

## KISA ÜRÜN BİLGİSİ

### 1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

XATRAL XL 10 mg denetimli salım tableti

### 2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

#### Etkin madde:

Bir denetimli salım tableti, 10 mg alfuzosin hidroklorür içerir.

#### Yardımcı madde:

Mannitol 10 mg

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

### 3. FARMASÖTİK FORM

Denetimli salım tableti

Yuvarlak, bikonveks, üç katlı tablet; iki sarı tabaka arasında beyaz tabaka yer almaktadır.

### 4. KLİNİK ÖZELLİKLER

#### 4.1. Terapötik endikasyonlar

Alfuzosin benign prostat hiperplazisindeki (BPH) fonksiyonel semptomların tedavisinde ve BPH'ne bağlı gelişen akut üriner retansiyonda(AÜR) endikedir.

#### 4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

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

Yetişkin erkeklerde kullanılır.

BPH: Her gün 1 tablet alınır.

BPH'a bağlı AÜR: Kateterizasyonun ilk gününden itibaren, her gün 1 tablet alınır. Akut üriner retansiyonun yinelemesi ya da hastalığın ilerlemesi söz konusu olmadıkça, kateter çıkarıldıktan sonra da tedaviye devam edilir.

##### Uygulama şekli:

Tabletler bütün olarak yutulmalıdır.

BPH: Akşam yemeğinden sonra 1 tablet uygulanır. BPH'a

bağlı AÜR: Yemekten sonra 1 tablet uygulanır.

##### Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

###### Böbrek yetmezliği:

Farmakokinetik ve klinik güvenilirlik verileri esas alındığında, yaşlılar ve böbrek yetmezliği olan hastalar (kreatinin klirensi  $\geq 30$  ml/dak) mutad dozla tedavi edilebilir. Yeterli klinik güvenilirlik verileri olmadığından, XATRAL XL şiddetli böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalara (kreatinin klirensi  $< 30$  ml/dak, bkz. 4.3 ) verilmemelidir.

###### Karaciğer yetmezliği:

XATRAL XL karaciğer yetmezliğinde (Child-Pugh C) kontrendikedir (bkz. 4.3).

**Pediyatrik popülasyon:**

XATRAL XL'in etkinliği 2-16 yaş arası çocuklarda kanıtlanmamıştır.

Bu nedenle XATRAL XL pediyatrik popülasyonda kullanım için endike değildir (bkz. 5.3).

**Geriatrik popülasyon:**

Bakınız "Böbrek yetmezliği".

**4.3. Kontrendikasyonlar****Aşağıdaki durumlarda kullanılmamalıdır:**

- Alfuzosine veya bileşimindeki diğer maddelerden birine karşı aşırı duyarlılık
- Ortostatik hipotansiyonla seyreden durumlar
- Karaciğer yetmezliği (Child-Pugh C)
- Diğer alfa1-blokörlerle kombinasyon
- Ciddi böbrek yetmezliği (kreatinin klirensi < 30 ml/dak.)
- İntestinal oklüzyon (hidrojene hint yağı içermesi nedeniyle)

**4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri**

Tüm alfa1-blokörlerle olduğu gibi, bazı hastalarda, özellikle antihipertansif ilaç kullanmakta olan hastalarda, alfuzosin alınmasını izleyen bir kaç saat içinde semptomlarla (sersemlik hissi, halsizlik, terleme) birlikte ya da semptomsuz postural hipotansiyon gelişebilir. Bu durumda, hasta semptomlar kayboluncaya kadar uzanıp yatmalıdır. Bu etkiler genellikle geçicidir, tedavi başlangıcında ortaya çıkar ve tedaviye devam edilmesini genellikle engellemez. Pazarlama sonrası deneyiminde, altta yatan kalp hastalığı ve/veya antihipertansif ilaçlarla eř zamanlı tedavi gibi daha önceden mevcut risk faktörleri olan hastalarda, kan basıncında belirgin düşüşler bildirilmiştir. Hastalar bu tür durumların ortaya çıkabileceği konusunda uyarılmalıdır.

Semptomatik ortostatik hipotansiyonu olan veya antihipertansif ilaçlar ya da nitratlarla tedavi gören hastalara XATRAL XL verilirken dikkatli olunmalıdır (bkz. bölüm 4.5).

Başka bir alfa1-bloköre belirgin hipotansif yanıt vermiş olan hastalara alfuzosin uygulanırken dikkatli olunmalıdır.

Koroner kalp hastalarında, koroner yetmezliğine özgü tedaviye devam edilmelidir. Angina pectoris tekrarlar ya da kötüleşirse, alfuzosin tedavisi durdurulmalıdır.

Bütün alfa1-blokörlerde olduğu gibi, akut kalp yetersizliği bulunan hastalarda alfuzosin dikkatle kullanılmalıdır.

Bazı alfa-1 blokerler (örn. tamsulosin) ile tedavi edilmekte olan veya daha önce tedavi edilmiş hastalarda katarakt cerrahisi esnasında İntraoperatif Gevşek İris Sendromu (IFIS, küçük pupil sendromunun bir türü) gözlenmiştir.

Alfuzosin ile bu olay riskinin çok düşük olduğu düşünölmekle birlikte, IFIS girişim komplikasyonlarında artışa yol açabileceğinden, oftalmik cerrahlar katarakt cerrahisinden önce alfa1 blokerlerinin devam etmekte olan ya da geçmişte kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir.

Oftalmologlar kullandıkları cerrahi tekniklerinde olası değişikliklere hazırlıklı olmalıdırlar.

Uzun QT sendromu/ Torsades de Pointes'e neden olabilir. Bu nedenle tanısı konmuş veya

şüpheli konjenital uzamış QT sendromu veya Torsades de Pointes hastalarında kullanılmamalıdır.

Hastalar tabletin bütün olarak yutulması gerektiği konusunda uyarılmalıdır. İlacın ısırma, parçalara bölme, çiğneme, ezme, toz haline getirme gibi herhangi bir başka yöntemle uygulanması engellenmelidir. Bu yöntemler ilacın uygunsuz salımına ve emilimine, bu yüzden de olası erken advers reaksiyonlara yol açabilir.

Hidrojene hint yağı mide bulantısına ve ishale sebep olabilir. Sarı demir oksit (E172) alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Mannitolün hafif derecede laksatif etkisi olabilir.

#### **4.5. Diğer tıbbi ürünlerle etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri**

Sağlıklı gönüllülerle yapılan çalışmalarda, alfuzosinle şu ilaçlar arasında hiçbir farmakodinamik ya da farmakokinetik etkileşim gözlenmemiştir: varfarin, digoksin, hidroklorotiyazid ve atenolol.

Alfuzosinle tedavi edilen bir hastaya genel anestezi uygulanması, kan basıncında kararsızlığa yol açabilir.

Kontrendike olan kombinasyonlar:

Alfa1-reseptör blokörleri (bkz. Bölüm 4.3)

Dikkat edilmesi gereken kombinasyonlar:

- Antihipertansif ilaçlar (bkz. Bölüm 4.4).
- Nitratlar
- Alfuzosinin kan düzeyleri yükseldiğinden, ketokonazol, itrakonazol ve ritonavir gibi potent CYP3A4 inhibitörleri

#### **4. 6. Gebelik ve laktasyon**

XATRAL XL kadınlarda endike olmadığından bu bölüm uygulanabilir değildir.

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

Azalmış reaksiyon yeteneğine dair hiçbir veri yoktur. Vertigo, sersemlik hissi ve asteni gibi advers reaksiyonlar esas itibarıyla tedavinin başlangıcında görülebilir. Araç ve makina kullanırken bu durum dikkate alınmalıdır.

#### **4.8. İstenmeyen etkiler**

Advers ilaç reaksiyonları aşağıdaki sıklık derecesine göre belirtilmiştir:

Çok yaygın ( $\geq 1/10$ ); yaygın ( $\geq 1/100$  ila  $< 1/10$ ); yaygın olmayan ( $\geq 1/1000$  ila  $< 1/100$ ); seyrek ( $\geq 1/10000$  ila  $< 1/1000$ ); çok seyrek ( $< 1/10.000$ ); bilinmiyor (sıklık eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

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

Bilinmiyor: Trombositopeni, nötropeni

#### **Sinir sistemi hastalıkları**

Yaygın: Uyuşukluk/sersemlik hissi, baş ağrısı

Yaygın olmayan: Vertigo, baş dönmesi

## **Göz hastalıkları**

Bilinmiyor: İntraoperatif gevşek iris sendromu (bkz. bölüm 4.4)

## **Kardiyak hastalıklar**

Yaygın olmayan: Senkop (özellikle yüksek dozlarda ve kısa bir aradan sonra tedaviye yeniden başlandığında), postural hipotansiyon (özellikle yüksek dozlarda ve kısa bir aradan sonra tedaviye yeniden başlandığında), taşikardi

Çok seyrek: Daha önceden koroner arter hastalığı bulunan hastalarda angina pectoris (bkz. bölüm 4.4).

Bilinmiyor: Atriyal fibrilasyon

## **Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar**

Yaygın olmayan: Rinit

## **Gastrointestinal hastalıklar**

Yaygın: Karın ağrısı, bulantı, dispepsi

Yaygın olmayan: Diyare, ağız kuruluğu

Bilinmiyor: Kusma

## **Hepatobilyer hastalıklar**

Bilinmiyor: Hepatoselüler hasar, kolestatik karaciğer hastalığı

## **Deri ve derialtı dokusu hastalıkları**

Yaygın olmayan: Döküntü (egzantem), kaşıntı

Çok seyrek: Ürtiker, anjiyoödem

## **Üreme sistemi ve meme hastalıkları**

Bilinmiyor: Priapizm

## **Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıkları**

Yaygın: Asteni

Yaygın olmayan: Ödem, göğüs ağrısı, sıcak basması

## **4.9. Doz aşımı ve tedavisi**

Doz aşımı halinde, hasta hastaneye yatırılmalı, sırtüstü yatar vaziyette tutulmalı, hipotansiyona yönelik konvansiyonel tedavi uygulanmalıdır.

Uygun antidot, doğrudan vasküler kas lifleri üzerinde etki yapan bir vazokonstriktördür. Yüksek oranda plazma proteinlerine bağlandığından alfuzosinin diyalizi zordur. Gastrik lavajın (mümkünse) ardından aktif kömür uygulanmalıdır.

## **5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER**

### **5.1. Farmakodinamik özellikler**

Farmakoterapötik grubu: Benign prostat hipertrofinde kullanılan ilaçlar

ATC sınıflandırması: G04C A01

Bir rasemat olan alfuzosin, post-sinaptik alfa-1-reseptörlerini seçici olarak bloke eden oral bir kinazolin türevidir. *In vitro* çalışmalar, bu maddenin mesane boynu, üretra ve prostatta yer alan alfa-1 reseptörler üzerindeki seçiciliğini doğrulamıştır.

Selim prostat hiperplazisinin (SPH) klinik semptomları, sadece prostatın boyutuyla değil, aynı zamanda post sinaptik alfa reseptörlerini uyararak alt üriner sistemdeki düz kasların gerilimini artıran semptomimetik sinir uyarılarıyla ilgilidir. Alfuzosinle tedavi sırasında, düz kaslar gevşer ve böylece idrar akımında iyileşme sağlanır.

Alfuzosinin ürolojektif olma özelliği, yaşlı ve hipertansif erkekler dahil olmak üzere, alfuzosinle tedavi edilen erkeklerdeki klinik etkililik ve iyi güvenlilik profili ile kanıtlanmıştır.

Alfuzosin, erkeklerde üretra tonusunu ve mesane çıkış direncini azaltarak boşaltımı iyileştirir ve mesanenin boşaltılmasını kolaylaştırır.

SPH'li hastalarda yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda, alfuzosin:

- Doruk akış hızı ( $Q_{maks}$ ) < 15 ml/saniye olan hastalarda, idrar akış hızını ortalama % 30 oranında anlamlı derecede artırmıştır. Bu düzelleme ilk dozdan itibaren gözlenir., -
- Detrüsör basıncı anlamlı derecede azaltmış ve hacmi artırarak güçlü bir boşaltım isteği yaratmıştır.
- Rezidüel idrar hacmini anlamlı derecede azaltmıştır.

Doruk akış hızı üzerindeki etkinlik, ilacın alımını takiben 24 saat içinde ortaya çıkar.

Bu ürodinamik etkiler, alt üriner sistem semptomlarının, yani açıkça gösterilmiş olan dolun (irritatif) semptomlarıyla boşaltım (tıkayıcı) semptomlarında iyileşme sağlar.

Alfuzosinle tedavi edilen hastalarda, tedavi edilmeyenlerden daha düşük sıklıkta akut üriner retansiyon (AÜR) gözlenmiştir. Ayrıca, alfuzosin BPH'ne bağlı ilk AÜR atağını geçiren erkeklerde, kateter çıkarıldıktan sonra, kendiliğinden boşaltımın başarı oranını anlamlı derecede artırmıştır ve AÜR yinelenmesine bağlı cerrahi ihtiyacını, plaseboya kıyasla, 3 ila 6 aya kadar azaltmıştır.

#### Pediyatrik popülasyon

XATRAL XL pediyatrik popülasyonda endike değildir.

Alfuzosin hidroklorür 2 yaşın altındaki hastalarda çalışılmamıştır.

Alfuzosin hidroklorürün etkinliği; nörolojik kökenli detrusor yüksek kaçırma noktası basıncına sahip (LPP $\geq$ 40 cm H<sub>2</sub>O), 16 ile 2 yaş grupları arasındaki 197 hastada yapılan iki çalışmada kanıtlanmamıştır. Hastalar uyarlanmış pediyatrik formülasyonlarla günde 0.1 mg/kg ya da 0.2 mg/kg alfuzosin hidroklorür ile tedavi edilmişlerdir.

Randomize, çift kör, plasebo kontrollü, 12 haftalık etkinlik ve güvenlik çalışmasında, 172 hastada, alfuzosin grupları ve plasebo arasında, detrusor LPPsi < 40 cm H<sub>2</sub>O olan, hastaların oranında istatistiki açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir.

Açık etiketli, karşılaştırmazsız eksploratuvar, 12 haftalık çalışmada, 25 nörolojik kökenli yüksek LPP ile ilişkili hidronefroz hastası günde 0.2 mg/kg alfuzosin hidroklorür ile tedavi görmüştür. Bu çalışmadan etkinlikle ilgili sonuç alınmamıştır.

2 ayrı çalışmada, alfuzosin ile tedavi süresince en sık görülen yan etkiler: Sistit, (üst) solunum yolları enfeksiyonları, nazofarenjit, farenjit. Plaseboya kıyasla alfuzosin gruplarında sık görülen yan etkiler ( $\geq 2$ ) ise yüksek ateş, başağrısı, epistaksis ve diyaredir.

Açık etiketli çalışma dahil, 12 aylık çalışma periyodunun tamamı için bildirilen yan etkiler, 12 haftalık süreçte gözlemlenen yan etkilerle benzer tipte ve sıklıktadır.

## 5.2. Farmakokinetik özellikler

### Alfuzosin:

Emilim: Hızlı salım formülasyonu (2.5 mg) olarak uygulandığında, mutlak biyoyararlanımı %64'dür. Alfuzosin, terapötik doz aralığında doğrusal bir kinetik sergiler.

Dağılım: Alfuzosin hidroklorür yaklaşık % 90 oranında plazma proteinlerine bağlanır.

Biyotransformasyon: Karaciğerde yaygın olarak metabolize edilir. Metabolitlerin hiçbirinin herhangi bir farmakolojik etkinliği yoktur.

Eliminasyon: Alfuzosin metabolizma, böbreklerden atılım ve muhtemelen safrayla da atılım ile elimine edilir. Karaciğerde yaygın olarak metabolize edildikten sonra, metabolitlerin çoğunluğu feçeste bulunur (%75 ila %91).

Hastalardaki karakteristik özellikler: Şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda, eliminasyon yarı ömrü uzar. Doruk plazma konsantrasyonu ( $C_{maks}$ )nda iki kat ve Eğrinin Altında Kalan Alan (EAA)da üç katlık bir artış gözlenir. Biyoyararlanım sağlıklı gönüllülerde görülene kıyasla artar.

Farmakokinetik/Farmakodinamik ilişkiler: CYP3A4, alfuzosin metabolizmasına dahil olan başlıca hepatik enzim sistemidir. Ketokonazol, CYP3A4'ün yüksek potensli bir inhibitörüdür. Yedi gün süreyle, günde 200 mg dozda uygulanan ketokonazol, tokluk şartlarında günde tek doz uygulanan alfuzosin 10 mg XL'in  $C_{maks}$  değerinde 2.11 kat,  $EAA_{son}$  değerinde ise 2.46 kat artışa neden olmuştur.  $t_{maks}$  ve  $t_{1/2Z}$  gibi diğer değerler ise değişmemiştir.

Sekiz gün süreyle, günde 400 mg dozunda uygulanan ketokonazol ise, alfuzosinin  $C_{maks}$  değerini 2.3 kat,  $EAA_{son}$  ve EAA değerlerini ise, sırasıyla 3.2 ve 3.0 kat artırmıştır.

### **10 mg denetimli salım tabletleri:**

Emilim: Orta yaşlı sağlıklı gönüllülerde, hızlı salım formülasyonuna (günde üç kere 2.5 mg) kıyasla bağıl biyoyararlanımın ortalama değeri %104.4'dür. Doruk plazma konsantrasyonuna uygulamadan 9 saat sonra ulaşılırken, hızlı salım formülasyonu ile 1 saatte ulaşılır.

Çalışmalar, ürün yemekten sonra alındığında tutarlı farmakokinetik profillerin elde edildiğini göstermiştir.

Tokluk şartlarında, ortalama  $C_{maks}$  ve  $C_{vadi}$  değerleri, sırasıyla 13.6 (SS=5.6) ve 3.2 (SS=1.6) ng/ml'dir. Ortalama  $EAA_{0-24}$  ise 194 (SS=75) ng · h/ml'dir.

Dağılım: Bakınız "alfuzosin"

Biyotransformasyon: Bakınız "alfuzosin"

Eliminasyon: Sanal eliminasyon yarı ömrü 9.1 saattir.

Hastalardaki karakteristik özellikler: Orta yaşlı sağlıklı gönüllülerle kıyaslandığında, yaşlı hastalardaki farmakokinetik parametrelerde ( $C_{maks}$  ve EAA) artış görülmez.

Böbrek fonksiyonu normal olan kişilerle kıyaslandığında, böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda sanal eliminasyon yarı ömründe herhangi bir değişim olmaksızın, ortalama  $C_{maks}$  ve EAA değerlerinde orta düzeyde artış ortaya çıkar. Farmakokinetik profildeki bu değişimin kreatinin klerensi  $> 30$  ml/dak olan hastalar için klinik bir öneme sahip olmadığı kabul edilmektedir.

Farmakokinetik/Farmakodinamik ilişkiler: Bakınız “alfuzosin”

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

Preklinik veriler, insanlara özgü hiçbir tehlike ortaya koymamaktadır.

## **6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER**

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

Hipromelloz

Hidrojene hint yağı

Etil selüloz 20

Sarı demir oksit (E172)

Kolloidal hidrate silika

Magnezyum stearat Mannitol

Povidon

Mikrokristalize selüloz

### **6.2. Geçimsizlikler**

Bilinen bir geçimsizliği yoktur.

### **6.3. Raf ömrü**

36 ay

### **6.4. Saklamaya yönelik özel uyarılar**

Oda sıcaklığında ( $25^{\circ}\text{C}$ 'nin altında) saklayınız.

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

Kutuda, PVC/Al blister içerisinde 30 tablet

### **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**

Sanofi-aventis İlaçları Ltd. Şti.

No.: 193 Levent-İSTANBUL

## **8. RUHSAT NUMARASI**

122/22

**9. İLK RUHSAT TARİHİ/ RUHSAT YENİLEME TARİHİ**  
27.03.2007

**10. KÜB'ün YENİLENME TARİHİ**