoðar.
 - Mikilvægi meðferðarheldni
 - Nauðsyn þess að hafa Öryggisspjaldið ávallt meðferðis
 - Nauðsyn þess að tilkynna heilbrigðisstarfsfólki um öll þau lyf sem sjúklingurinn er að taka.
 - Nauðsyn þess að tilkynna heilbrigðisstarfsfólki að þeir séu að taka Dabigatran etexilate Teva ef þeir þurfa að gangast undir skurðaðgerð eða ífarandi aðgerð.
- Leiðbeiningar um hvernig nota eigi Dabigatran etexilate Teva

Markaðsleyfishafi skal einnig sjá til þess að öryggiskort fyrir sjúkling sé í hverri pakkningu lyfsins, textinn á kortinu skal vera samkvæmt Viðauka III.

VIÐAUKI III
ÁLETRANIR OG FYLGISEDILL

A. ÁLETRANIR

UPPLÝSINGAR SEM EIGA AÐ KOMA FRAM Á YTRI UMBÚÐUM

ASKJA (ÞYNNUR)

1. HEITI LYFS

Dabigatran etexilate Teva 75 mg hörð hylki

Dabigatran etexilate Teva 110 mg hörð hylki

Dabigatran etexilate Teva 150 mg hörð hylki

dabigatran etexílat

2. VIRK(T) EFNI

Hvert hart hylki inniheldur 75 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).

Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).

Hvert hart hylki inniheldur 150 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).

3. HJÁLPAEFNI

4. LYFJAFORM OG INNIHALD

hart hylki

10 hörð hylki

30 hörð hylki

60 hörð hylki

180 hörð hylki

10 x 1 hörð hylki

30 x 1 hörð hylki

60 x 1 hörð hylki

100 x 1 hörð hylki

180 x 1 hörð hylki

5. AÐFERÐ VIÐ LYFJAGJÖF OG ÍKOMULEIÐ(IR)

Gleypið hylkið í heilu lagi, ekki má tyggja það né brjóta. Lesið fylgiseðilinn fyrir notkun.

Til inntöku.

Öryggiskort fyrir sjúkling er í pakkningunni.

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 VARNADARORD, EF MEÐ ÞARF

8. FYRNINGARDAGSETNING

EXP

9. SÉRSTÖK GEYMSLUSKILYRÐI

Geymið við lægri hita en 30 °C.

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

11. NAFN OG HEIMILISFANG MARKAÐSLEYFISHAFA

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

12. MARKAÐSLEYFISNÚMÉR

75 mg hörð hylki

EU/1/23/1769/001 10 hylki
EU/1/23/1769/002 10 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/003 30 hylki
EU/1/23/1769/004 30 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/005 60 hylki
EU/1/23/1769/006 60 x 1 hylki (stakskammtur)

110 mg hörð hylki

EU/1/23/1769/007 10 hylki
EU/1/23/1769/008 10 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/009 30 hylki
EU/1/23/1769/010 30 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/011 60 hylki
EU/1/23/1769/012 60 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/013 100 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/014 180 hylki
EU/1/23/1769/015 180 x 1 hylki (stakskammtur)

150 mg hörð hylki

EU/1/23/1769/016 10 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/017 30 hylki
EU/1/23/1769/018 30 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/019 60 hylki
EU/1/23/1769/020 60 x 1 hylki (stakskammtur)
EU/1/23/1769/021 100 x 1 hylki (stakskammtur)

EU/1/23/1769/022 180 hylki
EU/1/23/1769/023 180 x 1 hylki (stakskammtur)

13. LOTUNÚMER

Lot

14. AFGREIÐSLUTILHÖGUN

15. NOTKUNARLEIÐBEININGAR

16. UPPLÝSINGAR MEÐ BLINDRALETRI

Dabigatran etexilate Teva 75 mg

Dabigatran etexilate Teva 110 mg

Dabigatran etexilate Teva 150 mg

17. EINKVÆMT AUÐKENNI – TVÍVÍTT STRIKAMERKI

Á pakkningunni er tvívítt strikamerki með einkvæmu auðkenni.

18. EINKVÆMT AUÐKENNI – UPPLÝSINGAR SEM FÓLK GETUR LESIÐ

PC
SN
NN

**LÁGMARKS UPPLÝSINGAR SEM SKULU KOMA FRAM Á ÞYNNUM EÐA STRIMLUM
ÞYNNUR**

1. HEITI LYFS

Dabigatran etexilate Teva 75 mg hörð hylki

Dabigatran etexilate Teva 110 mg hörð hylki

Dabigatran etexilate Teva 150 mg hörð hylki
dabigatran etexílat

2. NAFN MARKAÐSLEYFISHAFA

TEVA GmbH

3. FYRNINGARDAGSETNING

EXP

4. LOTUNÚMER

Lot

5. ANNAD

B. FYLGISEDILL

Fylgiseðill: Upplýsingar fyrir sjúkling

Dabigatran etexilate Teva 75 mg hörð hylki dabigatran etexílat

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 Dabigatran etexilate Teva og við hverju það er notað
2. Áður en byrjað er að nota Dabigatran etexilate Teva
3. Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva
4. Hugsanlegar aukaverkanir
5. Hvernig geyma á Dabigatran etexilate Teva
6. Þakkingar og aðrar upplýsingar

1. Upplýsingar um Dabigatran etexilate Teva og við hverju það er notað

Dabigatran etexilate Teva inniheldur virka efnið dabigatran etexílat og tilheyrir flokki lyfja sem kallast segavarnarlyf. Það virkar með því að hindra efni í líkamanum sem á þátt í myndun blóðtappa.

Dabigatran etexilate Teva er notað hjá fullorðnum til:

- að koma í veg fyrir myndun blóðtappa í bláæðum eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm.

Dabigatran etexilate Teva er notað hjá börnum til:

- meðferðar við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun.

2. Áður en byrjað er að nota Dabigatran etexilate Teva

Ekki má nota Dabigatran etexilate Teva

- ef um er að ræða ofnæmi fyrir dabigatran etexílati eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins (talin upp í kafla 6).
- ef þú ert með verulega skerta nýrnastarfsemi.
- ef þér blæðir núna.
- ef þú ert með sjúkdóm í líffæri sem eykur hættuna á alvarlegri blæðingu (t.d. magasár, áverki eða blæðing í heila, nýleg skurðaðgerð á heila eða augum).
- ef þú hefur aukna blæðingartilhneigingu. Þetta getur verið meðfætt, af óþekktum orsökum eða vegna annarra lyfja.
- ef þú ert að nota lyf sem hindra blóðstorknun (t.d. warfarin, rivaroxaban, apixaban eða heparín), nema þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum, á meðan þú ert með æðalegg í bláæð eða slagæð og færð heparín í æðalegginn til að halda honum opnum eða á meðan hjartslættinum er komið aftur í eðlilegt horf með aðgerð sem kallast brennsluaðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs.
- ef þú ert með verulega skerta lifrarástarfsemi eða lifrarsjúkdóm sem gæti valdið dauða.
- ef þú ert að nota ketókónazól til inntöku eða itrakónazól, lyf til meðhöndlunar á sveppasýkingum.

- ef þú ert að nota cyklosporin til inntöku, lyf til að fyrirbyggja höfnun líffæris eftir líffæraflutning.
- ef þú ert að nota dronedaron, lyf sem notað er við óeðlilegum hjartslætti.
- ef þú tekur lyfjasamsetningu með glecaprevíri og píbrentasvíri, veiruhamlandi lyf sem notað er til meðhöndlunar á lifrabólgu C.
- ef þú ert með gervihjartaloku sem krefst stöðugrar blóðþynningar.

Varnaðarorð og varúðarreglur

Leitið ráða hjá læknum áður en Dabigatran etexilate Teva er notað. Einnig getur verið að þú þurfir að leita ráða hjá læknum meðan á meðferð með lyfinu stendur ef þú finnur fyrir einhverjum einkennum eða ef þú þarft að fara í aðgerð.

Láttu lækinn vita af sjúkdómum og öðrum heilsufarsvandamálum sem þú ert með eða hefur verið með, sérstaklega þeim sem talin eru upp í eftirfarandi lista:

- Ef þú hefur aukna blæðingartilhneigingu, eins og:
 - ef þér hefur nýlega blætt.
 - ef tekið hefur verið vefsýni (fjarlægður hluti af vef til rannsóknar) úr þér undanfarinn mánuð.
 - ef þú hefur orðið fyrir alvarlegum áverka (t.d. beinbroti, höfuðáverka eða öðrum áverkum sem krefjast skurðaðgerðar).
 - ef þú ert með bólgusjúkdóm í vélinda eða maga.
 - ef þú ert með bakflæði magasafa upp í vélinda.
 - ef þú ert á lyfjameðferð sem gæti aukið blæðingarhættu. Sjá „Notkun annarra lyfja samhliða Dabigatran etexilate Teva“ hér að neðan.
 - ef þú ert að taka bólgueyðandi lyf, t.d. díklófenak, íbúprófen, piroxicam.
 - ef þú ert með hjartapelsbólgu af völdum baktería (sýkingu í hjartalokum).
 - ef þú veist að þú ert með skerta nýrnastarfsemi eða ef þú þjáist af vökvaskorti (einkenni eru m.a. þorsti og lítið magn af dökkleitu (sterku) / freyðandi þvagi).
 - ef þú ert eldri en 75 ára.
 - ef þú ert fullorðinn sjúklingur og vegur 50 kg eða minna.
 - aðeins ef lyfið er notað handa börnum: ef barnið er með sýkingu umhverfis heilann eða í heilanum.
- Ef þú hefur fengið hjartaáfall eða hefur greinst með sjúkdóm sem eykur hættu á hjartaáfalli.
- Ef þú ert með lifrarsjúkdóm sem tengist breytingum á niðurstöðum blóðrannsóknna. Notkun lyfsins er ekki ráðlögð í slíkum tilvikum.

Gæta skal sérstakrar varúðar við notkun Dabigatran etexilate Teva

- Ef þú þarft að fara í skurðaðgerð:
Í þessu tilviki verður að hætta meðferð með Dabigatran etexilate Teva tímabundið vegna aukinnar blæðingarhættu meðan á aðgerð stendur og í stuttan tíma eftir að henni lýkur. Afar mikilvægt er að taka Dabigatran etexilate Teva fyrir og eftir aðgerðina nákvæmlega á þeim tímum sem lækinn hefur sagt þér.
- Ef aðgerð felur í sér ísetningu leggs eða inndælingu í mænu (t.d. fyrir utanbasts- eða mænudeyfingu eða verkjastillingu):
 - er afar mikilvægt að taka Dabigatran etexilate Teva fyrir og eftir aðgerðina nákvæmlega á þeim tímum sem lækinn hefur sagt þér.
 - skaltu láta lækinn tafarlaust vita ef þú finnur fyrir dofa eða máttleysi í fótum eða vandamáli með þarmana eða þvagblöðruna eftir lok svæfingar, því að tafarlaus meðferð er nauðsynleg.

- Ef þú dettur eða meiðir þig meðan á meðferð stendur, sérstaklega ef þú rekur höfuðið í. Leitaðu tafarlaust lækniástoðar. Þú gætir þurft á lækni skoðun að halda þar sem þú gætir verið í aukinni blæðingarhættu.
- Ef þú veist að þú ert með sjúkdóm sem kallast andfosfólípíð heilkenni (röskun í ónæmiskerfinu sem veldur aukinni hættu á blóðtappa), skaltu segja læknum frá því, hann ákveður hvort gæti þurft að breyta meðferðinni.

Notkun annarra lyfja samhliða Dabigatran etexilate Teva

Látið lækinn eða lyfjafræðing vita um öll önnur lyf sem eru notuð, hafa nýlega verið notuð eða kynnu að verða notuð. **Einkum skaltu láta lækinn vita áður en þú tekur Dabigatran etexilate Teva ef þú tekur eitt af lyfjunum sem talin eru upp hér að neðan:**

- Lyf sem dregur úr blóðstorknun (warfarin, phenprocoumon, asenókúmaról, heparín, klópidógrell, prasugel, ticagrelor, rivaroxaban, acetylsalicýlsýra)
- Lyf við sveppasýkingum (t.d. ketókónazól, itrakónazól) nema ef þau eru eingöngu borin á húðina
- Lyf við óeðlilegum hjartslætti (t.d. amíódarón, dronedaron, kínidín, verapamíl). Ef þú tekur lyf sem inniheldur amíódarón, kínidín eða verapamíl gæti lækinn sagt þér að nota minni skammt af Dabigatran etexilate Teva, en það fer eftir sjúkdómnum sem því var ávísað við. Sjá einnig kafla 3.
- Lyf til að fyrirbyggja höfnun líffæris eftir líffæraígræðslu (t.d. takrolímus, cyklosporin)
- Lyfjasamsetningu með glecaprevíri og pibrentasvíri (veiruhamlandi lyf notað til meðhöndlunar á lifrabólgu C)
- Bólguþandi lyf og verkjastillandi lyf (t.d. acetylsalicýlsýra, íbúprófen, díklófenak)
- Jóhannesarjurt (St. John's wort), náttúruylf við þunglyndi
- Þunglyndislyf sem kallast sérhæfðir serótónín endurupptökuhemlar eða serótónín-norepinefrín endurupptökuhemlar
- Rifampísín eða klarítrómýsín (tvö sýklalyf)
- Veirusýkingalyf við alnæmi (AIDS) (t.d. ritonavír)
- Ákveðin lyf til meðhöndlunar á flogaveiki (t.d. karbamazepín, fenýtóín)

Meðganga og brjóstgjöf

Áhrif Dabigatran etexilate Teva á meðgöngu og fóstur eru ekki þekkt. Því á ekki að nota lyfið á meðgöngu nema samkvæmt ráðleggingu lækni. Konur á barneignaraldri ættu að forðast að verða þungaðar meðan á meðferð með Dabigatran etexilate Teva stendur.

Konur sem hafa barn á brjósti mega ekki nota Dabigatran etexilate Teva.

Akstur og notkun véla

Dabigatran etexilate Teva hefur engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla.

3. Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva

Dabigatran etexilate Teva hylki má nota handa fullorðnum og börnum 8 ára og eldri sem geta gleypst hylkin í heilu lagi.

- Önnur lyfjaform gætu verið hentugri til að gefa þessum hópi eins og húðuð kygni sem hægt er að nota handa börnum yngri en 12 ára um leið og barnið getur gleypst mjúkan mat.

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

Takið Dabigatran etexilate Teva eins og ráðlagt er við eftirfarandi aðstæður:

Forvörn gegn myndun blóðtappa eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm

Ráðlagður skammtur er **220 mg einu sinni á sólarhring** (tekið sem 2 hylki með 110 mg).

Ef **nýrnastarfsemi þín er skert** um meira en helming eða ef þú ert **75 ára eða eldri** er ráðlagður skammtur **150 mg einu sinni á sólarhring** (tekið sem 2 hylki með 75 mg).

Ef þú ert að taka lyf sem innihalda **amíóðarón, kínidín eða verapamíl** er ráðlagður skammtur **150 mg einu sinni á sólarhring** (tekið sem 2 hylki með 75 mg).

Ef þú ert að taka **lyf sem inniheldur verapamíl og nýrnastarfsemi þín er skert** um meira en helming, á að minnka skammtinn í **75 mg** af Dabigatran etexilate Teva vegna þess að blæðingarhætta getur verið aukin hjá þér.

Fyrir báðar aðgerðir gildir að ekki má hefja meðferð ef blæðing er frá aðgerðarstað. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferð með 2 hylkjum einu sinni á sólarhring.

Eftir aðgerð þegar skipt er um hnélið

Hefja skal meðferð með Dabigatran etexilate Teva innan 1-4 klukkustunda eftir að aðgerð lýkur með því að taka eitt hylki. Eftir það á að taka tvö hylki einu sinni á sólarhring í 10 daga.

Eftir aðgerð þegar skipt er um mjaðmarlið

Hefja skal meðferð með Dabigatran etexilate Teva innan 1-4 klukkustunda eftir að aðgerð lýkur með því að taka eitt hylki. Eftir það á að taka tvö hylki einu sinni á sólarhring í 28-35 daga.

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Dabigatran etexilate Teva á að taka tvisvar á dag, einn skammt að morgni og einn skammt að kvöldi, u.þ.b. á sama tíma á hverjum degi. Bilið á milli skömmtunar þarf að vera eins nálægt 12 klukkustundum og mögulegt er.

Ráðlagður skammtur fer eftir þyngd og aldri. Læknirinn mun ákvarða réttan skammt. Læknirinn gæti aðlagð skammtinn þegar líður á meðferðina. Haltu áfram að nota öll önnur lyf, nema læknirinn hafi sagt þér að hætta að nota einhver þeirra.

Tafla 1 sýnir staka skammta og heildardagskammta af Dabigatran etexilate Teva í milligrömmum (mg). Skammtarnir miðast við þyngd í kílógrömmum (kg) og aldur sjúklingsins í árum:

Tafla 1: Skammtatafla fyrir Dabigatran etexilate Teva hylki

Samsetning þyngdar / aldurs		Stakur skammtur í mg	Heildardagskammtur í mg
Þyngd í kg	Aldur í árum		
11 til undir 13 kg	8 til yngri en 9 ára	75	150
13 til undir 16 kg	8 til yngri en 11 ára	110	220
16 til undir 21 kg	8 til yngri en 14 ára	110	220
21 til undir 26 kg	8 til yngri en 16 ára	150	300
26 til undir 31 kg	8 til yngri en 18 ára	150	300
31 til undir 41 kg	8 til yngri en 18 ára	185	370
41 til undir 51 kg	8 til yngri en 18 ára	220	440
51 til undir 61 kg	8 til yngri en 18 ára	260	520
61 til undir 71 kg	8 til yngri en 18 ára	300	600
71 til undir 81 kg	8 til yngri en 18 ára	300	600
81 kg og yfir	10 til yngri en 18 ára	300	600

Stakir skammtar sem krefjast samsetninga með fleiri en einu hylki:

300 mg: tvö 150 mg hylki eða
fjögur 75 mg hylki
260 mg: eitt 110 mg og eitt 150 mg hylki eða eitt 110 mg og tvö 75 mg hylki
220 mg: tvö 110 mg hylki
185 mg: eitt 75 mg og eitt 110 mg hylki
150 mg: eitt 150 mg hylki eða
tvö 75 mg hylki

Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva

Dabigatran etexilate Teva má taka með eða án matar. Gleypa á hylkið í heilu lagi með glasi af vatni, til að tryggja að lyfið berist niður í maga. Ekki má brjóta, tyggja eða opna hylkið til að taka kornin úr því, þar sem það getur aukið blæðingarhættu.

Breyting á blóðþynningarmeðferð

Þú mátt ekki breyta blóðþynningarmeðferðinni án sérstakra leiðbeininga frá læknum.

Ef tekinn er stærri skammtur en mælt er fyrir um

Ef of mikið af lyfinu er tekið er aukin hættu á blæðingum. Láttu lækinn tafarlaust vita ef þú hefur tekið of mörg hylki. Sérækt meðferðarúrræði er tiltækt.

Ef gleymist að taka Dabigatran etexilate Teva

Forvörn gegn myndun blóðtappa eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm

Taktu daglegan skammt af Dabigatran etexilate Teva á sama tíma næsta dag. Ekki á að tvöfalda skammt til að bæta upp skammt sem gleymst hefur að taka.

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Taka má gleymdan skammt allt að 6 klst. fyrir næsta áætlaðan skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef styttri tími en 6 klst. er að næsta áætlaða skammti. Ekki á að tvöfalda skammt til að bæta upp skammt sem gleymst hefur að taka.

Ef hætt er að nota Dabigatran etexilate Teva

Taktu Dabigatran etexilate Teva nákvæmlega eins og mælt er fyrir um. Ekki hættu að taka lyfið án þess að ræða fyrst við lækinn, þar sem hættu á myndun blóðtappa gæti verið meiri ef þú hættir meðferðinni of snemma. Hafðu samband við lækinn ef þú finnur fyrir meltingartruflunum eftir að hafa tekið Dabigatran etexilate Teva.

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

4. Hugsanlegar aukaverkanir

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

Dabigatran etexilate Teva hefur áhrif á storknun blóðsins, þannig að flestar aukaverkanir eru tengdar einkennum eins og marblettum eða blæðingu. Meiriháttar eða verulegar blæðingar geta komið fyrir, sem eru alvarlegustu aukaverkanirnar og geta óháð staðsetningu valdið fötlun, lífshættu og jafnvel leitt til dauða. Í sumum tilvikum eru þessar blæðingar ekki augljósar.

Ef þú færð einhverja blæðingu sem stöðvast ekki af sjálfu sér eða ef þú færð einkenni um verulega blæðingu (mikið þröttleysi, þreytu, fölva, sundl, höfuðverk eða óútskýrða bólgu) skaltu ráðfæra þig tafarlaust við lækinn. Læknirinn gæti ákveðið að hafa nánara eftirlit með þér eða breyta lyfjagjöfni. Segðu læknum tafarlaust frá því ef þú færð alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli.

Hugsanlegar aukaverkanir sem eru taldar upp hér á eftir eru flokkaðar eftir því hve algengar þær eru.

Forvörn gegn myndun blóðtappa eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Blætt getur frá nefi, í maga eða þörmum, frá getnaðarlim/leggöngum eða þvagrás (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt), frá gyllinæð, frá endarþarmi, undir húð, í lið, frá eða eftir áverka eða eftir skurðaðgerð
- Margúll eða marblettir eftir skurðaðgerð
- Blóð finnst í saur í rannsóknarstofuprófi
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Ofnæmisviðbrögð
- Uppköst
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Ógleði
- Útferð úr sári (vökvi vætlar frá skurðsárinu)
- Hækkun lifrarsíma
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Mjög sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum):

- Blæðing
- Blætt getur í heilanum, úr skurðsári, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs
- Blóðlituð útferð frá íkomustað bláæðaleggs
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði eftir skurðaðgerð
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Kláði
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Maga- og vélindabólga
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Magaverkur eða kviðverkur
- Meltingartruflanir
- Kyngingarerfiðleikar
- Vökvakennd útferð úr sári
- Vökvakennd útferð úr sári eftir aðgerð

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):

- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Fækkun eða jafnvel skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Hármisssir

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Myndun margúls
- Blóðnasir
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Uppköst
- Ógleði
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Meltingartruflanir
- Hármisssir
- Hækkun lifrarendísma

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Fækkun á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Blæðing getur orðið í maga eða þörmum, frá heila, frá endaparmi, frá getnaðarlimi/leggöngum eða þvagfærum (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt) eða undir húð
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Kláði
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Magaverkur eða kviðverkur
- Maga- og vélindabólga
- Ofnæmisviðbrögð
- Kyngingarerfiðleikar
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):

- Skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Blæðing
- Blætt getur í lið eða frá áverka, úr skurðsári, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs
- Blætt getur úr gyllinæð
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

Tilkynning aukaverkana

Látið lækinn 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 Dabigatran etexilate Teva

Geymið lyfið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

Ekki skal nota lyfið eftir fyrningardagsetningu sem tilgreind er á öskjunni eða þynnupakkningunni á eftir „EXP“. Fyrningardagsetning er síðasti dagur mánaðarins sem þar kemur fram.

Pynnupakkning: Geymið við lægri hita en 30 °C.

Ekki má skola lyfjum niður í frárennslislagirnir. 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

Dabigatran etexilate Teva inniheldur

- Virka innihaldsefnið er dabigatran etexílat. Hvert hart hylki inniheldur 75 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).
- Önnur innihaldsefni eru tartarsýra, hýdroxýprópýlsellulósi, talkúm og hýprómellósi.
- Skel hylkisins inniheldur kalíumklóríð, karragenan, titandíoxíð (E171) og hýprómellósa.

Lýsing á útliti Dabigatran etexilate Teva og pakkningastærðir

Dabigatran etexílat Teva 75 mg eru hylki (um það bil 18 mm) með hvítu ógagnsæju loki og hvítum ógagnsæjum botni, fyllt með ljósgulum til gulleitum kornum.

Dabigatran etexílat Teva er fáanlegt í pakkningum sem innihalda 10, 30 eða 60 hörð hylki í ál-álþynnum.

Dabigatran etexílat Teva er fáanlegt í pakkningum sem innihalda 10 x 1, 30 x 1 eða 60 x 1 hörð hylki í rifgötuðum stakskammtaþynnum úr áli.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

Markaðsleyfishafi

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

Framleiðandi

LABORATORIOS LICONSA S.A.
Avda. Miralcampo, N° 7
Pol. Ind. Miralcampo
19200 Azuqueca de Henares, Guadalajara
SPÁNN

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

België/Belgique/Belgien

Teva Pharma Belgium N.V./S.A. /AG
Tel/Tél: +32 3 820 73 73

Lietuva

UAB Teva Baltics
Tel: +370 5 266 02 03

България

Тева Фарма ЕАД
Тел: +359 2 489 95 85

Luxembourg/Luxemburg

ratiopharm GmbH
Tél: +49 731 402 02

Česká republika

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.
Tel: +420 251 007 111

Danmark

Teva Denmark A/S
Tlf: +45 44 98 55 11

Deutschland

ratiopharm GmbH
+49 (0) 731 402 02

Eesti

UAB Teva Baltics Eesti filiaal
Tel.: +372 6610801

Ελλάδα

Teva Hellas A.E.
Τηλ: +30 211 880 5000

España

Teva Pharma, S.L.U.
Tel.: + 34 91 387 32 80

France

Teva Santé
Tél: +33 1 55 91 78 00

Hrvatska

Pliva Hrvatska d.o.o.
Tel: + 385 1 37 20 000

Ireland

Teva Pharmaceuticals Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Ísland

Teva Pharma Iceland ehf.
Sími: + 354 550 3300

Italia

Teva Italia S.r.l.
Tel.: +39 028917981

Κύπρος

TEVA HELLAS A.E.
Ελλάδα
Τηλ: +30 211 880 5000

Latvija

UAB Teva Baltics filiāle Latvijā
Tel: +371 67 323 666
LVRA@teva.lt

Magyarország

Teva Gyógyszergyár Zrt.
Tel: (+36) 1 288 6400

Malta

Teva Pharmaceuticals Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Nederland

Teva Nederland B.V.
Tel: +31 800 0228 400

Norge

Teva Norway AS
Tlf: +47 66 77 55 90

Österreich

Ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH
Tel: +43 1970070

Polska

Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o.
Tel: +48 22 345 93 00

Portugal

Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos, Lda
Tel: +351 21 476 75 50

România

Teva Pharmaceuticals S.R.L.
Tel: +40 21 230 65 24

Slovenija

Pliva Ljubljana d.o.o.
Tel: +386 1 58 90 390

Slovenská republika

TEVA Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.
Telephone: +421257267911

Suomi/Finland

Teva Finland Oy
Puh/Tel: +358 20 180 5900

Sverige

Teva Sweden AB
Tel: +46 (0)42 12 11 00

United Kingdom (Northern Ireland)

Teva Pharmaceuticals Ireland
Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Þessi fylgiseðill var síðast uppfærður

Upplýsingar sem hægt er að nálgast annars staðar

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

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

Fylgiseðill: Upplýsingar fyrir sjúkling

Dabigatran etexilate Teva 110 mg hörð hylki dabigatran etexílat

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 Dabigatran etexilate Teva og við hverju það er notað
2. Áður en byrjað er að nota Dabigatran etexilate Teva
3. Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva
4. Hugsanlegar aukaverkanir
5. Hvernig geyma á Dabigatran etexilate Teva
6. Pakkningar og aðrar upplýsingar

1. Upplýsingar um Dabigatran etexilate Teva og við hverju það er notað

Dabigatran etexilate Teva inniheldur virka efnið dabigatran etexílat og tilheyrir flokki lyfja sem kallast segavarnarlyf. Það virkar með því að hindra efni í líkamanum sem á þátt í myndun blóðtappa.

Dabigatran etexilate Teva er notað hjá fullorðnum til:

- að koma í veg fyrir myndun blóðtappa í bláæðum eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm hjá fullorðnum.
- að minnka hættuna á myndun blóðtappa í heilaeðum (heilaslag) eða öðrum æðum í líkamanum ef þú ert með ákveðna tegund af óreglulegum hjartslætti sem kallast gáttatíf og a.m.k. einn annan áhættuþátt til viðbótar.
- meðferðar við blóðtöppum í bláæðum fótleggja og lungum og til að fyrirbyggja endurtekna blóðtappamyndun í bláæðum fótleggja og lungum.

Dabigatran etexilate Teva er notað hjá börnum til:

- meðferðar við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun.

2. Áður en byrjað er að nota Dabigatran etexilate Teva

Ekki má nota Dabigatran etexilate Teva

- ef um er að ræða ofnæmi fyrir dabigatran etexílati eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins (talin upp í kafla 6).
- ef þú ert með verulega skerta nýrnastarfsemi.
- ef þér blæðir núna.
- ef þú ert með sjúkdóm í líffæri sem eykur hættuna á alvarlegri blæðingu (t.d. magasár, áverki eða blæðing í heila, nýleg skurðaðgerð á heila eða augum).
- ef þú hefur aukna blæðingartilhneigingu. Þetta getur verið meðfætt, af óþekktum orsökum eða vegna annarra lyfja.
- ef þú ert að nota lyf sem hindra blóðstorknun (t.d. warfarin, rivaroxaban, apixaban eða heparín), nema þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum, á meðan þú ert með æðalegg í bláæð

eða slagæð og færð heparín í æðalegginn til að halda honum opnum eða á meðan hjartslættinum er komið aftur í eðlilegt horf með aðgerð sem kallast brennsluáðgerð með hjartapræðingu vegna gáttatífs.

- ef þú ert með verulega skerta lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdóm sem gæti valdið dauða.
- ef þú ert að nota ketókónazól til inntöku eða itrakónazól, lyf til meðhöndlunar á sveppasýkingum.
- ef þú ert að nota cyklosporin til inntöku, lyf til að fyrirbyggja höfnun líffæris eftir líffæraflutning.
- ef þú ert að nota dronedaron, lyf sem notað er við óeðlilegum hjartslætti.
- ef þú tekur lyfjasamsetningu með glecaprevíri og pibrentasvíri, veiruhamlandi lyf sem notað er til meðhöndlunar á lifrabólgu C.
- ef þú ert með gervihjartaloku sem krefst stöðugar blóðþynningar.

Varnaðarorð og varúðarreglur

Leitið ráða hjá læknum áður en Dabigatran etexilate Teva er notað. Einnig getur verið að þú þurfir að leita ráða hjá læknum meðan á meðferð með lyfinu stendur ef þú finnur fyrir einhverjum einkennum eða ef þú þarft að fara í aðgerð.

Láttu lækinn vita af sjúkdómum og öðrum heilsufarsvandamálum sem þú ert með eða hefur verið með, sérstaklega þeim sem talin eru upp í eftirfarandi lista:

- Ef þú hefur aukna blæðingartilhneigingu, eins og:
 - ef þér hefur nýlega blætt.
 - ef tekið hefur verið vefsýni (fjarlægður hluti af vef til rannsókna) úr þér undanfarinn mánuð.
 - ef þú hefur orðið fyrir alvarlegum áverka (t.d. beinbroti, höfuðáverka eða öðrum áverkum sem krefjast skurðaðgerðar).
 - ef þú ert með bólgusjúkdóm í vélinda eða maga.
 - ef þú ert með bakflæði magasafa upp í vélinda.
 - ef þú ert á lyfjameðferð sem gæti aukið blæðingarhættu. Sjá „Notkun annarra lyfja samhliða Dabigatran etexilate Teva“ hér að neðan.
 - ef þú ert að taka bólgueyðandi lyf, t.d. díklófenak, íbúprófen, piroxicam.
 - ef þú ert með hjartapelsbólgu af völdum baktería (sýkingu í hjartalokum).
 - ef þú veist að þú ert með skerta nýrnastarfsemi eða ef þú þjáist af vökvaskorti (einkenni eru m.a. þorsti og lítið magn af dökkleitu (sterku) / freyðandi þvagi).
 - ef þú ert eldri en 75 ára.
 - ef þú ert fullorðinn sjúklingur og vegur 50 kg eða minna.
 - aðeins ef lyfið er notað handa börnum: ef barnið er með sýkingu umhverfis heilann eða í heilanum.
- Ef þú hefur fengið hjartaáfall eða hefur greinst með sjúkdóm sem eykur hættu á hjartaáfalli.
- Ef þú ert með lifrarsjúkdóm sem tengist breytingum á niðurstöðum blóðrannsókna. Notkun lyfsins er ekki ráðlögð í slíkum tilvikum.

Gæta skal sérstakrar varúðar við notkun Dabigatran etexilate Teva

- Ef þú þarft að fara í skurðaðgerð:

Í þessu tilviki verður að hætta meðferð með Dabigatran etexilate Teva tímabundið vegna aukinnar blæðingarhættu meðan á aðgerð stendur og í stuttan tíma eftir að henni lýkur. Afar mikilvægt er að taka Dabigatran etexilate Teva fyrir og eftir aðgerðina nákvæmlega á þeim tímum sem lækningin hefur sagt þér.

- Ef aðgerð felur í sér ísetningu leggs eða inndælingu í mænu (t.d. fyrir utanbasts- eða mænudeytingu eða verkjastillingu):
 - er afar mikilvægt að taka Dabigatran etexilate Teva fyrir og eftir aðgerðina nákvæmlega á þeim tímum sem lækningin hefur sagt þér.

- skaltu láta lækinn tafarlaust vita ef þú finnur fyrir dofa eða máttleysi í fótum eða vandamáli með þarmana eða þvagblöðruna eftir lok svæfingar, því að tafarlaus meðferð er nauðsynleg.
- Ef þú dettur eða meiðir þig meðan á meðferð stendur, sérstaklega ef þú rekur höfuðið í. Leitaðu tafarlaust lækniástoðar. Þú gætir þurft á lækni skoðun að halda þar sem þú gætir verið í aukinni blæðingarhættu.
- Ef þú veist að þú ert með sjúkdóm sem kallast andfosfólípíð heilkenni (röskun í ónæmiskerfinu sem veldur aukinni hættu á blóðtappa), skaltu segja læknum frá því, hann ákveður hvort gæti þurft að breyta meðferðinni.

Notkun annarra lyfja samhliða Dabigatran etexilate Teva

Látið lækinn eða lyfjafræðing vita um öll önnur lyf sem eru notuð, hafa nýlega verið notuð eða kynnu að verða notuð. **Einkum skaltu láta lækinn vita áður en þú tekur Dabigatran etexilate Teva ef þú tekur eitt af lyfjunum sem talin eru upp hér að neðan:**

- Lyf sem dregur úr blóðstorknun (warfarin, phenprocoumon, asenókúmaról, heparín, klópídógrél, prasugel, ticagrelor, rivaroxaban, acetýlsalicýlsýra)
- Lyf við sveppasýkingum (t.d. ketókónazól, itrakónazól) nema ef þau eru eingöngu borin á húðina
- Lyf við óeðlilegum hjartslætti (t.d. amíódarón, dronedaron, kínidín, verapamíl). Ef þú tekur lyf sem inniheldur amíódarón, kínidín eða verapamíl gæti lækinn sagt þér að nota minni skammt af Dabigatran etexilate Teva, en það fer eftir sjúkdómnum sem því var ávísað við. Sjá kafla 3.
- Lyf til að fyrirbyggja höfnun líffæris eftir líffæraígræðslu (t.d. takrolímús, cyklosporín)
- Lyfjasamsetningu með glecaprevíri og pibrentasvíri (veiruhamlandi lyf notað til meðhöndlunar á lifrabólgu C)
- Bólguýðandi lyf og verkjastillandi lyf (t.d. acetýlsalicýlsýra, íbúprófen, díklófenak)
- Jóhannesarjurt (St. John's wort), náttúruyf við þunglyndi
- Þunglyndislyf sem kallast sérhæfðir serótónín endurupptökuhemlar eða serótónín-norepinefrín endurupptökuhemlar
- Rifampísín eða klarítrómýsín (tvö sýklalyf)
- Veirusýkingalyf við alnæmi (AIDS) (t.d. ritonavír)
- Ákveðin lyf til meðhöndlunar á flogaveiki (t.d. karbamazepín, fenýtóín)

Meðganga og brjóstgjöf

Áhrif Dabigatran etexilate Teva á meðgöngu og fóstur eru ekki þekkt. Því á ekki að nota lyfið á meðgöngu nema samkvæmt ráðleggingu læknis. Konur á barneignaraldri ættu að forðast að verða þungaðar meðan á meðferð með Dabigatran etexilate Teva stendur. Konur sem hafa barn á brjósti mega ekki nota Dabigatran etexilate Teva.

Akstur og notkun véla

Dabigatran etexilate Teva hefur engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla.

3. Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva

Dabigatran etexilate Teva hylki má nota handa fullorðnum og börnum 8 ára og eldri sem geta gleypst hylkin í heilu lagi.

- Önnur lyfjaform gætu verið hentugri til að gefa þessum hópi eins og húðuð kyrni sem hægt er að nota handa börnum yngri en 12 ára um leið og barnið getur gleypst mjúkan mat.

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

Takið Dabigatran etexilate Teva eins og ráðlagt er við eftirfarandi aðstæður:

Forvörn gegn myndun blóðtappa eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm

Ráðlagður skammtur er **220 mg einu sinni á sólarhring** (tekið sem 2 hylki með 110 mg).
Ef **nýrnastarfsemi þín er skert** um meira en helming eða ef þú ert **75 ára eða eldri** er ráðlagður skammtur **150 mg einu sinni á sólarhring** (tekið sem 2 hylki með 75 mg).

Ef þú ert að taka lyf sem innihalda **amíódarón, kínidín eða verapamíl** er ráðlagður skammtur **150 mg einu sinni á sólarhring** (tekið sem 2 hylki með 75 mg).

Ef þú ert að taka **lyf sem inniheldur verapamíl og nýrnastarfsemi þín er skert** um meira en helming, á að minnka skammtinn í **75 mg** af Dabigatran etexilate Teva vegna þess að blæðingarhætta getur verið aukin hjá þér.

Fyrir báðar aðgerðir gildir að ekki má hefja meðferð ef blæðing er frá aðgerðarstað. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferð með 2 hylkjum einu sinni á sólarhring.

Eftir aðgerð þegar skipt er um hnélið

Hefja skal meðferð með Dabigatran etexilate Teva innan 1-4 klukkustunda eftir að aðgerð lýkur með því að taka eitt hylki. Eftir það á að taka tvö hylki einu sinni á sólarhring í 10 daga.

Eftir aðgerð þegar skipt er um mjaðmarlið

Hefja skal meðferð með Dabigatran etexilate Teva innan 1-4 klukkustunda eftir að aðgerð lýkur með því að taka eitt hylki. Eftir það á að taka tvö hylki einu sinni á sólarhring í 28-35 daga.

Fyrirbyggjandi gegn teppu í heilaeðum eða æðum í líkamanum vegna myndunar blóðtappa þegar hjartsláttur er óeðlilegur og meðferð við blóðtöppum í bláeðum fótleggja og lungum, þ.m.t. fyrirbyggjandi meðferð til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun í bláeðum fótleggja og lungum

Ráðlagður skammtur er 300 mg, tekinn sem **eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring**.

Ef þú ert **80 ára eða eldri** er ráðlagður skammtur 220 mg, tekinn sem **eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring**.

Ef þú ert að taka **lyf sem inniheldur verapamíl** á að minnka skammtinn af Dabigatran etexilate Teva niður í 220 mg, tekinn sem **eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring**, vegna þess að blæðingarhætta getur verið aukin hjá þér.

Ef þú ert **mögulega í aukinni blæðingarhættu** getur læknirinn ákveðið að ávísa 220 mg skammti, tekinn sem **eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring**.

Þú mátt halda áfram að taka lyfið ef koma þarf hjartslættinum aftur í eðlilegt horf með aðgerð sem kallast rafvending. Taktu Dabigatran etexilate Teva samkvæmt fyrirætlunum lækisins.

Ef lækningatæki (stoðneti) hefur verið komið fyrir í æð til að halda henni opinni með aðgerð sem kallast kransæðavíkkun með stoðneti, getur þú fengið meðferð með Dabigatran etexilate Teva eftir að læknirinn hefur ákveðið að náðst hafi góð stjórn á storknun blóðsins. Taktu Dabigatran etexilate Teva samkvæmt fyrirætlunum lækisins.

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Dabigatran etexilate Teva á að taka tvisvar á dag, einn skammt að morgni og einn skammt að kvöldi, u.þ.b. á sama tíma á hverjum degi. Bilið á milli skömmtunar þarf að vera eins nálægt 12 klukkustundum og mögulegt er.

Ráðlagður skammtur fer eftir þyngd og aldri. Læknirinn mun ákvarða réttan skammt. Læknirinn gæti aðlagð skammtinn þegar líður á meðferðina. Haltu áfram að nota öll önnur lyf, nema læknirinn hafi sagt þér að hætta að nota einhver þeirra.

Tafla 1 sýnir staka skammta og heildardagskammta af Dabigatran etexilate Teva í milligrömmum (mg). Skammtarnir miðast við þyngd í kílógrömmum (kg) og aldur sjúklingsins í árum:

Tafla 1: Skammtatafla fyrir Dabigatran etexilate Teva hylki

Samsetning þyngdar / aldurs		Stakur skammtur í mg	Heildardagskammtur í mg
Þyngd í kg	Aldur í árum		
11 til undir 13 kg	8 til yngri en 9 ára	75	150
13 til undir 16 kg	8 til yngri en 11 ára	110	220
16 til undir 21 kg	8 til yngri en 14 ára	110	220
21 til undir 26 kg	8 til yngri en 16 ára	150	300
26 til undir 31 kg	8 til yngri en 18 ára	150	300
31 til undir 41 kg	8 til yngri en 18 ára	185	370
41 til undir 51 kg	8 til yngri en 18 ára	220	440
51 til undir 61 kg	8 til yngri en 18 ára	260	520
61 til undir 71 kg	8 til yngri en 18 ára	300	600
71 til undir 81 kg	8 til yngri en 18 ára	300	600
81 kg og yfir	10 til yngri en 18 ára	300	600

Stakir skammtar sem krefjast samsetninga með fleiri en einu hylki:

- 300 mg: tvö 150 mg hylki eða fjögur 75 mg hylki
- 260 mg: eitt 110 mg og eitt 150 mg hylki eða eitt 110 mg og tvö 75 mg hylki
- 220 mg: tvö 110 mg hylki
- 185 mg: eitt 75 mg og eitt 110 mg hylki
- 150 mg: eitt 150 mg hylki eða tvö 75 mg hylki

Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva

Dabigatran etexilate Teva má taka með eða án matar. Gleypa á hylkið í heilu lagi með glasi af vatni, til að tryggja að lyfið berist niður í maga. Ekki má brjóta, tyggja eða opna hylkið til að taka kornin úr því, þar sem það getur aukið blæðingarhættu.

Breyting á blóðþyngningarmeðferð

Þú mátt ekki breyta blóðþyngningarmeðferðinni án sérstakra leiðbeininga frá læknum.

Ef tekinn er stærri skammtur en mælt er fyrir um

Ef of mikið af lyfinu er tekið er augin hættu á blæðingum. Láttu læknum tafarlaust vita ef þú hefur tekið of mörg hylki. Sértekt meðferðarúrræði er tiltækt.

Ef gleymist að taka Dabigatran etexilate Teva

Forvörn gegn myndun blóðtappa eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm

Taktu daglegan skammt af Dabigatran etexilate Teva á sama tíma næsta dag. Ekki á að tvöfalda skammt til að bæta upp skammt sem gleymst hefur að taka.

Notkun hjá fullorðnum: Fyrirbyggjandi gegn teppu í heilæðum eða æðum í líkamanum vegna myndunar blóðtappa þegar hjartsláttur er óeðlilegur og meðferð við blóðtöppum í bláæðum fótleggja og lungum, þ.m.t. fyrirbyggjandi meðferð til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun í bláæðum fótleggja og lungum

Notkun hjá börnum: Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappa hjá börnum

Taka má gleymdan skammt allt að 6 klst. fyrir næsta áætlaðan skammt.

Sleppa á gleymdum skammti ef styttri tími en 6 klst. er að næsta áætlaða skammti. Ekki á að tvöfalda skammt til að bæta upp skammt sem gleymst hefur að taka.

Ef hætt er að nota Dabigatran etexilate Teva

Taktu Dabigatran etexilate Teva nákvæmlega eins og mælt er fyrir um. Ekki hætta að taka lyfið án þess að ræða fyrst við lækinn, þar sem hætta á myndun blóðtappa gæti verið meiri ef þú hættir meðferðinni of snemma. Hafðu samband við lækinn ef þú finnur fyrir meltingartruflunum eftir að hafa tekið Dabigatran etexilate Teva.

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

4. Hugsanlegar aukaverkanir

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

Dabigatran etexilate Teva hefur áhrif á storknun blóðsins, þannig að flestar aukaverkanir eru tengdar einkennum eins og marblettum eða blæðingu. Meiriháttar eða verulegar blæðingar geta komið fyrir, sem eru alvarlegustu aukaverkanirnar og geta óháð staðsetningu valdið fötlun, lífshættu og jafnvel leitt til dauða. Í sumum tilvikum eru þessar blæðingar ekki augljósar.

Ef þú færð einhverja blæðingu sem stöðvast ekki af sjálfu sér eða ef þú færð einkenni um verulega blæðingu (mikið þróttleysi, þreytu, fölva, sundl, höfuðverk eða óútskýrða bólgu) skaltu ráðfæra þig tafarlaust við lækinn. Læknirinn gæti ákveðið að hafa nánara eftirlit með þér eða breyta lyfjagjöfni. Segðu lækningunni tafarlaust frá því ef þú færð alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli.

Hugsanlegar aukaverkanir sem eru taldar upp hér á eftir eru flokkaðar eftir því hve algengar þær eru.

Forvörn gegn myndun blóðtappa eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Blætt getur frá nefi, í maga eða þörmum, frá getnaðarlim/leggöngum eða þvagrás (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt), frá gyllinæð, frá endaþarmi, undir húð, í lið, frá eða eftir áverka eða eftir skurðaðgerð
- Margúll eða marblettir eftir skurðaðgerð
- Blóð finnst í saur í rannsóknarstofuþrófi
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Ofnæmisviðbrögð
- Uppköst
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Ógleði
- Útferð úr sári (vökvi vætlar frá skurðsárinu)
- Hækkun lifrarsíma
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Mjög sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum):

- Blæðing
- Blætt getur í heilanum, úr skurðsári, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs
- Blóðlituð útferð frá íkomustað bláæðaleggs
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði eftir skurðaðgerð
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Kláði
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Maga- og vélindabólga
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Magaverkur eða kviðverkur
- Meltingartruflanir
- Kyngingarerfiðleikar
- Vökvakennd útferð úr sári
- Vökvakennd útferð úr sári eftir aðgerð

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirbyggjandi gögnum):

- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Fækkun eða jafnvel skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Hármisssir

Fyrirbyggjandi gegn teppu í heilaeðum eða æðum í líkamanum vegna myndunar blóðtappa þegar hjartsláttur er óeðlilegur

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Blætt getur frá nefi, í maga eða þörmum, frá getnaðarlim/leggöngum eða þvagrás (þ.m.t. blóð í þvagi sem lítar þvag bleikt eða rautt), eða undir húð
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Magaverkur eða kviðverkur
- Meltingartruflanir
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Ógleði

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Blæðing
- Blætt getur frá gyllinæð, frá endaparmi eða í heilanum
- Myndun margúls
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Ofnæmisviðbrögð
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Kláði
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Maga- og vélindabólga
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Uppköst
- Kyngingarerfiðleikar
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

Mjög sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum):

- Blætt getur í lið, úr skurðsári, frá áverka, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs

- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Hækkun lifrarensíma
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirbyggjandi gögnum):

- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Fækkun eða jafnvel skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Hármíssir

Í klínískum rannsóknum voru tölur um tíðni hjartaáfalla hærri hjá dabigatran etexílati en hjá warfaríni. Heildartíðnin var lág.

Meðferð við blóðtöppum í bláæðum fótleggja og lungum, þ.m.t. fyrirbyggjandi meðferð gegn endurtekinni blóðtappamyndun í bláæðum fótleggja og/eða lungum

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Blæðing getur orðið í nefi, í maga eða þörmum, frá endaparmi, frá getnaðarlími/leggöngum eða þvagfærum (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt) eða undir húð
- Meltingartruflanir

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Blæðing
- Blætt getur í lið eða úr sári
- Blætt getur úr gyllinæð
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Myndun margúls
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Ofnæmisviðbrögð
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Kláði
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Maga- og vélindabólga
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Ógleði
- Uppköst
- Magaverkur eða kviðverkur
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi
- Hækkun lifrarensíma

Mjög sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum):

- Blætt getur úr skurðsári eða frá stungustað eftir inndælingu eða eftir uppsetningu bláæðaleggs eða í heila
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Kyngingarerfiðleikar

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirbyggjandi gögnum):

- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði

- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Fækkun eða jafnvel skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma
- Hármíssir

Í rannsóknaráætluninni var tíðni hjartaáfalla hærrí hjá dabígaþran etexílati en hjá warfaríni. Heildartíðnin var lág. Ójafnvægi í tíðni hjartaáfalla kom ekki fram hjá sjúklingum sem fengu meðferð með dabígaþran samanborið við þá sem fengu lyfleysu.

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Myndun margúls
- Blóðnasir
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Uppköst
- Ógleði
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Meltingartruflanir
- Hármíssir
- Hækkun lifrarendísíma

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Fækkun á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Blæðing getur orðið í maga eða þörmum, frá heila, frá endaparmi, frá getnaðarlimi/leggöngum eða þvagfærum (þ.m.t. blóð í þvagi sem lítar þvag bleikt eða rautt) eða undir húð
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Kláði
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Magaverkur eða kviðverkur
- Maga- og vélindabólga
- Ofnæmisviðbrögð
- Kyngingarerfiðleikar
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):

- Skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Blæðing
- Blætt getur í lið eða frá áverka, úr skurðsári, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs
- Blætt getur úr gyllinæð
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

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 Dabigatran etexilate Teva

Geymið lyfið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

Ekki skal nota lyfið eftir fyrningardagsetningu sem tilgreind er á öskjunni eða þynnupakkningunni á eftir „EXP“. Fyrningardagsetning er síðasti dagur mánaðarins sem þar kemur fram.

Þynnupakkning: Geymið við lægri hita en 30 °C.

Ekki má skola lyfjum niður í frárennslislagnir. 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

Dabigatran etexilate Teva inniheldur

- Virka innihaldsefnið er dabigatran etexílat. Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).
- Önnur innihaldsefni eru tartarsýra, hýdroxýprópýlsellulósi, talkúm og hýprómellósi.
- Skel hylkisins inniheldur indígótín (E132), kalíumklóríð, karragenan, titandíoxíð (E171) og hýprómellósa

Lýsing á útliti Dabigatran etexilate Teva og pakkningastærðir

Dabigatran etexílat Teva 110 mg eru hylki (um það bil 19 mm) með ljósbláu ógagnsæju loki og ljósbláum ógagnsæjum botni, fyllt með beinhvítum til gulleitum kornum.

Dabigatran etexílat Teva er fáanlegt í pakkningum sem innihalda 10, 30, 60 eða 180 hörð hylki í ál-álþynnum.

Dabigatran etexílat Teva er fáanlegt í pakkningum sem innihalda 10 x 1, 30 x 1, 60 x 1, 100 x 1 eða 180 x 1 hörð hylki í rifgötuðum stakskammtaþynnum úr áli.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

Markaðsleyfishafi

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

Framleiðandi

LABORATORIOS LICONSA S.A.
Avda. Miralcampo, N° 7
Pol. Ind. Miralcampo
19200 Azuqueca de Henares, Guadalajara
SPÁNN

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

België/Belgique/Belgien

Teva Pharma Belgium N.V./S.A. /AG
Tel/Tél: +32 3 820 73 73

България

Тева Фарма ЕАД
Тел: +359 2 489 95 85

Česká republika

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.
Tel: +420 251 007 111

Danmark

Teva Denmark A/S
Tlf: +45 44 98 55 11

Deutschland

ratiopharm GmbH
+49 (0) 731 402 02

Eesti

UAB Teva Baltics Eesti filiaal
Tel.: +372 6610801

Ελλάδα

Teva Hellas A.E.
Τηλ: +30 211 880 5000

España

Teva Pharma, S.L.U.
Tel.: + 34 91 387 32 80

France

Teva Santé
Tél: +33 1 55 91 78 00

Hrvatska

Pliva Hrvatska d.o.o.
Tel: + 385 1 37 20 000

Ireland

Teva Pharmaceuticals Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Ísland

Teva Pharma Iceland ehf.
Sími: + 354 550 3300

Italia

Teva Italia S.r.l
Tel.: +39 028917981

Κύπρος

TEVA HELLAS A.E.
Ελλάδα
Τηλ: +30 211 880 5000

Lietuva

UAB Teva Baltics
Tel: +370 5 266 02 03

Luxembourg/Luxemburg

ratiopharm GmbH
Tél: +49 731 402 02

Magyarország

Teva Gyógyszergyár Zrt.
Tel: (+36) 1 288 6400

Malta

Teva Pharmaceuticals Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Nederland

Teva Nederland B.V.
Tel: +31 800 0228 400

Norge

Teva Norway AS
Tlf: +47 66 77 55 90

Österreich

Ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH
Tel: +43 1970070

Polska

Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o.
Tel: +48 22 345 93 00

Portugal

Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos, Lda
Tel: +351 21 476 75 50

România

Teva Pharmaceuticals S.R.L
Tel: +40 21 230 65 24

Slovenija

Pliva Ljubljana d.o.o.
Tel: +386 1 58 90 390

Slovenská republika

TEVA Pharmaceuticals Slovakia s.r.o
Telephone: +421257267911

Suomi/Finland

Teva Finland Oy
Puh/Tel: +358 20 180 5900

Sverige

Teva Sweden AB
Tel: +46 (0)42 12 11 00

Latvija
UAB Teva Baltics filiāle Latvijā
Tel: +371 67 323 666
LVRA@teva.lt

United Kingdom (Northern Ireland)
Teva Pharmaceuticals Ireland
Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Þessi fylgiseðill var síðast uppfærður

Upplýsingar sem hægt er að nálgast annars staðar

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

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

Fylgiseðill: Upplýsingar fyrir sjúkling

Dabigatran etexilate Teva 150 mg hörð hylki dabigatran etexílat

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 Dabigatran etexilate Teva og við hverju það er notað
2. Áður en byrjað er að nota Dabigatran etexilate Teva
3. Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva
4. Hugsanlegar aukaverkanir
5. Hvernig geyma á Dabigatran etexilate Teva
6. Pakkningar og aðrar upplýsingar

1. Upplýsingar um Dabigatran etexilate Teva og við hverju það er notað

Dabigatran etexilate Teva inniheldur virka efnið dabigatran etexílat og tilheyrir flokki lyfja sem kallast segavarnarlyf. Það virkar með því að hindra efni í líkamanum sem á þátt í myndun blóðtappa.

Dabigatran etexilate Teva er notað hjá fullorðnum til:

- að minnka hættuna á myndun blóðtappa í heilaeðum (heilaslag) eða öðrum æðum í líkamanum ef þú ert með ákveðna tegund af óreglulegum hjartslætti sem kallast gáttatíf og a.m.k. einn annan áhættuþátt til viðbótar.
- meðferðar við blóðtöppum í bláeðum fótleggja og lungum og til að fyrirbyggja endurtekna blóðtappamyndun í bláeðum fótleggja og lungum.

Dabigatran etexilate Teva er notað hjá börnum til:

- meðferðar við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun.

2. Áður en byrjað er að nota Dabigatran etexilate Teva

Ekki má nota Dabigatran etexilate Teva

- ef um er að ræða ofnæmi fyrir dabigatran etexílati eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins (talin upp í kafla 6).
- ef þú ert með verulega skerta nýrnastarfsemi.
- ef þér blæðir núna.
- ef þú ert með sjúkdóm í líffæri sem eykur hættuna á alvarlegri blæðingu (t.d. magasár, áverki eða blæðing í heila, nýleg skurðaðgerð á heila eða augum).
- ef þú hefur aukna blæðingartilhneigingu. Þetta getur verið meðfætt, af óþekktum orsökum eða vegna annarra lyfja.
- ef þú ert að nota lyf sem hindra blóðstorknun (t.d. warfarín, rivaroxaban, apixaban eða heparín), nema þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum, á meðan þú ert með æðalegg í bláeð eða slagæð og færð heparín í æðalegginn til að halda honum opnum eða á meðan hjartslættinum

er komið aftur í eðlilegt horf með aðgerð sem kallast brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs.

- ef þú ert með verulega skerta lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdóm sem gæti valdið dauða.
- ef þú ert að nota ketókónazól til inntöku eða itrakónazól, lyf til meðhöndlunar á sveppasýkingum.
- ef þú ert að nota cyklosporin til inntöku, lyf til að fyrirbyggja höfnun líffæris eftir líffæraflutning.
- ef þú ert að nota dronedaron, lyf sem notað er við óeðlilegum hjartslætti.
- ef þú tekur lyfjasamsetningu með glecaprevíri og pibrentasvíri, veiruhamlandi lyf sem notað er til meðhöndlunar á lifrabólgu C.
- ef þú ert með gervihjartaloku sem krefst stöðugar blóðþynningar.

Varnaðarorð og varúðarreglur

Leitið ráða hjá læknum áður en Dabigatran etexilate Teva er notað. Einnig getur verið að þú þurfir að leita ráða hjá læknum meðan á meðferð með lyfinu stendur ef þú finnur fyrir einhverjum einkennum eða ef þú þarft að fara í aðgerð.

Láttu lækinn vita af sjúkdómum og öðrum heilsufarsvandamálum sem þú ert með eða hefur verið með, sérstaklega þeim sem talin eru upp í eftirfarandi lista:

- Ef þú hefur aukna blæðingartilhneigingu, eins og:
 - ef þér hefur nýlega blætt.
 - ef tekið hefur verið vefsýni (fjarlægður hluti af vef til rannsóknar) úr þér undanfarinn mánuð.
 - ef þú hefur orðið fyrir alvarlegum áverka (t.d. beinbroti, höfuðáverka eða öðrum áverkum sem krefjast skurðaðgerðar).
 - ef þú ert með bólgusjúkdóm í vélinda eða maga.
 - ef þú ert með bakflæði magasafa upp í vélinda.
 - ef þú ert á lyfjameðferð sem gæti aukið blæðingarhættu. Sjá „Notkun annarra lyfja samhliða Dabigatran etexilate Teva“ hér að neðan.
 - ef þú ert að taka bólgueyðandi lyf, t.d. díklófenak, íbúprófen, piroxicam.
 - ef þú ert með hjartaþelsbólgu af völdum baktería (sýkingu í hjartalokum).
 - ef þú veist að þú ert með skerta nýrnastarfsemi eða ef þú þjáist af vökvaskorti (einkenni eru m.a. þorsti og lítið magn af dökkleitu (sterku) / freyðandi þvagi).
 - ef þú ert eldri en 75 ára.
 - ef þú ert fullorðinn sjúklingur og vegur 50 kg eða minna.
 - aðeins ef lyfið er notað handa börnum: ef barnið er með sýkingu umhverfis heilann eða í heilanum.
- Ef þú hefur fengið hjartaáfall eða hefur greinst með sjúkdóm sem eykur hættu á hjartaáfalli.
- Ef þú ert með lifrarsjúkdóm sem tengist breytingum á niðurstöðum blóðrannsóknar. Notkun lyfsins er ekki ráðlögð í slíkum tilvikum.

Gæta skal sérstakrar varúðar við notkun Dabigatran etexilate Teva

- Ef þú þarft að fara í skurðaðgerð:
Í þessu tilviki verður að hætta meðferð með Dabigatran etexilate Teva tímabundið vegna aukinnar blæðingarhættu meðan á aðgerð stendur og í stuttan tíma eftir að henni lýkur. Afar mikilvægt er að taka Dabigatran etexilate Teva fyrir og eftir aðgerðina nákvæmlega á þeim tímum sem lækinn hefur sagt þér.
- Ef aðgerð felur í sér ísetningu leggs eða inndælingu í mænu (t.d. fyrir utanbasts- eða mænudeyfingu eða verkjastillingu):

- er afar mikilvægt að taka Dabigatran etexilate Teva fyrir og eftir aðgerðina nákvæmlega á þeim tímum sem læknirinn hefur sagt þér.
 - skaltu láta lækninn tafarlaust vita ef þú finnur fyrir dofa eða máttleysi í fótum eða vandamáli með þarmana eða þvagblöðruna eftir lok svæfingar, því að tafarlaus meðferð er nauðsynleg.
- Ef þú dettur eða meiðir þig meðan á meðferð stendur, sérstaklega ef þú rekur höfuðið í. Leitaðu tafarlaust lækniástoðar. Þú gætir þurft á lækni skoðun að halda þar sem þú gætir verið í aukinni blæðingarhættu.
 - Ef þú veist að þú ert með sjúkdóm sem kallast andfosfólípíð heilkenni (röskun í ónæmiskerfinu sem veldur aukinni hættu á blóðtappa), skaltu segja læknum frá því, hann ákveður hvort gæti þurft að breyta meðferðinni.

Notkun annarra lyfja samhliða Dabigatran etexilate Teva

Látið lækninn eða lyfjafræðing vita um öll önnur lyf sem eru notuð, hafa nýlega verið notuð eða kynnu að verða notuð. **Einkum skaltu láta lækninn vita áður en þú tekur Dabigatran etexilate Teva ef þú tekur eitt af lyfjunum sem talin eru upp hér að neðan:**

- Lyf sem dregur úr blóðstorknun (warfarin, phenprocoumon, asenókúmaról, heparín, klópidógrél, prasugel, ticagrelor, rivaroxaban, acetýlsalicýlsýra)
 - Lyf við sveppasýkingum (t.d. ketókónazól, itrakónazól) nema ef þau eru eingöngu borin á húðina
 - Lyf við óeðlilegum hjartslætti (t.d. amíódarón, dronedaron, kínidín, verapamíl).
- Ef þú tekur lyf sem inniheldur verapamíl gæti læknirinn sagt þér að nota minni skammt af Dabigatran etexilate Teva, en það fer eftir sjúkdómnum sem því var ávísað við. Sjá kafla 3.
- Lyf til að fyrirbyggja höfnun líffæris eftir líffæraígræðslu (t.d. takrolímus, cyklosporin)
 - Lyfjasamsetningu með glecaprevíri og pibrentasvíri (veiruhamlandi lyf notað til meðhöndlunar á lifrabólgu C)
 - Bólguæðandi lyf og verkjastillandi lyf (t.d. acetýlsalicýlsýra, íbúprófen, díklófenak)
 - Jóhannesarjurt (St. John's wort), náttúrulyf við þunglyndi
 - Þunglyndislyf sem kallast sérhæfðir serótónín endurupptökuhemlar eða serótónín-norepinefrín endurupptökuhemlar
 - Rifampísín eða klarítrómýsín (tvö sýklalyf)
 - Veirusýkingalyf við alnæmi (AIDS) (t.d. ritonavír)
 - Ákveðin lyf til meðhöndlunar á flogaveiki (t.d. karbamazepín, fenýtóín)

Meðganga og brjóstgjöf

Áhrif Dabigatran etexilate Teva á meðgöngu og fóstur eru ekki þekkt. Því á ekki að nota lyfið á meðgöngu nema samkvæmt ráðleggingu læknis. Konur á barneignaraldri ættu að forðast að verða þungaðar meðan á meðferð með Dabigatran etexilate Teva stendur.

Konur sem hafa barn á brjósti mega ekki nota Dabigatran etexilate Teva.

Akstur og notkun véla

Dabigatran etexilate Teva hefur engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla.

3. Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva

Dabigatran etexilate Teva hylki má nota handa fullorðnum og börnum 8 ára og eldri sem geta gleypst hylkin í heilu lagi.

- Önnur lyfjaform gætu verið hentugri til að gefa þessum hópi eins og húðuð kyрни sem hægt er að nota handa börnum yngri en 12 ára um leið og barnið getur gleypst mjúkan mat.

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

Takið Dabigatran etexilate Teva eins og ráðlagt er við eftirfarandi aðstæður:

Fyrirbyggjandi gegn teppu í heilaeðum eða æðum í líkamanum vegna myndunar blóðtappa þegar hjartsláttur er óeðlilegur og meðferð við blóðtöppum í bláeðum fótleggja og lungum, þ.m.t. fyrirbyggjandi meðferð til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun í bláeðum fótleggja og lungum

Ráðlagður skammtur er 300 mg, tekinn sem eitt **150 mg hylki tvisvar á sólarhring**.

Ef þú ert **80 ára eða eldri** er ráðlagður skammtur 220 mg, tekinn sem eitt **110 mg hylki tvisvar á sólarhring**.

Ef þú ert að taka **lyf sem inniheldur verapamíl** á að minnka skammtinn af Dabigatran etexilate Teva niður í 220 mg, tekinn sem eitt **110 mg hylki tvisvar á sólarhring**, vegna þess að blæðingarhætta getur verið aukin hjá þér.

Ef þú ert **mögulega í aukinni blæðingarhættu** getur lækurinn ákveðið að ávísa 220 mg skammti, tekinn sem eitt **110 mg hylki tvisvar á sólarhring**.

Þú mátt halda áfram að taka lyfið ef koma þarf hjartslættinum aftur í eðlilegt horf með aðgerð sem kallast rafvending eða með aðgerð sem kallast brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs. Taktu Dabigatran etexilate Teva samkvæmt fyrirmælum læknisins.

Ef lækningatæki (stöðneti) hefur verið komið fyrir í æð til að halda henni opinni með aðgerð sem kallast kransæðavíkkun með stöðneti, getur þú fengið meðferð með Dabigatran etexilate Teva eftir að lækurinn hefur ákveðið að náðst hafi góð stjórn á storknun blóðsins. Taktu Dabigatran etexilate Teva samkvæmt fyrirmælum læknisins.

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Dabigatran etexilate Teva á að taka tvisvar á dag, einn skammt að morgni og einn skammt að kvöldi, u.þ.b. á sama tíma á hverjum degi. Bilið á milli skömmtunar þarf að vera eins nálægt 12 klukkustundum og mögulegt er.

Ráðlagður skammtur fer eftir þyngd og aldri. Lækurinn mun ákvarða réttan skammt. Lækurinn gæti aðlagð skammtinn þegar líður á meðferðina. Haltu áfram að nota öll önnur lyf, nema lækurinn hafi sagt þér að hætta að nota einhver þeirra.

Tafla 1 sýnir staka skammta og heildardagskammta af Dabigatran etexilate Teva í milligrömmum (mg). Skammtarnir miðast við þyngd í kílógrömmum (kg) og aldur sjúklingsins í árum.

Tafla 1: Skammtatafla fyrir Dabigatran etexilate Teva hylki

Samsetning þyngdar / aldurs		Stakur skammtur í mg	Heildardagskammtur í mg
Þyngd í kg	Aldur í árum		
11 til undir 13 kg	8 til yngri en 9 ára	75	150
13 til undir 16 kg	8 til yngri en 11 ára	110	220
16 til undir 21 kg	8 til yngri en 14 ára	110	220
21 til undir 26 kg	8 til yngri en 16 ára	150	300
26 til undir 31 kg	8 til yngri en 18 ára	150	300
31 til undir 41 kg	8 til yngri en 18 ára	185	370
41 til undir 51 kg	8 til yngri en 18 ára	220	440
51 til undir 61 kg	8 til yngri en 18 ára	260	520
61 til undir 71 kg	8 til yngri en 18 ára	300	600

71 til undir 81 kg	8 til yngri en 18 ára	300	600
81 kg og yfir	10 til yngri en 18 ára	300	600

Stakir skammtar sem krefjast samsetninga með fleiri en einu hylki:

300 mg:	tvö 150 mg hylki eða fjögur 75 mg hylki
260 mg:	eitt 110 mg og eitt 150 mg hylki eða eitt 110 mg og tvö 75 mg hylki
220 mg:	tvö 110 mg hylki
185 mg:	eitt 75 mg og eitt 110 mg hylki
150 mg:	eitt 150 mg hylki eða tvö 75 mg hylki

Hvernig nota á Dabigatran etexilate Teva

Dabigatran etexilate Teva má taka með eða án matar. Gleypa á hylkið í heilu lagi með glasi af vatni, til að tryggja að lyfið berist niður í maga. Ekki má brjóta, tyggja eða opna hylkið til að taka kornin úr því, þar sem það getur aukið blæðingarhættu.

Breyting á blóðþynningarmeðferð

Þú mátt ekki breyta blóðþynningarmeðferðinni án sérstakra leiðbeininga frá læknum.

Ef tekinn er stærri skammtur en mælt er fyrir um

Ef of mikið af lyfinu er tekið er aukin hættu á blæðingum. Láttu læknum tafarlaust vita ef þú hefur tekið of mörg hylki. Sérstækt meðferðarúræði er tiltækt.

Ef gleymist að taka Dabigatran etexilate Teva

Taka má gleymdan skammt allt að 6 klst. fyrir næsta áætlaðan skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef styttri tími en 6 klst. er að næsta áætlaða skammti. Ekki á að tvöfalda skammt til að bæta upp skammt sem gleymst hefur að taka.

Ef hætt er að nota Dabigatran etexilate Teva

Taktu Dabigatran etexilate Teva nákvæmlega eins og mælt er fyrir um. Ekki hættu að taka lyfið án þess að ræða fyrst við læknum, þar sem hættu á myndun blóðtappa gæti verið meiri ef þú hættir meðferðinni of snemma. Hafðu samband við læknum ef þú finnur fyrir meltingartruflunum eftir að hafa tekið Dabigatran etexilate Teva.

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

4. Hugsanlegar aukaverkanir

Eins og við á um öll lyf getur þetta lyf valdið aukaverkunum en það gerist þó ekki hjá öllum. Dabigatran etexilate Teva hefur áhrif á storknun blóðsins, þannig að flestar aukaverkanir eru tengdar einkennum eins og marblettum eða blæðingu. Meiriháttar eða verulegar blæðingar geta komið fyrir, sem eru alvarlegustu aukaverkanirnar og geta óháð staðsetningu valdið fötlun, lífshættu og jafnvel leitt til dauða. Í sumum tilvikum eru þessar blæðingar ekki augljósar.

Ef þú færð einhverja blæðingu sem stöðvast ekki af sjálfu sér eða ef þú færð einkenni um verulega blæðingu (mikið þröttleysi, þreytu, fölva, sundl, höfuðverk eða óútskýrða bólgu) skaltu ráðfæra þig tafarlaust við læknum. Læknirinn gæti ákveðið að hafa nánara eftirlit með þér eða breyta lyfjagjöfni.

Segðu læknum tafarlaust frá því ef þú færð alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli.

Hugsanlegar aukaverkanir sem eru taldar upp hér á eftir eru flokkaðar eftir því hve algengar þær eru.

Fyrirbyggjandi gegn teppu í heilæðum eða æðum í líkamanum vegna myndunar blóðtappa þegar hjartsláttur er óeðlilegur

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Blætt getur frá nefi, í maga eða þörmum, frá getnaðarlim/leggöngum eða þvagrás (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt), eða undir húð
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Magaverkur eða kviðverkur
- Meltingartruflanir
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Ógleði

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Blæðing
- Blætt getur frá gyllinæð, frá endaþarmi eða í heilanum
- Myndun margúls
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Ofnæmisviðbrögð
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Kláði
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Maga- og vélindabólga
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Uppköst
- Kyngingarerfiðleikar
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

Mjög sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum):

- Blætt getur í lið, úr skurðsári, frá áverka, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Hækkun lifrarensíma
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):

- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Fækkun eða jafnvel skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Hármisssir

Í klínískum rannsóknum voru tölur um tíðni hjartaáfalla hærri hjá dabigatran etexílati en hjá warfaríni. Heildartíðnin var lág.

Meðferð við blóðtöppum í bláæðum fótleggja og lungum, þ.m.t. fyrirbyggjandi meðferð gegn endurtekinni blóðtappamyndun í bláæðum fótleggja og/eða lungum

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Blæðing getur orðið í nefi, í maga eða þörmum, frá endaþarmi, frá getnaðarlimi/leggöngum eða þvagfærum (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt) eða undir húð
- Meltingartruflanir

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Blæðing
- Blætt getur í lið eða úr sári
- Blætt getur úr gyllinæð
- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Myndun margúls
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Ofnæmisviðbrögð
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Kláði
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Maga- og vélindabólga
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Ógleði
- Uppköst
- Magaverkur eða kviðverkur
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi
- Hækkun lifrarensíma

Mjög sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum):

- Blætt getur úr skurðsári eða frá stungustað eftir inndælingu eða eftir uppsetningu bláæðaleggs eða í heila
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Kyngingarerfiðleikar

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):

- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Fækkun eða jafnvel skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma
- Hármisssir

Í rannsóknaráætluninni var tíðni hjartaáfalla hærrí hjá dabigatran etexílati en hjá warfaríni. Heildartíðnin var lág. Ójafnvægi í tíðni hjartaáfalla kom ekki fram hjá sjúklingum sem fengu meðferð með dabigatran samanborið við þá sem fengu lyfleysu.

Meðferð við blóðtöppum og til að koma í veg fyrir endurtekna blóðtappamyndun hjá börnum

Algengar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum):

- Fækkun rauðra blóðkorna í blóði
- Fækkun blóðflagna í blóði
- Útbrot á húð sem einkennast af dökkrauðum, upphleyptum nöbbum og kláða vegna ofnæmisviðbragða
- Skyndilegar breytingar í húð sem hafa áhrif á lit og útlit
- Myndun margúls
- Blóðnasir
- Bakflæði magavökva í vélinda
- Uppköst
- Ógleði
- Tíðar, lausar eða vökvakenndar hægðir
- Meltingartruflanir
- Hármisssir

- Hækkun lifrarendsímna

Sjaldgæfar (geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum):

- Fækkun á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Blæðing getur orðið í maga eða þörmum, frá heila, frá endaparmi, frá getnaðarlimi/leggöngum eða þvagfærum (þ.m.t. blóð í þvagi sem litar þvag bleikt eða rautt) eða undir húð
- Minnkun blóðrauða (efnið í rauðum blóðkornum) í blóði
- Lækkun á hlutfalli blóðkorna
- Kláði
- Blóðugur hósti eða blóðlitaður hráki
- Magaverkur eða kviðverkur
- Maga- og vélindabólga
- Ofnæmisviðbrögð
- Kyngingarerfiðleikar
- Gulnun húðar eða augnhvítu vegna lifrar- eða blóðsjúkdóma

Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum):

- Skortur á hvítum blóðkornum (sem hjálpa til við að berjast gegn sýkingum)
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda öndunarörðugleikum eða sundli
- Alvarleg ofnæmisviðbrögð sem valda bólgu í andliti eða hálsi
- Öndunarörðugleikar eða hvæsandi öndun
- Blæðing
- Blætt getur í lið eða frá áverka, úr skurðsári, frá stungustað eða frá íkomustað bláæðaleggs
- Blætt getur úr gyllinæð
- Sár í maga eða þörmum (þ.m.t. sár í vélinda)
- Óeðlilegar niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi

Tilkynning aukaverkana

Látid 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 Dabigatran etexilate Teva

Geymið lyfið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

Ekki skal nota lyfið eftir fyrningardagsetningu sem tilgreind er á öskjunni eða þynnupakkningunni á eftir „EXP“. Fyrningardagsetning er síðasti dagur mánaðarins sem þar kemur fram.

Þynnupakkning: Geymið við lægri hita en 30 °C.

Ekki má skola lyfjum niður í frárennslislagnir. 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

Dabigatran etexilate Teva inniheldur

- Virka innihaldsefnið er dabigatran. Hvert hart hylki inniheldur 150 mg af dabigatran etexílati (sem mesílat).
- Önnur innihaldsefni eru tartarsýra, , hýdroxýprópylsellulósi, talkúm og hýprómellósi.
- Skel hylkisins inniheldur indígótín (E132), kalíumklóríð, karragenan, títandíoxíð (E171) og hýprómellósa.

Lýsing á útliti Dabigatran etexilate Teva og pakkningastærðir

Dabigatran etexilat Teva 150 mg eru hylki (um það bil 22 mm) með ljósbláu ógagnsæju loki og hvítum ógagnsæjum botn, fyllt með beinhvítum til gulleitum kornum.

Dabigatran etexilat Teva er fáanlegt í pakkningum sem innihalda 30, 60 eða 180 hörð hylki í ál-álþynnum.

Dabigatran etexilat Teva er fáanlegt í pakkningum sem innihalda 10 x 1, 30 x 1, 60 x 1, 100 x 1 eða 180 x 1 hörð hylki í rifgötuðum stakskammtaþynnum úr áli.

Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

Markaðsleyfishafi

TEVA GmbH
Graf-Arco-Str. 3
89079 Ulm
Þýskaland

Framleiðandi

LABORATORIOS LICONSA S.A.
Avda. Miralcampo, N° 7
Pol. Ind. Miralcampo
19200 Azuqueca de Henares, Guadalajara
SPÁNN

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

België/Belgique/Belgien

Teva Pharma Belgium N.V./S.A. /AG
Tel/Tél: +32 3 820 73 73

Lietuva

UAB Teva Baltics
Tel: +370 5 266 02 03

България

Тева Фарма ЕАД
Тел: +359 2 489 95 85

Luxembourg/Luxemburg

ratiopharm GmbH
Tél: +49 731 402 02

Česká republika

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.
Tel: +420 251 007 111

Magyarország

Teva Gyógyszergyár Zrt.
Tel: (+36) 1 288 6400

Danmark

Teva Denmark A/S
Tlf: +45 44 98 55 11

Malta

Teva Pharmaceuticals Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Deutschland

ratiopharm GmbH
+49 (0) 731 402 02

Nederland

Teva Nederland B.V.
Tel: +31 800 0228 400

Eesti

UAB Teva Baltics Eesti filiaal
Tel.: +372 6610801

Norge

Teva Norway AS
Tlf: +47 66 77 55 90

Ελλάδα

Teva Hellas A.E.
Τηλ: +30 211 880 5000

España

Teva Pharma, S.L.U.
Tel.: + 34 91 387 32 80

France

Teva Santé
Tél: +33 1 55 91 78 00

Hrvatska

Pliva Hrvatska d.o.o
Tel: + 385 1 37 20 000

Ireland

Teva Pharmaceuticals Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Ísland

Teva Pharma Iceland ehf.
Sími: + 354 550 3300

Italia

Teva Italia S.r.l
Tel.: +39 028917981

Κύπρος

TEVA HELLAS A.E.
Ελλάδα
Τηλ: +30 211 880 5000

Latvija

UAB Teva Baltics filiāle Latvijā
Tel: +371 67 323 666
LVRA@teva.lt

Österreich

Ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH
Tel: +43 1970070

Polska

Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o.
Tel: +48 22 345 93 00

Portugal

Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos, Lda
Tel: +351 21 476 75 50

România

Teva Pharmaceuticals S.R.L
Tel: +40 21 230 65 24

Slovenija

Pliva Ljubljana d.o.o.
Tel: +386 1 58 90 390

Slovenská republika

TEVA Pharmaceuticals Slovakia s.r.o
Telephone: +421257267911

Suomi/Finland

Teva Finland Oy
Puh/Tel: +358 20 180 5900

Sverige

Teva Sweden AB
Tel: +46 (0)42 12 11 00

United Kingdom (Northern Ireland)

Teva Pharmaceuticals Ireland
Ireland
Tel: +44 (0) 207 540 7117

Þessi fylgiseðill var síðast uppfærður

Upplýsingar sem hægt er að nálgast annars staðar

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

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

ÖRYGGISKORT FYRIR SJÚKLING

Dabigatran etexilate Teva 75 mg hörð hylki

Dabigatran etexilate Teva 110 mg hörð hylki

Dabigatran etexilate Teva 150 mg hörð hylki

- Þú / umönnunaraðili þinn skuluð ávallt hafa kortið meðferðis
- Vertu viss um að vera með nýjustu útgáfuna af kortinu

Kæri sjúklingur / umönnunaraðili sjúklings á barnsaldri,

Læknirinn þinn / barnsins hefur hafið meðferð með Dabigatran etexilate Teva. Til þess að nota Dabigatran etexilate Teva á öruggan hátt skaltu íhuga mikilvægar upplýsingar í fylgiseðlinum.

Þar sem þetta öryggiskort fyrir sjúkling inniheldur mikilvægar upplýsingar um meðferðina sem þú / barnið ert á, skaltu ávallt hafa kortið meðferðis til þess að upplýsa heilbrigðisstarfsfólk um að þú / barnið notir Dabigatran etexilate Teva.

Upplýsingar um Dabigatran etexilate Teva fyrir sjúkling / umönnunaraðila sjúklings á barnsaldri

Um meðferðina sem þú / barnið ert á

- Dabigatran etexilate Teva þynnir blóðið. Það er notað til meðferðar á blóðtöppum sem eru til staðar eða til að koma í veg fyrir myndun hættulegra blóðtappa.
- Fylgdu fyrirmælum læknisins / læknis barnsins um notkun Dabigatran etexilate Teva. Slepptu aldrei skammti og ekki hætta að taka Dabigatran etexilate Teva án þess að ræða fyrst við lækinn / lækni barnsins.
- Láttu lækinn / lækni barnsins vita um öll önnur lyf sem þú / barnið notar.
- Láttu lækinn / lækni barnsins vita um inntöku Praxada áður en þú þarft að gangast undir skurðaðgerð / ífarandi aðgerð.
- Dabigatran etexilate Teva hylki má taka hvort sem er með eða án matar. Hylkið á að gleypa í heilu lagi með glasi af vatni. Ekki má brjóta hylkið eða tyggja það og ekki má fjarlægja kornin úr hylkinu.

Hvenær leita á læknishjálpar

- Taka Dabigatran etexilate Teva getur aukið blæðingarhættu. Ræddu tafarlaust við lækinn / lækni barnsins ef þú / barnið finnur fyrir merkjum og einkennum blæðingar eins og: bólga, óþægindi, óvenjulegur verkur eða höfuðverkur, sundl, fölvi, slappleiki, óvenjulegir marblettir, blóðnasir, blæðingar úr tannholdi, óvenjulega langvarandi blæðing úr sári, óeðlilegar tíðablæðingar eða blæðing úr leggöngum, blóð í þvagi sem getur verið bleikt eða brúnt, rauðar/svartar hægðir, blóðhósti, uppköst sem eru blóðug eða líkjast kaffikorgi.
- Ef þú dettur eða meidir þig, sérstaklega ef þú rekur höfuðið í, er áriðandi að leita til læknis.
- Ekki hætta að taka Dabigatran etexilate Teva án þess að ræða fyrst við lækinn / lækni barnsins ef þú / barnið finnur fyrir brjóstsviða, ógleði, uppköstum, magaóþægindum, uppþembu eða verkjum í efri hluta kviðar.

Upplýsingar um Dabigatran etexilate Teva fyrir heilbrigðisstarfsfólk

- Dabigatran etexilate Teva er segavarnarlyf til inntöku (trombínhemill með beina verkun).
- Nauðsynlegt gæti verið að hætta meðferð með Dabigatran etexilate Teva áður en skurðaðgerð eða ífarandi aðgerð fer fram.
- Í meiri háttar blæðingartilvikum á að stöðva meðferð með Dabigatran etexilate Teva tafarlaust.

- Sérþækt viðsnúningslyf (idarucizumab) er fáanlegt handa fullorðnum sjúklingum. Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi sérþæka viðsnúningslyfsins idarucizumabs hjá börnum.
- Frekari upplýsingar og fleiri ráð til að vinna á móti segavarnaráhrifum Dabigatran etexilate Teva má finna í samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Dabigatran etexilate Teva og idarucizumab.
- Dabigatran etexilate Teva skilst aðallega út um nýru. Því verður að viðhalda fullnægjandi þvagmyndun. Dabigatran etexilate Teva skilst út með blóðskilun.

Vinsamlegast fyllið inn eftirfarandi upplýsingar eða biðjið lækninn / lækni barnsins um það.

Upplýsingar um sjúkling

Nafn sjúklings

Kennitala

Ábending fyrir segavarnarmeðferð

Skammtur af Dabigatran etexilate Teva