

Fiyat ve Detaylar: <https://www.ilacprospektusu.com/ilac/55/inhibace-5-mg-28-tablet>

ATC Kodu: <https://www.ilacprospektusu.com/ara/ilac/atc/C09AA08>

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

İNHİBACE 5 mg film kaplı tablet

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Silazapril 5 mg

Yardımcı maddeler:

Laktoz 248.780 mg

Diğer yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Film kaplı tablet

Bir tarafında çentik, diğer tarafında DEVA5 yazısı bulunan kırmızımsı kahverengi renkli oval, bikonveks film kaplı tabletler.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonları

İNHİBACE, esansiyel hipertansiyonun tüm evrelerinde ve renal hipertansiyonun tedavisinde endikedir. İNHİBACE ayrıca, kronik kalp yetmezliği tedavisinde, dijital ve/veya diüretiklerle birlikte endikedir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Doktor tarafından başka şekilde tavsiye edilmediği takdirde;

Standart doz

İNHİBACE günde bir kez verilmelidir. Yemek yemenin emilim üzerine klinik olarak anlamlı bir etkisi olmadığı için, İNHİBACE yemekten önce veya sonra verilebilir. Doz daima günün yaklaşık aynı saatinde alınmalıdır.

Özel doz talimatları

Esansiyel hipertansiyon

Önerilen başlangıç dozu günde bir kez 1-1.25 mg'dır. Kan basıncı değerlendirilmeli ve doz kan basıncı yanıtına göre bireysel olarak ayarlanmalıdır. İNHİBACE'in normal dozu günde bir kez 2.5 ile 5 mg arasındadır. Günde 5 mg İNHİBACE ile yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamazsa;

potasyum tutucu olmayan bir diüretiğın düşük dozu ile birlikte verilerek antihipertansif etki artırılabilir.

Renovasküler hipertansiyon

Bu hasta grubunda, esansiyel hipertansiyon vakalarına göre ACE inhibitörlerine yanıt olarak daha belirgin kan basıncı düşüşleri ile karşılaşılabileninden, tedaviye günde bir kez 0.5 mg ya da daha az İNHİBACE ile başlanmalıdır. İdame dozu bireysel olarak belirlenmelidir.

Diüretik kullanan hipertansif hastalar

Semptomatik hipotansiyon olasılığını azaltmak için, İNHİBACE tedavisine başlamadan 2-3 gün önce diüretik kesilmelidir. Daha sonra gerek duyulursa diüretik tedavisine devam edilebilir. Bu hastalarda önerilen başlangıç dozu günde bir kez 0.5 mg'dır.

Kronik kalp yetmezliğı

Kronik kalp yetmezliğı hastalarında, İNHİBACE dijital ve/veya diüretiklerle birlikte kullanılabilir. İNHİBACE tedavisine, hasta yakından takip edilerek, günde 0.5 mg ile başlanması önerilmektedir. Tolerans ve klinik tablo göz önünde bulundurularak bu doz, günlük minimum idame dozu olan 1 mg'a yükseltilmelidir. Hastanın yanıtı, klinik durumu ve toleransı göz önünde bulundurularak idame dozu, 1 mg-2.5 mg arasında düzenlenir. Normal koşullarda en yüksek günlük doz, bir kerede verilen 5 mg'dır. Klinik araştırma sonuçları, kronik kalp yetmezliğı vakalarındaki silazaprilat klirensi ile kreatinin klirensi arasında korelasyon olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla, kronik kalp yetmezliğı ve böbrek fonksiyon bozukluğu vakalarında "Böbrek yetmezliğı" başliğı adı altında belirtilen özel doz önerilerine uyulması gerekir.

Uygulama şekli:

İNHİBACE oral yolla, aç veya tok karnına bir bardak su ile alınır.

Özel popölasyona ilişkin ek bilgiler:

Böbrek yetmezliğı:

Böbrek fonksiyonlarında bozukluk olan hastalarda, kreatinin klirensi göz önünde bulundurularak daha düşük dozların kullanılması gerekebilmektedir (Bkz. Bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

Aşağıdaki doz şeması önerilmektedir:

Kreatinin klirensi	İNHİBACE başlangıç dozu	En yüksek İNHİBACE dozu
40 mL/dk'nın üzerinde	günde bir kez 1 mg	günde bir kez 5 mg
10-40 mL /dk	günde bir kez 0.5 mg	günde bir kez 2.5 mg
10 mL /dk'nın altında	önerilmez	

Karaciğer yetmezliği:

Karaciğer sirozu

Nadir durumlarda, karaciğer sirozu vakalarında silazapril kullanımına gerek duyulabilir. Belirgin hipotansiyon oluşabileceğinden, tedaviye 0.5 mg ya da daha düşük dozlar ile başlanmalı ve dikkatli olunmalıdır.

Hipertansiyonu olan yaşlılarda: İNHİBACE tedavisi günde bir kez 0.5-1.0 mg'lık bir dozla başlatılmalıdır. Daha sonra, İNHİBACE'in idame dozu bireysel tolerabilite ve yanıtla, klinik duruma göre ayarlanmalıdır.

Pediyatrik popülasyon: Çocuklardaki etkinlik ve güvenirliliği bilinmediğinden, silazaprilin çocuklarda kullanımı önerilmemektedir.

Geriyatrik popülasyon: Yüksek dozda diüretik kullanmakta olan yaşlı kronik kalp yetmezliği vakalarında, önerilen 0.5 mg'lık İNHİBACE başlangıç dozuna kesinlikle uyulmalıdır.

4.3. Kontrendikasyonlar

İNHİBACE, silazapril maddesine, ilacın içerdiği diğer yardımcı maddelerden herhangi birine veya diğer ACE inhibitörlerine aşırı duyarlı olan hastalarda kontrendikedir.

Diğer ACE inhibitörleri gibi İNHİBACE de, herediter veya idiyopatik anjiyoödem hikayesi olanlarda ve önceden ACE inhibitörleri ile tedaviye bağlı anjiyoödem hikayesi olanlarda kontrendikedir.

İNHİBACE, diğer ACE inhibitörlerinde olduğu gibi, gebelikte ve laktasyon sırasında kontrendikedir (Bkz. Bölüm 4.6 Gebelik ve laktasyon).

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

İNHİBACE, diğer ACE inhibitörlerinde olduğu gibi, aort stenozu ve diğer darlık-tıkanma patolojileri olan vakalarda dikkatli kullanılmalıdır. Yüksek doz diüretik kullanmakta olan yaşlı kronik kalp yetmezliği vakalarında, önerilen 0.5 mg'lık İNHİBACE başlangıç dozuna kesinlikle uyulmalıdır.

Semptomatik hipotansiyon: Bazı durumlarda; özellikle kusma, ishal, daha önceki diüretik

tedavisi, düşük sodyumlu diyet ve diyaliz gibi; önemli miktarda sodyum ve su kaybının söz konusu olduğu vakalarda, ACE inhibitörü tedavisine bağı semptomatik hipotansiyon bildirilmiştir. Akut hipotansiyon, hastayı sırtüstü yatırarak ve gerektiğinde serum fizyolojik ve benzeri replasman sıvıları verilerek tedavi edilmelidir. Sıvı replasmanı sonrasında İNHİBACE tedavisine devam edilebilir. Fakat eğer semptomlar devam ederse; doz azaltılmalı ya da ilaç kesilmelidir. Kronik kalp yetmezliği hastalarında, ACE inhibitörlerine yanıt olarak kanbasıncında belirgin düşüş olabilir. Fakat kronik kalp yetmezliği vakalarına 0.5 mg İNHİBACE verilerek yürütölen klinik çalışmalarda, ilk doz sonrasında semptomatik hipotansiyon ile karşılaşılmamıştır.

Hipotansiyonun miyokardial veya serebral iskemiye sebep olduğu hastalarda, anjina pectoris veya serabrovasküler hastalıkta benzer önlemler alınmalıdır.

Böbrek bozukluğu: Böbrek fonksiyon bozukluğu bulunan hastalarda, kreatinin klirensine bağı olarak daha düşük dozlara gereksinim duyulabilir (Bkz. Bölüm 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli/Özel popölasyona ilişkin ek bilgiler). Ciddi kalp yetmezliği veya tek ya da çift taraflı renal arter stenozlu hastalar gibi, renal fonksiyonu başlıca renin-anjiyotensin-aldosteron sistemine bağı olan hastalarda, İNHİBACE dahil ACE inhibitörleriyle tedavi, kan üre azotu ve/veya serum kreatinininde artışa neden olabilir. Bu değışiklikler İNHİBACE ve/veya diüretik tedavisinin kesilmesiyle genellikle düzelmesine rağmen; ciddi renal disfonksiyon vakaları ve nadiren akut böbrek yetmezliği bildirilmiştir. Bu hasta popölasyonunda böbrek fonksiyonları tedavinin ilk haftalarında izlenmelidir.

Renal arter stenozu olan hastalarda, renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonu eferent arteriyol konstrüksiyonu aracılığıyla renal perfüzyonun sağlanmasına yardımcı olur. Bu nedenle, anjiyotensin II oluşumunun blokajı, ayrıca bradikinin olası artışı eferent arteriyoller vazodilatasyona neden olur. Bu etkinin sonucunda glomerüler filtrasyon basıncında azalma meydana gelir. Hipotansiyon bunun ötesinde renal perfüzyona da katkı sağlamaktadır.

Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi üzerine etkili diğör ajanlarda olduğu gibi, silazapril tedavisi alan renal arter stenozlu hastalarda akut renal yetersizlik de dahil olmak üzere artan böbrek yetersizliği riski vardır. Tedavi sırasında bu hasta grubunda dikkatli olunmalıdır ve eğer böbrek yetmezliği gelişıyorsa silazapril tedavisi kesilmelidir.

Karaciğör yetmezliği: Ender olarak, ACE inhibitörleri kolestatik sarılık ile başlayan ve fulminan hepatik nekroza ve bazen de ölüme kadar ilerleyebilen bir sendrom ile ilişkili olmuştur. Bu sendromun mekanizması anlaşılamamıştır. ACE inhibitörleri kullanan ve sarılık gelişen veya karaciğör enzimlerinde anlamlı artışlar olan ve asidi olan hastalar, ACE inhibitörüne son vermeli ve uygun bir medikal izlemeye alınmalıdır.

Serum potasyumu: Özellikle böbrek yetmezliği vakalarında ve/veya birlikte uygulanan potasyum-tutucu diüretikler (özellikle aldosteron antagonistleri) veya potasyum yerine koyma tedavisi ile serum potasyum seviyesi artmaktadır. Dolayısıyla, bu tür ilaçlar da tedaviye eşlik edecekse, İNHİBACE'e başlandıktan sonra dozları azaltılmalı, serum potasyumu ve böbrek fonksiyonları dikkatle izlenmelidir (Bkz. Bölüm 4.5 Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri).

Cerrahi / anestezi: ACE inhibitörlerinin, tansiyon düşürücü etkisi olan anestezi ilaçlarla birlikte kullanılması arteriyel hipotansiyon oluşturabilir. Bu durum ortaya çıkarsa, intravenöz infüzyon ile volüm artırılması ile düzeltilebilir.

Hemodiyaliz/anafilaksi: İlgili mekanizma tam olarak tanımlanmasa da, silazapril dahil ACE inhibitörleri ile tedavi edilen hastalarda, poliakrilonitrit metalil sülfat yüksek akım membranı (örn.AN69) veya LDL aferezi ile hemodiyaliz veya hemofiltrasyonun hayatı tehdit eden şoku da kapsayan anafilaktik/anafilaktoid reaksiyonların provokasyonuna neden olacağına dair bulgular vardır. Bu nedenle; bu tip hastalarda yukarıda bahsedilen tipteki diyaliz membranlarından sakınmalıdır. ACE inhibitörleri kullanırken, arı zehiri için desensitizasyon tedavisi gören hastalarda da anafilaktik reaksiyonlar oluşabilir. Bu yüzden desensitizasyon tedavisine başlamadan önce silazaprile ara verilmelidir. Ayrıca, bu durumda silazaprilin yerine beta blokör kullanılmamalıdır.

Diyabet: Özellikle renal yetmezliği olan diyabetli hastalara ACE inhibitörü verilmesi oral hipoglisemik ilaç veya insülinin kan şekeri düşürücü etkisini potansiyalize edebilir.

Bu hastalarda kan-glukoz düzeyi izlenmelidir.

Nötropeni: Nötropeni ve agranülositoz, ACE inhibitörü kullanan, özellikle böbrek yetmezliği veya kollajen vasküler hastalığı olan ve immünosupresif tedavi gören hastalarda seyrek olarak görülür. Bu hastalarda periyodik olarak lökosit sayımı yapılması önerilir.

Aort stenozu / hipertrofik kardiyomiyopati: ACE inhibitörleri, obstruktif kardiyak hastalığı (örneğin mitral stenoz, aort stenoz, hipertrofik kardiyomiyopati) olanlarda dikkatli kullanılmalıdır çünkü kalp debisi sistemik vazodilatasyonu dengeleyecek kadar yükselmez ve bu sebepten şiddetli hipotansiyon riski vardır.

Laktoz intoleransı: Laktoz monohidrat içermesinden dolayı, kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktaz eksikliği veya glukoz-galaktoz malabsorbsiyonu bulunan hastalar bu ilacı kullanmamalıdır.

Etnik farklılık: Siyah ten rengine sahip hastalarda ACE inhibitörleri daha az etkilidir. Bu hastalar aynı zamanda anjioödem açısından da daha fazla risk taşırlar

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Lityum

Lityum ve ACE inhibitörlerinin eş zamanlı kullanımı sonucunda serum lityum konsantrasyonlarında reversibl bir yükselme ve toksisite rapor edilmiştir. Tiazid diüretikleri ile lityumun eş zamanlı kullanılması da lityum toksisitesini artırabileceği gibi ACE inhibitörleriyle birlikte kullanılması sonucu artmış olan lityum toksisite riskini de yükseltir.

Silazapril ile lityumun eşzamanlı kullanılması önerilmemekle beraber, birlikte kullanımın zorunlu olduğu durumlarda dikkatli kullanılmalı ve serum lityum düzeyi düzenli olarak gözlenmelidir.

Diğer antihipertansif ajanlar

İNHİBACE kan basıncını düşüren diğer ilaçlarla birlikte uygulandığında, aditif bir etki gözlemlenebilir.

Potasyum tutucu diüretikler, Potasyum takviyesi ve/veya Potasyum içeren tuzlar

Serum potasyum değerleri genellikle normal limitler içerisinde seyretmesine karşın bazı hastalarda silazapril kullanımına bağlı olarak hiperkalemi görülebilir. İNHİBACE ile birlikte kullanılan potasyum tutucu diüretikler (örneğin; spironolakton, triamteren veya amilorid) ve potasyum ilaveleri, özellikle böbrek yetmezliği vakalarında serum potasyumunu artırabilmektedir (Bkz. Bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri ve Bölüm 5 Farmakolojik Özellikler). Bu sebeple, yukarıda sözü edilen ilaçlar ile silazaprilin eş zamanlı kullanılması önerilmez (bkz. Bölüm 4.4) Ancak, bu ilaçlar hipokalemi tedavisi için kombine uygulanacakları zaman, dikkatli kullanılmalı ve serum potasyum düzeyinin sık aralıklarla izlenmesi gerekmektedir

Diüretikler (Tiazid ve/veya loop diüretikleri)

Önceki yüksek doz diüretik tedavisi ile sıvı kaybı görülebilir ve silazapril tedavisine başlanması, hipotansiyon riski oluşturabilir (bkz. Bölüm 4.4) Hipotansiyon riski, tuz alınınının artması ve hacmin artırılması suretiyle diüretik kullanımının kesilmesi veya clizapril tedavisine düşük dozla başlanması ile azaltılabilir. İNHİBACE ve furosemid veya tiazidler arasında anlamlı herhangi bir farmakokinetik ilaç etkileşmesi bildirilmemiştir.

Trisiklik antidepresanlar / Antipsikotikler / Aneztezidler/ Narkotikler

Bazı anestezi medikal ürünler, trisiklik antidepresanlar ve/veya antipsikotik ilaçlar ile ACE inhibitörlerinin eş zamanlı kullanımı, kan basıncının beklenenden fazla düşmesine sebep olabilir. (bk. Bölüm 4.4)

Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ) (Aspirin dahil) ≥ 3 g/gün

Diğer ACE inhibitörleriyle olduğu gibi, İNHİBACE'in non steroid antiinflamatuvar bir ilaçla

(örneğin, asetilsalisilik asitin antiinflamatuvar dozları, COX-2 inhibitörleri ve selektif olmayan NSAİİ) birlikte kullanımı, İNHİBACE'in antihipertansif etkisini azaltabilir. Bu etki, NSAID kullanımından önce İNHİBACE tedavisi yapılan hastalarda ortaya çıkmamaktadır.

ACE inhibitörleri ve NSAİİ'nin birlikte kullanılması, özellikle azalmış böbrek fonksiyonu olan hastalarda, akut böbrek yetmezliği de dahil böbrek fonksiyonlarında bozulma ve serum potasyum düzeylerinde artışa sebep olabilir. Bu ilaçların kombinasyonu, özellikle de yaşlı hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Hastalar, kombine kullanımın başlamasından sonra, periyodik olarak yeterli miktarda hidrate edilmeli ve renal fonksiyonları izlenmelidir.

Sempatomimetikler

Sempatomimetikler, ACE inhibitörlerinin antihipertansif etkilerini azaltabilir.

Antidiyabetikler

Epidemiyolojik çalışmalar, ACE inhibitörleri ile antidiyabetik ilaçların (insülin, oral hipoglisemik ajanlar) eş zamanlı kullanılmasının, kan glikoz değerini düşürme etkisini artırabileceği ve sonuç olarak hipoglisemi riski oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bu olgu ayrıca, kombine tedavinin ilk haftalarında ve renal yetmezliği olan hastalarda bu etkinin oluşma ihtimalinin daha yüksek olduğunu da göstermiştir.

Altın içeren preparatlar

ACE inhibitörleri ile eş zamanlı olarak enjektabl altın (sodyum aurothiomalate) tedavisi gören hastalarda, seyrek olarak Nitritoid reaksiyonları (yüz kızarması, bulantı, kusma ve hipotansiyon semptomlarını içeren) rapor edilmiştir.

Diğerleri

İNHİBACE, digoksin ile birlikte uygulandığında, digoksinin plazma konsantrasyonlarında artışla karşılaşmamıştır. İNHİBACE nitratlar, kumarin antikoagülanlar ve H₂ reseptör blokörleri ile birlikte kullanıldığında klinikte anlamlı herhangi bir ilaç etkileşimi gözlenmemiştir.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi D'dir.

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)

İNHİBACE'in gebelik ve/veya fetus/yeni doğan üzerinde zararlı farmakolojik etkileri bulunmaktadır.

İNHİBACE gebelik döneminde kullanılmamalıdır.

Gebelik dönemi

İNHİBACE ile deneyim olmamasına karşın, diğer ACE inhibitörlerinin gebe kadınlarda oligohidramnion ve neonatal hipotansiyon ve/veya anüriye neden olduğu bilinmektedir. Gebe kadınlara fetusa zarar potansiyeli konusunda bilgi verilmelidir (Bkz. Bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar).

Gebelik teşhis edildiğinde İNHİBACE tedavisi durdurulmalı ve uygun alternatif tedavi başlatılmalıdır.

Laktasyon dönemi

İNHİBACE'in insanda anne sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. İNHİBACE emziren annelerde kullanılmamalıdır.

Üreme yeteneği/Fertilite

Bilinmemektedir.

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

Özellikle tedaviye yeni başlandığında baş dönmesi ve halsizlik gibi etkilerin ortaya çıkabileceği araç ve makine kullanırken göz önünde bulundurulmalıdır.

4.8. İstenmeyen etkiler

a) Güvenlik profili

ACE inhibitörü kullanan hastalarda ilaca bağlı en sık görülen advers etki öksürük, deri döküntüsü, renal disfonksiyondur. Kadınlarda ve sigara içmeyen kişilerde öksürük daha sık gözlenmiştir. Öksürüğü tolere edebilen hastalarda, tedaviye devam edilmesi uygun bulunmaktadır. Bazı durumlarda ise dozun azaltılması gerekebilir.

Tedavinin kesilmesine neden olacak şiddetteki ilaca bağlı yan etkiler, ACE inhibitörü alan hastaların % 5'inden daha az kısmında görülmektedir.

b) Advers etki listesi

Silazapril ve/veya diğer ACE inhibitörlerinin kullanımına bağlı klinik çalışmalardan ve pazarlama sonrası verilerden elde edilen advers reaksiyonlar aşağıda belirtilmiştir. Sıklık tahmini toplam 7171 hastanın katıldığı silazapril klinik çalışmasında her bir advers etkiyi

raporlayan hasta oranına göre yapılmıştır. Silazapril klinik çalışması sırasında gözlenmeyen ancak ACE inhibitörlerinin kullanımına bağlı olarak veya pazarlama sonrası bildirilen vaka raporları 'seyrek' olarak sınıflandırılmıştır.

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).

Kan ve lenf sistemi hastalıkları

Seyrek: Nötropeni, agranülositoz, trombositopeni, anemi

Bağışıklık sistemi hastalıkları

Yaygın olmayan: Anjiyoödem (yüz, dil, dudak, larenks, gastrointestinal sistemi içerebilir)

Seyrek: Anafilaksi

Lupus benzeri sendrom (vaskülit, miyalji, artralji/artrit, pozitif antinükleer antikorlar, eritrosit sedimentasyon oranında artış, eozinofili, lökositoz gibi belirtileri içerebilir)

Sinir sistemi hastalıkları

Yaygın: Baş ağrısı

Yaygın olmayan: Disguzi

Seyrek: Serebral iskemi, geçici iskemik atak, iskemik inme, periferik nöropati

Kardiyak hastalıkları

Yaygın olmayan: Miyokardiyal iskemi, anjina pectoris, taşikardi, palpitasyon

Seyrek: Miyokard infarktüsü, aritmi

Vasküler hastalıkları

Yaygın: Baş dönmesi

Yaygın olmayan: Hipotansiyon, postural hipotansiyon. Hipotansiyon belirtileri senkop, güçsüzlük, baş dönmesi ve görme bozukluğu olabilir.

Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıkları

Yaygın: Öksürük

Yaygın olmayan: Dispne, bronkospazm, rinit

Seyrek: İntersitisyel akciğer hastalığı, bronşit, sinüzit

Gastrointestinal hastalıkları

Yaygın: Bulantı

Yaygın olmayan: Ağız kuruluğu, aftöz stomatit, iştah azalması, diyare, kusma

Seyrek: Glossit, pankreatit

Hepato-bilier hastalıkları

Seyrek: Yüksek karaciğer fonksiyon testleri (transaminazlar, bilirubin, alkalen fosfataz, gama GT) ve nekrozlu veya nekrozsuz kolestatik hepatit

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Yaygın olmayan: Döküntü, makülopapüler döküntü

Seyrek: Psoriasiform dermatit, psoriasisın şiddetlenmesi, liken planus, eksfoliyatif dermatit, ürtiker, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz, bullöz pemfigoid, pemfigus, kaposi sarkomu, vaskulit/purpura, fotosensitivite reaksiyonları, alopesi, onikoliz.

Kas-iskelet bozukluklar, bağ doku ve kemik hastalıkları

Yaygın olmayan: Kas krampları, miyalji, artralji,

Böbrek ve idrar hastalıkları

Seyrek: Renal bozukluk, akut renal yetmezlik, kan kreatinin artışı, kan üre atışı, hiperkalemi, hiponatremi, proteinüri, nefrotik sendrom, nefrit.

Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıkları

Yaygın: Yorgunluk,

Yaygın olmayan: Aşırı terleme, al basması (flushing) asteni, uyku bozukluğu

c) Seçilmiş advers olayların açıklanması

Hipotansiyon ve postural hipotansiyon özellikle risk altındaki hastalarda tedavinin başlangıcında veya doz artışına bağlı görülebilir.

Renal hasar ve akut böbrek yetmezliği, şiddetli kalp yetmezliği, renal arter stenoza, önceden böbrek hastalığı var olan hastalarda veya volüm açığı olan kişilerde daha olasıdır.

Hiperkalemi riski, böbrek yetmezliği olan ve potasyum tutucu diüretikler veya potasyum takviyesi kullanmakta olan hastalarda daha olasıdır.

Serebrovasküler hastalığı olan kişilerde ACE inhibitörlerine bağlı seyrek olarak raporlanan serebral iskemî, geçici iskemik atak ve iskemik şok hipotansiyonla ilişkili olabilir. Benzer biçimde, iskemik kalp hastalığı olan kişilerde miyokard iskemisi hipotansiyona bağlı olabilir.

Plasebo alan hastalardaki baş ağrısı insidansı ACE inhibitörü kullanan hastalara göre daha yüksek olmasına karşın en sık raporlanan advers olaydır.

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

Sağlıklı gönüllülerde 160 mg'a varan tek doz İNHİBACE uygulamalarının bile kan basıncı üzerinde istenmeyen bir etki yaratmadığı saptanmıştır.

Hastalardaki doz aşımı konusunda sınırlı veri bulunmaktadır. Aşırı doz ACE inhibitörü kullanımına ilişkin semptomlar hipotansiyon, dolaşım şoku, elektrolit dengesizliği, böbrek yetmezliği, hiperventilasyon, taşikardi, palpasyon, bradikardi, baş dönmesi, anksiyete ve öksürüktür.

Tedaviye dirençli bradikardi için Pacemaker tedavisi kullanılır. Yaşamsal bulgular, serum elektroliti ve kreatin konsantrasyonları devamlı olarak izlenmelidir.

Doz aşımı %0.9'luk intravenöz infüzyon NaCl çözeltisi ile tedavi edilir. Eğer hipotansiyon olursa hasta şok pozisyonuna getirilmelidir. Mümkünse, anjiyotensin II ve/veya i.v. katekolamin ile tedavide uygulanabilir.

Gerekli görüldüğünde, İNHİBACE'in aktif formu olan silazaprilat, hemodiyaliz ile vücuttan uzaklaştırılabilir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri

ATC kodu: C09AA08

Etki mekanizması: İNHİBACE (silazapril), renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini baskılayarak, inaktif anjiyotensin I'nin güçlü bir vazokonstriktör olan anjiyotensin II'ye dönüşümünü engelleyen, spesifik ve uzun etkili bir anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörüdür. Önerilen dozlarda, İNHİBACE'in hipertansiyon ve kronik kalp yetmezliği hastalarındaki etkisi 24 saate kadar devam eder. Normal böbrek fonksiyonlu vakalarda, İNHİBACE tedavisi sırasında serum potasyumu genellikle normal sınırlarda seyredir. İNHİBACE ile birlikte potasyum tutucu diüretik kullanmakta olan hastalarda potasyum seviyeleri yükselebilir (Bkz. Bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri ve Bölüm 4.5 Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri).

Klinik etkililik çalışmaları:

Hipertansiyon

İNHİBACE, ayakta ve yatar pozisyonundaki sistolik ve diyastolik kan basıncında, genellikle ortostatik özellik göstermeksizin düşüş sağlar. Renal hipertansiyonda ve esansiyel hipertansiyonun tüm evrelerinde etkilidir. İNHİBACE'in antihipertansif etkisi, genellikle doz alımından sonraki ilk saat içinde ortaya çıkar ve maksimum etki dozlamadan sonra üç ile yedi saat arasında gözlenir. Genel olarak, kalp atım hızı değişmez. Refleks taşikardi oluşmaz, ancak kalp atım hızında küçük ve klinik açıdan önemi olmayan değişiklikler

oluşabilir. Bazı hastalarda kan basıncını düşürücü etkisi, ilaç alım dönemi sonuna doğru azalabilir. İNHİBACE'in antihipertansif etkisi, uzun süreli tedavi boyunca devam eder. İNHİBACE'in birden kesilmesinden sonra kan basıncında ani bir yükselme gözlenmemiştir. Klinikte gözlenen belirgin kan basıncı düşüşüne karşın, orta ya da ileri derecede böbrek yetmezliği bulunan hipertansiyonlu hastalarda, İNHİBACE tedavisi glomerüler filtrasyon hızı ve böbrek kan akımını genel olarak değiştirmemektedir.

Diğer ACE inhibitörlerinde olduğu gibi, siyah ırkta silazaprilin kan basıncını düşürücü etkisinin siyah olmayan ırklara göre daha az olabileceği ileri sürülmektedir. Irklar arasındaki yanıt farklılığı, silazapril ile hidroklorotiyazid kombine kullanıldığında daha belirgindir.

Kronik kalp yetmezliği

Kronik kalp yetmezliği hastalarında, aktive olan renin-anjiyotensin-aldosteron ve sempatik sinir sistemi genellikle sistemik vazokonstriksiyona, su ve tuz retansiyonuna yol açmaktadır. İNHİBACE, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini baskılar ve diüretik ve/veya dijital kullanmakta olan kalp yetmezliği hastalarında sistemik vasküler direnci (afterload) ve pulmoner kapiller wedge basıncını (preload) düşürerek, yetmezlikteki kalbin yükünü azaltır. Buna ek olarak, bu hastaların egzersiz toleransında belirgin bir artış ve yaşam kalitesinde gelişme sağlar. Hemodinamik ve klinik etkiler hemen ortaya çıkar ve kalıcı olur.

5.2. Farmakokinetik özellikler

Emilim:

Silazapril yüksek oranda emilir ve hızla aktif şekli olan silazaprilata dönüşür. İNHİBACE alınmasından hemen önce yemek yenmesi emilimi biraz geciktirir ve çok hafif azaltır, ancak bunun terapötik yönden önemi yoktur.

Dağılım ve Biyotransformasyon:

Oral silazapril alındığında aktif şekil olan silazaprilatın biyoyararlanımı, idrarda saptanmasına dayanarak, yaklaşık %60'tır. Maksimum plazma konsantrasyonları ilaç alındıktan sonra iki saat içinde saptanır ve doz ile doğrudan orantılıdır.

Eliminasyon:

Silazaprilat böbreklerle değişmeden atılır ve günde bir doz İNHİBACE alınması ile efektif yarılanma-ömrü dokuz saattir.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Böbrek yetmezliği olan hastalarda plazma silazaprilat konsantrasyonları, böbrek fonksiyonları normal olanlara göre daha yüksektir, çünkü kreatinin klirensi düşük olduğu için ilacın klirensi de azalır. Tam böbrek yetmezliği olan hastalarda hiç eliminasyon olmaz, ancak hemodiyaliz hem silazapril, hem de silazaprilat konsantrasyonlarını belirli bir seviyeye kadar indirir. Yaşlarına göre böbrek fonksiyonları normal olan yaşlı hastalarda, plazma silazaprilat konsantrasyonları genç hastalara göre %40 kadar yüksek ve klirensi %20 kadar düşük olabilir.

Karaciğer yetmezliği: Benzer farmakokinetik değişiklikler, orta derecede ve ağır karaciğer sirozu olan hastalarda da görülür.

Kronik kalp yetmezliği: Kronik kalp yetmezliği vakalarında, silazaprilat klirensi ile kreatinin klirensi arasında korelasyon vardır. Dolayısıyla, böbrek fonksiyon bozukluğu vakalarında daha ileri bir doz ayarlamasına gerek duyulmaz (Bkz. Bölüm 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli/Özel popülasyona ilişkin ek bilgiler).

5.3. Klinik öncesi güvenlik verileri

Konvensiyonel genel farmakoloji, tekrarlı doz toksisitesi, genotoksikite ve karsinojenik potansiyel çalışmalarına dayanan prelinik veriler, silazaprilin insanlar için özel bir tehlike oluşturmadığını göstermektedir.

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitör grubu ilaçların geç dönem fetal gelişim üzerindeki advers etkileri indüklediği ve böylelikle fetal ölümlere ve konjenital etkilere (özellikle kafatası) yol açtığı bildirilmiştir. Ayrıca, fetal toksisite, rahimiçi gelişme geriliği ve patent duktus arteriosus (PDA) da gözlemlenmiştir. Bu gelişimsel anomalilerin bir kısmının ACE inhibitörlerinin fetal renin-anjiyotensin sistemine direkt etkisinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir etki ise maternal hipotansiyonun ve fetal plasental kan akımı ve fütüsa oksijen/besin iletimindeki azalmanın yol açtığı iskemiden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Laktoz

Mısır nişastası

Hidroksipropilmetil selüloz 3 cp

Talk

Sodyum stearil fumarat

Film kaplama maddeleri:

Hidroksipropilmetil selüloz 6 cp

Talk

Titanyum

dioksit

Kırmızı demir oksit

6.2. Geçimsizlikler

Geçerli değil.

6.3. Raf ömrü

36 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel uyarılar

25°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

İNİBACE PVC/Alüminyum blister içerisinde 28 tabletlik paket büyüklüğünde satışa sunulmuştur.

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

Özel bir gereksinim yoktur.

7. RUHSAT SAHİBİ

DEVA Holding A.Ş.

Halkalı Merkez Mah. Basın Ekspres Cad.

No: 1 34303 Küçükçekmece / İSTANBUL

Tel : 0 212 692 92 92

Fax : 0 212 697 00 24

8. RUHSAT NUMARASI

217/88

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 31.12.2008

Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ