

## KISA ÜRÜN BİLGİSİ

▼ Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlilik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonları TÜFAM'a bildirmeleri beklenmektedir. Bakınız Bölüm 4.8. Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması.

### 1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

TEKOSİT 400 mg I.M./I.V. liyofilize toz içeren flakon

Steril

### 2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

#### Etkin madde:

Bir flakon,

Teikoplanin 400 mg

#### Yardımcı madde(ler):

Sodyum klorür 24,8 mg

Diğer yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

### 3. FARMASÖTİK FORM

Enjektabl çözelti için liyofilize toz

Toz flakon, beyaz kristalize toz şeklinde ve sulandırılarak hazırlanan çözeltinin görünümü beyaz, kokusuz, tatsız sıvı şeklindedir.

### 4. KLİNİK ÖZELLİKLER

#### 4.1. Terapötik endikasyonlar

TEKOSİT, yetişkinlerde ve doğumdan itibaren çocuklarda aşağıdaki enfeksiyonların parenteral tedavisinde endikedir (bkz. Bölüm 4.2, 4.4 ve 5.1):

- Komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonları,
- Kemik ve eklem enfeksiyonları,
- Hastane kökenli pnömoni,
- Toplum kökenli pnömoni,
- Komplike idrar yolu enfeksiyonları,
- İnfektif endokardit,
- Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ile ilişkili peritonit,
- Yukarıda listelenen endikasyonların herhangi biri ile ilişkili ortaya çıkan bakteriyemi.

Ayrıca TEKOSİT, *Clostridium difficile* enfeksiyonu ile ilişkili ishal ve kolit tedavisinde alternatif bir oral tedavi olarak endikedir.

Gerekli durumlarda teikoplanin, diğer antibakteriyel ajanlarla kombine olarak uygulanmalıdır.

Antibakteriyel ajanların doğru kullanımına ilişkin resmi kılavuzlar dikkate alınmalıdır.

#### 4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

##### Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Tedavinin dozu ve süresi, altta yatan enfeksiyonun tipi ve şiddetine, hastanın klinik yanıtına, yaş ve böbrek fonksiyonu gibi hasta unsurlarına göre ayarlanmalıdır.

##### Serum konsantrasyonlarının ölçülmesi

Minimum çukur serum konsantrasyonuna ulaşıldığından emin olmak için, yükleme doz rejiminin tamamlanmasından sonra kararlı durumda teikoplanin çukur serum konsantrasyonları izlenmelidir;

- Gram-pozitif enfeksiyonların çoğu için, teikoplanin çukur serum konsantrasyonları Yüksek Performanslı Sıvı Kromatografisi (HPLC) ile ölçüldüğünde en az 10 mg/L'lik ya da Floresan Polarizasyon İmmünoanaliz (FPIA) yöntemi ile ölçüldüğünde en az 15 mg/L'lik çukur teikoplanin seviyeleridir.
- Endokardit ve diğer şiddetli enfeksiyonlar için, teikoplanin çukur serum konsantrasyonları HPLC ile ölçüldüğünde en az 15-30 mg/L'lik ya da FPIA metodu ile ölçüldüğünde en az 30-40 mg/L'ye ulaşmalıdır.

İdame tedavisi sırasında, bu konsantrasyonların stabil olduğundan emin olmak için teikoplanin çukur serum konsantrasyonları en az haftada bir kez izlenebilir.

##### Erişkinler veya renal fonksiyonu normal olan yaşlı hastalarda

Endikasyonlar	Yükleme dozu		İdame dozu	
	Yükleme doz rejimi	3 ila 5. günde hedeflenen çukur konsantrasyonları	İdame dozu	İdame boyunca hedeflenen çukur konsantrasyonları
- Komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonları - Pnömoni - Komplike idrar yolu	3 intravenöz veya intramüsküler uygulama için her 12 saatte 6 mg/kg	> 15 mg/L <sup>1</sup>	Günde bir kez intravenöz veya intramüsküler 6 mg/kg vücut ağırlığı	> 15 mg/L <sup>1</sup> Haftada 1 kez

enfeksiyonları				
- Kemik ve eklem enfeksiyonları	3 ila 5 intravenöz uygulama için her 12 saatte 12 mg/kg vücut ağırlığı	> 20 mg/L <sup>1</sup>	Günde bir kez intravenöz veya intramüsküler 12 mg/kg vücut ağırlığı	> 20 mg/L <sup>1</sup>
- İnfektif endokardit	3 ila 5 intravenöz uygulama için her 12 saatte 12 mg/kg vücut ağırlığı	30-40 mg/L <sup>1</sup>	Günde bir kez intravenöz veya intramüsküler 12 mg/kg vücut ağırlığı	> 30 mg/L <sup>1</sup>

<sup>1</sup> FPIA ile ölçülen

Doz hastanın ağırlığı ne olursa olsun vücut ağırlığına göre ayarlanmalıdır.

#### Tedavi süresi:

Tedavinin süresine klinik yanıtı dayanarak karar verilmelidir. İnfektif endokardit için genellikle en az 21 günlük bir tedavi uygun görülmektedir. Tedavi süresi 4 ayı geçmemelidir.

#### Kombine tedavi:

Teikoplaninin sınırlı bir antibakteriyel aktivite spektrumu vardır (Gram pozitif). Patojenin önceden belgelendiği ve duyarlılığın bilindiği veya teikoplanin ile tedaviye uygun en olası patojenlerin olduğuna dair yüksek bir şüphenin bulunduğu durumlar olmadığı sürece, bazı enfeksiyonların tedavisinde tek ajan olarak kullanılması uygun değildir.

#### *Clostridium difficile* enfeksiyonu ile ilişkili ishal ve kolit:

Önerilen doz 7 ila 14 gün boyunca günde iki kez oral yoldan uygulanan 100-200 mg'dır.

#### **Uygulama şekli:**

Sulandırılmış TEKOSİT enjeksiyonu doğrudan intravenöz ya da intramüsküler yoldan uygulanabilir. İntravenöz dozlar, bolus olarak (3-5 dakika içinde yapılan hızlı enjeksiyonla) ya da 30 dakika içinde yapılan yavaş infüzyonla uygulanabilir. Yenidoğanlarda sadece infüzyon tekniği kullanılmalıdır.

*Clostridium difficile* enfeksiyonu ile ilişkili ishal ve kolit için oral yol kullanılmalıdır.

Kullanmadan önce, TEKOSİT'in sulandırılması ve seyreltilmesi hakkındaki talimatlara bakınız (bkz. Bölüm 6.6)

## **Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:**

### **Böbrek yetmezliği:**

TEKOSİT tedavisinin dördüncü gününe kadar doz ayarlaması gerekli olmayıp daha sonra HPLC ile ölçüldüğünde en az 10 mg/l'lik ya da FPIA yöntemi ile ölçüldüğünde en az 15 mg/L'lik bir çukur serum konsantrasyonu elde edilecek şekilde doz ayarlaması yapılmalıdır.

Tedavinin 4'üncü gününden sonra:

Orta dereceli böbrek yetmezliğinde (kreatinin klirensi 30 ila 80 ml/dakika arasında): önerilen normal doz 2 günde bir kez ya da bu dozun yarısı günde bir kez uygulanarak idame dozu yarıya düşürülmelidir.

- Şiddetli böbrek yetmezliğinde (kreatinin klirensi 30 ml/dakika'nın altında) ve hemodiyaliz uygulanan hastalarda: önerilen normal doz 3 günde bir kez ya da bu dozun üçte biri günde bir kez uygulanarak idame dozu önerilenin üçte birine düşürülmelidir.

TEKOSİT hemodiyaliz ile uzaklaştırılmaz.

Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalar (SAPD):

IV olarak uygulanan 6 mg/kg vücut ağırlığında intravenöz tek bir yükleme dozundan sonra, ilk hafta için diyaliz çözeltisi torbasında 20 mg/L, ikinci hafta için farklı torbalarda 20 mg/L ve daha sonra üçüncü hafta gece torbasında 20 mg/L uygulanır.

### **Pediyatrik popülasyon:**

Doz önerileri, yetişkinlerde ve 12 yaşından büyük çocuklarda aynıdır.

2 aydan büyük ve 12 yaşından küçük çocuklarda:

Yükleme dozu olarak, ilk üç uygulama için her 12 saatte bir 10 mg/kg vücut ağırlığında intravenöz doz uygulanır.

İdame dozu olarak, günde 6-10 mg/kg vücut ağırlığında tek dozla intravenöz yoldan devam edilir.

Yenidoğanlar ve 2 aylıktan küçük bebeklerde:

Yükleme dozu olarak, tedavinin ilk günü için 16 mg/kg vücut ağırlığında intravenöz infüzyon yoluyla uygulanan tek yükleme dozudur.

İdame dozu olarak, günde bir kez intravenöz infüzyon yoluyla 8 mg/kg vücut ağırlığında uygulanır.

### **Geriatrik popülasyon:**

Geriatrik hastalarda böbrek yetmezliği olmadığı müddetçe doz ayarlaması gerekmez.

### 4.3. Kontrendikasyonlar

Etkin madde teikoplanin veya Bölüm 6.1’de listelenen yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık gösteren hastalarda TEKOSİT kontrendikedir.

### 4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

#### Aşırı duyarlılık reaksiyonları

Teikoplanin ile ciddi, hayatı tehdit edici, bazen ölümcül olabilen, aşırı duyarlılık reaksiyonları bildirilmiştir (örn. anafilaktik şok). Teikoplanine karşı bir alerjik reaksiyon olursa, tedavi derhal kesilmeli ve uygun acil önlemler başlatılmalıdır.

Vankomisine karşı aşırı duyarlılığı olduğu bilinen hastalarda ölümcül anafilaktik şok dahil, çapraz duyarlılık reaksiyonları görülebileceğinden, TEKOSİT önlem alınarak uygulanmalıdır.

Ancak daha önceden vankomisin ile ‘Kırmızı Adam Sendromu’ hikayesi, teikoplanin kullanımını için kontrendikasyon değildir.

#### İnfüzyona bağlı reaksiyonlar

Seyrek durumlarda (ilk dozda bile), kırmızı adam sendromu (kaşıntı, ürtiker, eritema, anjiyonörotik ödem, taşikardi, hipotansiyon, dispne dahil semptomlar kompleksi) gözlenmiştir.

İnfüzyonu durdurmak veya yavaşlatmak bu reaksiyonların kesilmesini sağlayabilir. Günlük doz bolus enjeksiyon yerine 30 dakikalık periyoda yayılan infüzyon ile uygulanırsa, infüzyona bağlı reaksiyonlar sınırlandırılabilir.

#### Şiddetli büllöz reaksiyonlar

Teikoplanin kullanımı ile hayatı tehdit edici veya ölümcül olabilen deri reaksiyonları olan Steven-Johnson sendromu (SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) bildirilmiştir. SJS veya TEN belirtileri ve semptomları (örn. genellikle mukozal lezyon ve kabarcıklarla birlikte ilerleyen deri döküntüsü) mevcutsa, TEKOSİT tedavisi derhal kesilmelidir.

#### Antibakteriyel aktivite spektrumu

Patojenin önceden belgelendiği ve duyarlılığın bilindiği veya teikoplanin ile tedaviye uygun en olası patojenlerin olduğuna dair yüksek bir şüphenin bulunduğu durumlar olmadığı sürece, bazı enfeksiyonların tedavisinde tek ajan olarak kullanılması uygun değildir.

Teikoplaninin rasyonel kullanımı, bireysel hastanın tedavisinde bakteriyel aktivite spektrumunu, güvenilirlik profilini ve standart antibakteriyel terapinin uygunluğunu dikkate almalıdır. Bu temelde çoğu durumda teikoplaninin, standart antibakteriyel aktivitenin uygun olmadığı hastalarda şiddetli enfeksiyonların tedavisinde kullanılması beklenmektedir.

### Yükleme dozu rejimi

Güvenlilik verileri sınırlı olduğundan, günde iki kez 12 mg/kg vücut ağırlığında teikoplanin dozları uygulandığı zaman hastalar istenmeyen etkiler açısından dikkatli takip edilmelidir. Bu rejimde kan kreatinin değerleri, önerilen periyodik hematolojik değerlendirmeye ilave olarak izlenmelidir.

Teikoplanin intraventriküler yoldan uygulanmamalıdır.

### Trombositopeni

Teikoplaninle trombositopeni bildirilmiştir. Tedavi sırasında, tam hücre kan sayımı dahil olmak üzere periyodik hematolojik incelemeler yapılması önerilir.

### Nefrotoksisite

Teikoplanin ile tedavi edilen hastalarda böbrek yetmezliği bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8 İstenmeyen Etkiler). Böbrek yetmezliği olan hastalar ve/veya teikoplanin ile birlikte veya ardışık olarak nöfrotoksik potansiyeli olduğu bilinen tıbbi ürünleri kullanan (aminoglikozid, kolistin, amfoterisin B, siklosporin ve sisplatin) hastalar dikkatle izlenmeli ve buna işitsel testler de dahil edilmelidir.

Teikoplanin esas olarak böbrek yoluyla atıldığı için, böbrek yetmezliği olan hastalarda doz mutlaka ayarlanmalıdır (bkz. Bölüm 4.2).

### Ototoksisite

Diğer glikopeptitlerle olduğu gibi, teikoplanin ile tedavi edilen hastalarda ototoksisite (sağırılık ve kulak çınlaması) bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8 İstenmeyen Etkiler). TEKOSİT tedavisi sırasında iç kulakta işitme engeli ya da bozukluğu belirtileri veya semptomları gelişen hastalar, özellikle uzatılmış tedavi durumlarında ve böbrek yetmezliği olan hastalarda, dikkatle değerlendirilmeli ve izlenmelidir. TEKOSİT ile birlikte veya ardışık olarak nörotoksik/ototoksik potansiyeli olduğu bilinen tıbbi ürünleri kullanan (aminoglikozid, siklosporin, sisplatin, furosemid ve etakrinik asit) hastalar dikkatle izlenmeli ve duyma yetisi kötüleşirse teikoplaninin faydası değerlendirilmelidir.

Eşzamanlı olarak ototoksik ve/veya nefrotoksik tıbbi ürünler ile tedavi gereksinimi olan hastalara TEKOSİT uygulanırken özel önlemler alınmalıdır; böyle bir durumda düzenli hematoloji, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin yapılması önerilir.

### Süperenfeksiyon

Diğer antibiyotiklerle olduğu gibi, TEKOSİT kullanımı, özellikle uzun süreli ise, duyarlı olmayan mikroorganizmaların aşırı üremesiyle sonuçlanabilir. Tedavi sırasında süperenfeksiyon gelişirse, uygun önlemler alınmalıdır.

Bu tıbbi ürün her ml'sinde 1 mmol (23 mg)'den daha az sodyum ihtiva eder; yani aslında "sodyum içermez".

KESİNLİKLE DOKTOR KONTROLÜ ALTINDA KULLANILIR.

#### **4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri**

Özel etkileşim çalışmaları gerçekleştirilmemiştir.

Teikoplanin ve aminoglikozid çözeltileri geçimsizdir ve enjeksiyon için karıştırılmamalıdır; bununla beraber diyaliz sıvısı içinde geçimlidir ve SAPD ile ilişkili peritonit tedavisinde serbestçe kullanılabilirler. TEKOSİT'i nefrotoksik veya ototoksik potansiyeli olduğu bilinen diğer ilaçlarla birlikte veya peş peşe kullanırken dikkatli olunmalıdır. Bunlar aminoglikozidler, kolistin, amfoterisin B, siklosporin, sisplatin, furosemid ve etakrinik asiti içerir (bkz. Bölüm 4.4). Bununla birlikte, teikoplaninle kombinasyonlarda sinerjistik toksisitenin bir kanıtı bulunmamaktadır.

Klinik çalışmalarda teikoplanin, diğer antibiyotikler, antihipertansifler, anestetik ajanlar, kardiyak ilaçlar ve antidiyabetik ajanlar gibi başka ilaçlarla tedavi edilmekte olan çok sayıda hastaya uygulanmış, herhangi bir advers etkileşim gözlenmemiştir.

#### **Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler**

##### **Pediyatrik popülasyon:**

Etkileşim çalışmaları yalnızca yetişkinlerde gerçekleştirilmiştir.

#### **4.6. Gebelik ve laktasyon**

##### **Genel tavsiye**

Gebelik kategorisi: C

##### **Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)**

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlarda teikoplanin kullanımı ile ilgili herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle, teikoplanin açıkça gerekli olmadıkça çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlarda kullanılmamalıdır.

##### **Gebelik dönemi**

Gebe kadınlarda teikoplaninin kullanımına ilişkin sınırlı veri bulunmaktadır. Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar, yüksek dozlarda üreme toksisitesinin bulunduğunu göstermiştir (bkz. Bölüm 5.3). Sıçanlarda yüksek dozlarda, neonatal mortalite ve düşük insidensinde artış vardır. İnsanlar için potansiyel risk bilinmemektedir.

Bu nedenle, teikoplanin açıkça gerekli olmadıkça gebelik sırasında kullanılmamalıdır. Fetüste renal hasar ve iç kulaktaki potansiyel risk göz ardı edilemez (bkz. Bölüm 4.4).

##### **Laktasyon dönemi**

Teikoplaninin anne sütü ile atılıp atılmadığı bilinmemektedir. Hayvanlarda ise teikoplaninin sütle atıldığına ilişkin bilgi yoktur. Emzirmeye devam edilmesi/edilmemesi veya teikoplanin ile tedaviye devam edilmesi/edilmemesi kararı, anneye teikoplanin tedavisinin yararı ve çocuğa emzirmenin yararı göz önünde

bulundurularak alınmalıdır.

### **Üreme yeteneği / Fertilité**

Hayvan üreme çalışmaları üremede bozulma kanıtı göstermemiştir.

#### **4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler**

Teikoplaninin araç ve makine kullanımı becerisi üzerinde minör etkisi bulunmaktadır. Teikoplanin sersemlik ve baş ağrısına neden olabilir. Araç ve makine kullanımı etkilenebilir. Bu istenmeyen etkilere sahip hastaların araç ve makine kullanmaması gerekir.

#### **4.8. İstenmeyen etkiler**

Bildirilen advers reaksiyonlar ařađıda belirtilmiřtir.

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).

#### **Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar:**

Seyrek: Apse

Bilinmiyor: Süperenfeksiyon (duyarlı olmayan mikroorganizmaların aşırı üremesi).

#### **Kan ve lenf sistemi hastalıkları:**

Yaygın olmayan: Eozinofili, trombositopeni, lökopeni.

Bilinmiyor: Agranülositoz, nötropeni.

#### **Bağışıklık sistemi hastalıkları:**

Yaygın olmayan: Anafilaktik reaksiyonlar (anafilaksi) (bkz. Bölüm 4.4)

Bilinmiyor: Eozinofili ve sistemik semptomların görüldüğü ilaç reaksiyonu (DRESS), anafilaktik şok (bkz. Bölüm 4.4).

#### **Sinir sistemi hastalıkları:**

Yaygın olmayan: Sersemlik, baş ağrısı

Bilinmiyor: Nöbetler.

#### **Kulak ve iç kulak hastalıkları:**

Yaygın olmayan: Sağırlık, işitme kaybı (bkz. Bölüm 4.4), tinnitus ve vestibüler bozukluk.

#### **Vasküler hastalıklar:**

Yaygın olmayan: Flebit

Bilinmiyor: Tromboflebit

#### **Solunum, göğüs bozuklukları ve mediyastinal hastalıklar:**

Yaygın olmayan: Bronkospazm



**Gastrointestinal hastalıklar:**

Yaygın olmayan: Bulantı, diyare, kusma.

**Deri ve deri altı dokusu hastalıkları:**

Yaygın: Eritem (kızarıklık), döküntü, kaşıntı.

Seyrek: Kırmızı adam (Red man) sendromu (ör. vücudun üst bölümünde kızarıklık) (bkz. Bölüm 4.4).

Bilinmiyor: Ürtiker, anjiyoödem, ekfoliyatif dermatit, toksik epidermal nekroliz, eritem multiforme, Stevens-Johnson sendromu (bkz. Bölüm 4.4).

**Böbrek ve idrar yolu hastalıkları:**

Yaygın olmayan: Kan kreatininde artış

Bilinmiyor: Böbrek yetmezliği (akut renal yetmezlik dahil).

**Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar:**

Yaygın: Ağrı, ateş.

Bilinmiyor: Enjeksiyon yerinde apse, titreme (rigor)

**Araştırmalar:**

Yaygın olmayan: Artmış transaminazlar (geçici anormal transaminazlar), artmış kan alkalin fosfataz (geçici anormal kan alkalin fosfataz), artmış kan kreatinin (serum kreatininde geçici yükselme).

**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 bildirilmesi gerekmektedir ([www.titck.gov.tr](http://www.titck.gov.tr); e-posta: [tufam@titck.gov.tr](mailto:tufam@titck.gov.tr); tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99).

**4.9. Doz aşımı ve tedavisi**

Semptomlar: Yanlışlıkla aşırı dozlar uygulanmış pediyatrik hastalar bildirilmiştir. Bunların birinde, intravenöz olarak 400 mg (95 mg/kg) verilen 29 günlük bir yenidoğanda ajitasyon ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Tedavi: Doz aşımında semptomatik tedavi uygulanmalıdır. TEKOSİT hemodiyaliz ile uzaklaştırılamamakta ve yalnızca yavaş peritonel diyaliz yapılmaktadır.

**5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER****5.1. Farmakodinamik özellikler**

Farmakoterapötik grup: Glikopeptid antibakteriyel

ATC kodu: J01XA02

### Etki mekanizması

Teikoplanin beta-laktamlar tarafından etkilenen bölgeden farklı bir bölgede hücre-duvarı biyosentezi ile etkileşime girerek duyarlı organizmaların gelişmesini inhibe eder. D-alanil-D-alanin rezidülerine spesifik bağlanma yoluyla peptidoglikan sentezi bloke olur.

### Direnç mekanizması

Teikoplanine direnç aşağıdaki mekanizmalara bağlı olabilir:

- Modifiye hedef yapı: Bu direnç biçimi özellikle *Enterococcus faecium*'da oluşmuştur. Modifikasyon, amino asit zincirinin D-Ala-D-laktat ile bir murein öncülü içinde terminal D-alanil-D-alanin fonksiyonuna değişmesine dayanır, dolayısıyla vankomisine afinitesi azalır. Sorumlu enzimler yeni sentezlenmiş D-laktat dehidrogenaz veya ligazdır.
- Teikoplanine azalan hassasiyet veya stafilokok direnci, teikoplaninin bağlandığı murein öncüllerinin aşırı üretimine dayanır.

Teikoplanin ve glikoprotein vankomisin arasında çapraz direnç oluşabilir. Bir miktar vankomisin dirençli enterokoklar teikoplanine duyarlıdır (Van-B fenotipi).

### Duyarlılık testi kriterleri

Avrupa Komitesi Antimikrobiyal Duyarlılık Testlerine (EUCAST) göre MIK kriterleri, versiyon 7.1, 10 Mart 2017 aşağıdaki tabloda gösterilmektedir:

Mikroorganizma	Duyarlı	Dirençli
<i>Staphylococcus aureus</i> <sup>a,b</sup>	≤2 mg/L	>2 mg/L
Koagülaz-negatif stafilokok <sup>a,b</sup>	≤4 mg/L	>4 mg/L
<i>Enterococcus spp.</i>	≤2 mg/L	>2 mg/L
<i>Streptococcus</i> grupları (A, B, C, G) <sup>b</sup>	≤2 mg/L	>2 mg/L
<i>Streptococcus pneumoniae</i> <sup>b</sup>	≤2 mg/L	>2 mg/L
Viridans grup streptokok <sup>b</sup>	≤2 mg/L	>2 mg/L
<i>Clostridium difficile</i> hariç Gram-pozitif anaeroblar	IE	IE
PK/PD (türlerle ilgili olmayan) kriterler <sup>c</sup>	IE	IE

<sup>a</sup> Glikopeptit MIK'ler metoda bağlıdır ve sıvı besi yeri mikrodilüsyon ile tayin edilmelidir (referans ISO 20776). 2 mg/L'lik vankomisin ile *S. aureus* MIK değerleri vahşi tip MIK değerlerinin sınırındadır ve klinik yanıtta bozulma olabilir. *S. aureus* için direnç kriteri, GISA izolatları ara ürününün ciddi enfeksiyonlar olarak raporlanmasını engellemek için 2 mg/L'ye düşürülmüştür, GISA izolatları vankomisin veya teikoplaninin yükseltilmiş dozları ile tedavi edilebilir değildir.

<sup>b</sup> Duyarlı izolatlar nadirdir veya henüz rapor edilmemiştir. Bu tür herhangi bir izolat üzerinde gerçekleştirilen tanımlama ve antimikrobiyal duyarlılık testleri

doğrulanmalıdır ve izolat, bir referans laboratuvara gönderilmelidir.

<sup>c</sup> IE, organizma veya grubun ilaç ile tedavi için iyi bir hedef olduğuna ilişkin yeterli kanıt bulunmadığını gösterir. Eşlik eden S, I veya R kategorizasyonu bulunmayan bir MİK bir yorumla raporlanabilir.

#### Farmakokinetik/Farmakodinamik ilişki

Teikoplanin antimikrobiyal aktivitesi temel olarak, madde seviyesinin patojenin minimum inhibitör konsantrasyonundan (MİK) daha yüksek olduğu zamanın süresine bağlıdır.

#### Duyarlılık

Direnç prevelansı seçilen türler için coğrafi olarak ve zaman içinde değişkenlik gösterebilir ve özellikle ciddi enfeksiyonların tedavisinde dirence ilişkin yerel bilgilerin olması arzu edilmektedir. En azından bazı enfeksiyon tiplerinde ajanın faydasını şüpheli kılacak bir yerel direnç prevelansı söz konusu olduğunda, gerekli olduğunda uzman tavsiyesi aranmalıdır.

#### **Yaygın biçimde duyarlı türler**

##### ***Aerobik Gram-pozitif bakteriler***

*Corynebacterium jeikeium*<sup>a</sup>

*Enterococcus faecalis*

*Staphylococcus aureus* (metisilin dirençli suşlar dahil)

*Streptococcus agalactiae*

*Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis*<sup>a</sup>

(Grup C & G streptococci)

*Streptococcus pneumoniae*

*Streptococcus pyogenes*

Viridans grup Streptococci<sup>a,b</sup>

##### ***Anaerobik Gram-pozitif bakteriler***

*Clostridium difficile*<sup>a</sup>

*Peptostreptococcus spp.*<sup>a</sup>

#### **Direnç gelişmesi problem olabilecek türler**

##### ***Aerobik Gram-pozitif bakteriler***

*Enterococcus faecium*

*Staphylococcus epidermidis*

*Staphylococcus haemolyticus*

*Staphylococcus hominis*

##### **Doğal olarak dirençli bakteriler**

Tüm Gram-negatif bakteriler

### ***Diğer bakteriler***

*Chlamydia spp.*

*Chlamydophila spp.*

*Legionella pneumophila*

*Mycoplasma spp.*

<sup>a</sup> Tablolar yayınlandığında güncel bir veri mevcut değildi. Ana literatür, standart hacimler ve tedavi önerileri duyarlılık farz etmektedir.

<sup>b</sup> Streptokok türleri heterojen grubu için ortak bir terim. Direnç oranı gerçek streptokok türüne bağlı olarak değişebilir.

## **5.2. Farmakokinetik özellikler**

### **Emilim:**

Teikoplanin parenteral yol ile (intravenöz veya intramüsküler olarak) uygulanır. İntramüsküler uygulama sonrası, teikoplanin biyoyararlanımı (intravenöz uygulamaya kıyasla) hemen hemen tamdır (%90). Altı gün boyunca 200 mg intramüsküler uygulamayı takiben, ortalama (SD) maksimum teikoplanin konsantrasyonu ( $C_{maks}$ ) 12,1 (0,9) mg/L'dir ve uygulamadan 2 saat sonra meydana gelir.

İntravenöz olarak her 12 saatte bir 3 ila 5 uygulama ile 6 mg/kg yükleme dozu sonrası,  $C_{maks}$  değerleri 60 ile 70 mg/L aralığındadır ve  $C_{min}$  genelde 10 mg/L'nin üzerindedir. İntravenöz olarak her 12 saatte bir 3 uygulama ile 12 mg/kg yükleme dozu sonrası, ortalama  $C_{maks}$  ve  $C_{min}$  değerleri sırasıyla 100 mg/L ve 20 mg/L'dir.

Günlük idame dozu olarak 6 mg/kg uygulaması sonrası,  $C_{maks}$  ve  $C_{min}$  değerleri sırasıyla yaklaşık 70 mg/L ve 15 mg/L'dir. Günlük idame dozu olarak 12 mg/kg uygulaması sonrası,  $C_{min}$  değerleri 18 mg/L ile 30 mg/L aralığındadır.

Teikoplanin oral yoldan uygulandığında gastrointestinal sistemden emilmez. Sağlıklı olgularda oral yoldan 250 veya 500 mg tek doz uygulandığında, serum veya idrarda teikoplanin saptanmamıştır ama sadece feçeste (uygulanan dozun % 45'i kadar) değişmemiş tıbbi ürün saptanmıştır.

### **Dağılım:**

Teikoplanin konsantrasyonlarının fonksiyonunda herhangi bir değişiklik olmaksızın insan serum proteinlerine %87,6 ila %90,8 aralığında bağlanır. Teikoplanin başlıca insan serum albümine bağlanır. Teikoplanin kırmızı hücrelerde dağılmaz.

Kararlı durum dağılım hacmi ( $V_{ss}$ ) 0,7 ila 1,4 L/kg arasında değişir. En yüksek  $V_{ss}$  değeri numune alma periyodunun 8 günden fazla olduğu son çalışmalarda gözlenmiştir.

Teikoplanin başlıca doku/serum oranları 1'den fazla olan akciğere, miyokardiyuma ve kemik dokularına dağılmaktadır. Blister sıvılarda, sinoviyal sıvı ve peritoneal sıvıda doku/serum oranları 0,5 ile 1 aralığındadır. Peritoneal sıvıdan teikoplanin eliminasyonu

serumdan eliminasyonu ile aynı hızdadır. Plevral sıvıda ve subkütan yağ dokusunda doku/serum oranları 0,2 ile 0,5 arasında olmaktadır. Teikoplanin serebrospinal sıvıya (CSF) kolayca penetre olmamaktadır.

#### Biyotransformasyon:

Plazma ve idrarda değişmemiş teikoplanin ana metabolit olarak saptanmıştır ki bu minimal metabolizmayı işaret etmektedir. Muhtemelen hidroksilasyon ile iki metabolit oluşmaktadır ve uygulanan dozun %2 ila 3'ünü temsil etmektedir.

#### Eliminasyon:

Değişmemiş teikoplanin başlıca üriner yol (16 günde %80) ile atılırken, uygulamayı takiben 8 gün içinde uygulanan dozun %2,7'si feçeste (safra salgısıyla) elde edilmektedir.

Kan numunesi alma süresinin 8 ile 35 gün olduğu son çalışmalarda, teikoplaninin eliminasyon yarılanma ömrü 100 ile 170 saat arasında değişmektedir.

Teikoplanin 10 ile 14 mL/sa/kg aralığında düşük toplam klirense sahiptir ve teikoplanin esas olarak renal mekanizmalarla atıldığına işaret eden 8 ile 12 mL/sa/kg'lık bir renal klirense sahiptir.

#### Doğrusallık/doğrusal olmayan durum:

Teikoplanin 2 ile 25 mg/kg doz aralığında doğrusal farmakokinetik göstermektedir.

#### Özel popülasyonlar:

**Böbrek yetmezliği:** Teikoplanin renal yolla atıldığından, böbrek yetmezliğinin derecesine göre teikoplanin eliminasyonu azalmaktadır. Teikoplanin toplam ve renal klirensleri kreatinin klirensine bağlıdır.

#### Yaşlı hastalarda:

Yaşlı hasta nüfusunda teikoplanin farmakokinetiği böbrek yetmezliği durumu yok ise değişmez.

#### Pediyatrik popülasyon:

Erişkinlerle kıyaslandığında, daha yüksek toplam klirens (neonatlar için 15,8 mL/sa/kg, ortalama 8 yaşındakiler için 14,8 mL/sa/kg) ve daha kısa eliminasyon yarılanma ömrü (neonatlar için 40 saat; 8 yaşındakiler için 58 saat) gözlenmiştir.

### **5.3. Klinik öncesi güvenlilik verileri**

Sıçanlara ve köpeklere, tekrarlanan parenteral uygulamayı takiben, böbrekte etkiler gözlenmiş ve bunların doza bağlı ve geri dönüşümlü olduğu gösterilmiştir. Ototoksositeye neden olabilecek potansiyeli araştırmak için kobaylarda yapılan çalışmalar, morfolojik hasarın olmaması durumunda koklelarda ve vestibüler fonksiyonda hafif bir bozukluğun mümkün olabileceğine işaret etmektedir.

Teikoplaninin sıçanlarda 40 mg/kg/gün'e kadar subkutan uygulaması erkek ve dişi

fertilitesini etkilememiştir. Embriyofötal gelişim çalışmalarında, sıçanlarda 200 mg/kg/gün'e kadar subkutan uygulamayı ve tavşanlarda 15 mg/kg/gün'e kadar intramüsküler uygulamayı takiben malformasyon gözlenmemiştir. Bununla birlikte, sıçanlarda 100 mg/kg/gün ve üzeri dozlarda düşük insidansında ve 200 mg/kg/gün dozunda neonatal mortalite insidansında artış olmuştur. Bu etki 50 mg/kg/gün dozunda raporlanmamıştır. Sıçanlarda bir perinatal ve postnatal çalışma, 40 mg/kg/gün'e kadar subkutan uygulamayı takiben, F1 jenerasyonunun fertilitesinde veya F2 jenerasyonunun hayatta kalması ve gelişiminde etki göstermemiştir. Teikoplanin antijenisiteye (farelerde, kobaylarda veya tavşanlarda), genotoksisiteye veya lokal tahrişe sebep olacak bir potansiyel göstermemiştir.

## **6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER**

### **6.1. Yardımcı maddelerin listesi**

Flakon içeriği;  
Sodyum klorür

Çözücü ampul içeriği;  
Steril enjeksiyonluk su

### **6.2. Geçimsizlikler**

Teikoplanin ve aminoglikozidler doğrudan karıştırıldığında geçimsizdir, injeksiyondan önce karıştırılmamalıdır.

Teikoplanin diğer antibiyotiklerle kombine tedavi olarak uygulanacaksa, ilaç ayrı uygulanmalıdır.

Bu tıbbi ürün bölüm 6.6'da belirtilenler hariç diğer tıbbi ürünlerle karıştırılmamalıdır.

### **6.3. Raf ömrü**

36 ay

Rekonstitüsyondan sonraki saklama şartları ve süresi: Sulandırılmış çözeltinin kimyasal ve fiziksel kullanım stabilitesi 2-8 °C arasında buzdolabında 24 saat süre için kanıtlanmıştır.

Mikrobiyolojik açıdan, hazırlanan tıbbi ürün hemen kullanılmalıdır. Hemen kullanılmaması durumunda, kullanımdan önceki koşullar ve kullanımdaki saklama süreleri kullanıcının sorumluluğundadır ve sulandırma kontrollü ve valide edilmiş aseptik şartlar altında gerçekleştirilmemişse bekletme süresi 2-8 °C arasında 24 saatten uzun süre olmamalıdır.

### **6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler**

25°C altındaki oda sıcaklığında ve orijinal ambalajında saklayınız.

### **6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği**

Her bir ambalajda bir adet flakon ve 1 adet 3 ml steril enjeksiyonluk su içeren ampul vardır.

Flakon: Ağzı renkli flip-off kapak ve kauçuk tıpa üzerine metal kapaşon ile kapatılmış renksiz Tip I cam flakon

Ampul: Renksiz, Tip 1 cam ampul

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

Bu ilaç yalnızca tek kullanımlıktır.

#### **Sulandırılmış çözeltinin hazırlanması:**

1. Bir enjektör ile ampulün içindeki suyun tamamını çekiniz.
2. Flakonun renkli plastik kapağını yukarıya doğru hafifçe iterek çıkarınız.
3. Steril suyun tamamını YAVAŞÇA flakonun içine yanından aşağıya enjekte ediniz.
4. İçindeki toz tamamen çözününceye kadar flakonu iki elinizin arasında hafifçe döndürünüz; köpük oluşumunu engellemek için dikkatli davranınız. **TÜM TOZUN, HATTA KAPAK LASTİĞİNİN ÇEVRESİNDE OLANLARIN DAHİ TAMAMEN ÇÖZÜNDÜĞÜNDEN EMİN OLUNMALIDIR.**

Bu çözeltiyi sallamak, beklenen hacmin alınmasını güçleştirecek biçimde köpük oluşumuna yol açacaktır. Bununla birlikte, TEKOSİT tam olarak çözünmüşse, köpük çözeltinin konsantrasyonunu değiştirmez ve 1,5 ml için 100 mg'lık ya da 3 ml için 200 mg (200 mg'lık flakon) veya 3 ml için 400 mg'lık (400 mg'lık flakon) konsantrasyon elde edilir. Eğer çözeltide köpük oluşursa, 15 dakika beklemek gereklidir.

5. İğneyi kapak lastiğinin tam ortasına yerleştirerek ve TEKOSİT çözeltinin çoğunu almaya çalışarak çözeltiyi flakondan yavaşça çekiniz.

6. Dikkatle hazırlanmış bir çözeltinin konsantrasyonu, 1,5 ml'de 100 mg (200 mg'lık flakon), 3 ml'de 200 mg (200 mg'lık flakon) ve 3 ml'de 400 mg (400 mg'lık flakon) olacaktır. Çözeltinin doğru olarak hazırlanması ve enjektöre dikkatle çekilmesi önemlidir. Dikkatlice uygulanmayan preparatlar, tam dozdan daha az uygulanmasına yol açabilir.

7. Nihai çözelti, pH'ı 7,2 – 7,8 arasında olan izotonik bir çözeltidir. Yalnızca berrak ve sarımsı renkte olan çözeltileri kullanınız.

8. Sulandırılmış çözelti ya direkt olarak ya da aşağıdakilerle seyreltilerek enjekte edilebilir:

- %0,9'luk sodyum klorür enjeksiyonu
- Sodyum laktat bileşik enjeksiyonu (Ringer Laktat, Hartmanns)
- %5 Dekstroz enjeksiyonu
- %0,18 sodyum klorür ve %4 Dekstroz enjeksiyonu

- %1,36 ya da %0,86 dekstroz içeren peritoneal diyaliz çözeltileri

TEKOSİT ve aminoglikozid çözeltileri doğrudan karıştırıldığında geçimli değildir, enjeksiyondan önce karıştırılmamalıdır.

9. Enjeksiyonluk su ile çözünen flakon içeriğinin kimyasal ve fiziksel kullanım stabilitesi 2-8°C'de buzdolabında 24 saat süre için kanıtlanmıştır. Bu çözelti dondurulmamalıdır. Mikrobiyolojik açıdan, hazırlanan tıbbi ürün hemen kullanılmalıdır. Hemen kullanılmaması durumunda, kullanımdan önceki bekletme süreleri ve koşulları kullanıcının sorumluluğundadır ve sulandırma kontrollü ve valide edilmiş aseptik şartlar altında gerçekleştirilmemişse bekletme süresi 2-8 °C arasında 24 saatten uzun süre olmamalıdır.

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**

Koçak Farma İlaç ve Kimya Sanayi A.Ş.  
Mahmutbey Mah. 2477. Sok. No:23  
Bağcılar / İSTANBUL

#### **8. RUHSAT NUMARASI**

213/75

#### **9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ**

İlk ruhsat tarihi: 12.12.2007

Ruhsat yenileme tarihi:

#### **10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ**