

**VEDLEGG I**  
**PREPARATOMTALE**

Legemidlet er ikke lenger godkjent for salg

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Se pkt. 4.8 for informasjon om bivirkningsrapportering.

## 1. LEGEMIDLETS NAVN

IOA 2,5 mg/1,5 mg filmdrasjerte tablett

## 2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hvite aktive filmdrasjerte tablett: Hver filmdrasjerte tablett inneholder 2,5 mg nomegestrolacetat og 1,5 mg østradiol (som hemihydrat).

Gule filmdrasjerte placebotablett: Tablettene inneholder ikke virkestoffer.

Hjelpestoffer med kjent effekt:

Hver hvite aktive filmdrasjerte tablett inneholder 57,71 mg laktosemonohydrat.

Hver gule filmdrasjerte placebotablett inneholder 61,76 mg laktosemonohydrat.

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

## 3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert (tablett).

Aktive tablett, filmdrasjerte: hvite, runde og merket med "ne" på begge sider.

Placebotablett, filmdrasjerte: gule, runde og merket med "p" på begge sider.

## 4. KLINISKE OPPLYSNINGER

### 4.1 Indikasjoner

Oral antikonsepsjon

Beslutningen om å forskrive IOA bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med IOA kan sammenlignes med annen hormonell kombinasjonsprevensjon (se pkt. 4.3 og 4.4).

### 4.2 Dosering og administrasjonsmåte

#### Dosering

En tablett skal tas daglig i 28 påfølgende dager. Hver pakke starter med 24 hvite aktive tablett, etterfulgt av 4 gule placebotablett. En ny pakning påbegynnes umiddelbart etter at man er ferdig med den foregående pakningen, uten pause i det daglige tablettinntaket og uavhengig av nærvær eller fravær av bortfallsblødning. Bortfallsblødning starter vanligvis på dag 2-3 etter inntak av den siste hvite tablett og er nødvendigvis ikke avsluttet før den neste pakningen påbegynnes. Se 'Sykluskontroll' under pkt. 4.4.

#### Spesielle populasjoner

##### *Nedsatt nyrefunksjon*

Det foreligger ikke data ved nedsatt nyrefunksjon, men det er usannsynlig at nedsatt nyrefunksjon påvirker eliminasjon av nomegestrolacetat og østradiol.

### *Nedsatt leverfunksjon*

Ingen kliniske studier har vært utført hos pasienter med leversvikt. Siden metabolismen av steroidhormoner kan være svekket hos pasienter med alvorlig leversykdom, er bruk av IOA ikke indisert hos disse kvinnene så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert (se pkt. 4.3).

### Administrasjonsmåte

Oral bruk.

### Hvordan IOA skal tas

Tablettene må tas hver dag til omtrent samme tid uten hensyn til måltider. Tablettene bør inntas med litt væske etter behov, og i den rekkefølgen som fremgår av blisterpakningen. Klistremerker der de 7 ukedagene er markert følger med. Kvinnen skal velge det klistremerket som starter med den dagen hun begynner å ta tablettene, og feste dette på blisterpakningen.

### Hvordan man skal begynne med IOA

*Ingen forutgående bruk av hormonell prevensjon (i løpet av den siste måneden)*

Tablettinntaket må begynne på dag 1 i kvinnens naturlige syklus (dvs. menstruasjonsblødningens første dag). Ved å gjøre det slik, er det ikke nødvendig med tilleggsprevensjon.

*Bytte fra kombinert hormonell prevensjon (kombinasjonspiller, vaginalring eller plaster).*

Kvinnen bør helst begynne med IOA dagen etter den siste aktive tablett (den siste tablett som inneholder virkestoffene) fra den tidligere p-pillen, men senest dagen etter den vanlige tablettfrie pausen eller den siste placebotablett fra den tidligere p-pillen. Dersom vaginalring eller plaster har vært brukt, bør kvinnen helst begynne å bruke IOA den dagen disse fjernes eller senest den dagen en ny ring eller et nytt plaster skal tas i bruk.

*Bytte fra en metode med kun progestogen (minipille, implantat, injeksjon) eller fra en hormonspiral*

Kvinnen kan bytte når som helst fra minipillen og IOA skal påbegynnes dagen etter. Et implantat eller en spiral kan tas ut når som helst, og IOA skal påbegynnes dagen etter at disse er fjernet. Ved bytte fra et injeksjonspreparat kan IOA påbegynnes den dagen den neste injeksjonen skulle vært gitt. I alle disse tilfellene bør kvinnen rådes til å bruke en barrieremetode som tilleggsprevensjon inntil hun har fullført uavbrutt inntak av hvite aktive tabletter i 7 dager.

*Etter abort i første trimester*

Kvinnen kan begynne umiddelbart. Ved å gjøre det slik, er det ikke nødvendig med tilleggsprevensjon.

*Etter fødsel eller abort i annet trimester*

Kvinner bør rådes til å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i annet trimester. Hvis hun begynner senere, bør kvinnen rådes til å bruke en barrieremetode i tillegg de første 7 dagene med uavbrutt inntak av hvite aktive tabletter. Men hvis samleie allerede har funnet sted, skal graviditet utelukkes eller kvinnen må vente til sin første menstruasjon før hun faktisk begynner å bruke p-pillen. For kvinner som ammer, se pkt. 4.6.

### Håndtering av glemte tabletter

Det følgende rådet gjelder bare for glemte hvite aktive tabletter:

Dersom kvinnen tar en aktiv tablett mindre enn 12 timer for sent, er den preventive beskyttelsen ikke redusert. Kvinnen skal ta tablett så snart hun husker det og skal ta de påfølgende tablettene til vanlig tid.

Dersom hun er mer enn 12 timer for sent ute med å ta en aktiv tablett, kan den preventive beskyttelsen være redusert. Følgende to grunnregler kan være retningsgivende for håndtering av glemte tabletter:

- 7 dagers uavbrutt inntak av "hvite aktive tabletter" er nødvendig for å oppnå adekvat undertrykking av hypotalamus-hypofyse-ovarieaksen.

- Desto flere ”hvite aktive tabletter” som er glemt og jo nærmere de glemte tablettene er de 4 gule placebotablettene, desto høyere er risikoen for en graviditet.

#### *Dag 1-7*

Brukeren skal ta den sist glemte tablett så snart hun husker det, selv om det innebærer at hun tar to tabletter samtidig. Hun fortsetter deretter med å ta tabletter til vanlig tid. En barrieremetode som kondom skal brukes i de neste 7 dagene. Dersom samleie har funnet sted i de foregående 7 dagene, bør muligheten for graviditet overveies.

#### *Dag 8-17*

Brukeren skal ta den sist glemte tablett så snart hun husker det, selv om dette innebærer at hun tar to tabletter samtidig. Hun fortsetter så med å ta tabletter til vanlig tid. Under forutsetning av at kvinnen har tatt tablettene på riktig måte i de 7 dagene forut for den første glemte tablett, er det ikke nødvendig å bruke ekstra prevensjon. Dersom hun har glemt mer enn 1 tablett, skal kvinnen allikevel rådes til å ta ekstra forholdsregler i 7 dager.

#### *Dag 18-24*

Faren for redusert pålitelighet er overhengende på grunn av den kommende perioden med placebotabletter. Ved å justere det planlagte tablettinntaket kan man allikevel unngå nedsatt beskyttelse mot graviditet. Ved å holde seg til ett av de følgende to alternativer, er det derfor ikke nødvendig å bruke tilleggsprevensjon under forutsetning av at kvinnen har tatt alle tablettene på riktig måte i de 7 dagene forut for den første glemte tablett. Dersom dette ikke er tilfelle, må kvinnen rådes til å følge det første av disse to alternativene og å bruke ekstra beskyttelse de neste 7 dagene også.

1. Brukeren skal ta den sist glemte tablett så snart hun husker det, selv om dette innebærer å ta to tabletter samtidig. Hun fortsetter deretter å ta tablettene til vanlig tid til de aktive tablettene er brukt opp. De 4 placebotablettene fra den siste raden må kastes. Den neste pakningen må påbegynnes straks. Det er ikke sannsynlig at brukeren vil få noen bortfallsblødning før alle de aktive tablettene i den neste pakningen er tatt, men hun kan få spotting eller gjennombruddsblødning mens hun tar ”aktive” tabletter.
2. Kvinnen kan også rådes til å avslutte inntaket av aktive tabletter fra den nåværende pakningen. Hun skal deretter ta placebotabletter fra den siste raden inntil 4 dager, inkludert de dagene hun glemte tabletter, og deretter fortsette med den neste blisterpakningen.

Dersom kvinnen har glemt tabletter og deretter ikke får noen bortfallsblødning i perioden med placebotabletter, bør muligheten for graviditet tas i betraktning.

Gule placebotabletter er glemt

Preventiv beskyttelse er ikke redusert. De gule tablettene fra den siste (4de) raden i blisterpakningen kan ignoreres. De glemte tablettene bør imidlertid kastes for å unngå utilsiktet forlengelse av placebotablettfasen.

#### *Råd ved gastrointestinale forstyrrelser*

Ved gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diaré), kan absorpsjon av virkestoffene være ufullstendig, og ekstra preventive forholdsregler bør tas. Dersom oppkast forekommer innen 3-4 timer etter inntak av en hvit tablett, skal en ny tablett tas så snart som mulig. Den nye tablett skal om mulig tas innen 12 timer fra det vanlige tidspunktet for tablettinntak. Dersom det går mer enn 12 timer, gjelder rådet som er gitt for glemte tabletter i pkt. 4.2 (”Håndtering av glemte tabletter”). Dersom kvinnen ikke ønsker å endre den normale planen for inntak av tabletter, må hun ta den (de) ekstra hvit(e) tablett(ene) fra en annen pakke.

#### *Hvordan endre eller utsette en menstruasjon*

For å utsette en menstruasjon skal kvinnen fortsette med en ny blisterpakning av IOA uten å ta de gule placebotablettene fra den nåværende pakken. Utsettelsen kan fortsette så lenge det er ønskelig inntil det er slutt på de hvite, aktive tablettene i den neste pakken. Vanlig inntak av IOA fortsetter så etter at de gule placebotablettene fra den neste pakken er tatt. Under utsettelsen kan kvinnen oppleve gjennombruddsblødning eller sporblødning.

For å endre menstruasjonene til en annen ukedag enn kvinnen er vant til med sitt nåværende regime, kan hun rådes til å forkorte den kommende gule placebotablettfasen med maksimum 4 dager. Jo kortere pause, jo høyere er risikoen for at hun ikke får bortfallsblødning og kan oppleve gjennombruddsblødning eller spotting i løpet av den etterfølgende pakken (akkurat som ved utsettelse av menstruasjonen).

### 4.3 Kontraindikasjoner

Hormonell kombinasjonsprevensjon skal ikke brukes ved følgende tilstander. Siden ingen epidemiologiske data ennå er tilgjengelig for hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder 17  $\beta$ -østradiol, anses kontraindikasjonene for hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder etinyløstradiol også å gjelde for bruk av IOA. Skulle noen av tilstandene opptre for første gang under bruk av IOA, bør legemidlet seponeres umiddelbart.

- Tilstedeværelse eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE)
  - Venøs tromboembolisme – nåværende VTE (på antikoagulantia) eller tidligere VTE (f.eks. dyp venetrombose [DVT] eller lungeemboli (pulmonary embolism) [PE]).
  - Kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for venøs tromboembolisme, slik som APC-resistens (inkludert Faktor V Leiden), mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S.
  - Større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering (se pkt. 4.4).
  - Høy risiko for venøs tromboembolisme grunnet tilstedeværelse av flere risikofaktorer (se pkt. 4.4).
- Tilstedeværelse eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE)
  - Arteriell tromboembolisme – nåværende arteriell tromboembolisme, tidligere arteriell tromboembolisme (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris).
  - Cerebrovaskulær sykdom – nåværende hjerneslag, tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. transitorisk iskemisk anfall, TIA).
  - Kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for arteriell tromboembolisme, slik som hyperhomocysteinemi og antifosfolipid-antistoffer (antikardiolin-antistoffer, lupus antikoagulant).
  - Migrene med fokale nevrologiske symptomer i anamnesen.
  - Høy risiko for arteriell tromboembolisme grunnet flere risikofaktorer (se pkt. 4.4) eller grunnet tilstedeværelse av én alvorlig risikofaktor, slik som:
    - diabetes mellitus med vaskulære symptomer
    - alvorlig hypertensjon
    - alvorlig dyslipoproteinemi.
- Pankreatitt, eller pankreatitt i anamnesen hvis den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi.
- Alvorlig leversykdom i akutt fase eller i anamnesen så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert.
- Aktuelle eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne).
- Kjente eller mistenkte maligniteter (f.eks. i genitalier eller brystene) hvis de påvirkes av kjønnshormoner.
- Udiagnostisert vaginalblødning.
- Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.

### 4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

#### Advarsler

Hvis noen av tilstandene eller risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede, skal egnethet av IOA diskuteres med kvinnen .

I tilfelle forverring eller førstegangs opptreden av noen av disse tilstander eller risikofaktorer, må kvinnen rådes til å kontakte sin lege for å avgjøre hvorvidt bruken av IOA bør avbrytes. Alle data som presenteres nedenfor er basert på epidemiologiske data fra hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder etinyløstradiol. IOA inneholder 17  $\beta$ -østradiol. Siden ingen epidemiologiske data ennå er tilgjengelig for hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder østradiol, anses advarslene å være relevante for bruk av IOA.

### **Risiko for venøs tromboembolisme (VTE)**

- Bruken av enhver hormonell kombinasjonsprevensjon øker risikoen for venøs tromboembolisme (VTE) sammenlignet med ingen bruk. **Preparater som inneholder levonorgestrel, norgestimat eller noretisteron er forbundet med lavest risiko for VTE. Det er ennå ikke kjent hvordan risikoen ved bruk av IOA kan sammenlignes med disse preparatene med lavere risiko. Beslutningen om å bruke andre preparater enn et som er kjent for å ha den laveste VTE-risikoen, skal kun tas etter en diskusjon med kvinnen, for å sikre at hun forstår risikoen for VTE med hormonell kombinasjonsprevensjon, hvordan hennes nåværende risikofaktorer påvirker denne risikoen, og at hennes VTE-risiko er størst ved første års bruk. Det foreligger også noe bevis for at risikoen øker ved gjenoppstart av hormonell kombinasjonsprevensjon etter en pause i bruk på fire uker eller mer.**
- Hos kvinner som ikke bruker hormonell kombinasjonsprevensjon, og som ikke er gravide, vil rundt 2 av 10 000 utvikle en VTE over en periode på ett år. Hos den enkelte kvinne kan risikoen imidlertid være langt høyere, avhengig av underliggende risikofaktorer (se nedenfor).
- Epidemiologiske studier med kvinner som bruker lavdose hormonell kombinasjonsprevensjon (< 50 mikrogram etinyløstradiol), har funnet at av 10 000 kvinner vil mellom 6 og 12 utvikle en VTE i løpet av ett år.
- Det er estimert at av 10 000 kvinner som bruker hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder levonorgestrel vil rundt 6<sup>1</sup> utvikle en VTE innen ett år.<sup>1</sup>
- Risikoen for VTE ved bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder nomegestrolacetat i kombinasjon med østradiol, sammenlignet med risikoen ved bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon med lav dose levonorgestrel, er ennå ikke kjent.
- Antallet VTEer per år ved lavdose hormonell kombinasjonsprevensjon er færre enn antallet som forventes hos kvinner under graviditet eller i perioden etter fødsel.
- VTE kan være fatalt i 1-2 % av tilfellene.
- Ekstremt sjelden har det vært rapportert forekomst av tromboser hos brukere av hormonell kombinasjonsprevensjon i andre blodkar, f.eks. hepatiske, mesenteriale, renale eller retinale vener og arterier.

### **Risikofaktorer for VTE**

Risikoen for venøse tromboemboliske komplikasjoner hos brukere av hormonell kombinasjonsprevensjon kan øke betraktelig hos en kvinne med ytterligere risikofaktorer, spesielt hvis det foreligger flere risikofaktorer (se tabell).

IOA er kontraindisert hvis en kvinne har flere risikofaktorer som utsetter henne for høy risiko for venøs trombose (se pkt. 4.3). Hvis en kvinne har mer enn én risikofaktor, er det mulig at risikofaktoringen er større enn summen av de individuelle risikofaktorene - i slike tilfeller bør kvinnens totale risiko for VTE vurderes. Hvis balansen mellom nytte og risiko anses å være negativ, bør ikke kombinasjons p-piller forskrives (se pkt. 4.3).

<sup>1</sup>Midtpunkt for spennet mellom 5-7 per 10 000 kvinneår, basert på en relativ risiko for hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder levonorgestrel versus ingen bruk på ca. 2,3 til 3,6.

**Tabell: Risikofaktorer for VTE**

Risikofaktorer	Kommentar
Fedme (kroppsmasseindeks over 30 kg/m <sup>2</sup> )	Risikoen øker betydelig ved økende BMI.  Spesielt viktig å vurdere ved tilstedeværelse av andre risikofaktorer.
Langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller bekkenet, nevrokirurgi eller alvorlig traume.  Merk: Midlertidig immobilisering inkludert flyreiser > 4 timer, kan også være en risikofaktor for VTE, spesielt hos kvinner med andre risikofaktorer.	I disse tilfellene er det tilrådelig å avbryte bruk av pillen (ved planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke starte opp igjen før 2 uker etter fullstendig remobilisering. En annen prevensjonsmetode bør brukes for å unngå utilsiktet graviditet.  Antitrombosebehandling bør vurderes dersom IOA ikke har blitt seponert i forveien.
En positiv familieanamnese (venøs tromboembolisme som på noe tidspunkt har opptrådt hos søsken eller foreldre, spesielt i relativt ung alder, f.eks. før 50)	Ved mistanke om arvelig predisposisjon, bør kvinnen henvises til spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse om bruk av kombinasjons-p-piller.
Andre medisinske tilstander forbundet med VTE	Kreft, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcellesykdom.
Økende alder	Spesielt over 35 år

- Det foreligger ingen konsensus omkring den mulige betydning av åreknuter og overflatiske tromboflebitter for oppstart eller progresjon av venøs trombose.
- Den økte risikoen for tromboembolisme ved graviditet, og spesielt i 6 ukers perioden etter fødsel (puerperium), må tas i betraktning (for informasjon om "Graviditet og amming" se pkt. 4.6).

### **Symptomer på VTE (dyp venetrombose og lungeemboli)**

Ved symptomer må kvinner rådes til å søke øyeblikkelig medisinsk hjelp og å informere helsepersonell om at hun bruker hormonell kombinasjonsprevensjon.

Symptomer på dyp venetrombose (DVT) kan inkludere:

- ensidig hevelse i ben og/eller fot eller langs en blodåre i benet;
- smerte eller ømhet i benet som muligens kun kan kjennes når man står eller går;
- økt varme i det berørte benet, rød eller misfarget hud på benet.

Symptomer på lungeemboli kan inkludere:

- plutselig innsettende uforklarlig kortpustethet eller rask pust;
- plutselig hoste som kan være forbundet med hemoptyse;
- skarpe brystmerter;
- alvorlig ørhet eller svimmelhet;
- raske eller uregelmessige hjerteslag.

Noen av disse symptomene (f.eks. "kortpustethet", "hoste") er uspesifikke og kan feiltolkes som vanlige eller mindre alvorlige hendelser (f.eks. luftveisinfeksjoner).

Andre tegn på vaskulær okklusjon kan være: plutselig smerte, hevelse og lett blå misfarging av en ekstremitet.

Hvis okklusjonen oppstår i øyet kan symptomene variere fra smertefritt tåkesyn som kan utvikle seg til synstap. Noen ganger kan synstapet oppstå nesten umiddelbart.

### **Risiko for arteriell tromboembolisme (ATE)**

Epidemiologiske studier har knyttet bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon til en økt risiko for arteriell tromboembolisme (hjerteinfarkt) eller for cerebrovaskulær hendelse (f.eks. transitorisk iskemisk anfall, hjerneslag). Arterielle tromboemboliske hendelser kan være dødelige.

### **Risikofaktorer for ATE**

Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller for en cerebrovaskulær hendelse hos brukere av hormonell kombinasjonsprevensjon øker hos kvinner med risikofaktorer (se tabell). IOA er kontraindisert dersom en kvinne har én alvorlig eller flere risikofaktorer for ATE som utsetter henne for høy risiko for arteriell trombose (se pkt. 4.3). Hvis en kvinne har mer enn én risikofaktor, er det mulig at risikoøkningen er større enn summen av de individuelle risikofaktorene - i slike tilfeller bør kvinnens totale risiko vurderes. Hvis balansen mellom nytte og risiko anses å være negativ, skal ikke hormonell kombinasjonsprevensjon forskrives (se pkt. 4.3).

**Tabell: Risikofaktorer for ATE**

<b>Risikofaktorer</b>	<b>Kommentar</b>
Økende alder	Spesielt over 35 år
Røyking	Kvinner bør rådes til ikke å røyke dersom de ønsker å bruke kombinasjons p-piller. Kvinner over 35 som fortsetter å røyke bør innstendig rådes til å bruke en annen prevensjonsmetode.
Hypertensjon	
Fedme (kroppsmasseindeks på over 30 kg/m <sup>2</sup> )	Risikoen øker betydelig ved økende BMI. Spesielt viktig hos kvinner med ytterligere risikofaktorer
En positiv familieanamnese (arteriell tromboembolisme som på noe tidspunkt har opptrådt hos søsken eller foreldre, spesielt i relativt ung alder, f.eks. før 50)	Ved mistanke om arvelig predisposisjon, bør kvinnen henvises til spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse om bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon.
Migrene	En økning i frekvens eller styrke av migrene under bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon (noe som kan være en forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for umiddelbar seponering.
Andre medisinske tilstander forbundet med uønskede vaskulære hendelser	Diabetes mellitus, hyperhomocysteinemi, hjerteklaffsykdom og atrieflimmer, dyslipoproteinemi og systemisk lupus erythematosus

### **Symptomer på ATE**

Ved symptomer bør kvinner rådes til å søke øyeblikkelig medisinsk hjelp og å informere helsepersonell om at hun bruker hormonell kombinasjonsprevensjon.

Symptomer på en cerebrovaskulær hendelse kan inkludere:

- plutselig nummenhet eller svakhet i ansiktet, arm eller ben, særlig på den ene siden av kroppen;
- plutselig problemer med å gå, svimmelhet, tap av balanse eller koordinering;
- plutselig forvirring, vanskeligheter med å snakke eller forstå;



- plutselig problemer med å se på ett eller begge øynene;
- plutselig alvorlig eller langvarig hodepine av ukjent årsak;
- tap av bevissthet eller besvimelse med eller uten anfall.

Midlertidige symptomer tyder på at hendelsen er et forbigående iskemisk anfall (TIA)

Symptomer på hjerteinfarkt kan inkludere:

- smerte, ubehag, trykk, tyngde, følelse av klemming eller fylde i brystet, armen, eller under brystbeinet;
- ubehag som stråler til ryggen, kjeven, halsen, armen, magen;
- en følelse av å være mett, ha fordøyelsesbesvær eller bli kvalt;
- svetting, kvalme, oppkast eller svimmelhet;
- ekstrem svakhet, angst eller kortpustethet;
- raske eller uregelmessige hjerteslag.

### Tumorer

- En økt risiko for livmorhalskreft hos langtidsbrukere av kombinasjons-p-piller (> 5 år) har vært rapportert i noen epidemiologiske studier, men det er fortsatt strid om i hvilken grad dette funnet kan tilskrives forstyrrende effekter av seksuell atferd og andre faktorer slik som humant papillomavirus (HPV). Ingen epidemiologiske data på risikoen for livmorhalskreft hos brukere av IOA er tilgjengelig.
- Ved bruk av høydose kombinasjonspiller (50 µg etinyløstradiol) er risikoen for endometrie- og ovariecancer redusert. Hvorvidt dette også vil gjelde for kombinasjonspiller som inneholder 17β-østradiol gjenstår å få bekreftet.
- En meta-analyse fra 54 epidemiologiske studier rapporterte at det er en noe økt relativ risiko (RR = 1,24) for at kvinner som bruker kombinasjonspiller får diagnosen brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter at man slutter med pillen. Fordi brystkreft er sjelden hos kvinner under 40 år, er det overskytende antall tilfeller av brystkreft som blir diagnostisert hos nåværende brukere av kombinasjonspillen og de som nylig har brukt slike, lite i forhold til den samlede risiko for å få brystkreft. Den brystkreft som blir påvist hos dem som noensinne har brukt kombinasjonspiller ser ut til å være klinisk mindre fremskredet enn den som blir påvist hos dem som aldri har brukt slike. Det observerte mønsteret med økt risiko kan skyldes en tidligere diagnostisering av brystkreft hos brukere av kombinasjonspiller, den biologiske effekt av pillen eller en kombinasjon av begge.
- I sjeldne tilfeller har det vært rapportert benigne levertumorer og, enda mer sjelden, maligne levertumorer hos brukere av kombinasjonspiller. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intra-abdominale blødninger. Derfor skal levertumor anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen hos kvinner som tar kombinasjonspiller.

### Andre forhold

- Kvinner med hypertriglyseridemi, eller dette i familieanamnesen, kan ha en økt risiko for pankreatitt når de bruker kombinasjonspiller.
- Skjønt små økninger i blodtrykket har vært observert hos mange kvinner som bruker kombinasjonspiller, er klinisk relevante økninger sjeldne. En sammenheng mellom bruk av kombinasjonspiller og klinisk hypertensjon er ikke påvist. Hvis en vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg under bruk av IOA, er det allikevel klokt av legen å innstille bruken av tablettene og behandle hypertensjonen. Hvis det anses hensiktsmessig, kan bruk av kombinasjonspillen gjenopptas hvis normotensive verdier kan oppnås ved behandling med antihypertensiva.
- Det har vært rapportert forekomst eller forverring av følgende tilstander både ved svangerskap og ved bruk av kombinasjonspiller, men belegget for å assosiere disse med bruk av kombinasjonspiller er ikke overbevisende: gulsott og/eller kløe relatert til kolestase; dannelse av gallesten; porfyri; systemisk lupus erythematosus; hemolytisk uremisk syndrom; Sydenhams chorea; herpes gestationis; otoskleroserelatert hørselstap.

- Hos kvinner med arvelig angionevrotisk ødem kan eksogene østrogener indusere eller forverre symptomer på angionevrotisk ødem.
- Akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon kan nødvendiggjøre et avbrudd i bruken av kombinasjonspillen inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Tilbakevendende kolestasisk gulsott som første gang forekom ved graviditet eller tidligere bruk av kjønns hormoner, nødvendiggjør at man avbryter bruk av kombinasjonspillen.
- Selv om kombinasjonspiller kan ha en effekt på perifer insulinresistens og glukosetoleranse, er det ikke belegg for å endre det terapeutiske regime hos diabetikere som bruker lavdose kombinasjonspiller (som inneholder <0,05 mg etinyløstradiol). Imidlertid bør kvinner med diabetes observeres nøye mens de bruker kombinasjonspiller, spesielt de første månedene.
- Forverring av depresjon, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med bruk av kombinasjonspillen.
- Kloasma kan av og til forekomme, spesielt hos kvinner med graviditetskloasma i anamnesen. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler mens de bruker kombinasjonspiller.
- Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktose malabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet.

### **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon**

Før man starter med eller gjenopptar bruk av IOA bør en komplett medisinsk anamnese (inkludert familieanamnese) gjøres og graviditet må utelukkes. Blodtrykket skal måles og en fysisk undersøkelse bør utføres, med kontraindikasjoner (se pkt. 4.3) og advarsler (se pkt. 4.4) som en veiledning. Det er viktig å gjøre kvinnen oppmerksom på informasjonen rundt venøse og arterielle tromboser, inkludert risikoen ved bruk av IOA sammenlignet med annen hormonell kombinasjonsprevensjon, symptomene på VTE og ATE, de kjente risikofaktorer og hva man skal gjøre som følge av en mistenkt trombose.

Kvinnen må også få beskjed om å lese pakningsvedlegget nøye og å følge rådene som gis. Hyppigheten og hvilke undersøkelser som gjøres bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasset den enkelte kvinne.

Kvinner bør informeres om at hormonelle prevensjonsmidler ikke beskytter mot HIV-infeksjoner (AIDS) og andre seksuelt overførbare sykdommer.

### Redusert effekt

Kombinasjonspillers effekt kan være nedsatt ved f.eks. glemte tabletter (se pkt. 4.2), gastrointestinale forstyrrelser mens man tar aktive tabletter (se pkt. 4.2) eller samtidig bruk av andre legemidler (se pkt. 4.5).

### Sykluskontroll

Uregelmessige menstruasjonsblødninger ("spotting" eller gjennombruddsblødninger) kan forekomme ved bruk av alle kombinasjonspiller, særlig i løpet av de første månedene. Derfor gir utredning av uregelmessig blødning bare mening etter en tilvenningsperiode på omkring 3 sykluser. Etter denne tilvenningsperioden opplever 15-20 % av kvinner som bruker IOA intrasyklisk blødning.

Dersom blødningsforstyrrelser vedvarer eller oppstår etter tidligere regulære sykluser, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning og adekvate diagnostiske tiltak er indisert for å utelukke ondartet sykdom eller graviditet. Disse kan innbefatte utskrapning.

Varigheten av bortfallsblødning hos kvinner som bruker IOA er gjennomsnittlig 3-4 dager. Bortfallsblødninger kan også utbli hos brukere av IOA, selv om de ikke er gravide. I kliniske studier varierte fraværet av bortfallsblødning i syklusene 1-12 fra 18 % til 32 %. I slike tilfeller ble ikke fravær av bortfallsblødning assosiert med en høyere forekomst av gjennombruddsblødning/spotting i den etterfølgende syklusen. 4,6 % av kvinnene hadde ikke bortfallsblødning i de tre første syklusene, og hyppigheten av fravær av bortfallsblødning i de senere syklusene var høye i denne undergruppen,

varierende fra 76 % til 87 % av kvinnene. 28 % av kvinnene opplevde fravær av bortfallsblødning i minst én av syklusene 2, 3 og 4, assosiert med høyere forekomst av fravær av bortfallsblødning i de senere syklusene, varierende fra 51 % til 62 %.

Dersom fravær av bortfallsblødning forekommer og IOA har blitt tatt i henhold til instruksjonene beskrevet i pkt. 4.2, er det usannsynlig at kvinnen er gravid. Hvis IOA imidlertid ikke er blitt brukt i henhold til disse instruksjonene eller dersom to påfølgende bortfallsblødninger uteblir, må graviditet utelukkes før bruken av IOA fortsetter.

#### Pediatrik populasjon

Det er ukjent om mengden av østradiol i IOA er tilstrekkelig til å opprettholde tilstrekkelige nivåer av østradiol hos tenåringer, spesielt for tilvekst av beinmasse (se pkt 5.2).

### **4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon**

#### Interaksjoner

##### Andre legemidlers påvirkning på IOA

Interaksjoner mellom kombinasjonspiller og enzyminduserende legemidler kan føre til gjennombruddsblødninger og til og med sviktende prevensjon.

Eksempler på virkestoffer som induserer leverenzymer og dermed resulterer i økt clearance av kjønnshormoner er: fenytoin, fenobarbital, primidon, bosentan, karbamazepin, rifampicin og legemidler eller urtepreparater som inneholder johannesurt og, i mindre grad, oxkarbazepin, topiramat, felbamat og griseofulvin. Også HIV-protease-hemmere med induserende potensiale (f.eks. ritonavir og nelfinavir) og ikke-nukleoside reverstranskriptasehemmere (f.eks. nevirapin og efavirenz) kan påvirke metabolisme i lever.

Med leverenzyminduserende substanser bør en barrieremetode brukes så lenge samtidig legemiddeladministrering pågår og i 28 dager etter avsluttet behandling. I tilfelle langtidsbehandling med leverenzyminduserende substanser bør en annen prevensjonsmetode overveies.

Legemiddelinteraksjonsstudier ble ikke utført på IOA, men to studier med henholdsvis rifampicin og ketokonazol ble utført med en høyere dosert nomegestrolacetat-østradiol-kombinasjon (nomegestrolacetat 3,75 mg + 1,5 mg østradiol) hos postmenopausale kvinner.

Samtidig bruk av rifampicin reduserer  $AUC_{0-\infty}$  for nomegestrolacetat med 95 % og øker  $AUC_{0-t_{last}}$  for østradiol med 25 %. Samtidig bruk av ketokonazol (200 mg enkeltdose) endrer ikke østradiolmetabolismen, mens økninger uten klinisk relevans ble observert for maksimalkonsentrasjon (85 %) og  $AUC_{0-\infty}$  (115 %) av nomegestrolacetat. Lignende konklusjoner forventes hos kvinner i fertil alder.

##### Påvirkning av IOA på andre legemidler

Orale prevensjonsmidler kan påvirke metabolismen til andre legemidler. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot interaksjonen med lamotrigin.

#### Laboratorieprøver

Bruken av prevensjonshormoner kan påvirke konsentrasjonen av visse laboratorieparametre inkludert biokjemiske parametre på lever-, tyroidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivåer av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoproteinfraksjoner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. Endringene forblir vanligvis innenfor det normale måleområdet.

### **4.6 Fertilitet, graviditet og amming**

#### Graviditet

IOA er ikke indisert under graviditet.

Hvis graviditet oppstår under bruk av IOA, skal videre inntak avsluttes. De fleste epidemiologiske studier har verken kunnet påvise en økt risiko for misdannelser hos spedbarn født av kvinner som brukte kombinasjonspiller som inneholder *etinyløstradiol* før graviditeten, eller teratogene effekter hvis kombinasjonspiller som inneholder *etinyløstradiol* ble brukt ved en feiltagelse tidlig i svangerskapet.

Kliniske data på et lite antall eksponerte graviditeter indikerer ingen bivirkninger av IOA på fosteret eller det nyfødte barnet.

I dyrestudier er reproduksjonstoksisitet observert ved bruk av kombinasjonen av nomegestrolacetat/østradiol (se prekliniske sikkerhetsdata under pkt. 5.3).

Den økte risikoen for VTE i perioden etter fødsel må tas i betraktning ved gjenoppstart av IOA (se pkt. 4.2 og 4.4).

#### Amming

Små mengder av prevensjonssteroider og/eller deres metabolitter kan skilles ut i morsmelk, men det er ikke vist at dette påvirker helsen til spedbarn negativt.

Amming kan påvirkes av kombinasjonspiller fordi disse kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Derfor skal bruk av kombinasjonspiller ikke anbefales før den ammende moren har avvent barnet helt, og en alternativ prevensjonsmetode bør foreslås til kvinner som ønsker å amme.

#### Fertilitet

IOA er indisert for å hindre graviditet. For informasjon om å gjenopprette fertilitet, se pkt 5.1.

### **4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner**

Ingen undersøkelser vedrørende påvirkningen av IOA på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner har vært utført. Det er imidlertid ikke observert noen påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner hos brukere av kombinasjonspiller.

### **4.8 Bivirkninger**

#### Sammendrag av sikkerhetsprofilen

Seks kliniske multisenterstudier på opptil ett års varighet ble brukt til å vurdere sikkerheten av IOA. Totalt 3434 kvinner i alderen 18-50 år ble inkludert og fullførte 33828 sykluser.

#### Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

En økt risiko for arterielle og venøse trombotiske og tromboemboliske hendelser, inkludert hjerteinfarkt, hjerneslag, transitorisk iskemiske anfall, venetrombose og lungeemboli, har blitt observert hos kvinner som bruker hormonell kombinasjonsprevensjon. Dette er diskutert mer utfyllende i pkt. 4.4.

#### Tabell med oppsummering av bivirkninger

Mulige relaterte bivirkninger rapportert hos brukere av IOA i kliniske studier eller etter markedsføring er oppført i tabellen nedenfor.

Alle bivirkningene er oppført etter organklassesystem og frekvens, svært vanlige ( $\geq 1/10$ ) (vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ), mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ) og sjeldne ( $\geq 1/10\ 000$  til  $< 1/1000$ )).

Organklasse-system	Bivirkninger i MedDRA-terminologi <sup>1</sup>			
	Svært vanlige	Vanlige	Mindre vanlige	Sjeldne
Stoffskifte- og ernærings-betingede sykdommer			økt appetitt, væskeretensjon	nedsatt appetitt
Psykiatriske lidelser		nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnstemning		økt libido
Nevrologiske sykdommer		hodepine, migrene		cerebrovaskulær hendelse, transitorisk iskemisk anfall, oppmerksomhetsforstyrrelse
Øyesykdommer				intoleranse mot kontaktlinser/tørre øyne
Karsykdommer			hetetokter	venøs tromboembolisme
Gastrointestinale sykdommer		kvalme	abdominal distensjon	tørr munn
Sykdommer i lever og galleveier				gallesten, galleblærebetennelse
Hud- og underhudssykdommer	akne		hyperhidrose, alopeci, kløe, tørr hud, seborré	kloasma, hypertrikose
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett			tyngdefølelse	
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	unormal bortfallsblødning	metroragi, menoragi, smerte i brystene, bekkensmerte	hypomenoré, hovne bryster, galaktorré, kramper i uterus, premenstruelt syndrom, knuter i brystene, dyspareuni, vulvovaginal tørrhet	lukt fra skjeden, vulvovaginal ubehag
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet			irritabilitet, ødem	sult
Undersøkelser		økt vekt	økte leverenzymmer	

<sup>1</sup> Den mest passende MedDRA-terminologi for å beskrive en bestemt bivirkning er listet opp. Synonyme eller beslektede forhold er ikke listet opp men bør også tas i betraktning.

I tillegg til bivirkningene nevnt over, har hypersensitivitetsreaksjoner vært rapportert hos brukere av IOA (frekvens ikke kjent).

### Melding av mistenkte bivirkninger

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

## **4.9 Overdosering**

Flere doser opp til fem ganger daglig dose av IOA og enkeltdoser opp til 40 ganger daglig dose av nomegestrolacetat alene har vært brukt av kvinner uten bekymring for sikkerhet. På grunnlag av generell erfaring med kombinasjonspiller, er symptomer som kan opptre: kvalme, oppkast og hos unge piker lett vaginalblødning. Det finnes ingen antidot og videre behandling bør være symptomatisk.

## **5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER**

### **5.1 Farmakodynamiske egenskaper**

Farmakoterapeutisk gruppe: Kjønnshormoner og midler med effekt på genitalia, progestogener og østrogener, faste kombinasjoner, ATC-kode: G03A A14.

Nomegestrolacetat er et meget selektivt progestogen, utledet av det naturlige forekommende kjønnshormonet, progesteron. Nomegestrolacetat har høy affinitet til den humane progesteronreseptoren og har antigonadotropin aktivitet, progesteronreseptormediert antiøstrogen aktivitet, moderat antiandrogen aktivitet og er blottet for enhver østrogen, androgen, glukokortikoid eller mineralkortikoid aktivitet.

Østrogeten i IOA er  $17\beta$ -østradiol, et naturlig østrogen som er identisk med det endogene humane  $17\beta$ -østradiol.

Den preventive effekten av IOA er basert på samspillet mellom forskjellige faktorer, der undertrykkelse av ovulasjonen og endringer i cervixsekretet anses som de viktigste.

I to randomiserte åpne sammenlignende studier på effekt/sikkerhet har mer enn 3200 kvinner blitt behandlet med IOA i opp til 13 påfølgende sykluser og mer enn 1000 kvinner med drospirenon 3 mg – etinyløstradiol 30  $\mu$ g (21/7 regime).

I IOA-gruppen ble akne rapportert av 15,4 % av kvinnene (versus 7,9 % i komparatorgruppen), vektøkning ble rapportert av 8,6 % av kvinnene (versus 5,7 % i komparatorgruppen) og unormal bortfallsblødning (hovedsakelig fravær av bortfallsblødning) ble rapportert av 10,5 % av kvinnene (versus 0,5 % i komparatorgruppen).

I den kliniske studien utført med IOA i EU ble følgende Pearl Index for aldersgruppen 18-35 år beregnet:

Metodefeil: 0,40 (øvre grense 95 % KI 1,03)

Metode- og brukerfeil: 0,38 (øvre grense 95 % KI 0,97)

I den kliniske studien utført med IOA i USA ble følgende Pearl Index for aldersgruppen 18-35 år beregnet:

Metodefeil: 1,22 (øvre grense 95 % KI 2,18)

Metode- og brukerfeil: 1,16 (øvre grense 95 % KI 2,08)

I en randomisert åpen studie ble 32 kvinner behandlet med IOA i 6 sykluser.

Etter seponering av IOA ble tilbakevending til ovulasjon i løpet av de første 28 dagene etter inntak av siste tablett sett hos 79 % av kvinnene.

Vevsprøver av endometriet ble undersøkt i en subgruppe av kvinner (n=32) i en klinisk studie etter behandling i 13 sykluser. Det var ingen unormale resultater.

### Pediatriisk populasjon

Det finnes ikke data på effekt og sikkerhet hos ungdom under 18 år. Tilgjengelige farmakokinetiske data er beskrevet i pkt 5.2.

## **5.2 Farmakokinetiske egenskaper**

### Nomegestrolacetat

#### *Absorpsjon*

Oralt administrert nomegestrolacetat absorberes raskt. Maksimale plasmakonsentrasjoner av nomegestrolacetat på ca 7 ng/ml nås 2 timer etter en enkelt administrering. Den absolutte biotilgjengeligheten av nomegestrolacetat etter en enkelt dose er 63 %. Det ble ikke observert noen klinisk relevant effekt av mat på biotilgjengeligheten av nomegestrolacetat.

#### *Distribusjon*

Nomegestrolacetat er sterkt bundet til albumin (97-98 %), men binder seg ikke til kjønnshormonbindende globulin (SHBG) eller kortikosteroidbindende globulin (CBG). Tilsynelatende distribusjonsvolum av nomegestrolacetat ved steady state er  $1,645 \pm 576$  l.

#### *Biotransformasjon*

Nomegestrolacetat metaboliseres til flere inaktive hydroksylerte metabolitter av leverenzymene cytokrom P450, hovedsakelig CYP3A4 og CYP3A5 med mulig bidrag fra CYP2C19 og CYP2C8. Nomegestrolacetat og dens hydroksylerte metabolitter gjennomgår utstrakt fase-2-metabolisme for å danne glukuronid- og sulfatkonjugater. Tilsynelatende clearance ved steady state er 26 l/h.

#### *Eliminasjon*

Halveringstiden ( $t_{1/2}$ ) er 46 timer (mellom 28-83 timer) ved steady state. Halveringstiden for metabolittene ble ikke fastslått.

Nomegestrolacetat skilles ut via urin og fæces. Cirka 80 % av dosen skilles ut med urin og fæces innen 4 dager. Utskillelsen av nomegestrolacetat var nesten fullstendig etter 10 dager og utskilt mengde var større i fæces enn i urin.

#### *Linearitet*

Doselinearitet ble observert ved doser som lå mellom 0,625-5 mg (fastslått hos fertile og postmenopausale kvinner).

#### *Forhold ved steady state*

Farmakokinetikken til nomegestrolacetat påvirkes ikke av SHBG. Steady state oppnås etter 5 dager. Maksimale plasmakonsentrasjoner av nomegestrolacetat på ca 12 ng/ml nås 1,5 timer etter dosering. Gjennomsnittlige plasmakonsentrasjoner ved steady state er 4 ng/ml.

#### *Legemiddellinteraksjoner*

Nomegestrolacetat forårsaker ingen merkbar induksjon eller inhibisjon av noen cytokrom P450-enzymmer *in vitro* og har ingen relevante interaksjoner med P-gp-transporter.

### Østradiol

#### *Absorpsjon*

Østradiol gjennomgår betydelig "first-pass"-effekt etter oral administrasjon. Den absolutte biotilgjengeligheten er ca 1 %. Det ble ikke observert noen klinisk relevant effekt av mat på biotilgjengeligheten av østradiol.

#### *Distribusjon*

Distribusjonen av eksogent og endogent østradiol ligner hverandre. Østrogen distribueres bredt i kroppen og finnes generelt i høyere konsentrasjoner i målorganene for kjønnshormoner. Østradiol sirkulerer i blodet bundet til SHBG (37 %) og til albumin (61 %), mens ca 1-2 % er ubundet.

### *Biotransformasjon*

Oralt eksogent østradiol metaboliseres i stor grad. Metabolismen til eksogent og endogent østradiol ligner hverandre. Østradiol omdannes raskt i tarm og lever til flere metabolitter, hovedsakelig østron som deretter konjugeres og gjennomgår enterohepatisk kretsløp. Det er en dynamisk likevekt mellom østradiol, østron og østronsulfat på grunn av diverse enzymatiske effekter inkludert østradiol-dehydrogenase, sulfotransferase og arylsulfatase. Oksidasjon av østron og østradiol omfatter cytokrom P450-enzymene, hovedsakelig CYP1A2, CYP1A2 (utenfor leveren), CYP3A4, CYP3A5, CYP1B1 og CYP2C9.

### *Eliminasjon*

Østradiol forsvinner raskt fra sirkulasjonen. På grunn av metabolisering og enterohepatisk kretsløp, vil en stor sirkulerende samling av østrogensulfater og glukuronider være tilstede. Dette resulterer i en svært variabel baseline-korrigert halveringstid for østradiol, som er beregnet til å være  $3,6 \pm 1,5$  timer etter intravenøs administrering.

### *Forhold ved steady state*

Maksimal serumkonsentrasjoner av østradiol er ca 90 pg/ml og nås 6 timer etter dosering. Gjennomsnittlige serumkonsentrasjoner er 50 pg/ml og disse østradiol-nivåene samsvarer med den tidlige og sene fasen av kvinnens menstruasjonssyklus.

### Spesielle populasjoner

#### *Pediatrik populasjon*

Farmakokinetikken for nomegestrolacetat (primær målsetning) etter enkel oral dosering av IOA var lik hos friske, postmenarke kvinnelige ungdommer og voksne. Etter enkel oral dosering av østradiolkomponenten (sekundær målsetning), var imidlertid eksponeringen 36 % lavere hos ungdom versus voksne. Den kliniske relevansen av dette resultatet er ukjent.

#### *Effekt av nedsatt nyrefunksjon*

Det er ikke utført studier på effekten av nyresykdommer på farmakokinetikken til IOA.

#### *Effekt av nedsatt leverfunksjon*

Det er ikke utført studier på effekten av leversykdommer på farmakokinetikken til IOA. Kjønnshormoner kan imidlertid metaboliseres dårlig hos kvinner med nedsatt leverfunksjon.

#### *Etniske grupper*

Det er ikke utført noen formelle studier for å fastsette farmakokinetikken hos etniske grupper.

## **5.3 Prekliniske sikkerhetsdata**

Toksisitetsstudier ved gjentatt dosering med østradiol, nomegestrolacetat eller kombinasjon har indikert forventede østrogene og gestagene effekter.

Reproduksjonstoksiske studier utført med kombinasjonen har vist fostertoksisitet som er konsistent med østradioleksponering.

Gentoksisitets- og karsinogenitetsstudier ble ikke utført med kombinasjonen. Nomegestrolacetat er ikke gentoksisisk.

Man må imidlertid være oppmerksom på at kjønnshormoner kan fremme veksten av visse hormonavhengige vev og svulster.

## **6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER**

### **6.1 Fortegnelse over hjelpestoffer**

Tablettkjerne (hvite aktive filmdrasjerte tabletter og gule filmdrasjerte placebotabletter)

Laktosemonohydrat



Cellulose, mikrokrySTALLinsk (E460)  
Krysspovidon (E1201)  
Talkum (E553b)  
Magnesiumstearat (E572)  
Silika, kolloidal vannfri

Drasjering (hvite aktive filmdrasjerte tabletter)

Polyvinylalkohol (E1203)  
Titandioksid (E171)  
Makrogol 3350  
Talkum (E553b)

Drasjering (gule filmdrasjerte placebotabletter)

Polyvinylalkohol (E1203)  
Titandioksid (E171)  
Makrogol 3350  
Talkum (E553b)  
Gult jernoksid (E 172)  
Svart jernoksid (E172)

## 6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant.

## 6.3 Holdbarhet

3 år

## 6.4 Oppbevaringsbetingelser

Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser

## 6.5 Emballasje (type og innhold)

PVC/aluminium-blister som inneholder 28 filmdrasjerte tabletter (24 hvite filmdrasjerte tabletter og 4 gule filmdrasjerte tabletter).

Pakningsstørrelser: 28 og 84 filmdrasjerte tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

## 6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon

Kombinasjons-p piller (inkludert IOA tabletter) som ikke lenger skal brukes, må ikke kastes via avløpsnett eller det kommunale kloakksystemet. Det hormonelt aktive innholdet i tablettene kan ha skadelige effekter dersom det når det akvatiske miljøet. Tablettene bør returneres til apoteket eller behandles på annen sikker måte i henhold til lokale krav. Disse tiltakene vil bidra til å beskytte miljøet.

## 7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Merck Sharp & Dohme Limited  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN11 9BU  
Storbritannia

**8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)**

EU/1/11/689/001

EU/1/11/689/002

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE**

Dato for første markedsføringstillatelse: 16 november 2011

**10. OPPDATERINGSDATO**

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

Legemidlet er ikke lenger godkjent for salg

## **VEDLEGG II**

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

## A. INNEHAVER AV TILVIRKERTILLATELSE ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE

Navn og adresse til tilvirker ansvarlig for batch release

Organon (Irland) Ltd.  
Drynam Road  
Swords  
Co. Dublin  
Irland

## B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE LEVERANSE OG BRUK

Legemiddel underlagt reseptplikt.

## C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

- **Periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter (PSUR)**

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal sende inn periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter for dette legemidlet i samsvar med kravene i URD-listen (Union Reference Date list) som gjort rede for i Artikkel 107c(7) av direktiv 2001/83 og publisert på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontor (The European Medicines Agency).

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

- **Risikohåndteringsplan (RMP)**

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

En oppdatert RMP skal sendes inn:

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

Hvis innsendelse av en PSUR og oppdateringen av en RMP faller på samme tidspunkt, kan de sendes inn samtidig.

- **Forpliktelse til å utføre tiltak etter autorisasjon**

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal fullføre følgende tiltak innen de angitte tidsrammer:

Beskrivelse	Forfallsdato
En prospektiv observasjonsstudie for spesielt å undersøke risiko for tilfeller av venøs tromboemboli (VTE) og ATE hos nomegestrol/østradiol brukere sammenliknet med orale prevensjonsmidler som inneholder levonorgestrel. Levering av sluttrapport.	31 oktober 2017

**VEDLEGG III**  
**MERKING OG PAKNINGSVEDLEGG**

Legemidlet er ikke lenger godkjent for salg

**A. MERKING**

Legemidlet er ikke lenger godkjent for salg

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

**KARTONG**

**1. LEGEMIDLETS NAVN**

IOA 2,5 mg/1,5 mg filmdrasjerte tabletter  
Nomegestrolacetat/østradiol

**2. DEKLARASJON AV VIRKESTOFF(ER)**

Hver hvite aktive tablett inneholder 2,5 mg nomegestrolacetat og 1,5 mg østradiol (som hemihydrat)

**3. LISTE OVER HJELPESTOFFER**

Inneholder laktosemonohydrat

Se pakningsvedlegget for ytterligere informasjon.

**4. LEGEMIDDELFORM OG INNHOLD (PAKNINGSSTØRRELSE)**

28 filmdrasjerte tabletter  
84 filmdrasjerte tabletter

**5. ADMINISTRASJONSMÅTE OG ADMINISTRASJONSVEI(ER)**

Les pakningsvedlegget før bruk.  
Oral bruk

**6. ADVARSEL OM AT LEGEMIDLET SKAL OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN**

Oppbevares utilgjengelig for barn.

**7. EVENTUELLE ANDRE SPESIELLE ADVARSLER**

**8. UTLØPSDATO**

Utløpsdato

**9. OPPBEVARINGSBETINGELSER**

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

**11. NAVN OG ADRESSE PÅ INNEHAVEREN AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

Innehaver av markedsføringstillatelsen:  
Merck Sharp & Dohme Limited  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN11 9BU  
Storbritannia

**12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)**

EU/1/11/689/001 28 filmdrasjerte tabletter  
EU/1/11/689/002 84 filmdrasjerte tabletter

**13. PRODUKSJONSNUMMER**

Lot

**14. GENERELL KLASSIFIKASJON FOR UTLEVERING**

Reseptpliktig legemiddel.

**15. BRUKSANVISNING**

**16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT**

ioa



**MINSTEKRAV TIL OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ  
GJENNOMTRYKKSPAKNINGER (BLISTER)**

**BLISTER**

**1. LEGEMIDLETS NAVN**

IOA 2,5 mg/1,5 mg tabletter  
Nomegestrolacetat/østradiol

**2. NAVN PÅ INNEHAVEREN AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

MSD

**3. UTLØPSDATO**

EXP

**4. PRODUKSJONSNUMMER**

Lot

**5. ANNET**

[Boks for plassering av dagmerking som sier:] *Plasser dagmerkingen her*

[Nummerering av dager for hver enkelt tablett:] Start, 2, ....28

[Piler som indikerer tablettenes rekkefølge.] →

**ARK MED DAGMERKING INKLUSIVE KLISTERMERKER SOM FØLGER MED  
PAKNINGSVEDLEGGET**

Ark med dagmerking

Velg den dagmerkingen som begynner med den dagen du skal starte.

Plasser merkelappen på blisterpakningen over ordene på linjen ”Plasser dagmerkingen her”.

SØN MAN TIR ONS TOR FRE LØR  
MAN TIR ONS TOR FRE LØR SØN  
TIR ONS TOR FRED LØR SØN MAN  
ONS TOR FRE LØR SØN MAN TIR  
TOR FRE LØR SØN MAN TIR ONS  
FRE LØR SØN MAN TIR ONS TOR  
LØR SØN MAN TIR ONS TOR FRE

[Det andre arket med dagmerking for esker med 3 blisterpakninger som sier, to ganger:]

SØN MAN TIR ONS TOR FRE LØR  
MAN TIR ONS TOR FRE LØR SØN  
TIR ONS TOR FRED LØR SØN MAN  
ONS TOR FRE LØR SØN MAN TIR  
TOR FRE LØR SØN MAN TIR ONS  
FRE LØR SØN MAN TIR ONS TOR  
LØR SØN MAN TIR ONS TOR FRE

[Foran dagmerkingen som er ment for den andre blisterpakningen:] Blisterpakning 2

[Foran dagmerkingen som er ment for den tredje blisterpakningen:] Blisterpakning 3

**B. PAKNINGSVEDLEGG**

Legemidlet er ikke lenger godkjent for salg

## Pakningsvedlegg: Informasjon til brukeren

### IOA 2,5 mg/1,5 mg/ filmdrasjerte tabletter

Nomegestrolacetat/østradiol

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Du kan bidra ved å melde enhver mistenkt bivirkning. Se avsnitt 4 for informasjon om hvordan du melder bivirkninger.

#### Viktige ting å vite om hormonell kombinasjonsprevensjon:

- De er en av de mest pålitelige reversible prevensjonsmetodene når de brukes riktig.
- De gir en noe økt risiko for å få blodpropp i vener og arterier, spesielt det første året, eller ved gjenoppstart av hormonell kombinasjonsprevensjon etter en pause på fire uker eller mer.
- Vær oppmerksom og kontakt legen din dersom du tror du kan ha symptomer på blodpropp (se avsnitt 2 "Blodpropper").

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

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

#### I dette pakningsvedlegget finner du informasjon om:

1. Hva IOA er, og hva det brukes mot
2. Hva du må vite før du bruker IOA
  - Når du ikke skal bruke IOA
  - Når du skal vise særlig forsiktighet med IOA
    - Når bør du kontakte legen din
    - Blodpropper
    - Kreft
    - Laboratorieprøver
  - Barn og ungdom
  - Andre legemidler og IOA
  - Graviditet og amming
  - Kjøring og bruk av maskiner
  - IOA inneholder laktose
3. Hvordan du bruker IOA
  - Når og hvordan tablettene skal tas
  - Hvordan begynne på din første pakning med IOA
  - Dersom du tar for mye av IOA
  - Dersom du har glemt å ta IOA
  - Dersom du kaster opp eller har kraftig diaré
  - Dersom du ønsker å utsette menstruasjonen
  - Dersom du ønsker å endre første blødningsdag
  - Dersom du får uventet blødning
  - Dersom en eller flere blødninger uteblir
  - Dersom du ønsker å slutte med IOA
4. Mulige bivirkninger
5. Hvordan du oppbevarer IOA
6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

## 1. Hva IOA er og hva det brukes mot

IOA er en prevensjonspille som brukes for å hindre graviditet.

- Alle de 24 hvite, filmdrasjerte tablettene er aktive tabletter som inneholder en liten mengde av to forskjellige kvinnelige kjønnshormoner. Disse er nomegestrolacetat (et progestogen) og østradiol (et østrogen).
- De 4 gule tablettene er inaktive tabletter som ikke inneholder hormoner og kalles placebotabletter.
- Prevensjonspiller som inneholder to ulike hormoner, slik som IOA, kalles "kombinasjonspiller".
- Østradiol, østrogenet i IOA, er identisk med det hormonet som produseres av eggstokkene dine under en menstruasjonssyklus.
- Nomegestrolacetat, progestogenet i IOA, er utledet av hormonet progesteron. Progesteron produseres av eggstokkene dine under en menstruasjonssyklus.

## 2. Hva du må vite før du bruker IOA

### Generelle merknader

Før du begynner å bruke IOA du bør lese informasjonen om blodpropper (trombose) i avsnitt 2. Det er spesielt viktig å lese om symptomene på blodpropp - se avsnitt 2 "Blodpropper".

Før du kan begynne å ta IOA, vil legen stille deg noen spørsmål om sykehistorien til deg og dine nære slektninger. Legen vil også måle blodtrykket ditt og, avhengig av din personlige situasjon, kanskje også utføre noen andre tester.

I dette pakningsvedlegget er det beskrevet flere situasjoner der du bør slutte med p-pillen, eller der p-pillens pålitelighet kan være nedsatt. I slike situasjoner bør du ikke ha samleie eller du bør ta ekstra ikke-hormonelle preventive forholdsregler, f.eks. bruke kondom eller annen barrieremetode. Bruk ikke rytme- eller temperaturmetoder. Disse metodene kan være upålitelige fordi p-pillen forandrer de vanlige endringene i kroppstemperatur og i slimhinnen i livmorhalsen som forekommer i løpet av menstruasjonssyklusen.

**Akkurat som andre p-piller beskytter heller ikke IOA mot HIV-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer.**

### Når du ikke skal bruke IOA

Du bør ikke bruke IOA dersom du har noen av tilstandene listet opp nedenfor. Informer legen din dersom du har noen av tilstandene listet opp nedenfor. Legen din vil diskutere andre mer passende prevensjonsmetoder med deg.

- dersom du har (eller noen gang har hatt) en blodpropp i et blodkar i bena (dyp venetrombose, DVT), lungene (lungeemboli, LE) eller i andre organer;
- dersom du har en lidelse som påvirker blodkoagulasjonen din - for eksempel protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombin - III-mangel, Faktor V Leiden eller antifosfolipidantistoffer;
- dersom du trenger en operasjon eller hvis du er sengeliggende i lang tid (se avsnittet "Blodpropper");
- dersom du noen gang har hatt et hjerteinfarkt eller et hjerneslag;
- dersom du har (eller noen gang har hatt) angina pectoris (hjertekrampe - en tilstand som forårsaker alvorlige brystmerter og som kan være første tegn på et hjerteinfarkt eller transitorisk iskemisk anfall (TIA-midlertidige slagsymptomer);
- dersom du har noen av de følgende sykdommene som kan øke din risiko for en blodpropp i arteriene:
  - alvorlig diabetes med blodkarsskader
  - veldig høyt blodtrykk

- veldig høyt nivå av fettstoffer i blodet (kolesterol eller triglyserider);
- en tilstand som kalles hyperhomocysteinemi
- dersom du har (eller noen gang har hatt) en type migrene som kalles "migrene med aura";
- dersom du har (hatt) en betennelse i bukspyttkjertelen (pankreatitt) som har sammenheng med høye nivåer av fettstoffer i blodet ditt;
- dersom du har (hatt) alvorlig leversykdom og leveren din fortsatt ikke fungerer normalt;
- dersom du har (hatt) en godartet eller ondartet svulst i leveren;
- dersom du har (hatt), eller dersom du kan ha, kreft i brystene eller kjønnsorganene;
- dersom du har uforklarlige vaginalblødninger;
- dersom du er allergisk overfor østradiol eller nomegestrolacetat, eller noen av de andre innholdsstoffene i dette legemidlet (listet opp i avsnitt 6).

Hvis noen av disse tilstandene oppstår for første gang mens du bruker IOA, skal du slutte å ta tablettene med en gang og snakke med legen din. I mellomtiden må du bruke et ikke-hormonelt prevensjonsmiddel. Se også avsnittet "Generelle merknader" i avsnitt 2 over.

### Når du bør vise særlig forsiktighet med IOA

Når bør du kontakte legen din?

#### Oppsøk lege omgående

- hvis du oppdager mulige tegn på en blodpropp som kan bety at du lider av en blodpropp i benet (dvs. dyp venetrombose), blodpropp i lungene (dvs. lungeemboli), hjerteinfarkt eller hjerneslag (se "blodpropper"-avsnittet nedenfor).

For en beskrivelse av symptomene på disse alvorlige bivirkningene kan du gå til "Hvordan gjenkjenne en blodpropp".

- dersom du oppdager noen forandringer i din egen helse, spesielt hvis det innebærer noen av de elementene som er nevnt i dette pakningsvedlegget (se også avsnitt 2 "Når du ikke skal bruke IOA"; ikke glem de elementene som er knyttet til din nærmeste familie);
- dersom du kjenner en kul i brystet;
- dersom du opplever symptomer på angioødem slik som hevelser i ansiktet, tunge og/eller hals og/eller problemer med å svelge, eller elveblest sammen med pustevanskeligheter;
- dersom du skal bruke andre legemidler (se også under avsnitt 2 "Andre legemidler og IOA");
- dersom du blir sengeliggende/stillesittende (immobilisert) eller skal ha en operasjon (snakk med lege minst fire uker i forveien);
- dersom du har uvanlig, kraftig blødning fra skjeden;
- dersom du glemte to eller flere tabletter i den første uken i blisterpakningen, og du hadde samleie i løpet av de syv foregående dagene (se også under avsnitt 3 "Hvis du glemmer å ta IOA");
- dersom du har kraftig diaré;
- dersom menstruasjonen uteblir og du har mistanke om at du er gravid (ikke begynn på den neste blisterpakningen før legen din sier at du kan gjøre det, se også under avsnitt 3 "Dersom en eller flere blødninger uteblir").

#### **Informér legen din hvis noen av de følgende tilstandene gjelder for deg.**

Du bør også informere legen din dersom tilstanden utvikler seg eller forverres mens du bruker IOA.

- dersom du har arvelig angioødem. Rådfør deg med lege umiddelbart dersom du opplever symptomer på angioødem, som hevelser i ansikt, tunge og/eller svelg og/eller problemer med å svelge, eller elveblest, sammen med pustevansker. Produkter som inneholder østrogen kan utløse eller forverre symptomer på angioødem;
- dersom en nær slektning har eller har hatt brystkreft;
- dersom du har epilepsi (se avsnitt 2 "Andre legemidler og IOA");
- dersom du har leversykdom (for eksempel gulsott) eller sykdom i galleblæren (for eksempel gallesten);

- dersom du har diabetes;
- dersom du har depresjon;
- dersom du har Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt (kronisk inflammatorisk tarmsykdom);
- dersom du har systemisk lupus erythematosus (SLE - en sykdom som påvirker kroppens naturlige forsvarssystem);
- dersom du har hemolytisk uremisk syndrom (HUS - en forstyrrelse i blodets koagulasjon som fører til nyresvikt);
- dersom du har sigdcelleanemi (en arvelig sykdom som rammer de røde blodcellene);
- dersom du har forhøyede nivåer av fett i blodet (hypertriglyseridemi) eller familien din har en sykehistorie med denne tilstanden. Hypertriglyseridemi har blitt forbundet med en økt risiko for utvikling av pankreatitt (betennelse i bukspyttkjertelen);
- dersom du trenger en operasjon, eller dersom du blir sengeliggende i lang tid (se avsnitt 2 "Blodpropper");
- dersom du nettopp har født, har du en økt risiko for blodpropper. Du bør forhøre deg med legen din hvor snart etter fødselen du kan starte med IOA;
- dersom du har en betennelse i blodårene under huden (overfladisk tromboflebitt);
- dersom du har åreknuter;
- dersom du har en tilstand som oppstod for første gang eller forverret seg under graviditet eller tidligere bruk av kjønns hormoner (f. eks. hørselstap, porfyri [blodsykdom], herpes gestationis [hudutslett med blemmer under graviditet], Sydenhams chorea [en neurologisk sykdom der plutselige kroppsbvegelser forekommer] (se avsnitt 2 "Når du bør kontakte legen din");
- dersom du har (eller noen gang har hatt) kloasma [gulbrune pigmentflekker, såkalte "svangerskapsflekker", spesielt i ansiktet]. Unngå i så fall for mye eksponering for sol eller ultrafiolette stråler.

## BLODPROPPER

Bruk av en hormonell kombinasjonsprevensjon som IOA, øker din risiko for å utvikle blodpropper sammenlignet med ikke å bruke det. I sjeldne tilfeller kan en blodpropp blokkere blodårer og forårsake alvorlige problemer.

Blodpropper kan utvikles

- i vener (referert til som "venøs trombose" eller "venøs tromboembolisme" eller VTE)
- i arterier (referert til som "arteriell trombose", "arteriell tromboembolisme" eller ATE)

Å bli helt frisk igjen etter blodpropper er ikke alltid mulig. I noen sjeldne tilfeller kan det gi alvorlige langvarige effekter eller, i svært sjeldne tilfeller kan det være dødelig.

**Det er viktig å huske at risikoen for en farlig blodpropp på grunn av IOA generelt sett er liten.**

## HVORDAN GJENKJENNE EN BLODPROPP

Oppsøk medisinsk hjelp omgående dersom du merker noen av de følgende tegn eller symptomer.

Opplever du noen av disse symptomene?	Hva lider du muligens av?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hevelse i ett ben eller langs en vene i benet eller foten, spesielt når den er ledsaget av: <ul style="list-style-type: none"> <li>• smerte eller ømhet i benet som du kan kjenne kun når du står eller går;</li> <li>• økt varme i det berørte benet;</li> <li>• endring i fargen på huden på benet, f.eks. at det blir blekt, rødt eller blått;</li> </ul> </li> </ul>	Dyp venetrombose
<ul style="list-style-type: none"> <li>• plutselig uforklarlig kortpustethet eller rask pust;</li> <li>• plutselig hoste uten noen åpenbar årsak, kanskje også med</li> </ul>	Lungeemboli

<ul style="list-style-type: none"> <li>• blodsekret;</li> <li>• skarpe brystmerter som kan forverres ved dype åndedrag;</li> <li>• alvorlig ørhet eller svimmelhet;</li> <li>• raske eller uregelmessige hjerteslag;</li> <li>• alvorlige magesmerter</li> </ul> <p>Snakk med en lege dersom du er usikker, da noen av disse symptomene, sånn som hoste eller kortpustethet kan forveksles med en mildere tilstand som en luftveisinfeksjon (for eksempel en forkjølelse).</p>	
<p>Symptomer som oftest oppstår i ett øye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• umiddelbart synstap eller</li> <li>• smertefritt tåkesyn som kan utvikle seg til synstap</li> </ul>	Retinal venetrombose (blodpropp i øyet)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• brystmerter, ubehag, trykk, tyngde;</li> <li>• følelse av klemming eller fylde i brystet, armen eller under brystbenet;</li> <li>• metthetsfølelse, fordøyelsesbesvær eller en følelse av kvalning;</li> <li>• ubehagsfølelse i øvre del av kroppen som stråler til ryggen, kjeven, halsen, armen og magen;</li> <li>• svetting, kvalme, oppkast og svimmelhet;</li> <li>• ekstrem svakhet, angst eller kortpustethet;</li> <li>• raske eller uregelmessige hjerteslag</li> </ul>	Hjerteinfarkt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• plutselig svakhet eller nummenhet i ansiktet, arm eller ben, særlig på den ene siden av kroppen;</li> <li>• plutselig forvirring, problemer med å snakke og forstå;</li> <li>• plutselig problemer med å se på ett eller begge øynene;</li> <li>• plutselig problemer med å gå, svimmelhet, tap av balanse og koordinasjon;</li> <li>• plutselig alvorlig og vedvarende hodepine uten kjent årsak;</li> <li>• tap av bevissthet eller besvimelse med eller uten anfall.</li> </ul> <p>Noen ganger kan symptomene på slag være kortvarige og med en nesten umiddelbar og fullstendig bedring, men du bør likevel oppsøke medisinsk hjelp omgående da det kan være i fare for at du får et nytt slag</p>	Slag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hevelse og lett blå misfarging av armer og ben;</li> <li>• alvorlige magesmerter (akutt abdomen).</li> </ul>	Blopper som blokkerer andre blodkar

## BLODPROPPER I EN VENE

### Hva kan skje dersom en blodpropp dannes i en vene?

- Bruken av hormonell kombinasjonsprevensjon har blitt forbundet med en økt risiko for blodpropp i vener (venetrombose). Disse bivirkningene er imidlertid sjeldne. De forekommer hyppigst det første året man bruker hormonell kombinasjonsprevensjon.
- Dersom en blodpropp dannes i en vene i benet eller i foten kan det forårsake dyp venetrombose (DVT).
- Dersom en blodpropp forflytter seg fra benet og havner i lungene, kan det forårsake lungeemboli.
- En blodpropp kan en sjelden gang dannes i en vene i et annet organ, sånn som øyet (retinal venetrombose).



### Når er det størst fare for å utvikle en blodpropp i en vene?

Risikoen for å utvikle en blodpropp i en vene er størst det første året man tar hormonell kombinasjonsprevensjon for første gang. Risikoen kan også være høyere hvis du igjen begynner å ta hormonell kombinasjonsprevensjon (det samme produktet eller et annet produkt) etter en pause på fire uker eller mer.

Etter det første året blir risikoen mindre, men den er alltid litt høyere enn hvis du ikke brukte hormonell kombinasjonsprevensjon.

Når du slutter med IOA vil risikoen for blodpropp gå tilbake til normalen innen noen få uker.

### Hva er risikoen for å utvikle en blodpropp?

Risikoen avhenger av din naturlige risiko for VTE og typen hormonell kombinasjonsprevensjon du tar.

Totalt sett er risikoen for blodpropp i ben eller lunge (DVT eller LE) med IOA liten.

- Av 10 000 kvinner som ikke bruker en hormonell kombinasjonsprevensjon og ikke er gravide, vil ca 2 utvikle en blodpropp i løpet av ett år.
- Av 10 000 kvinner som bruker en hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder levonorgestrel, noretisteron eller norgestimat, vil ca. 5-7 utvikle en blodpropp i løpet av ett år.
- Man vet ennå ikke hvordan risikoen for blodpropp med IOA kan sammenlignes med risikoen med en hormonell kombinasjonsprevensjon som inneholder levonorgestrel.
- Risikoen for å få blodpropp vil variere i henhold til din personlige sykehistorie (se «Faktorer som øker risikoen for blodpropp i en vene» under)

	<b>Risiko for utvikling av blodpropp i løpet av et år</b>
Kvinner som <b>ikke bruker</b> kombinasjons p-piller og som ikke er gravide	Ca. 2 av 10 000 kvinner
Kvinner som bruker kombinasjons p-piller som inneholder <b>levonorgestrel, noretisteron eller norgestimat</b>	Ca. 5-7 av 10 000 kvinner
Kvinner som bruker IOA	Ennå ikke kjent

### Faktorer som øker risikoen for blodpropp i en vene

Risikoen for blodpropp ved bruk av IOA er liten, men noen forhold vil øke risikoen. Du har høyere risiko:

- dersom du er veldig overvektig (kroppsmasseindeks over 30kg/m<sup>2</sup>);
- dersom noen i din nærmeste familie har hatt blodpropp i ben, lunge eller andre organer i ung alder (f.eks. under 50 år). I så tilfelle kan du ha en arvelig forstyrrelse i blodkoagulasjonen;
- dersom du må opereres, eller hvis du blir sengeliggende i lang tid på grunn av en skade eller sykdom, eller du har benet ditt i gips. Det kan være at bruk av IOA må stoppes i flere uker før operasjon eller mens du er mindre mobil. Dersom du må stoppe å ta IOA, må du spørre legen din om når du kan begynne å bruke det igjen;
- ettersom du blir eldre (spesielt eldre enn 35 år);
- dersom du fødte for kun noen få uker siden

Risikoen for å utvikle blodpropp øker jo flere tilstander du har.

Flyreiser (> 4 timer) kan midlertidig øke risikoen for blodpropp, spesielt hvis du har noen av de andre nevnte faktorene.

Det er viktig å fortelle det til legen din dersom noen av disse tilstandene gjelder for deg, selv om du er usikker. Det kan være at legen din bestemmer at IOA må stoppes.

Hvis noen av de ovennevnte forholdene endres mens du bruker IOA, for eksempel at et nært

familiemedlem får en blodpropp uten kjent årsak, eller du legger på deg mye, så informer legen din.

## BLODPROPP I EN ARTERIE

### Hva kan skje dersom det dannes en blodpropp i en arterie?

På samme måte som en blodpropp i en vene, kan en blodpropp i en arterie forårsake alvorlige problemer. Det kan for eksempel forårsake et hjerteinfarkt eller et slag.

### Faktorer som øker din risiko for en blodpropp i en arterie

Det er viktig å merke seg at risikoen for hjerteinfarkt eller slag ved bruk av IOA er svært liten, men kan øke:

- med økende alder (over 35 år);
- **dersom du røyker.** Når du bruker en hormonell kombinasjonsprevensjons som IOA, rådes du til å slutte å røyke. Dersom du ikke klarer å slutte å røyke, og du er eldre enn 35 år, kan legen din råde deg til å bruke en annen type prevensjon;
- dersom du er overvektig;
- dersom du har høyt blodtrykk;
- dersom en nær slektning har hatt et hjerteinfarkt eller slag i ung alder (under 50 år). I så tilfelle kan du ha en høyere risiko for å få et hjerteinfarkt eller slag;
- dersom du eller noen i din nærmeste familie har høye verdier av fettstoffer i blodet (kolesterol eller triglyserider);
- dersom du får migrene, spesielt migrene med aura;
- dersom du har problemer med hjertet (klaffefeil, hjerterytmeforstyrrelser kalt atrieflimmer);
- dersom du har diabetes.

Hvis du har mer enn én av disse tilstandene eller dersom noen av dem er spesielt alvorlige, kan risikoen for å utvikle blodpropp være enda større.

Hvis noen av de ovennevnte forholdene endres mens du bruker IOA, for eksempel at du begynner å røyke, opplever at et nært familiemedlem får en blodpropp uten kjent årsak, eller du går mye opp i vekt, så informer legen din.

### Kreft

Brystkreft er blitt oppdaget noe oftere hos kvinner som bruker kombinasjonspiller, men det er ikke kjent hvorvidt dette er forårsaket av kombinasjonspiller. For eksempel kan det hende at flere svulster oppdages hos kvinner på kombinasjonspiller fordi de oftere undersøkes av lege. Etter at man slutter med kombinasjonspillen reduseres den økte risikoen gradvis.

Det er viktig at du sjekker brystene dine regelmessig, og du bør kontakte legen din hvis du kjenner en klump. Du bør også informere legen din dersom en nær slektning har eller noen gang har hatt brystkreft (se avsnitt 2 "Når du skal vise særlig forsiktighet med IOA").

I sjeldne tilfeller har godartede (ikke kreft) leversvulster og, i enda færre tilfeller, ondartede (kreft) leversvulster vært rapportert hos p-pillebrukere. Kontakt legen din dersom du får uvanlig kraftige smerter i nedre del av magen.

Livmorhalskreft er forårsaket av en infeksjon med humant papillomvirus (HPV). Det har vært rapportert å forekomme oftere hos kvinner som bruker p-pillen i lang tid. Det er ukjent om dette funnet skyldes bruk av hormonell prevensjon eller andre faktorer, slik som forskjeller i seksuell atferd.

### Laboratorieprøver

Dersom du skal ta en form for blod- eller urinprøve; informer helsepersonellet om at du bruker IOA fordi det kan påvirke resultatet av noen prøver.

### **Barn og ungdom**

Informasjon om sikkerhet og effekt hos ungdom under 18 år er ikke tilgjengelig.

## **Andre legemidler og IOA**

Rådfør deg med lege eller apotek dersom du bruker, nylig har brukt eller planlegger å bruke andre legemidler, dette gjelder også reseptfrie legemidler og naturlegemidler.

Fortell også enhver annen lege eller tannlege som forskriver andre legemidler (eller apoteket) at du bruker IOA. De kan fortelle deg om det er nødvendig å bruke tilleggsprevensjon og i tilfelle hvor lenge.

- Det finnes legemidler som kan gjøre IOA mindre effektiv når det gjelder å hindre graviditet, eller som kan forårsake uventet blødning. Dette inkluderer legemidler til behandling av:
  - epilepsi (f.eks. primidon, fenytoin, fenobarbital, karbamazepin, okskarbazepin, topiramet, felbamat);
  - tuberkulose (f.eks. rifampicin);
  - HIV-infeksjoner (f. eks. ritonavir, nevirapin, nelfinavir, efavirenz);
  - andre infeksjonssykdommer (f.eks. griseofulvin);
  - høyt blodtrykk i blodårene i lungene (bosentan).
- naturlegemidlet johannesurt kan også hindre IOA i å virke ordentlig. Hvis du ønsker å bruke naturlegemidler som inneholder johannesurt mens du allerede bruker IOA, må du først rådføre deg med legen din.
- Enkelte legemidler kan øke nivåene av virkestoffene i IOA i blodet. Effektiviteten av p-pillen opprettholdes, men fortell det til legen din dersom du bruker soppdrepende medisiner som inneholder ketokonazol.
- IOA kan også forstyrre virkningen av andre legemidler - slik som det antiepileptiske legemidlet lamotrigin.

## **Graviditet og amming**

IOA må ikke brukes av kvinner som er gravide eller som tror de kan være gravide.

Dersom du blir gravid mens du bruker IOA, skal du slutte med IOA og kontakte legen din.

Dersom du ønsker å slutte med IOA fordi du ønsker å bli gravid, se avsnitt 3 "Hvis du slutter med IOA".

Det anbefales vanligvis ikke å bruke IOA under amming. Dersom du ønsker å bruke p-pillen mens du ammer, må du rådføre deg med legen din.

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

## **Kjøring og bruk av maskiner.**

Det er ikke sannsynlig at IOA påvirker evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

## **IOA inneholder laktose**

IOA inneholder laktose. Dersom legen din har fortalt deg at du har en intoleranse overfor noen sukkertyper, bør du kontakte legen din før du tar dette legemidlet.

## **3. Hvordan du bruker IOA**

### **Når og hvordan tablettene skal tas**

Blisterpakningen med IOA inneholder 28 tabletter: 24 hvite tabletter med virkestoff (nummer 1-24) og 4 gule tabletter uten virkestoff (nummer 25-28).

Hver gang du starter på en ny blisterpakning med IOA, tar du den hvite aktive tablett med nr 1 i det øverste venstre hjørnet (se "Start"). Fra de 7 klistremerkene med dagmerking velger du det som begynner med den dagen du starter (se den grå kolonnen). Hvis du for eksempel starter på en onsdag, bruker du den remsen med dagmerking som begynner med "ONS". Lim remsen på blisterpakningen rett over raden med de hvite aktive tablettene der det står: "Plasser dagmerkingen her". Dette gjør at du kan sjekke om du har tatt din daglige tablett.

Ta en tablett hver dag til omtrent samme tid, om nødvendig med litt vann.

Følg retningen til pilene på blisterpakningen slik at de hvite aktive tablettene blir brukt først og så de gule placebotablettene.

Menstruasjonen din vil begynne i løpet av de 4 dagene du bruker placebotablettene (såkalt bortfallsblødning). Vanligvis vil den starte 2-3 dager etter den siste hvite aktive tablett og er kanskje ikke avsluttet før du har begynt på den neste blisterpakningen.

Start med din neste blisterpakning umiddelbart etter den siste placebotabletten selv om menstruasjonen ikke er avsluttet. Dette betyr at du alltid vil begynne på en ny blisterpakning på den samme ukedagen og også at du vil få menstruasjon omtrent de samme dagene hver måned. Noen brukere får ikke menstruasjon hver måned mens de tar de gule tablettene. Dersom du har tatt IOA hver dag i følge instruksjonene er det usannsynlig at du er gravid (se også pkt. 3 ”Dersom én eller flere blødninger uteblir”).

#### Hvordan begynne på din første pakning med IOA

##### Når ingen hormonell prevensjonsmetode har vært brukt den siste måneden

Start med IOA den første dagen i din menstruasjonsyklus, (d.v.s. den første dagen med menstruasjonsblødning). IOA vil virke umiddelbart. Du trenger ikke å bruke tilleggsprevensjon.

##### Ved bytte fra en annen hormonell prevensjon av kombinasjonstypen (kombinasjons-p-pille, vaginalring eller plaster)

Du kan starte med IOA dagen etter at du har tatt den siste tablett fra blisterpakningen med din nåværende p-pille (dette betyr at du ikke tar en tablettfri pause). Dersom din nåværende blisterpakning også inneholder inaktive (placebo) tabletter, kan du starte med IOA dagen etter at du har tatt den siste **aktive** tablett (hvis du ikke er sikker på hvilke disse er, spør legen din eller apoteket). Du kan også starte senere, men aldri senere enn dagen etter den tablettfrie perioden med din nåværende p-pille (eller dagen etter den siste inaktive tablett av din nåværende p-pille). Dersom du bruker en vaginalring eller et plaster, er det best å starte med IOA den dagen du fjerner ringen eller plasteret. Du kan også starte senest den dagen du ville begynt å bruke den neste ringen eller plasteret. Dersom du følger disse instruksene er det ikke nødvendig å bruke tilleggsprevensjon.

##### Ved bytte fra en minipille (progestogenpille)

Du kan slutte med minipillen hvilken dag som helst og begynne med IOA neste dag. Dersom du har samleie, må du passe på at du også bruker en barrieremetode som prevensjon de første 7 dagene du tar IOA.

##### Ved bytte fra injeksjon av et progestogen, et implantat eller en hormonspiral

Start med å bruke IOA den dagen du skulle hatt din neste injeksjon eller den dagen implantatet eller spiralen fjernes. Dersom du har samleie, må du passe på at du også bruker en barrieremetode som prevensjon de første 7 dagene du tar IOA.

##### Etter fødsel

Du kan begynne med IOA mellom dag 21 og 28 etter fødselen. Hvis du begynner senere enn dag 28, må du også bruke en barrieremetode som prevensjon de første 7 dagene du tar IOA. Hvis du har samleie før du har startet med IOA etter en fødsel, må du forsikre deg om at du ikke er gravid eller vente til neste menstruasjon. Dersom du ønsker å bruke IOA etter at du har fått barn, og du ammer, se også avsnitt 2 ”Graviditet og amming”.

Spør legen din hvis du er usikker på når du kan starte.

##### Etter spontanabort eller svangerskapsavbrudd

Følg rådene fra legen din.

##### **Dersom du tar for mye av IOA**

Det har ikke vært noen rapporter om alvorlige skadelige effekter av å ta for mange IOA tabletter på én gang. Dersom du har tatt flere tabletter på én gang kan du bli kvalm, kaste opp eller få blødning fra skjeden. Dersom du oppdager at et barn har tatt IOA, må du rådføre deg med legen din.

## Dersom du har glemt å ta IOA

Det følgende rådet gjelder bare for glemte **hvite aktive** tabletter

- dersom du er **mindre enn 12 timer** for sen med å ta en tablett, er p-pillens sikkerhet opprettholdt. Ta tablettene så snart du husker det og ta de neste tablettene til vanlig tid.
- dersom du er **mer enn 12 timer** for sen med å ta en tablett, kan p-pillens sikkerhet være redusert. Jo flere tabletter du glemmer på rad, jo høyere er risikoen for at den preventive effekten er minsket. Det er spesielt høy risiko for å bli gravid dersom du har glemt **hvite** aktive tabletter på begynnelsen eller på slutten av blisterpakningen. Derfor må du følge reglene som gis nedenfor.

### *Inntak av hvite aktive tabletter dag 1-7 (se bilde og skjema)*

Ta den siste hvite aktive glemte tablett så snart du husker det (selv om dette betyr at du tar to tabletter samtidig) og ta den neste tablett til vanlig tid. Husk likevel å bruke en barrieremetode som en ekstra forholdsregel i de neste 7 dagene.

Dersom du hadde samleie i uken før de glemte tablettene, er det en mulighet for å kunne bli gravid. Kontakt derfor legen din umiddelbart.

### *Inntak av hvite aktive tabletter dag 8-17 (se bilde og skjema)*

Ta den glemte tablett så snart du husker det (selv om dette betyr at du tar to tabletter samtidig) og ta den neste tablett til vanlig tid. Beskyttelsen mot graviditet er ikke nedsatt og du trenger ikke ta ekstra forholdsregler. Dersom du imidlertid har glemt mer enn 1 tablett, må du ta ekstra forholdsregler i 7 dager.

### *Inntak av hvite aktive tabletter dag 18-24 (se bilde og skjema)*

Det er spesielt høy risiko for å bli gravid hvis du glemmer hvite aktive tabletter tett opptil perioden med placebotabletter. Ved å justere din kjøreplan for inntak av tabletter kan denne høyere risikoen unngås.

To valgmuligheter kan følges:

#### Valgmulighet 1)

Ta den siste hvite aktive glemte tablett så snart du husker det (selv om dette betyr at du tar to tabletter samtidig) og ta den neste tablett til vanlig tid. Begynn på den neste blisterpakningen så snart de hvite aktive tablettene på din nåværende blisterpakning er brukt opp og dropp de gule placebotablettene. Det kan hende du ikke får menstruasjon før du tar de gule placebotablettene fra slutten på den neste blisterpakningen, men du kan få spotting (dråper eller flekker av blod) eller gjennombruddsblødning mens du tar de hvite aktive tablettene.

#### Valgmulighet 2)

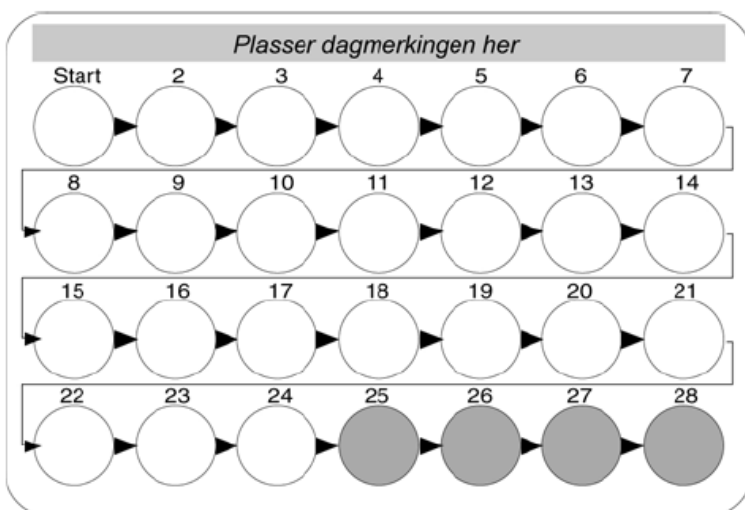
Slutt straks med de hvite aktive tablettene og gå direkte til pausen med de gule placebotablettene. Start med den neste blisterpakningen når pausen med placebotablettene er avsluttet.

Dersom du ikke kan huske hvor mange hvite aktive tabletter du har glemt, følg den første valgmuligheter, bruk en barrieremetode som forholdsregel de neste 7 dagene og kontakt legen din. Dersom du har glemt å ta hvite aktive tabletter i en blisterpakning, og du ikke får den forventede månedlige blødningen mens du tar de gule placebotablettene fra den samme blisterpakningen, kan du være gravid. Snakk med legen din før du begynner på den nye blisterpakningen.

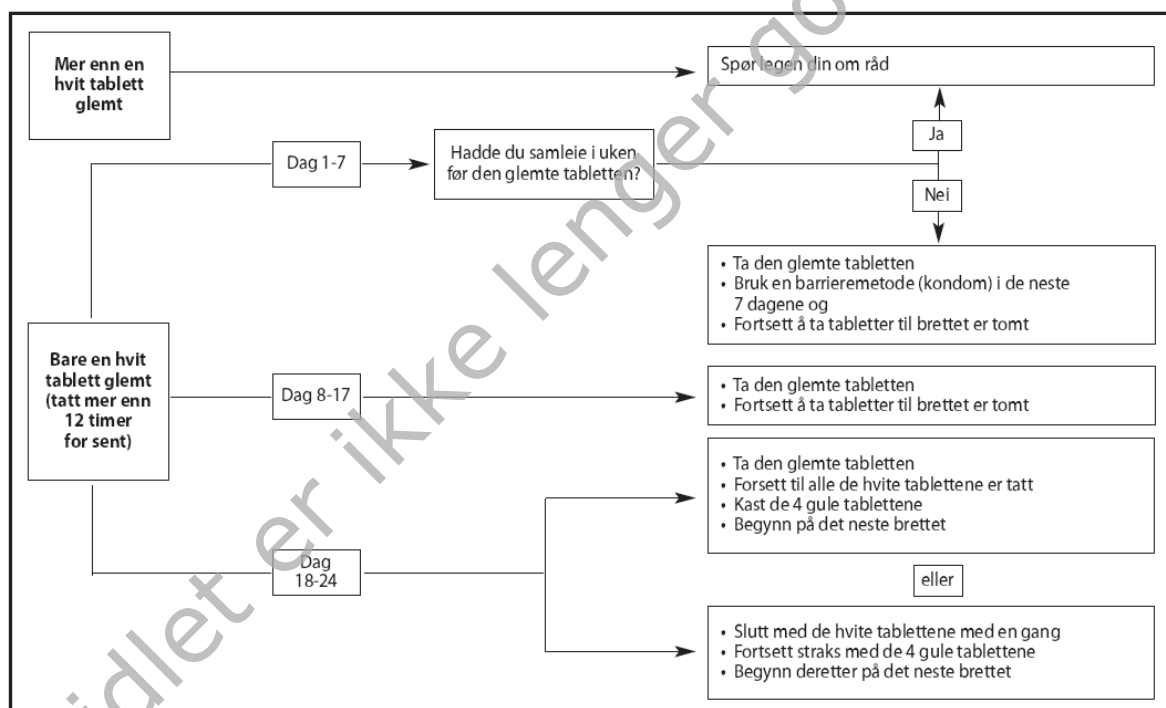
### Gule placebotabletter er glemt

De siste 4 tablettene i den fjerde raden er placebotabletter som ikke inneholder virkestoff. Dersom du glemmer å ta en av disse tablettene, er sikkerheten av IOA opprettholdt. Kast den (de) gule placebotablett(e) du glemte og fortsett med de neste tablettene til vanlig tid.

## Bilde



**Kjøreplan:** dersom du er mer enn 12 timer for sen med å ta hvite tabletter



### Dersom du kaster opp eller har kraftig diaré

Dersom du kaster opp innen 3-4 timer etter at du har tatt en hvit aktiv tablett eller du har kraftig diaré, kan det hende at virkestoffet i din IOA-tablett ikke har blitt fullstendig tatt opp i kroppen din.

Situasjonen er den samme som når du har glemt en aktiv hvit tablett. Etter oppkast eller diaré må du ta en annen aktiv tablett fra en reservepakning så snart som mulig. Hvis mulig må du ta den *innen 12 timer* etter at du normalt tar pillen din. Dersom dette ikke er mulig eller 12 timer har gått, må du følge rådet som er gitt under "Dersom du har glemt å ta IOA". Vennligst kontakt legen din dersom du har kraftig diaré.

De gule tablettene er placebotabletter som ikke inneholder virkestoff. Dersom du kaster opp eller har kraftig diaré innen 3-4 timer etter å ha tatt en gul tablett, er påliteligheten til IOA opprettholdt.

### **Dersom du ønsker å utsette menstruasjonen**

Du kan utsette menstruasjonen ved å ikke ta de gule placebotablettene, men begynne rett på en ny blisterpakning med IOA. Du kan oppleve en lett eller menstruasjonslignende blødning mens du bruker denne nye blisterpakningen. Når du ønsker at menstruasjonen skal begynne, i løpet av den andre blisterpakningen, slutter du å ta de hvite aktive tablettene og begynner å ta de gule placebotablettene. Etter å ha avsluttet de 4 gule placebotablettene fra den nye blisterpakningen, begynner du på den neste (tredje) blisterpakningen.

### **Dersom du ønsker å endre første blødningsdag**

Dersom du tar tablettene i henhold til instruksjonene, så vil menstruasjonsblødningen din begynne i løpet av placebotablettperioden. Dersom du ønsker å endre den dagen, kan du forkorte antall dager i placebotablettperioden – når du tar de gule placebotablettene - (men aldri øke antall dager - 4 er maksimum). Hvis du for eksempel begynner å ta placebotablettene på en fredag og du ønsker å endre dette til tirsdag (3 dager tidligere), så må du begynne på en ny blisterpakning 3 dager tidligere enn vanlig. Det kan hende du ikke får noen blødning i løpet av den forkortede placebotablettperioden. Du kan likevel få noe spotting (dråper eller flekker av blod) eller gjennombruddsblødning mens du bruker de hvite aktive tablettene fra den neste blisterpakningen.

*Hvis du ikke er sikker på hva du skal gjøre, konsulter legen din.*

### **Dersom du får uventet blødning**

Du kan få noe uregelmessig blødning (spotting eller gjennombruddsblødning) mellom menstruasjonsperiodene de aller første månedene med alle kombinasjonspiller. Det kan være nødvendig å bruke bind, men fortsett å ta tablettene som normalt. Uregelmessige blødninger fra skjeden vil vanligvis stoppe så snart kroppen din har tilpasset seg p-pillen (vanligvis etter ca 3 måneder). Hvis blødningene fortsetter, blir kraftige eller starter igjen, må du informere legen din.

### **Dersom én eller flere blødninger uteblir**

Kliniske studier med IOA har vist at den vanlige månedlige blødningen av og til kan utebli etter dag 24.

- Dersom du har tatt alle tablettene riktig, og du ikke har kastet opp eller hatt kraftig diaré, er det svært usannsynlig at du er gravid. Fortsett med å ta IOA som vanlig. Se også i avsnitt 3 "Dersom du kaster opp eller har kraftig diaré" eller i avsnitt 2 "Andre legemidler og IOA".
- Dersom du **ikke** har tatt tablettene riktig, eller din forventede blødning uteblir to ganger på rad, kan du være gravid. Kontakt legen din umiddelbart. Ikke begynn på den neste blisterpakningen med IOA før legen din har sjekket at du ikke er gravid.

### **Dersom du slutter med IOA**

Du kan slutte med IOA når som helst. Dersom du ikke ønsker å bli gravid, må du først snakke med legen din om en annen prevensjonsmetode.

Dersom du ønsker å slutte med IOA fordi du ønsker å bli gravid, anbefales det at du venter til du har hatt en naturlig menstruasjon før du forsøker. Dette vil hjelpe deg med å regne ut når babyen kan forventes.

## **4. Mulige bivirkninger**

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

Dersom du får noen bivirkninger, spesielt dersom de er alvorlige eller vedvarende, eller det skjer en forandring i din helsetilstand som du tror kan skyldes IOA, så informer legen din om dette.

Det vil være en økt risiko for blodpropper i vener (venøs tromboembolisme (VTE)) eller blodpropper i arterier (arteriell tromboembolisme (ATE)) hos alle kvinner som bruker hormonell kombinasjonsprevensjon. For mer detaljert informasjon om de ulike risikoene ved å ta hormonell kombinasjonsprevensjon, se avsnitt 2, "Hva du må vite før du bruker IOA".

Følgende bivirkninger er rapportert hos kvinner som bruker IOA:

**Svært vanlige** (kan påvirke flere enn 1 av 10 personer):

- akne (uren hud)
- endrede menstruasjonsblødninger (f.eks. uteblivelse, uregelmessige)

**Vanlige** (kan påvirke inntil 1 til 10 av 100 personer):

- nedsatt interesse for sex; depresjon/nedstemthet; humørendringer
- hodepine eller migrene
- kvalme
- kraftige menstruasjonsblødninger; smerter i brystene; smerter i buken
- vektøkning

**Mindre vanlige** (kan påvirke inntil 1 til 10 av 1000 personer):

- økt appetitt; væskeopphopning (ødem)
- hetetokter
- oppsvulmet buk
- økt svetting; hårfall; kløe; tørr hud; fet hud
- tunghet i armer og ben
- regelmessige, men sparsomme blødninger: større bryster; klump i brystet; melkeproduksjon uten å være gravid; premenstruelt syndrom; smerte under samleie; tørrhet i skjeden eller ytre kjønnsorganer; kramper i livmoren
- irritabilitet
- økte leverenzymverdier

**Sjeldne** (kan påvirke opptil 1 til 10 av 10 000 personer):

- skadelig blodpropp i vene eller arterie, for eksempel:
  - i et ben eller en fot (dvs. DVT)
  - i en lunge (dvs. LE)
  - hjerteinfarkt
  - hjerneslag
  - et lite slag eller forbigående slaglignende symptomer kjent som transitorisk iskemisk anfall (TIA)
  - blodpropper i lever, mage/tarm, nyre eller øye.

Risikoen for å få en blodpropp kan være større hvis du har andre tilstander som øker denne risikoen (se avsnitt 2 for mer informasjon om de forholdene som øker risikoen for blodpropp og symptomene på blodpropp).

- nedsatt appetitt
- økt interesse for sex
- forstyrret oppmerksomhetsevne
- tørre øyne; intoleranse mot kontaktlinser
- tørrhet i munnen
- gulbrune pigmentflekker, for det meste i ansiktet; unormalt kraftig hårvekst
- lukt fra skjeden; ubehag i skjeden eller de ytre kjønnsorganene
- sult
- sykdom i galleblæren

Allergiske (overfølsomhets-) reaksjoner har vært rapportert blant brukere av IOA, men hyppigheten kan ikke beregnes basert på tilgjengelige data.

Ytterligere informasjon om den mulige bivirkningen endrede menstruasjonsblødninger (f.eks. fravær eller uregelmessig) ved bruk av IOA er beskrevet i avsnitt 3 ("Når og hvordan tablettene skal tas", "Dersom du får uventet blødning" og "Dersom én eller flere blødninger uteblir").

Kontakt lege, apotek eller sykepleier dersom du opplever bivirkninger, inkludert mulige bivirkninger som ikke er nevnt i dette pakningsvedlegget.



## Melding av bivirkninger

Spør lege eller apotek dersom du har noen spørsmål om bruken av dette legemidlet. Du kan også melde fra om bivirkninger direkte via [det nasjonale meldesystemet](#) som beskrevet i [Appendix V\\*](#). Ved å melde fra om bivirkninger bidrar du med informasjon om sikkerheten ved bruk av dette legemidlet.

## 5. Hvordan du oppbevarer IOA

Oppbevares utilgjengelig for barn.

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

Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser.

Kombinasjonspiller (inkludert IOA tabletter) som ikke er nødvendige lenger skal ikke kastes i avløpsvann eller i det kommunale kloakksystemet. De aktive hormonene i tablettens virkestoff kan ha skadelige effekter dersom de når miljøet i vann. Returner dem til et apotek eller kast dem på en annen sikker måte i samsvar med nasjonale bestemmelser. Disse tiltakene bidrar til å beskytte miljøet.

## 6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

### Sammensetning av IOA

- Virkestoffer er:  
i de hvite aktive filmdrasjerte tablettene: Hver tablett inneholder 2,5 mg nomegestrolacetat og 1,5 mg østradiol (som hemihydrat).  
i de gule filmdrasjerte placebotablettene: Tablettene inneholder ikke virkestoffer.
- Andre innholdsstoffer er:  
Tablettkjerne (hvite aktive og gule filmdrasjerte placebotabletter):  
Laktosemonohydrat (se avsnitt 2 "IOA inneholder laktose"), cellulose, mikrokrystallinsk (E460), krysspovidon (E1201), talkum (E553b), magnesiumstearat (E572) og silika, kolloidal vannfri  
Drasjering (hvite aktive tabletter):  
Polyvinylalkohol,  
(E1203), titandioksid (E 171), makrogol 3350 og talkum (E553b)  
Drasjering (gule filmdrasjerte placebotabletter):  
Polyvinylalkohol (E1203), titandioksid (E171), makrogol 3350, talkum (E553b), gult jernoksid (E 172) og svart jernoksid (E 172)

### Hvordan IOA ser ut og innholdet i pakningen

De aktive filmdrasjerte tablettene er hvite og runde. De er merket med "ne" på begge sider. De filmdrasjerte placebotablettene er gule og runde. De er merket med "p" på begge sider. IOA leveres i esker med 1 eller 3 blisterpakninger med 28 filmdrasjerte tabletter (24 hvite aktive filmdrasjerte tabletter og 4 gule filmdrasjerte placebotabletter). Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

### Innehaver av markedsføringstillatelsen og tilvirker

*Innehaver av markedsføringstillatelsen*  
Merck Sharp & Dohme Limited  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN11 9BU  
Storbritannia

*Tilvirker*  
Organon (Ireland) Limited  
Drynam Road  
Swords  
Co. Dublin  
Irland

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

**België/Belgique/Belgien**  
MSD Belgium BVBA/SPRL  
Tél/Tel: 0800 38 693 (+32(0)27766211)  
dpoc\_belux@merck.com

**България**  
Мерк Шарп и Доум България ЕООД  
Тел.: + 359 2 819 3737  
info-msdbg@merck.com

**Česká republika**  
Merck Sharp & Dohme s.r.o.  
Tel.: +420 233 010 111  
dpoc\_czechslovak@merck.com

**Danmark**  
MSD Danmark ApS  
Tlf: + 45 4482 4000  
dkmail@merck.com

**Deutschland**  
MSD SHARP & DOHME GMBH  
Tel: 0800 673 673 673 (+49 (0) 89 4561 2612)  
e-mail@msd.de

**Eesti**  
Merck Sharp & Dohme OÜ  
Tel: + 372 6144 200  
msdeesti@merck.com

**Ελλάδα**  
MSD A.Φ.Β.Ε.Ε.  
Τηλ: + 30 210 98 97 300  
dpoc\_greece@merck.com

**España**  
Merck Sharp & Dohme de España, S.A.  
Tel: +34 91 321 06 00  
msd\_info@merck.com

**France**  
MSD France  
Tél: + 33 (0) 1 80 46 40 40

**Lietuva**  
UAB Merck Sharp & Dohme  
Tel: + 370 5 2780247  
msd\_lietuva@merck.com

**Luxembourg/Luxemburg**  
MSD Belgium BVBA/SPRL  
Tél/Tel: 0800 38 693 (+32(0)27766211)  
dpoc\_belux@merck.com

**Magyarország**  
MSD Pharma Hungary Kft.  
Tel.: + 36 1 888 5300  
hungary\_msd@merck.com

**Malta**  
Merck Sharp & Dohme Cyprus Limited  
Tel: 8007 4433 (+356 99917558)  
malta\_info@merck.com

**Nederland**  
Merck Sharp & Dohme BV  
Tel: 0800 9999000 (+ 31 23 5153153)  
medicalinfo.nl@merck.com

**Norge**  
MSD (Norge) AS  
Tlf: + 47 32 20 73 00  
msdnorge@msd.no

**Österreich**  
Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.  
Tel: +43 (0) 1 26 044  
msd-medizin@merck.com

**Polska**  
MSD Polska Sp.z o.o.  
Tel.: +48 22 549 51 00  
msdpolska@merck.com

**Portugal**  
Merck Sharp & Dohme, Lda  
Tel: + 351 21 4465808  
clic@merck.com

**Hrvatska**

Merck Sharp & Dohme d.o.o.  
Tel: + 385 1 6611 333  
croatia\_info@merck.com

**Ireland**

Merck Sharp & Dohme Ireland (Human Health)  
Limited  
Tel: +353 (0)1 2998700  
medinfo\_ireland@merck.com

**Ísland**

Vistor hf.  
Sími: + 354 535 7000

**Italia**

MSD Italia S.r.l.  
Tel: +39 06 361911  
medicalinformation.it@merck.com

**Κύπρος**

Merck Sharp & Dohme Cyprus Limited  
Τηλ: 800 00 673  
+357 22866700  
cyprus\_info@merck.com

**Latvija**

SIA Merck Sharp & Dohme Latvija  
Tel: + 371 67 364224  
msd\_lv@merck.com

**România**

Merck Sharp & Dohme Romania S.R.L.  
Tel: + 40 21 529 29 00  
msdromania@merck.com

**Slovenija**

Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o.  
Tel: + 386 1 5204201  
msd\_slovenia@merck.com

**Slovenská republika**

Merck Sharp & Dohme, s.r.o.  
Tel: + 421 2 58282010  
dpoc\_czechslovak@merck.com

**Suomi/Finland**

MSD Finland Oy  
Puh/Tel: + 358 (0)9 804650  
info@msd.fi

**Sverige**

Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB  
Tfn: + 46 (0)77 570 04 88  
medicinskinfo@merck.com

**United Kingdom**

Merck Sharp & Dohme Limited  
Tel: +44 (0) 1992 467272  
medicalinformationuk@merck.com

**Dette pakningsvedlegget ble sist godkjent**

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