

1. LEGEMIDLETS NAVN

Valganciclovir Sandoz 450 mg filmdrasjerte tabletter

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver filmdrasjerte tablett inneholder 450 mg valganciclovir (som hydroklorid).

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert.

Rosafarget, oval, bikonveks filmdrasjert tablett (16,7 x 7,8 mm) med "J" preget på en side og "156" på den andre siden.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Valganciclovir Sandoz er indisert til induksjonsbehandling og vedlikeholdsbehandling av cytomegalovirus (CMV) retinitt hos voksne pasienter med ervervet immunsviktsyndrom (AIDS).

Valganciclovir Sandoz er indisert til forebygging av cytomegalovirus (CMV) sykdom hos CMV-negative voksne og barn (fra nyfødt til 18 år) som har mottatt et organtransplantat fra en CMV-positiv donor.

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Dosering

Advarsel - det er viktig å overholde foreskrevet dose for å unngå overdosering, se pkt. 4.4 og 4.9.

Valganciclovir metaboliseres raskt og i stor grad til ganciclovir etter oral dosering. Valganciclovir 900 mg oralt to ganger daglig er terapeutisk tilsvarende ganciclovir 5 mg/kg intravenøst to ganger daglig.

Behandling av cytomegalovirus (CMV) retinitt

Voksne pasienter

Induksjonsbehandling ved CMV-retinitt

Den anbefalte dose til pasienter med aktiv CMV-retinitt er 900 mg valganciclovir (to tabletter Valganciclovir Sandoz á 450 mg) to ganger daglig i 21 dager. Tas sammen med mat, hvis mulig. Induksjonsbehandling som varer lengre, kan øke risikoen for benmargstoksitet (se pkt. 4.4).

Vedlikeholdsbehandling ved CMV-retinitt

Etter induksjonsbehandling, eller hos pasienter med inaktiv CMV-retinitt er den anbefalte dosen 900 mg valganciclovir (to tabletter Valganciclovir Sandoz á 450 mg) en gang daglig. Tas sammen med mat, hvis mulig. Hos pasienter med retinitt som forverres, kan induksjonsbehandlingen gjentas, men muligheten for viral legemiddelresistens bør overveies.

Varigheten av vedlikeholdsbehandling bør bestemmes individuelt.

Pediatrisk populasjon

Sikkerhet og effekt av Valganciclovir Sandoz i behandlingen av CMV-retinitt hos barn er ikke fastslått i tilstrekkelige og godt kontrollerte kliniske studier.

Forebygging av CMV-sykdom ved organtransplantasjon

Voksne pasienter

For pasienter som har fått et nyretransplantat er anbefalt dose 900 mg (to Valganciclovir Sandoz 450 mg tabletter) en gang daglig. Behandlingen startes innen 10 dager etter transplantasjon og fortsetter inntil 100 dager etter transplantasjon. Forebyggende behandling kan fortsette inntil 200 dager etter transplantasjon (se pkt. 4.4, 4.8 og 5.1).

For pasienter som har fått et annet organtransplantat enn nyre, er anbefalt dose 900 mg (to tabletter Valganciclovir Sandoz á 450 mg) en gang daglig. Behandlingen startes innen 10 dager etter transplantasjon og fortsetter inntil 100 dager etter transplantasjon.

Tablettene tas sammen med mat, hvis mulig.

Pediatrisk populasjon

Hos barn, fra nyfødte, som har gjennomgått organtransplantasjon og som har en risiko for å utvikle CMV-sykdom, er den anbefalte dosen for Valganciclovir Sandoz en gang daglig basert på kroppsoverflate (BSA) og kreatininclearance (ClCr) utledet fra Schwartz formel (ClCrS), og beregnes ved hjelp av ligningen nedenfor:

Pediatrisk dose (mg) = 7 x BSA x ClCrS (se Mosteller BSA formel og Schwartz kreatininclearance formel nedenfor).

Dersom beregnet Schwartz kreatininclearance overskrider 150 ml/min/1,73 m², bør det anvendes en maksimalverdi på 150 ml/min/1,73 m² i ligningen:

$$\text{Mosteller BSA (m}^2\text{)} = \sqrt{\frac{\text{Høyde (cm)} \times \text{Vekt (kg)}}{3600}}$$

$$\text{Schwartz kreatininclearance (ml / min / 1,73m}^2\text{)} = \frac{\text{K} \times \text{Høyde (cm)}}{\text{Serumkreatinin (mg/dl)}}$$

hvor k = 0,45* for pasienter i alderen < 2 år, 0,55 for gutter i alderen 2 til < 13 år og jenter i alderen 2 til 16 år, og 0,7 for gutter i alderen 13 til 16 år. Se voksen dosering for pasienter eldre enn 16 år.

K-verdiene som oppgis er basert på Jaffe-metoden for måling av serumkreatinin, og det kan være behov for korrigering når enzymatiske metoder anvendes.

*For bestemte sub-populasjoner kan det også være nødvendig med en senkning av k-verdien (f.eks. hos barn med lav fødselsvekt).

Hos nyretransplanterte barn bør den anbefalte mg-dosen en gang daglig (7 x BSA x ClCrS) starte innen 10 dager etter transplantasjon og fortsette inntil 200 dager etter transplantasjon.

Hos barn som har fått en transplantasjon av et annet organ enn nyre, bør den anbefalte mg-dosen en gang daglig (7 x BSA x ClCrS) starte innen 10 dager etter transplantasjon og fortsette til 100 dager etter transplantasjon.

Alle beregnede doser skal avrundes til nærmeste 25 mg trinnvis økning for selve dosen som skal gis. Dersom beregnet dose overstiger 900 mg, bør en maksimumsdose på 900 mg gis. Mikstur er den foretrukne formuleringen fordi det gir muligheten for å administrere en dose beregnet i henhold til formelen ovenfor. Valganciclovir Sandoz filmdrasjerte tabletter kan imidlertid brukes dersom de beregnede doser er innenfor 10 % av tilgjengelige tablettedoser, og pasienten er i stand til å svelge tabletter. For eksempel, hvis den beregnede dosen er mellom 405 mg og 495 mg, kan én 450 mg tablett tas. Det anbefales å monitorere serumkreatininnivået regelmessig samt vurdere endringer i høyde og kroppsvekt, og tilpasse dosen etter behov under profylakseperioden.

Spesielle doseringsinstruksjoner:

Pediatrisk populasjon:

Dosering hos pediatriske pasienter som har gjennomgått en transplantasjon av solide organer, blir individuelt tilpasset basert på pasientens nyrefunksjon, i tillegg til kroppsoverflate.

Eldre pasienter:

Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert i denne pasientpopulasjonen.

Ingen studier er utført hos voksne eldre enn 65 år. Siden nyreclearance reduseres med alderen, bør nyrestatus tas i betraktning når Valganciclovir Sandoz administreres til eldre pasienter (se tabell nedenfor). (Se pkt. 5.2).

Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

Serumkreatininnivå eller estimert kreatininclearance bør kontrolleres nøye. Dosejustering skal være i henhold til kreatininclearance, som vist i tabell nedenfor (se pkt. 4.4 og 5.2).

Kreatininclearance (ml/min) kan estimeres fra serumkreatinin ved hjelp av følgende formel:

$$\text{Hos menn} = \frac{(140 - \text{alder [år]}) \times (\text{kroppsvekt [kg]})}{(72) \times (0,011 \times \text{serumkreatinin [mikromol/l]})}$$

$$\text{Hos kvinner} = 0,85 \times \text{verdien hos menn}$$

ClCr (ml/min)	Induksjonsdose for valganciclovir	Vedlikeholds-/forebyggende dose for valganciclovir
≥ 60	900 mg (2 tabletter) to ganger daglig	900 mg (2 tabletter) en gang daglig
40 – 59	450 mg (1 tablett) to ganger daglig	450 mg (1 tablett) en gang daglig
25 – 39	450 mg (1 tablett) en gang daglig	450 mg (1 tablett) hver 2. dag
10 – 24	450 mg (1 tablett) hver 2. dag	450 mg (1 tablett) to ganger ukentlig
< 10	Ikke anbefalt	Ikke anbefalt

Pasienter i hemodialyse:

Hos pasienter i hemodialyse (ClCr < 10 ml/min) kan det ikke gis en doseanbefaling, da Valganciclovir Sandoz filmdrasjerte tabletter ikke bør brukes av disse pasientene (se pkt. 4.4 og pkt. 5.2).

Pasienter med nedsatt leverfunksjon:

Sikkerhet og effekt av valganciclovir tabletter har ikke blitt fastslått for pasienter med nedsatt leverfunksjon (se pkt. 5.2).

Pasienter med alvorlig leukopeni, nøyтроpeni, anemi, trombocytopeni og pancytopeni.
Se pkt. 4.4 før behandlingsstart.

Hvis det er en signifikant nedgang i antall blodceller i løpet av behandlingen med Valganciclovir Sandoz, bør behandling med hematopoietiske vekstfaktorer og/eller avbrudd i behandlingen vurderes (se pkt. 4.4).

Administrasjonsmåte:

Valganciclovir Sandoz administreres oralt og bør tas sammen med mat, hvis mulig (se pkt. 5.2).

For pediatriske pasienter som ikke kan svelge Valganciclovir Sandoz filmdrasjerte tabletter, kan Valganciclovir Sandoz pulver til mikstur, oppløsning administreres.

Forholdsregler før håndtering eller administrering av dette legemidlet

Tablettene må ikke deles eller knuses. Siden Valganciclovir Sandoz anses for å være potensielt teratogent og karsinogent hos mennesker, bør man være forsiktig ved eventuell håndtering av delte tabletter (se pkt. 4.4). Unngå å delte eller knuste tabletter kommer i direkte kontakt med hud eller slimhinner. Hvis det skjer, vask omhyggelig med såpe og vann og skyll øynene omhyggelig med sterilt vann, hvis det er tilgjengelig, eller med springvann.

4.3 Kontraindikasjoner

Valganciclovir Sandoz er kontraindisert hos pasienter med overfølsomhet overfor valganciclovir, ganciclovir eller overfor noen av hjelpestoffene listet i pkt. 6.1.

Valganciclovir Sandoz er kontraindisert ved amming (se pkt. 4.6).

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Kryss-hypersensitivitet

På grunn av likheter i den kjemiske strukturen mellom ganciclovir og aciklovir og penciklovir, er det mulighet for en kryss-hypersensitivitetsreaksjon mellom disse legemidlene. Forsiktighet bør derfor utvises når Valganciclovir Sandoz forskrives til pasienter med kjent overfølsomhet overfor aciklovir eller penciklovir (eller til prodrugene deres, henholdsvis valaciclovir eller famciclovir).

Mutagenisitet, teratogenisitet, karsinogenisitet, fertilitet og prevensjon

Før start med valganciclovirbehandling, bør pasientene opplyses om den potensielle risiko for fosteret. I dyreforsøk var ganciclovir mutagent, teratogent, aspermatogent, karsinogent og fertilitetshemmende hos kvinner. Valganciclovir Sandoz bør derfor betraktes som potensielt teratogent og karsinogent hos mennesker med mulighet for å forårsake fødselsskader og kreft (se pkt. 5.3). Det anses som også sannsynlig at Valganciclovir Sandoz kan forårsake midlertidig eller permanent hemming av spermatogenesisen. Kvinner i fertil alder må få beskjed om å bruke sikkert prevensjonsmiddel under behandlingen og i minst 7 måneder etter avsluttet behandling. Menn må få beskjed om å bruke kondom under behandlingen og i minst 4 måneder etterpå, med mindre det er sikkert at kvinnelig partner ikke kan risikere graviditet (se pkt. 4.6, 4.8 og 5.3).

Valganciclovir, brukt over en lengre periode, har potensiale til å forårsake karsinogenitet og reproduktiv toksisitet.

Myelosuppresjon

Det er observert alvorlig leukopeni, nøytropeni, anemi, trombocytopeni, pancytopeni, benmargssvikt og aplastisk anemi hos pasienter som er behandlet med valganciklovir (og ganciklovir). Behandling bør ikke startes hvis det absolutte nøyrofiltallet er mindre enn 500 celler/ μ l eller hvis trombocytallet er mindre enn 25000/ μ l eller hemoglobinnivået er under 8 g/dl (se pkt. 4.2 og 4.8).

Når forebyggende behandling blir forlenget utover 100 dager, bør en mulig risiko for å utvikle leukopeni og nøytropeni bli tatt med i vurderingen (se pkt. 4.2, 4.8 og 5.1).

Valganciklovir Sandoz bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt hematologisk cytopeni eller har hatt en historie med legemiddelrelatert hematologisk cytopeni og hos pasienter som får radioterapi.

Det anbefales at det bør foretas fullstendig blodtelling og trombocytelling regelmessig under behandling. For pasienter med nedsatt nyrefunksjon, samt barn, kan det være nødvendig med økt hematologisk overvåkning, minst hver gang pasienten kommer for transplantasjonskontroll. Hos pasienter som utvikler alvorlig leukopeni, nøytropeni, anemi og/eller trombocytopeni, anbefales det å overveie behandling med hematopoietiske vekstfaktorer og/eller å avbryte behandlingen (se pkt. 4.2).

Forskjell i biotilgjengelighet for oral ganciklovir

Biotilgjengeligheten for ganciklovir etter en enkeltdose med 900 mg valganciklovir er ca. 60 %, sammenlignet med ca. 6 % etter administrering av 1000 mg oral ganciklovir (i form av kapsler). Kraftig eksponering for ganciklovir kan forbindes med livstruende bivirkninger. Det er derfor viktig å overholde anbefalingene for dosering ved behandlingsstart, ved skifte fra induksjonsbehandling til vedlikeholdsbehandling og hos pasienter som skifter fra oral ganciklovir til valganciklovir, da en tablett Valganciklovir Sandoz ikke er direkte byttbar med en kapsel ganciklovir.. Pasienter, som skifter fra ganciklovir kapsler bør opplyses om risikoen for overdosering hvis de tar flere Valganciklovir Sandoz tabletter enn forskrevet (se pkt. 4.2 og 4.9).

Nedsatt nyrefunksjon

Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon er dosejustering påkrevet, basert på kreatininclearance (se pkt. 4.2 og 5.2).

Valganciklovir Sandoz filmdrasjerte tabletter bør ikke brukes av pasienter i hemodialyse (se pkt. 4.2 og 5.2).

Bruk med andre legemidler

Det er rapportert kramper hos pasienter som tok imipenem-cilastatin og ganciklovir. Valganciklovir bør ikke gis samtidig med imipenem-cilastatin, med mindre den potensielle nytten oppveier potensiell risiko (se pkt. 4.5).

Pasienter behandlet med valganciklovir og (a) didanosin, (b) legemidler som er kjent for å være myelosuppressive (f.eks. zidovudin) eller (c) substanser som innvirker på nyrefunksjonen, bør kontrolleres nøye for tegn på økt toksisitet (se pkt. 4.5).

Lunge- og tynntarmstransplanterte pasienter var ikke inkludert i den kontrollerte kliniske studien der valganciklovir ble brukt som forebyggende behandling av CMV-sykdom ved transplantasjon, beskrevet i avsnitt 5.1. Erfaring hos disse transplanterte pasientene er derfor begrenset.

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Legemiddelinteraksjoner med valganciklovir

Det er ikke gjort *in-vivo* studier for legemiddelinteraksjoner med Valganciclovir Sandoz. Siden valganciclovir raskt og i stor grad metaboliseres til ganciklovir, kan man forvente de samme legemiddelinteraksjoner for valganciclovir som for ganciklovir.

Legemiddelinteraksjoner med ganciklovir

Farmakokinetiske interaksjoner

Probenecid

Probenecid gitt sammen med oralt ganciklovir resulterte i statistisk signifikant nedsatt renal clearance av ganciklovir (20 %), som førte til statistisk signifikant økt eksponering (40 %). Disse endringene samsvarte med en interaksjonsmekanisme som involverer konkurranse om den renale tubulære sekresjon. Pasienter som tar probenecid og Valganciclovir Sandoz bør derfor kontrolleres nøye for ganciklovirtoksisitet.

Didanosin

Da didanosin ble gitt sammen med intravenøst ganciklovir, var plasmakonsentrasjonene av didanosin konsekvent forhøyet. Etter intravenøse doser på 5 og 10 mg/kg/dag, ble det observert en økning i AUC av didanosin fra 38 % til 67 %. Dette bekrefter en farmakokinetisk interaksjon ved samtidig administrering av disse legemidlene. Det var ingen signifikant effekt på ganciklovir-konsentrasjonene. Pasientene bør kontrolleres nøye for didanosintoksisitet, f.eks. pankreatitt (se pkt. 4.4).

Andre antiretrovirale midler

Cytokrom P450-isoenzymen er ikke involvert i farmakokinetikken til ganciklovir. Det er derfor ikke forventet farmakokinetiske interaksjoner med proteasehemmere og ikke-nukleosid revers transkriptasehemmere.

Farmakodynamiske interaksjoner

Imipenem-cilastatin

Det er rapportert om anfall hos pasienter som tok imipenem-cilastatin samtidig med ganciklovir, og en farmakodynamisk interaksjon mellom disse to legemidlene kan ikke utelukkes. Disse legemidlene bør ikke gis sammen, med mindre den potensielle nytten oppveier potensiell risiko (se pkt. 4.4).

Zidovudin

Både zidovudin og ganciklovir kan potensielt forårsake nøytropeni og anemi. En farmakodynamisk interaksjon kan oppstå ved samtidig administrering av disse legemidlene. Noen pasienter vil ikke kunne tolerere samtidig behandling med full dose (se pkt. 4.4).

Potensielle legemiddelinteraksjoner

Økt toksisitet kan oppstå når ganciklovir/valganciclovir gis sammen med andre legemidler som er kjent for å være myelosuppressive eller assosiert med nedsatt nyrefunksjon. Dette inkluderer nukleosid (f.eks. zidovudin, didanosin, stavudin) og nukleotidanaloger (f.eks. tenofovir, adefovir), immunsuppressive legemidler (f.eks. ciklosporin, takrolimus, mykofenolatmofetil), antineoplastiske midler (f.eks. doksorubicin, vinblastin, vinkristin, hydroksyurea) og antiinfektiva (trimetoprim/sulfonamider, dapson, amfotericin B, flucytosin, pentamidin). Disse legemidlene bør derfor kun vurderes å gis samtidig med valganciclovir dersom den potensielle nytten oppveier den potensielle risikoen (se pkt. 4.4).

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Prevensjon hos kvinner og menn

På bakgrunn av potensialet for reproduksjonstoksisitet og teratogenisitet, må kvinner i fertil alder rådes til å bruke sikker prevensjon under behandlingen og i minst 7 måneder etterpå. Mannlige pasienter må rådes til å bruke barriereprevensjon (kondom) under valganciklovirbehandlingen og i minst 4 måneder etter avsluttet behandling, med mindre det er sikkert at den kvinnelige partneren ikke kan bli gravid (se pkt. 4.4 og 5.3).

Graviditet

Sikkerheten ved bruk av Valganciclovir Sandoz hos gravide kvinner er ikke fastslått. Dets aktive metabolitt, ganciklovir, diffunderer raskt gjennom placenta hos mennesker. Basert på dets farmakologiske virkningsmekanisme og reproduktive toksisitet, sett i dyreforsøk med ganciklovir (se pkt. 5.3), finnes det en teoretisk risiko for teratogenitet hos mennesker.

Valganciclovir Sandoz bør ikke brukes ved graviditet, unntatt når den terapeutiske nytten for moren overgår den potensielle risiko for teratogene skader på fosteret.

Amming

Det er ukjent om ganciklovir utskilles i morsmelk hos mennesker. Muligheten for at ganciklovir utskilles i morsmelk og forårsaker alvorlige bivirkninger hos det diende barn, kan ikke utelukkes. Data fra dyr indikerer at ganciklovir skilles ut i melken til diegivende rotter. Amming må derfor opphøre under behandling med valganciklovir (se pkt. 4.3 og 5.3).

Fertilitet

En liten klinisk studie med nyretransplantasjonspasienter som fikk valganciclovir som CMV-profylakse i opptil 200 dager viste at valganciklovir hadde påvirkning på spermatogenese, med nedsatt spermietetthet og -motilitet målt etter fullført behandling. Effekten synes å være reversibel. Omtrent seks måneder etter seponering av valganciclovir gikk gjennomsnittlig spermietetthet og –motilitet tilbake til nivåer som var sammenlignbare med nivåene observert hos ubehandlet kontrollgruppe.

I dyrestudier svekket ganciklovir fertiliteten i hann- og hunnmus og har vist seg å hemme spermatogenesisen og indusere testikkelatrofi i mus, rotter og hunder ved doser ansett som klinisk relevante.

Basert på kliniske og prekliniske studier, anses det som sannsynlig at ganciklovir (og valganciklovir) kan forårsake midlertidig eller permanent hemming av human spermatogenese (se pkt. 4.4 og 5.3).

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Det finnes ingen studier om ganciklovirs påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

Det er rapportert om bivirkninger slik som anfall, svimmelhet og forvirring etter bruk av valganciklovir og/eller ganciklovir. Hvis dette forekommer, kan disse symptomene påvirke evnen til å utføre oppgaver som krever årvåkenhet, inklusive pasientens evne til å kjøre bil og bruke maskiner.

4.8 Bivirkninger

a) Oppsummering av sikkerhetsprofilen

Valganciclovir er prodrug til ganciklovir og metaboliseres raskt og i stor grad til ganciklovir etter oral administrasjon. De bivirkninger, som er kjent for å være relatert til bruk av ganciklovir, kan også forventes å inntreffe med valganciklovir. Alle bivirkninger som er observert i kliniske studier med valganciklovir er tidligere sett for ganciklovir. Derfor er rapporterte bivirkninger med intravenøs eller peroral ganciklovir (formulering ikke lenger tilgjengelig) eller valganciklovir inkludert i bivirkningstabellen nedenfor.

Hos pasienter behandlet med valganciklovir/ganciklovir, er de alvorligste og hyppigste bivirkningene hematologiske reaksjoner, og inkluderer nøyтроpeni, anemi og trombocytopeni (se pkt. 4.4).

Frekvensene angitt i bivirkningstabellen er utledet fra en samlet pasientpopulasjon (n = 1704) som fikk vedlikeholdsbehandling med ganciklovir eller valganciklovir. Et unntak er anafylaktisk reaksjon, agranulocytose og granulocytopeni, hvor frekvensene er utledet fra erfaringer etter markedsføring.

Bivirkningene er listet opp i henhold til MedDRA organklasser. Kategoriene er definert med følgende frekvens: Svært vanlige ($\geq 1/10$), vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$), sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$), svært sjeldne ($< 1/10\ 000$), ikke kjent (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data).

Den samlede sikkerhetsprofilen til ganciklovir/valganciklovir er konsistent i HIV- og transplantasjonspopulasjonene, bortsett fra at netthinneløsning kun er rapportert hos pasienter med CMV-retinitis. Det er imidlertid noen forskjeller i frekvensen av visse reaksjoner. Valganciklovir er assosiert med en høyere risiko for diaré sammenlignet med intravenøs ganciklovir. Pyreksi, candidainfeksjoner, depresjon, alvorlig nøyтроpeni (ANC < 500 /mikroliter) og hudreaksjoner er rapportert hyppigere hos pasienter med HIV. Nedsatt nyre- og leverfunksjon er rapportert hyppigere hos organtransplanterte pasienter.

b) Tabell over legemiddelbivirkninger

Bivirkning (MedDRA) organklasser	Svært vanlige ($\geq 1/10$)	Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$)	Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$)	Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$)
Infeksiøse og parasitære sykdommer	Candidainfeksjoner inkl. oral candidiasis, øvre luftveisinfeksjon	Sepsis, influensa, cellulitis, urinveisinfeksjon		
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	Nøyтроpeni, anemi	Trombocytopeni, leukopeni, pancytopeni	Benmargssvikt	Aplastisk anemi, agranulocytose*, granulocytopeni*
Forstyrrelser i immunsystemet		Overfølsomhet		Anafylaktisk reaksjon
Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer	Nedsatt appetitt	Vekttap		
Psykiatriske lidelser		Depresjon, forvirringstilstand, angst	Agitasjon, psykotiske lidelser, hallusinasjoner, unormale tanker	
Nevrologiske sykdommer	Hodepine	Insomni, dysgeusi (smaksforstyrrelse), hypoestesi, parestesi, perifer nevropati,	Tremor	

		svimmelhet, krampe		
Øyesykdommer		Nedsatt syn, netthinneløsning**, «Vitreous floaters» («flyvende fluer»), smerter i øyet, konjunktivitt. makulaødem		
Sykdommer i øre og labyrint		Smerter i øre	Døvhhet	
Hjertesykdommer			Arytmi	
Karsykdommer		Hypotensjon		
Sykdommer i respirasjonsorganer , thorax og mediastinum	Dyspné, hoste			
Gastrointestinale sykdommer	Diaré, kvalme, oppkast, abdominale smerter	Øvre abdominale smerter, dyspepsi, obstipasjon, flatulens, dysfagi, sår i munnen, abdominal oppsvulming, pankreatitt		
Sykdommer i lever og galleveier		Abnormal leverfunksjon, forhøyet nivå av basisk fosfatase i blod, forhøyet aspartatamino- transferase, forhøyet nivå av alaninamino- transferase		
Hud- og underhudssykdom mer	Dermatitt	Nattlig svette, kløe, utslett, alopesi	Urtikaria, tørr hud	
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett		Ryggsmerter, myalgi, artralgi, muskelspasmer		

Sykdommer i nyre og urinveier		Nedsatt renal kreatininclearance, nedsatt nyrefunksjon, økt kreatinin i blodet	Hematuri, nyresvikt	
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer			Mannlig infertilitet	
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	Pyreksi, fatigue	Smerte, frysninger, utilpasshet (malaise), asteni	Brystsmerter	

*Frekvensen for disse bivirkningene kommer fra erfaring etter markedsføring

**Netthinnelesjon har kun blitt rapportert hos HIV-pasienter behandlet for CMV-retinitt

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

Nøytropeni

Risikoen for nøytropeni er ikke forutsigbar på basis av nøytrofiltall før behandlingsstart. Nøytropeni oppstår vanligvis i løpet av første eller andre uke av induksjonsbehandling. Celletallet normaliseres vanligvis innen 2-5 dager etter seponering av legemidlet eller etter reduksjon av dosen (se pkt. 4.4).

Trombocytopeni

Pasienter med lavt blodplatetall ved baseline (< 100 000/mikroliter) har en økt risiko for å utvikle trombocytopeni. Pasienter med iatrogen immunsuppresjon grunnet behandling med immunsuppressive legemidler har større risiko for trombocytopeni enn pasienter med AIDS (se pkt. 4.4). Alvorlig trombocytopeni kan være assosiert med potensiell livstruende blødning

Påvirkning av behandlingsvarighet eller indikasjon på bivirkninger

Alvorlig nøytropeni (ANC < 500/mikroliter) er sett oftere hos pasienter med CMV-retinitt (14 %) som får behandling med valganciklovir, intravenøs eller oral ganciklovir, enn hos pasienter som har gjennomgått en transplantasjon av solide organer som får valganciklovir eller peroral ganciklovir. Hos pasienter som fikk valganciklovir eller peroral ganciklovir til dag 100 etter transplantasjon, var forekomsten av alvorlig nøytropeni henholdsvis 5 % og 3 %. Hos pasienter som fikk valganciklovir til dag 200 etter transplantasjon, var forekomsten av alvorlig nøytropeni 10 %.

Økning i serumkreatinin var større hos pasienter som hadde gjennomgått en transplantasjon av solide organer som fikk behandling til dag 100 eller dag 200 etter transplantasjon for både valganciklovir og peroral ganciklovir, sammenlignet med pasienter med CMV-retinitt. Nedsatt nyrefunksjon er imidlertid et vanlig trekk hos pasienter som har gjennomgått en transplantasjon av solide organer.

Den samlede sikkerhetsprofilen til Valganciclovir Sandoz ble ikke forandret ved å utvide profylaksen opptil 200 dager hos høyrisiko nyretransplanterte pasienter. Leukopeni ble rapportert med en noe høyere forekomst i 200-dagers armen, mens forekomsten av nøytropeni, anemi og trombocytopeni var tilsvarende i begge armer.

c) Pediatrisk populasjon

Valganciclovir Sandoz er undersøkt hos 179 organtransplanterte barn, som hadde en risiko for å utvikle CMV-sykdom (i alderen 3 uker til 16 år) og hos 133 nyfødte med symptomatisk medfødt CMV-sykdom (i alderen 2 til 31 dager), med en varighet av ganciklovireksponering på mellom 2 og 200 dager.

De hyppigst rapporterte bivirkningene under behandling i kliniske studier hos barn var diaré, kvalme, nøytropeni, leukopeni og anemi.

Hos organtransplanterte pasienter, var den generelle sikkerhetsprofilen lik hos barn sammenlignet med voksne. Nøytropeni ble rapportert med noe høyere forekomst i de to studiene som ble utført hos pediatrike organtransplanterte pasienter sammenlignet med voksne, men det var ingen sammenheng mellom nøytropeni og infeksjonsbivirkninger i den pediatrike populasjonen. På grunn av høyere risiko for cytopenier hos nyfødte og spedbarn er det nødvendig med nøye monitorering av blodverdier hos disse aldersgruppene (se pkt. 4.4).

Hos nyretransplanterte pediatrike pasienter, ble ikke en forlengelse av valganciklovireksponering på opptil 200 dager forbundet med en generell økning i forekomsten av bivirkninger. Forekomsten av alvorlig nøytropeni ($ANC < 500/\mu L$) var høyere hos pediatrike nyrepasienter behandlet inntil dag 200 sammenlignet med pediatrike pasienter behandlet inntil dag 100 og sammenlignet med voksne nyretransplanterte pasienter behandlet inntil dag 100 eller dag 200 (se pkt. 4.4).

Kun begrensede data er tilgjengelig fra nyfødte eller spedbarn med symptomatisk medfødt CMV-infeksjon behandlet med valganciclovir, men sikkerheten ser ut til å være i samsvar med sikkerhetsprofilen som er kjent for valganciclovir/ganciclovir.

Melding av mistenkte bivirkninger

Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via meldeskjema som finnes på nettsiden til Direktoratet for medisinske produkter: www.dmp.no/meldeskjema.

4.9 Overdosering

Erfaringer med overdosering av valganciclovir og intravenøs ganciclovir

Det forventes at en overdose med valganciclovir mulig kan medføre økt nyretoksisitet (se pkt. 4.2 og 4.4).

Meldinger om overdoser av intravenøs ganciclovir, noen med fatalt utfall, stammer fra kliniske studier og fra erfaringer etter markedsføring. I noen av disse tilfellene ble det ikke rapportert bivirkninger. De fleste pasientene fikk en eller flere av følgende bivirkninger:

- *Hematologisk toksisitet*: myelosuppresjon, inkludert pancytopeni, benmargssvikt, leukopeni, nøytropeni, granulocytopeni.
- *Hepatotoksisitet*: hepatitt, nedsatt leverfunksjon.
- *Renal toksisitet*: forverring av hematuri hos en pasient med pre-eksisterende nedsatt nyresvikt, akutt nyreskade, forhøyet kreatinin.
- *Gastrointestinal toksisitet*: abdominale smerter, diaré, oppkast.
- *Nevrotoksisitet*: generalisert tremor, anfall.

Hemodialyse og hydrering kan være nyttig for å redusere plasmanivået hos pasienter som har fått en overdose av valganciclovir (se pkt. 5.2).

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Antivirale midler til systemisk bruk, nukleosider og nukleotider ekskl. reverstranskriptasehemmere, ATC kode: J05A B14.

Virkningsmekanisme

Valganciklovir er en L-valylester (prodrug) av ganciklovir. Etter oral administrasjon metaboliseres valganciklovir raskt og i stor grad til ganciklovir av intestinale og hepatiske esteraser. Ganciklovir er en syntetisk analog til 2'-deoksiganosin og hemmer replikasjon av herpesvirus *in vitro* og *in vivo*. Følsomme humane virus inkluderer humant cytomegalovirus (HCMV), herpes simplex-virus-1 og -2 (HSV-1 og HSV-2), humant herpesvirus-6, -7 og -8 (HHV-6, HHV-7, HHV8), Epstein-Barrvirus (EBV), varicella zoster-virus (VZV) og hepatitt B-virus.

I CMV-infiserte celler, fosforyleres ganciklovir først til ganciklovirmonofosfat av viralt proteinkinase, pUL97. Ytterligere fosforylering skjer ved hjelp av cellulære kinaser til ganciklovirtrifosfat, som deretter langsomt metaboliseres intracellulært. Det er vist, at trifosfatmetabolismen inntreffer i HSV- og HCMV- infiserte celler med halveringstider på henholdsvis 18 timer og mellom 6 og 24 timer, etter fjerningen av ekstracellulært ganciklovir. Da fosforyleringen i overveiende grad er avhengig av viral kinase, skjer fosforyleringen av ganciklovir fortrinnsvis i virusinfiserte celler.

Ganciklovirs virustatiske aktivitet skyldes hemming av den virale DNA-syntesen gjennom: (a) kompetitiv hemming av inkorporering av deoksiganosin-trifosfat i DNA ved viralt DNA-polymerase, og (b) inkorporering av ganciklovirtrifosfat i viralt DNA, som fører til stopp av, eller en svært begrenset ytterligere DNA-forlengelse.

Antiviral aktivitet

Anti-viral *in vitro*-aktivitet, målt som IC₅₀ for ganciklovir overfor CMV, er i området fra 0,08 µM (0,02 µg/ml) til 14 µM (3,5 µg/ml).

Den kliniske antivirale effekt av valganciklovir er dokumentert ved behandling av AIDS-pasienter med nylig diagnostisert CMV-retinitt. CMV-positive urinkulturer ble redusert fra 46 % (32/69) ved studiestart, til 7 % (4/55) etter 4 ukers behandling med valganciklovir.

Klinisk effekt og sikkerhet

Voksne pasienter

Behandling av CMV-retinitt:

I en studie ble pasienter som nylig ble diagnostisert med CMV-retinitt randomisert til induksjonsbehandling med enten valganciklovir 900 mg to ganger daglig eller intravenøs ganciklovir 5 mg/kg to ganger daglig. Antall pasienter med fotografisk progresjon av CMV-retinitt etter 4 uker var sammenlignbare i begge grupper, 7/70 og 7/71 av pasientene oppnådde progresjon for henholdsvis intravenøs ganciklovir og valganciklovir.

Etter induksjonsbehandling fikk alle pasientene i denne studien vedlikeholdsbehandling med valganciklovir 900 mg en gang daglig. Den gjennomsnittlige (mediane) tid fra randomisering til progresjon av CMV-retinitt i gruppen som fikk induksjons- og vedlikeholdsbehandling med Valganciklovir Sandoz var 226 (160) dager og i gruppen som fikk induksjonsbehandling med intravenøs ganciklovir og vedlikeholdsbehandling med valganciklovir var det 219 (125) dager.

Forebygging av CMV sykdom ved transplantasjon:

En dobbel-blindet, dobbel-dummy, klinisk studie med aktiv sammenlignende behandling, er utført på hjerte-, lever- og nyretransplanterte pasienter med høy risiko for CMV-sykdom (D+/R-). Lunge- og mage-tarmtransplanterte pasienter var ikke inkludert i studien. Pasientene fikk enten valganciklovir (900 mg en gang daglig) eller oral ganciklovir (1000 mg tre ganger daglig). Behandlingen startet innen 10 dager etter transplantasjonen og fortsatte til dag 100 etter transplantasjonen. Insidensen av CMV-sykdom (CMV-syndrom +

vevsinvasiv sykdom) i løpet av de første 6 måneder etter transplantasjon, var 12,1 % i valganciklovir-armen (n=239), sammenlignet med 15,2 % for oral ganciklovir-arm (n=125). De aller fleste tilfellene oppsto som en følge av avsluttet profylakse (etter dag 100), der tilfellene i valganciklovir-armen oppstod i gjennomsnitt senere enn de i oral ganciklovir-arm. Insidens av akutt reaksjon i løpet av de første 6 måneder var 29,7 % hos pasienter randomisert til valganciklovir, sammenlignet med 36,0 % i oral ganciklovir-arm. Insidens for tap av transplantat var tilsvarende for begge armer, med en forekomst på 0,8 % av pasientene.

En dobbeltblindet, placebokontrollert studie ble utført i 326 nyretransplanterte pasienter med høyrisiko for CMV-sykdom (D+/R-) for å bestemme effekt og sikkerhet av forlenget valganciclovir Sandoz CMV-profylakse fra 100 til 200 dager etter transplantasjon. Pasientene var randomisert (1:1) til å få valganciklovir tabletter (900 mg én gang daglig) innen 10 dager før transplantasjon enten til 200 dager etter transplantasjon eller til 100 dager etter transplantasjon etterfulgt av 100 dager med placebo.

Andelen av pasienter som fikk CMV-sykdom i løpet av de første 12 månedene etter transplantasjon, er vist i tabellen under.

Andel av nyretransplanterte pasienter med CMV-sykdom[†], 12 måneder ITT-populasjon[#]

	Valganciclovir 900 mg én gang daglig 100 dager (N = 163)	Valganciclovir 900 mg én gang daglig 200 dager (N = 155)	Forskjell mellom behandlingsgruppene
Pasienter med bekreftet eller antatt CMV-sykdom [‡]	71 (43,6 %) [35,8 % ; 51,5 %]	36 (23,2 %) [16,8 % ; 30,7 %]	20,3 % [9,9 % ; 30,8 %]
Pasienter med bekreftet CMV- sykdom	60 (36,8 %) [29,4 % ; 44,7 %]	25 (16,1 %) [10,7 % ; 22,9 %]	20,7 % [10,9 % ; 30,4 %]

[†] CMV-sykdom er definert enten som CMV-syndrom eller som vevsinvasiv CMV.

[‡] Bekreftet CMV betyr klinisk bekreftet tilstand av CMV-sykdom. Pasienter ble antatt å ha CMV-sykdom hvis det ikke var noen vurdering ved uke 52 og ingen bekreftet CMV-sykdom før dette tidspunktet.

[#] Resultater opp til 24 måneder var i overensstemmelse med resultatene frem til 12 måneder: Bekreftet eller antatt CMV-sykdom var 48,5 % i 100-dagers behandlingsarmen versus 34,2 % i 200-dagers behandlingsarmen; forskjell mellom behandlingsgruppene var 14,3 % [3,2 %; 25,3 %].

Signifikant færre høy-risiko nyretransplanterte pasienter utviklet CMV-sykdom etter CMV-profylakse med valganciklovir til dag 200 etter transplantasjon sammenlignet med pasienter som fikk CMV-profylakse med valganciklovir til dag 100 etter transplantasjon.

Transplantat-overlevelsesraten og insidensen av biopsi-påvist akutt avstøtning var lik i begge behandlingsgruppene. Transplantat-overlevelsesrate ved 12 måneder etter transplantasjon var 98,2 % (160/163) for 100-dagers doseringsregime og 98,1 % (152/155) for 200-dagers doseringsregime. Frem til 24 måneder etter transplantasjon ble ytterligere fire tilfeller av tap av transplantat rapportert, alle fra 100-dagers doseringsgruppen. Forekomst av biopsi-påvist akutt avstøtning ved 12 måneder etter transplantasjon var 17,2 % (28/163) for 100-dagers doseringsregime og 11,0 % (17/155) for 200-dagers doseringsregime. Frem til 24 måneder etter transplantasjon har ytterligere ett tilfelle blitt rapportert i 200-dagers doseringsgruppen.

Viral resistens

Det kan oppstå virusresistens overfor ganciklovir etter kronisk behandling med valganciklovir ved utvelgelse av mutasjoner i det virale kinasegen (UL97) som er ansvarlig for monofosforyleringen av ganciklovir og/eller i det virale polymerasegen (UL54). I kliniske isolater er det syv UL97 aminosyreendringer, M460V/I, H520Q, C592G, A594V, L595S og C603W, som er de hyppigst rapporterte resistens-assosierte aminosyreendringene for ganciklovir. Virus som inneholder mutasjoner i UL97-genet er kun resistent overfor ganciklovir, mens virus med mutasjoner i UL54-genet er resistent overfor ganciklovir, men kan vise kryssresistens overfor andre antivirale stoffer som også virker via viralt polymerase.

Behandling av CMV-retinitt:

I en klinisk studie viste en genotypeanalyse for CMV i polymorfnukleære leukocyt-isolater (PMNL) fra 148 pasienter med CMV-retinitt, at 2,2 %, 6,5 %, 12,8 % og 15,3 % inneholder UL97-mutasjoner etter henholdsvis 3, 6, 12 og 18 måneders behandling med valganciklovir.

Forebygging av CMV-sykdom ved transplantasjon:

Aktiv sammenlignings-studie

Resistens ble studert ved en genotypeanalyse for CMV i PMNL-prøver tatt i) ved dag 100 (studieslutt for profylaksebehandling) og ii) ved mistenkte tilfeller av CMV-sykdom opptil 6 måneder etter transplantasjon. Av de 245 randomiserte pasientene som fikk valganciklovir, var 198 tester tilgjengelig for analyse ved dag 100, og det ble ikke observert ganciklovir-resistente mutasjoner. Dette til sammenligning med 2 ganciklovir-resistente mutasjoner påvist i de 103 prøvene som ble testet (1,9 %) fra pasienter i den orale ganciklovir-armen.

Av de 245 randomiserte pasientene som fikk valganciklovir, ble prøver fra 50 pasienter med mistenkt CMV-sykdom testet, og ingen resistente mutasjoner ble vist. Av de 127 randomiserte pasientene fra ganciklovir-armen, ble prøver fra 29 pasienter med mistenkt CMV-sykdom testet, og her ble to resistente mutasjoner påvist, noe som gir en resistensinsidens på 6,9 %.

Studien for utvidet profylakse fra 100 til 200 dager etter transplantering.

Analyse av genotype ble utført på UL54- og UL97-genene derivert fra virus ekstrahert fra 72 pasienter som oppfylte analysekriteriene for resistens: pasienter som hadde en sikkert påvist virusmengde (>600 kopier/ml) ved slutten av profylaksen og/eller pasienter som hadde bekreftet CMV-sykdom opp til 12 måneder (52 uker) etter transplantasjon. Tre pasienter i hver behandlingsgruppe hadde en kjent ganciklovir-resistent mutasjon.

Pediatrik populasjon

Behandling av CMV retinitt:

Det europeiske legemiddelkontoret har gitt unntak fra forpliktelsen om å utføre studier med Valganciclovir Sandoz i alle undergrupper av den pediatrike populasjonen for behandling av infeksjoner på grunn av CMV i immunkompromitterte pasienter (se pkt. 4.2 for informasjon vedrørende pediatrik bruk).

Forebygging av CMV-sykdom ved transplantasjon

En fase II farmakokinetikk- og sikkerhetsstudie ble utført på pediatrike pasienter som hadde fått organtransplantasjon (i alderen 4 måneder til 16 år, n=63), og som fikk valganciklovir én gang daglig i opp til 100 dager ifølge en doseringsalgoritme for barn (se pkt. 4.2) som ga lignende eksponering som hos voksne (se pkt. 5.2). Pasientene ble oppfulgt i 12 uker etter behandling. CMV D/R serologistatus ved behandlingsstart var D+/R- hos 40 %, D+/R+ hos 38 %, D-/R+ hos 19 % og D-/R- hos 3 % av tilfellene. Bekreftet CMV-virus ble rapportert for 7 pasienter. Bivirkningene som ble sett var lignende de som ble sett hos voksne (se pkt. 4.8).

En fase IV toleranstudie med pediatrike nyretransplanterte pasienter (i alderen 1 til 16 år, n=57), som fikk valganciklovir én gang daglig i opp til 200 dager i henhold til doseringsalgoritmen (se pkt. 4.2), resulterte i en

lav forekomst av CMV. Oppfølging etter behandling var 24 uker. CMV D/R serologistatus ved behandlingsstart var D+/R+ i 45 %, D+/R- i 39 %, D-/R+ i 7 %, D-/R- i 7 % og ND/R+ i 2 % av tilfellene. CMV-viremi ble rapportert hos tre pasienter og et tilfelle av CMV-syndrom ble mistenkt hos en pasient, men ikke bekreftet av CMV PCR ved sentrallaboratoriet. De observerte bivirkningene var av samme type som hos voksne (se pkt. 4.8). Disse dataene støtter ekstrapolering av effektdata fra voksne til barn og gir doseanbefalinger for pediatriske pasienter.

En fase I farmakokinetikk- og sikkerhetsstudie hos hjertetransplanterte pasienter (i alderen 3 uker til 125 dager, n=14), som fikk én daglig dose av valganciklovir i henhold til den pediatriske doseringsalgoritmen (se pkt. 4.2) på to påfølgende dager, produserte eksponeringer lik de hos voksne (se pkt. 5.2). Oppfølging etter behandling var 7 dager. Sikkerhetsprofilen samsvarte med andre studier hos barn og voksne selv om pasientantall og valganciklovireksponering var begrenset i denne studien.

Medfødt CMV

Effekt og sikkerhet av ganciklovir og/eller valganciklovir ble undersøkt hos nyfødte og spedbarn med medfødt symptomatisk CMV-infeksjon i to studier.

I den første studien ble farmakokinetikken og sikkerheten av en enkeltdose valganciklovir (doseintervall 14-16-20 mg/kg/dose) studert i 24 nyfødte (i alderen 8 til 34 dager) med symptomatisk medfødt CMV-sykdom (se pkt. 5.2). De nyfødte fikk antiviral behandling i 6 uker, hvorav 19 av de 24 pasientene fikk opp til 4 uker med peroral valganciklovir. I de resterende 2 ukene fikk deganciklovir intravenøst. De gjenstående 5 pasientene fikk intravenøs ganciklovir i mesteparten av studieperioden. I den andre studien ble effekt og sikkerhet av seks ukers versus seks måneders behandling med valganciklovir undersøkt hos 109 spedbarn i alderen 2 til 30 dager med symptomatisk medfødt CMV-sykdom. Alle spedbarn mottok valganciklovir peroralt i en dose på 16 mg/kg to ganger daglig i 6 uker. Etter seks uker med behandling ble spedbarnet randomisert 1:1 for å fortsette behandling med valganciklovir med samme dose eller motta en matchet placebo for å fullføre seks måneders behandling. Denne behandlingsindikasjonen er per i dag ikke anbefalt for valganciklovir. Studiedesign og resultatene som ble oppnådd er for begrensede til å kunne gi egnede konklusjoner vedrørende effekt og sikkerhet for valganciklovir.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Valganciklovirs farmakokinetiske egenskaper er undersøkt hos HIV- og CMV-seropositive pasienter, hos pasienter med AIDS og CMV-retinitt og hos organtransplanterte pasienter.

Doseproporsjonalitet med hensyn til ganciklovir AUC etter administrasjon av valganciklovir i doser fra 450 til 2625 mg ble kun påvist etter inntak sammen med mat.

Absorpsjon

Valganciklovir er prodrug til ganciklovir. Det absorberes fra mage-tarmkanalen og metaboliseres raskt og i stor grad i tarmveggen og leveren til ganciklovir. Systemisk eksponering for valganciklovir er kortvarig og lav. Biotilgjengelighet av oral dosering av ganciklovir fra valganciklovir er ca. 60 % i alle studerte pasientgrupper og den resulterende eksponering av ganciklovir er den samme som ved intravenøs administrering (se under). Til sammenligning er biotilgjengeligheten av ganciklovir etter oral administrering av 1000 mg ganciklovir (som kapsler) 6-8 %.

Valganciklovir i HIV-positive og CMV-positive pasienter:

Systemisk eksponering hos HIV-positive og CMV-positive pasienter, etter administrering av ganciklovir og valganciklovir to ganger daglig i en uke er:

Parametre	Ganciklovir (5 mg/kg, i.v.) n = 18	Valganciklovir (900 mg, peroralt) n = 25
-----------	---------------------------------------	---

		Ganciklovir	Valganciklovir
AUC(0-12 t) (mikrog.t/ml)	28,6 ± 9,0	32,8 ± 10,1	0,37 ± 0,22
C _{max} (mikrog/ml)	10,4 ± 4,9	6,7 ± 2,1	0,18 ± 0,06

Effekt av ganciklovir på økende tid-til-progresjon av CMV-retinitt, er vist å samsvare med systemisk eksponering (AUC).

Valganciklovir hos organtransplanterte pasienter:

Systemisk eksponering av ganciklovir ved steady state hos organtransplanterte pasienter, etter daglig oral administrasjon av ganciklovir og valganciklovir, er:

Parametre	Ganciklovir (1000 mg tre ganger daglig) n = 82	Valganciklovir (900 mg, en gang daglig) n = 161
		Ganciklovir
AUC(0-24 t) (µg.t/ml)	28,0 ± 10,9	46,3 ± 15,2
C _{max} (µg /ml)	1,4 ± 0,5	5,3 ± 1,5

Systemisk eksponering av ganciklovir hos hjerte-, nyre- og levertransplanterte pasienter var lik etter oral administrering av valganciklovir, i henhold til nyrefunksjons-doseringsalgoritmen.

Effekt ved samtidig inntak av mat

Når valganciklovir ble gitt sammen med mat i den anbefalte dose på 900 mg, ble det observert høyere verdier i både gjennomsnittlig ganciklovir AUC₂₄ (ca. 30 %) og gjennomsnittlig ganciklovir C_{max} (ca. 14 %) enn gitt fastende. Den individuelle variasjonen ved eksponering av ganciklovir reduseres også når valganciklovir tas sammen med mat. Det anbefales derfor at valganciklovir administreres sammen med mat (se pkt. 4.2).

Distribusjon

På grunn av valganciklovirs raske omdannelse til ganciklovir ble valganciklovirs proteinbinding ikke bestemt. Distribusjonsvolumet til ganciklovir ved steady state etter intravenøs administrasjon var 0,680 ± 0,161 l/kg (n=114). For intravenøs ganciklovir er distribusjonsvolumet korrelert med kroppsvekt, med verdier for distribusjonsvolum ved steady-state mellom 0,54-0,87 l/kg. Ganciklovir penetrerer cerebrospinalvæsken. I konsentrasjonsområdet 0,5 til 51 mikrog/ml, var ganciklovirs proteinbinding 1-2 %.

Biotransformasjon

Valganciklovir metaboliseres raskt og i stor grad til ganciklovir og ingen andre metabolitter er funnet. Ganciklovir blir ikke selv metabolisert i utstrakt grad.

Eliminasjon

Etter dosering med peroral valganciklovir, hydrolyseres legemidlet raskt til ganciklovir. Ganciklovir elimineres fra den systemiske sirkulasjonen ved glomerulær filtrasjon og aktiv tubulær sekresjon. Hos pasienter med normal nyrefunksjon, ble mer enn 90 % av intravenøst administrert ganciklovir gjenfunnet i umetabolisert form i urinen innen 24 timer. Hos pasienter med normal nyrefunksjon, reduseres plasmakonsentrasjonen av ganciklovir etter maksimal konsentrasjon etter administrering av valganciklovir, med en halveringstid mellom 0,4 til 2,0 timer.

Farmakokinetikk i spesielle kliniske situasjoner

Pediatrisk populasjon

I en fase II farmakokinetikk- og sikkerhetsstudie på pediatrike organtransplanterte pasienter (i alderen 4 måneder til 16 år, n=63), ble valganciklovir gitt én gang daglig i opptil 100 dager. Farmakokinetiske parametre var like på tvers av type organ og alder og sammenlignbare med de sett hos voksne. Modellering av farmakokinetikken til populasjonen antydte at biotilgjengeligheten var ca. 60 %. Clearance var positivt påvirket av både kroppsoverflate og nyrefunksjon.

I en fase I farmakokinetikk- og sikkerhetsstudie på pediatrike hjertetransplanterte pasienter (i alderen 3 uker til 125 dager, n=14), ble valganciklovir gitt én gang daglig i to studiedager. Farmakokinetikken til populasjonen anslo den gjennomsnittlige biotilgjengeligheten til å være 64 %.

En sammenligning av resultatene fra disse to studiene og de farmakokinetiske resultatene fra den voksne befolkningen viser at området for AUC_{0-24t} var svært like på tvers av alle aldersgrupper, inkludert voksne. Gjennomsnittlige verdier for AUC_{0-24t} og C_{max} var også like på tvers av de pediatrike aldersgrupper < 12 år, selv om det var en trend med synkende gjennomsnittlige verdier for AUC_{0-24t} og C_{max} i hele den pediatrike aldersgruppen, som så ut til å korrelere med økende alder. Denne trenden ble mer tydelig for gjennomsnittlige verdier for clearance, og halveringstid (t_{1/2}); men dette er å forvente da clearance påvirkes av endringer i vekt, høyde og nyrefunksjon i forbindelse med pasientens vekst, som indikert ved modellering av farmakokinetikken til populasjonen.

Tabellen under oppsummerer de modellestimerte AUC_{0-24t} range for ganciklovir fra disse to studiene, samt gjennomsnitt og standardavvikverdiene for AUC_{0-24t}, C_{max}, CL og t_{1/2} for de relevante pediatrike aldersgruppene sammenlignet med data for voksne:

PK parameter	Voksne*	Pediatrike pasienter			
		< 4 måneder (n=14)	4 måneder - ≤ 2 år (n=17)	> 2 - < 12 år (n=21)	≥ 12år – 16 år (n=25)
AUC _{0-24t} (µg•t/ml)	46,3 ± 15,2	68,1 ± 19,8	64,3 ± 29,2	59,2 ± 15,1	50,3 ± 15,0
AUC _{0-24t} range	15,4 - 116,1	34 - 124	34 - 152	36 - 108	22 - 93
C _{max} (µg /ml)	5,3 ± 1,5	10,5 ± 3,36	10,3 ± 3,3	9,4 ± 2,7	8,0 ± 2,4
Clearance (l/t)	12,7 ± 4,5	1,25 ± 0,473	2,5 ± 2,4	4,5 ± 2,9	6,4 ± 2,9
t _{1/2} (t)	6,5 ± 1,4	1,97 ± 0,185	3,1 ± 1,4	4,1 ± 1,3	5,5 ± 1,1

* Hentet fra studierapport PV 16000

Den daglige dosen av valganciklovir i begge studiene beskrevet ovenfor var basert på kroppsoverflate («body surface area» = BSA) og kreatininclearance (creatinine clearance = ClCr) utledet fra en modifisert Schwartz-formel og var beregnet ved bruk av dose-algoritmen presentert under pkt. 4.2.

Farmakokinetikken til ganciklovir etter administrering av valganciklovir ble også evaluert i to studier hos nyfødte og spedbarn med symptomatisk medfødt CMV-sykdom. I den første studien fikk 24 nyfødte i alderen 8-34 dager 6 mg/kg intravenøs ganciklovir to ganger daglig. Pasientene ble deretter behandlet med peroral valganciklovir, hvor valganciklovirdosen med pulver til mikstur var mellom 14 mg/kg og 20 mg/kg to ganger daglig. Total behandlingsvarighet var på 6 uker. En dose på 16 mg/kg valganciklovir pulver til mikstur to ganger

daglig ga sammenlignbar eksponering for ganciklovir hos nyfødte som 6 mg/kg intravenøs ganciklovir to ganger, og ga også sammenlignbar eksponering for ganciklovir som den effektive intravenøse dosen på 5 mg/kg hos voksne.

I den andre studien fikk 109 nyfødte i alderen 2 til 30 dager 16 mg/kg valganciklovir pulver til mikstur to ganger daglig i 6 uker og deretter ble 96 av 109 inkluderte pasienter randomisert til å fortsette å motta valganciklovir eller placebo i 6 måneder. Gjennomsnittlig AUC_{0-12t} var imidlertid lavere sammenlignet med de gjennomsnittlige AUC_{0-12t} verdiene fra den første studien.

Tabellen under viser gjennomsnittsverdier for AUC, C_{max} og t_{1/2} inkludert standardavvik sammenlignet med data for voksne:

PK parameter	Voksne	Pediatriske pasienter (nyfødte og spedbarn)		
	5 mg/kg GAN Enkelt dose (n=8)	6 mg/kg GAN 2 ganger daglig (n=19)	16 mg/kg VAL 2 ganger daglig (n=19)	16 mg/kg VAL 2 ganger daglig (n=100)
AUC _{0-∞} (µg•t /ml)	25,4 ± 4,32	-	-	-
AUC _{0-12t} (µg•t/ml)	-	38,2 ± 42,7	30,1 ± 15,1	20,85 ± 5,40
C _{max} (µg/ml)	9,03 ± 1,26	12,9 ± 21,5	5,44 ± 4, 04	-
t _{1/2} (t)	3,32 ± 0,47	2,52 ± 0, 55	2,98 ± 1, 26	2,98 ± 1,12

GAN = Ganciklovir, i.v. VAL = Valganciklovir, peroral

Disse dataene er for begrensede til å kunne trekke noen konklusjoner vedrørende effekt eller doseringsanbefalinger til pediatriske pasienter med medfødt CMV-infeksjon.

Eldre

Farmakokinetikken til valganciklovir eller ganciklovir hos voksne over 65 år har ikke blitt undersøkt (se pkt. 4.2).

Pasienter med nedsatt nyrefunksjon

Farmakokinetikken til ganciklovir etter en enkelt peroral dose med 900 mg valganciklovir ble undersøkt hos 24 ellers friske frivillige med nedsatt nyrefunksjon. Farmakokinetiske parametre for ganciklovir etter en enkelt peroral dose med 900 mg Valganciclovir Sandoz-tabletter hos pasienter med ulik grad av nedsatt nyrefunksjon:

Estimert kreatinin-clearance (ml/min)	N	Tilsynelatende clearance (ml/min) Gjennomsnitt ± SD	AUC _{sist} (mikrog•t/ml) Gjennomsnitt ± SD	Halveringstid (timer) Gjennomsnitt ± SD
51-70	6	249 ± 99	49,5 ± 22,4	4,85 ± 1,4
21-50	6	136 ± 64	91,9 ± 43,9	10,2 ± 4,4
11-20	6	45 ± 11	223 ± 46	21,8 ± 5,2
≤ 10	6	12,8 ± 8	366 ± 66	67,5 ± 34

Nedsatt nyrefunksjon resulterte i nedsatt clearance av ganciklovir fra valganciklovir med en tilsvarende økning av den terminale halveringstid. Det er derfor nødvendig å justere dosen hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon (se pkt. 4.2 og 4.4).

Pasienter i dialyse

For pasienter som får hemodialyse, kan det ikke gis doseanbefalinger for Valganciclovir Sandoz 450 mg filmdrasjerte tabletter. Dette er fordi den individuelle Valganciclovir Sandoz-dosen som kreves for disse pasientene er mindre enn innholdet i en 450 mg tablett. Valganciclovir Sandoz filmdrasjerte tabletter bør derfor ikke brukes av disse pasientene (se pkt. 4.2 og 4.4).

Stabile levertransplanterte pasienter

Farmakokinetikken til ganciklovir fra valganciklovir hos stabile levertransplanterte pasienter ble undersøkt i en åpen overkrysningsstudie med fire deler (N = 28). Biotilgjengeligheten av ganciklovir fra valganciklovir etter en enkeltdose på 900 mg valganciklovir etter måltid, var omtrent 60 %. AUC_{0-24t} av ganciklovir var tilsvarende det som ble oppnådd med 5 mg/kg intravenøs ganciklovir hos levertransplanterte pasienter.

Pasienter med nedsatt leverfunksjon

Sikkerhet og effekt for Valganciclovir Sandoz filmdrasjerte tabletter er ikke undersøkt hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon bør ikke ha innvirkning på ganciklovirs farmakokinetikk siden det utskilles via nyrene, og derfor er ingen spesifikk doseanbefaling angitt.

Pasienter med cystisk fibrose

I en fase I farmakokinetikkstudie hos lungetransplanterte pasienter med eller uten cystisk fibrose (CF), fikk 31 pasienter (16 CF/15 ikke-CF) profylaksebehandling med 900 mg/dag Valganciclovir Sandoz etter transplantasjon. Studien indikerte at cystisk fibrose ikke hadde noen statistisk signifikant påvirkning på den generelle gjennomsnittlige systemiske eksponeringen for ganciklovir hos lungetransplanterte pasienter. Ganciklovireksponering hos lungetransplanterte pasienter var sammenlignbar med det som har vist seg å være effektiv forebygging av CMV-sykdom hos andre pasienter transplantert med solide organer.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Valganciclovir er prodrug til ganciklovir og effekt sett ved ganciklovir gjelder derfor likeledes for valganciklovir. I prekliniske sikkerhetsstudier var toksisiteten til valganciclovir den samme som den sett med ganciklovir, og den ble indusert ved eksponeringsnivåer av ganciklovir som var sammenlignbare med eller lavere enn nivåene hos mennesker som har fått induksjonsdosen.

Disse funnene besto av gonadotoksisitet (tap av testikkelceller) og nefrotoksisitet (uremi, celledegenerasjon), som var irreversibelt, og myelotoksisitet (anemi, nøytropeni, lymfocytopeni) og gastrointestinal toksisitet (nekrose av slimhinneceller), som var reversibelt.

Ganciklovir var mutagent i lymfomceller fra mus og klastogent i mammalske celler. Disse resultatene er i overensstemmelse med funnene i karsinogenisitetsstudien der ganciklovir ble gitt til mus. Ganciklovir er et potensielt karsinogent.

Videre studier har vist at ganciklovir er teratogent, embryotoksisk, hemmer spermatogenesisen (dvs. nedsetter fertilitet hos hanner) og undertrykker fertilitet hos hunner.

Data fra dyr indikerer at ganciklovir skilles ut i melken til diegivende rotter.

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Fortegnelse over hjelpestoffer

Tablettkjerne:

Cellulose, mikrokrySTALLinsk (PH101)
Krysspovidon (type A)
Povidon K30
Stearinsyre 50

Tablett filmdrasjering:

Opadry Pink 15B24005 inneholder:
Hypromellose (E 464) (3 cP)
Hypromellose (E 464) (6 cP)
Titandioksid (E 171)
Makrogol 400 (E 1521)
Jernoksid, rødt (E 172)
Polysorbat 80 (E 433)

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant.

6.3 Holdbarhet

3 år

Holdbarhet etter første åpning:
Bokser: 2 måneder

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser.

6.5 Emballasje (type og innhold)

De filmdrasjerte tablettene er pakket i aluminium/PVC/aluminium/OPA blisterpakninger og lagt i en eske eller pakket i en boks av HPDE med barnesikkert lokk av polypropylen og aluminiumsforsegling og med et bomullsinnlegg.

Blisterpakning: 10, 30, 60, 90 og 120 filmdrasjerte tabletter
Boks: 60 filmdrasjerte tabletter

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering

Ingen spesielle forholdsregler.

Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Sandoz A/S
Edvard Thomsens Vej 14
2300 København S
Danmark

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

13-9728

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 11.12.2014
Dato for siste fornyelse: 13.01.2020

10. OPPDATERINGSDATO

11.04.2025