

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

FİNARİD 5 mg film tablet

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Finasterid 5 mg

Yardımcı maddeler:

Laktoz(inek sütü kaynaklıdır) 106,40 mg

Yardımcı maddeler için, Bölüm 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Film tablet

Mavi renkli, bir yüzü Nobel yazılı, yuvarlak film kaplı tabletler.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1.Terapötik endikasyonlar

FİNARİD selim prostat hiperplazisinin (BPH) tedavi ve kontrolünde ve ürolojik olguların önlenmesinde endikedir:

- Akut idrar tutulması riskini azaltır.
- Prostatektomi ve prostatın transüretral rezeksiyon gibi cerrahi müdahale riskini azaltır.
- Büyümüş prostatın gerilemesine neden olur ve idrar akışını düzelterek BPH'ye ilişkin semptomları hafifletir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji:

FİNARİD için önerilen doz günde bir tablettir.

Uygulama sıklığı ve süresi:

FİNARİD tek başına veya alfa-blokör doksazosin ile birlikte kullanılabilir (bkz. Bölüm 5.1).

Alfa blokör doksazosin ile birlikte uygulandığında BPH'nin semptomatik ilerleme riskini azaltır (AUA semptom skorunda ≥ 4 kademe artış onaylanmıştır).

Uygulama şekli:

FİNARİD sadece ağızdan kullanım içindir.

FİNARİD, yemeklerle birlikte veya öğünler arasında, bütün olarak yeterli miktar su ile yutulur alınır.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek / Karaciğer yetmezliği:

Böbrek yetmezliği olan hastalarda doz ayarlamasına gerek yoktur.

Karaciğer fonksiyon anormallikleri görülen hastalarda FİNARİD uygulandığında dikkatli olunmalıdır.

Pediyatrik popülasyon:

FİNARİD pediyatrik hastalarda endike değildir.

Pediyatrik hastalarda güvenlik ve etkinlik henüz belirlenmemiştir.

Geriatrik popülasyon:

Yaşlılarda doz ayarlaması yapılması gerekmemektedir. Yaşlılarda finasteridin eliminasyon hızı azalmasına rağmen, bu bulgular klinik olarak anlamlı değildir (Bkz. Bölüm 5.2-).

4.3. Kontrendikasyonlar

FİNARİD kadınlarda ve çocuklarda kullanım için endike değildir.

FİNARİD aşağıdaki durumlarda kontrendikedir

- İlacın içerdiği maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık.
- Gebelikte - gebe veya gebe olma ihtimali bulunan kadınlarda kullanımı (Bkz. Bölüm 4.6).

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Genel

Obstrüktif komplikasyonlardan kaçınmak için rezidüel idrar miktarı fazla olan ve/veya idrar akışı çok azalmış hastaların dikkatle kontrol edilmesi önemlidir. Cerrahi olasılığı da bir seçenek olarak kabul edilmelidir.

PSA ve prostat kanseri tanısı üzerindeki etkileri

FİNARİD ile tedavi edilen prostat kanserli hastalarda henüz hiçbir klinik yarar gösterilmemiştir. Serum prostat spesifik antijen (PSA) seviyesi yüksek ve BPH'li hastalar kontrollü klinik çalışmalarda seri PSA'lar ve prostat biyopsileri ile izlenmiştir. Bu BPH çalışmalarında FİNARİD'in prostat kanserinin tespit oranını değiştirmedeği gözlenmiştir ve genel olarak prostat kanseri insidansı FİNARİD veya plasebo ile tedavi olan hastalar arasında anlamlı derecede farklı değildir.

FİNARİD tedavisine başlamadan önce ve ardından tedavi süresinde periyodik olarak parmakla rektal muayene ve prostat kanserine yönelik diğer incelemelerin yapılması tavsiye edilir. Prostat kanseri tanısında serum PSA düzeyi kullanılmaktadır. Genel olarak, başlangıçta PSA düzeyinin >10 ng/mL (Hybritech) olması daha ileri tetkikleri ve biyopsi düşünülmesini gerektirir; 4-10 ng/mL arasındaki PSA düzeyleri için daha ileri tetkikler önerilir. Prostat kanseri olan ve olmayan erkeklerin PSA düzeylerinde kayda değer örtüşme söz konusudur. Bu nedenle, BPH'li erkeklerde normal referans aralığında olan PSA değerleri; FİNARİD tedavisinden bağımsız olarak, prostat kanserini hariç tutmaz. Başlangıçtaki PSA düzeyinin <4 ng/mL olması da prostat kanserini hariç tutmaz.

FİNARİD, BPH'li hastalarda prostat kanseri varlığında bile serum PSA konsantrasyonlarında yaklaşık %50 azalmaya sebep olur. PSA verileri değerlendirilirken FİNARİD ile tedavi edilen BPH'li hastaların serum PSA düzeylerindeki bu azalma dikkate alınmalıdır ve bu azalma, eşzamanlı prostat kanseri olasılığını ortadan kaldırmaz. Bu azalma tüm PSA değerleri aralığında tahmin edilebilmekte fakat hasta bireyleri arasında farklılık da gösterebilmektedir. FİNARİD ile 6 ay veya daha uzun süre tedavi edilen hastaların PSA değerleri, tedavi almamış erkeklerdeki normal aralıklarla karşılaştırılırken ikiyle çarpılmalıdır. Bu düzeltme PSA analizinin duyarlılığı ve spesifikliğini korur ve prostat kanserinin belirlenebilirliğini devam ettirir.

FİNARİD ile tedavi edilen hastalarda herhangi bir PSA artışı şüphesi, FİNARİD tedavisine uyumsuzluk olasılığı dahil olmak üzere dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Yüksek dereceli prostat kanseri gelişme riski

Günde 5 mg finasterid alan, 55 yaş ve üzeri, normal dijital rektal değerlendirmesi ve başlangıçta PSA ≤ 3.0 ng/ml olan erkekler, 7 yıllık Prostat Kanseri Önleme Çalışması (PCPT)'nda Gleason skoru 8-10 olan prostat kanseri artmış riskine sahiptir (plasebo ile %1.1'e karşı finasterid ile %1.8). Benzer sonuçlar diğer 5 alfa-redüktaz inhibitörü olan dutasteridle, 4 yıllık plasebo-kontrollü klinik çalışmada gözlenmiştir (plasebo ile %0.5'e karşı dutasterid ile %1). 5 alfa-redüktaz inhibitörleri yüksek dereceli prostat kanseri gelişme riskini artırabilir. 5 alfa-redüktaz inhibitörlerinin prostat hacmini azaltması yönündeki etkisi ya da klinik çalışma ile ilgili faktörler ile bu çalışmaların sonuçları arasındaki ilişki bilinmemektedir.

5 alfa redüktaz inhibitörleri yüksek gleason skorlu prostat kanser gelişim riskini artırabilir.

İlaç/laboratuvar testi etkileşimleri

PSA Düzeyleri Üzerindeki Etkiler

Serum PSA konsantrasyonu hastanın yaşı ve prostat hacmiyle korelasyon gösterir ve prostat hacmi hastanın yaşıyla korelasyon gösterir. Laboratuvar PSA tetkikleri değerlendirilirken, FİNARİD ile tedavi edilen hastalarda PSA düzeylerinin azaldığı gerçeği göz önüne alınmalıdır. Hastaların çoğunda, tedavinin ilk aylarında PSA'da hızlı bir azalma görülür; bu dönemden sonra PSA düzeyleri yeni bir başlangıç değerinde stabilize olur. Tedaviden sonraki başlangıç değeri, tedavi öncesi değer yaklaşık yarısı kadardır. Bu nedenle, FİNARİD ile altı ay veya daha uzun süre tedavi edilen tipik hastalarda PSA değerleri, tedavi edilmeyen erkeklerin normal sınırlarıyla karşılaştırılırken ikiyle çarpılmalıdır. Klinik yorumlama için (Bkz. Bölüm 4.4.)

Serbest PSA yüzdesi (serbest PSA'nın/total PSA'ya oranı), FİNARİD ile anlamlı düzeyde azalmaz. Serbest/total PSA oranı, FİNARİD'in etkisi altındayken bile sabit kalır. Serbest PSA yüzdesi, prostat kanserinin saptanmasında yardımcı olarak kullanıldığında, bunun değerine ilişkin bir düzeltme gerekmez.

Erkeklerde meme kanseri

Klinik araştırmalarda ve pazarlama sonrası dönemde finasterid 5 mg alan erkeklerde meme kanseri rapor edilmiştir. Hekimler meme dokularında yumrular, ağrı, meme büyümesi veya meme başından akıntı gibi değişimler olduğunda bunları hemen bildirmeleri konusunda hastalarına talimat vermelidir.

Duygu durum değişiklikleri ve depresyon:

Finasterid 5 mg ile tedavi edilen hastalarda depresif ruh hali, depresyon ve daha seyrek olarak intihar düşüncesi de dâhil olmak üzere duygu durum değişiklikleri bildirilmiştir. Hastalar psikiyatrik semptomlar için izlenmeli ve eğer bu durumlar meydana gelirse, hastalara tıbbi yardım almaları önerilmelidir.

Pediyatrik kullanımı:

FİNARİD, çocuklarda endike değildir.

Emniyeti ve etkililiği saptanmamıştır.

Karaciğer yetmezliği:

Karaciğer yetmezliğinin finasteridin farmakokinetik özellikleri üzerindeki etkisi çalışılmamıştır.

Yardımcı maddeler:

Laktoz: Bu tablet laktoz içerir. Nadir kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktaz yetmezliği ya da glikoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Klinik olarak önemli hiçbir ilaç etkileşimi tanımlanmamıştır. Finasterid esasen sitokrom P-450 3A4 sistemi aracılığıyla metabolize olur, fakat bu sisteme önemli ölçüde etki ettiği görülmemiştir. Finasteridin diğer ilaçların farmakokinetiğini etkileme riskinin küçük olduğu tahmin edilmekle birlikte, sitokrom P450 3A4 inhibitörleri ve indükleyicilerinin finasteridin plazma konsantrasyonunu etkileme olasılığı vardır. Ancak, belirlenen güvenlik marjlarına göre, bu gibi inhibitörlerle eşzamanlı kullanımdan kaynaklanabilecek herhangi bir artışın klinik yönden anlamlı olma olasılığı yoktur. Erkeklerde test edilen bileşikler, fenazon, digoksin, glibenklamid, propranolol, teofilin ve varfarin ile ilişkili anlamlı klinik etkileşim görülmemiştir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler mevcut değildir.

Pediyatrik popülasyon

Pediyatrik popülasyona ilişkin herhangi bir etkileşim çalışması tespit edilmemiştir.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi: X.

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon):

FİNARİD gebe olma ihtimali bulunan kadınlarda kontraendikedir (Bkz. Bölüm 4.3).

Gebelik dönemi

FİNARİD gebe kadınlarda kontrendikedir.

Tip II 5 α -redüktaz inhibitörlerinin testosteronun dihidrotestosterona (DHT) dönüşümünü inhibe etme özelliğinden dolayı, finasterid dâhil bu ilaçlar gebe bir kadına uygulandığında erkek fetüsün dış genital organlarında anormalliklere yol açabilir.

Hayvanlardaki geliştirme çalışmalarında, 100 mikrogram/kg/gün ile 100 mg/kg/gün arasında dozlarda finasterid verilen gebe sıçanların erkek yavrularında %3,6 ila %100'lük insidansla doza bağlı hipospadias gelişimi gözlenmiştir. Ayrıca, önerilen insan dozunun altındaki dozlarda finasterid verildiğinde gebe sıçanlar, prostat ve seminal vezikül ağırlıkları düşük, geç prepüsyal ayrılma, geçici meme ucu gelişimi gözlenen ve anogenital mesafesi kısa erkek yavrular doğurmuştur. Bu etkilerin indüklenebileceği kritik dönem, sıçanlarda gebeliğin 16-17. günleri olarak tanımlanmıştır.

Yukarıda açıklanan değişimler, Tip II 5 α -redüktaz inhibitörlerinin beklenen farmakolojik etkileridir. Uterusta finasteride maruz kalan erkek sıçanlarda gözlenen hipospadias gibi birçok değişiklik, genetik Tip II 5 α -redüktaz eksikliği olan erkek yavrularda rapor edilenlere benzerdir. Bu nedenlerle, gebe olan veya gebe olma ihtimali bulunan kadınlarda FİNARİD kontrendikedir.

Herhangi bir finasterid dozuna uterusu maruz kalan dişi yavrularda hiçbir etki görülmemiştir.

Finasteride maruziyetin erkek fetüs açısından riski:

Finasteridin absorpsiyonu ve bunun sonucu olarak erkek fetüs için potansiyel risk teşkil etmesi nedeniyle, kadınlar gebeyken veya gebe olma ihtimalleri varken kırılmış veya ezilmiş FİNARİD tabletlerine dokunmamalıdır (Bkz. Bölüm 4.6). FİNARİD tabletin üzeri kaplıdır ve normal kullanım sırasında, yani kırılmadan veya ezmeden ellendiğinde, etkin madde ile teması önler.

Finasterid 5 mg / gün alan gönüllülerde spermden küçük miktarlarda finasterid geri kazanılmıştır. Annesinin finasterid ile tedavi edilen bir hastanın spermine maruz kalması durumunda erkek fetüsün olumsuz yönde etkilenip etkilenmeyeceği bilinmemektedir. Hastanın cinsel partneri hamile olduğunda veya hamile kalabilmesi mümkün ise, hastanın partnerinin sperme maruziyetini en aza indirmesi önerilir.

Laktasyon dönemi

FİNARİD kadınların kullanımı için endike değildir.

Finasterid'in insan sütüyle atılıp atılmadığı bilinmemektedir.

Üreme yeteneği/Fertilite

Sağlıklı erkek gönüllülerde meni parametrelerini değerlendirmeye yönelik 24 haftalık FİNARİD tedavisiyle, sperm konsantrasyonu, hareketliliği, morfolojisi veya pH değeri üzerinde klinik olarak anlamlı etkiler gözlenmemiştir. Ejakülasyon hacminde medyan 0.6 mL'lik (%22.1) azalmayla birlikte, ejakülasyon başına toplam sperm sayısında eşzamanlı azalma gözlenmiştir. Bu parametreler normal aralık dâhilinde kalmış ve tedavinin kesilmesiyle geri döndürülebilir nitelikte olmuştur; başlangıç düzeyine dönmeye kadar geçen ortalama süre 84 haftadır.

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

FİNARİD'in araç ve makine kullanma yeteneğini etkilediğine dair herhangi bir veri bulunmamaktadır.

4.8. İstenmeyen etkiler

En sık görülen advers reaksiyonlar cinsel güçsüzlük ve libido azalmasıdır. Bu advers reaksiyonlar tedavi sürecinin erken döneminde meydana gelir ve hastaların çoğunluğunda tedaviye devam edildiğinde düzelir.

Klinik araştırmalarda ve/veya pazarlama sonrası kullanımda bildirilen advers reaksiyonlar aşağıda listelenmiştir.

Advers reaksiyonların sıklığı aşağıdaki gibidir:

Çok yaygın ($\geq 1/10$); Yaygın ($\geq 1/100$ ila $< 1/10$); Yaygın olmayan ($\geq 1/1.000$ ila $< 1/100$); Seyrek ($\geq 1/10.000$ ila $< 1/1.000$); Çok seyrek ($< 1/10.000$); bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor). Pazarlama sonrası kullanım sırasında bildirilen advers reaksiyonların sıklığı, veriler spontan raporlardan elde edildikleri için, belirlenemez.

Bağışıklık sistemi hastalıkları

Bilinmiyor: Dudaklarda, dil, boğaz ve yüzde şişme gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın: Libidoda azalma

Bilinmiyor: Tedavinin bırakılmasından sonra da devam edebilen libido azalması, depresyon, anksiyete

Kardiyak hastalıklar

Bilinmiyor: Çarpıntı

Hepatobilyer hastalıklar

Bilinmiyor: Hepatik enzimlerde yükselme

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Yaygın olmayan: Döküntü

Bilinmiyor: Prurit, ürtiker

Üreme sistemi ve meme hastalıkları

Yaygın: Cinsel güçsüzlük

Yaygın olmayan: Ejakülasyon bozukluğu, memelerde hassasiyet, meme büyümesi

Bilinmiyor: Testis ağrısı, tedavinin bırakılmasından sonra da devam edebilen cinsel fonksiyon bozukluğu (erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğu); erkek infertilitesi ve/veya düşük semen kalitesi. Finasterid bırakıldıktan sonra semen kalitesinde normalleşme veya iyileşme bildirilmiştir.

Araştırmalar

Yaygın: Ejakülasyon hacminde azalma

Ayrıca, klinik araştırmalar ve pazarlama sonrası kullanımda “erkek meme kanseri” rapor edilmiştir (Bkz. Bölüm 4.4).

Prostat Semptomlarının İlaçla Tedavisi (MTOPTS)

MTOPTS çalışması finasterid 5 mg/gün (n=768), doksazosin 4 mg veya 8 mg/gün (n=756), finasterid 5 mg/gün ile doksazosin 4 mg veya 8 mg/gün içeren kombine tedavi (n=786) ve

plaseboyu (n=737) karşılaştırmıştır. Bu çalışmada kombine tedavinin güvenilirlik ve tolerabilite profili, her bir bileşenin profilleriyle genel olarak uyumluymuştu. Kombine tedavi alan hastalarda ejakülasyon bozukluğu insidansı, iki monoterapinin bu istenmeyen olaya ait insidanslarının toplamına yakındır.

Diğer Uzun Süreli Veriler

9.060'ının analiz için prostat iğnesi biyopsi verisi olan 18.882 sağlıklı erkeğin dahil olduğu 7 yıllık plasebo kontrollü bir çalışmada, finasterid alan 803 (%18,4) hastada ve plasebo alan 1147 (%24,4) erkekte prostat kanseri tespit edilmiştir. Finasterid grubunda, iğne biyopsisinde Gleason skoru 7-10 olan 280 (%6,4) erkekte, plasebo grubunda ise 237 (%5,1) erkekte prostat kanseri görülmüştür. Ek analizler, "Finasterid" grubunda gözlemlenen yüksek dereceli prostat kanserinin prevalansındaki artışın, prostat hacminde "Finasterid" etkisine bağlı olarak saptanan bir sapma ile açıklanabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada teşhis edilen toplam prostat kanseri vakalarının yaklaşık %98'i intrakapsüler (evre T1 veya T2) olarak sınıflandırılmıştır. Finasterid'in uzun süreli kullanımı ve Gleason skorları 7-10 olan tümörlerin arasındaki ilişki bilinmemektedir.

Laboratuvar Test Bulguları:

Laboratuvar PSA tetkikleri değerlendirilirken, FİNARİD ile tedavi edilen hastalarda PSA düzeylerinin azaldığı gerçeği göz önüne alınmalıdır (Bkz. Bölüm 4.4). Hastaların çoğunda, tedavinin ilk aylarında PSA'da hızlı bir azalma görülür; bu dönemden sonra PSA düzeyleri yeni bir başlangıç değerinde stabilize olur. Tedaviden sonraki başlangıç değeri, tedavi öncesi değerinin yaklaşık yarısı kadardır. Bu nedenle, FİNARİD ile altı ay veya daha uzun süre tedavi edilen tipik hastalarda PSA değerleri, tedavi edilmeyen erkeklerin normal sınırlarıyla karşılaştırılırken ikiyle çarpılmalıdır.

Klinik yorumlama için Bkz. Bölüm 4.4.

Plasebo veya FİNARİD ile tedavi edilen hastalar arasında standart laboratuvar parametreleri bakımından başka hiçbir fark gözlenmemiştir.

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir. (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99)

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

FİNARİD doz aşımı için tavsiye edilen özel bir tedavi yoktur. Tekli dozda 400 mg'a kadar FİNARİD alan ve üç ay boyunca çoklu dozlarda 80 mg/güne kadar FİNARİD alan hastalarda advers etki görülmemiştir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Benign Prostatik hipertrofiye kullanılan ilaçlar, Testosteron-5 α -redüktaz inhibitörü

ATC Kodu: G04CB01

Finasterid, testosteronu daha güçlü bir androjen olan dihidrotestosterona (DHT) metabolize eden intrasellüler bir enzim olan insan 5 α -redüktazın yarışmalı bir inhibitörüdür. Benign prostat hiperplazisinde (BPH), prostat bezinin büyümesi testosteronun prostat içinde DHT'ye dönüşmesine bağlıdır. FİNARİD, dolaşımdaki ve intraprostatik DHT'yi azaltmada yüksek düzeyde etkilidir. Finasteridin androjen reseptörüne afinitesi yoktur.

Orta ile şiddetli BPH semptomları olan, parmakla rektal muayenede prostatta büyüme saptanan ve rezidüel idrar hacimleri düşük hastalarda yapılan klinik çalışmalarda, FİNARİD, akut idrar retansiyonu insidansını 4 yıl içinde 7/100'den 3/100'e düşürmüş ve cerrahi gerekliliğini (TURP veya prostatektomi) 10/100'den 5/100'e düşürmüştür. Bu düşüşler, QUASI-AUA semptom skorunda (0-34 aralığında) 2 puanlık iyileşme, prostat hacminde yaklaşık %20'lik sürekli regresyon ve idrar akış hızında sürekli artışla ilişkilendirilmiştir.

Prostat semptomlarının ilaçla tedavisi

Prostat Semptomlarının İlaçla Tedavisi (MTOPS) Araştırması, finasterid 5 mg/gün, doksazosin 4 veya 8 mg/gün*, finasterid 5 mg/gün ile doksazosin 4 veya 8 mg/gün kombinasyonu* veya plasebo almak üzere randomize edilen, septomatik BPH'li 3047 erkek ile yapılan 4 ila 6 yıllık bir çalışmadır. Birincil sonlanım noktası, semptom skorunda başlangıca göre ≥ 4 puanlık doğrulanmış artış, akut üriner retansiyon, BPH'ye bağlı böbrek yetmezliği, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları veya ürosepsis, veya inkontinans olarak tanımlanan BPH'nin klinik progresyonuna kadar geçen zamandır. Plasebo ile karşılaştırıldığında, finasterid, doksazosin veya kombinasyon tedavisiyle tedavi, BPH'nin klinik progresyonu riskinde sırasıyla %34 (p=0.002), %39 (p<0.001) ve %67 (p<0.001) oranında anlamlı azalma ile sonuçlanmıştır. BPH progresyonunu oluşturan olayların çoğunluğu (274/351) semptom skorunda doğrulanmış ≥ 4 puanlık artışlardır; semptom skoru progresyonu riski plaseboya kıyasla finasterid, doksazosin ve kombinasyon gruplarında sırasıyla %30 (%95 GA: %6-48), %46 (%95 GA: %25-60) ve %64 (%95 GA: %48-75) azalmıştır. BPH progresyonuna dair 351 olayın 41'i akut üriner retansiyondur; akut üriner retansiyon geliştirme riski plasebo ile karşılaştırıldığında, finasterid, doksazosin veya kombinasyon gruplarında sırasıyla %67 (p=0.011), %31 (p=0.296) ve %79 (p=0.001) oranında azalmıştır. Sadece finasterid ve kombinasyon tedavisi grupları plaseboya kıyasla anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

*3 haftalık bir dönemde tolere edildiği ölçüde 1 mg'dan 4 veya 8 mg'a titre edilmiştir.

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

Emilim:

Finasteridin oral biyoyararlanımı, intravenöz referans doza kıyasla yaklaşık %80'dir ve gıdalardan etkilenmez. Maksimum plazma konsantrasyonlarına dozajdan yaklaşık iki saat sonra ulaşılır ve absorpsiyon 6-8 saat içinde tamamlanır.

Finasteridin kan-beyin bariyerini aştığı belirlenmiştir. Tedavi edilen hastaların seminal sıvısında küçük miktarlarda finasterid saptanmıştır.

Dağılım:

Proteine bağlanma oranı yaklaşık %93'tür. Plazma klerensi ve dağılım hacmi sırasıyla yaklaşık 165 ml/dk ve 76 litredir.

Biyotransformasyon:

Finasteridin Tip II 5 alfa redüktaz aktivitesinin sadece küçük bir kısmından sorumlu olan iki metabolit tespit edilmiştir.

Eliminasyon:

İnsanlarda ¹⁴C finasterid oral dozu uygulandıktan sonra, dozun %39'u idrarda metabolitler formunda atılmıştır (idrarda değişmemiş durumda ilaç atılması neredeyse hiç olmamıştır), toplam dozun %57'si ise dışkıyla atılmıştır.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Böbrek yetmezliği:

Kreatin klerensi 9-55 ml/ dk aralığında olan kronik böbrek bozukluğu bulunan hastalarda, tek doz ¹⁴C finasteridin dispozyonu sağlıklı gönüllülerdekinden farklı olmamıştır. Proteine bağlanma da böbrek bozukluğu olan hastalarda farklılık göstermemiştir. Normalde renal yoldan atılan metabolitlerin bir kısmı dışkıyla atılmıştır. Dolayısıyla, metabolitlerin idrarda atılımındaki azalmayla orantılı olarak dışkıyla atılımının arttığı anlaşılmaktadır. Böbrek bozukluğu olan fakat diyaliz uygulanmayan hastalarda dozaj ayarlaması gerekli değildir.

Karaciğer yetmezliği:

Karaciğer yetmezliği olan hastalarla ilgili hiçbir veri mevcut değildir.

Geriatrik popülasyon:

Yaşlı hastalarda, finasteridin eliminasyon hızı biraz daha düşüktür. Yarı ömrü, 18-60 yaş arası erkeklerde ortalama yaklaşık altı saat iken, 70 yaş üzeri erkeklerde sekiz saate uzamıştır. Bu durum klinik olarak anlamlı değildir ve dozajda bir azaltma gerektirmez.

5.3. Klinik öncesi güvenilirlik verileri

Tekrarlı doz toksisitesi, genotoksisite ve karsinojenik potansiyeli içeren klasik çalışmalara dayanarak, klinik dışı veriler insanlar için özel bir tehlike ortaya koymamıştır. Erkek sıçanlardaki üreme toksisitesi çalışmalarında (finasteridin primer farmakolojik etkisinden kaynaklanan) prostat ve seminal vezikül ağırlıklarında düşüş, aksesuar genital bezlerden salgılamada düşüş ve fertilité indeksinde düşüş görülmüştür. Bu bulguların klinik anlamlılığı net değildir.

Diğer 5-alfa-redüktaz inhibitörlerinde olduğu gibi, gebelik döneminde finasterid uygulandığında erkek sıçan fetüslerinde feminizasyon görülmüştür. Finasteridin gebe rhesus maymunlarında embriyonik ve fatal gelişim döneminin tamamında 800 ng/gün'e kadar dozlarda intravenöz uygulanması, erkek fetüslerde hiçbir anormalliğe yol açmamıştır. Bu doz, 5 mg finasterid alan bir erkeğin menisinde bulunduğu ve bir kadının meni yoluyla maruz kalacağı tahmin edilen miktardan 60-120 kat yüksektir. Rhesus modelinin insan fetal gelişimi açısından anlamlılığını doğrular şekilde, gebe maymunlara oral yoldan 2 mg/kg/gün dozunun (maymunların sistemik maruziyeti (EAA), 5 mg finasterid alan erkeklerden biraz daha yüksektir (3 katı) veya menideki tahmini finasterid miktarının yaklaşık 1-2 milyon katıdır) uygulanması, erkek fetüslerde dış genital anormalliklerle sonuçlanmıştır. Erkek fetüslerde

başka hiçbir anormallik gözlenmemiş ve dişi fetüslerde hiçbir dozda finasteridle ilgili anormallikler gözlenmemiştir.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Laktoz (inek sütü kaynaklıdır)
Mısır nişastası
Sarı demir oksit
Sodyum doküsat
Mikrokristalin selüloz
Magnezyum stearat
Opadry OY-30909

6.2. Geçimsizlikler

Bulunmamaktadır.

6.3. Raf ömrü

24 ay.

6.4. Saklamaya yönelik özel uyarılar

30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

Kutuda, opak PVC/PE/PVDC blisterde, 30 film tablet bulunan ambalajlarda.

6.6. Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel önlemler

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ve “Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmelikleri”ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

NOBEL İLAÇ SANAYİİ VE TİCARET A.Ş.
İnkılap Mah. Akçakoca Sok. No:10
34768 Ümraniye İSTANBUL
Tel: (216) 633 60 00
Fax: (216) 633 60 01

8. RUHSAT NUMARASI

188/9

9. İLK RUHSAT TARİHİ / RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 12.08.1998

Ruhsat yenileme tarihi: --

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ