

1. LEGEMIDLETS NAVN

Singulair 10 mg tabletter, filmdrasjerte

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

En filmdrasjert tablett inneholder montelukastnatrium som tilsvarer 10,0 mg montelukast.

Hjelpestoff med kjent effekt:

Dette legemidlet inneholder 89,3 mg laktosemonohydrat i hver tablett.

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett, filmdrasjert.

Beige, avrundet kvadratisk, størrelse 7,9 mm x 7,9 mm med SINGULAIR preget på den ene siden, og MSD 117 på den andre.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og korttidsvirkende β_2 -agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen.

Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt.

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Dosering

Astma

Dosen bør tas om kvelden.

Voksne og ungdom over 15 år: 10 mg (1 tablett) en gang daglig.

Sesongrelatert allergisk rhinitt

Doseringsstidspunkt kan individualiseres slik at det passer den enkelte pasients behov.

Voksne og ungdom over 15 år: 10 mg (1 tablett) daglig.

Generelle anbefalinger

Terapeutisk effekt av Singulair ved astma inntreffer i løpet av en dag. Pasientene bør informeres om at Singulair bør tas selv om sykdommen er under kontroll, og i perioder med forverring av sykdommen.

Singulair skal tas en gang daglig, alene eller sammen med mat.

Singulair skal ikke brukes samtidig med andre legemidler som inneholder det samme virkestoffet, montelukast.

Det er ikke nødvendig med dosejustering for eldre, pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller ved mild til moderat leversykdom. Det finnes ikke data for pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Dosen er den samme både for mannlige og kvinnelige pasienter.

Behandling med Singulair i forhold til andre astmabehandlinger

Når behandling med Singulair brukes som tilleggsbehandling til inhalasjonssteroider, bør ikke Singulair erstatte inhalasjonssteroider brått (se pkt. 4.4).

Pediatrisk populasjon

Singulair 10 mg tabletter skal ikke gis til barn under 15 år. Sikkerhet og effekt av Singulair 10 mg tabletter hos barn under 15 år har ikke blitt fastslått.

5 mg tyggetabletter er tilgjengelig for barn fra 6 til 14 år.

4 mg tyggetabletter er tilgjengelig for barn fra 2 til 5 år.

4 mg granulater er tilgjengelig for barn fra 6 måneder til 5 år.

Administrasjonsmåte

Oral bruk.

4.3 Kontraindikasjoner

Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Pasienten bør rådes til å aldri bruke oral montelukast til behandling av akutte astmaanfall og ha sin akuttmedisin tilgjengelig. Ved akutte anfall gis korttidsvirkende β -agonister. Pasienten bør kontakte lege snarest mulig dersom det er nødvendig med flere inhalasjoner av korttidsvirkende β -agonister enn vanlig.

Montelukast bør ikke brått erstatte behandling med inhalerte eller perorale kortikosteroider.

Det finnes ikke data som viser at orale kortikosteroider kan reduseres ved samtidig inntak av montelukast.

Hos pasienter behandlet med antiastmatika inkludert montelukast, er det rapportert sjeldne tilfeller av systemisk eosinofili, av og til med kliniske funn tilsvarende vaskulitt overensstemmende med Churg-Strauss syndrom som er en tilstand som ofte behandles med systemisk kortikosteroid-behandling. Disse tilfellene har noen ganger blitt sett i sammenheng med reduksjon av eller seponering av oral kortikosteroidbehandling. Selv om en mulig sammenheng med leukotrienreseptorantagonisme ikke har blitt fastslått, bør legene være spesielt oppmerksom på eosinofili, vaskulitisk utslett, forverring av lungesyntomer, hjertekomplikasjoner, og/eller neuropati hos pasientene sine. Pasienter som får disse symptomene må vurderes på nytt og deres behandlingsregimer evalueres.

Pasienter med acetylsalisylsyre-følsom astma må fortsette å unngå bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroidale antiinflammatoriske legemidler, også under behandling med montelukast.

Nevropsykiatriske hendelser som adferdsendringer, depresjon og suicidalitet er rapportert i alle aldersgrupper som tar montelukast (se pkt. 4.8). Symptomene kan være alvorlige og kan fortsette hvis behandlingen ikke avbrytes. Behandlingen med montelukast bør derfor seponeres hvis det oppstår nevropsykiatriske symptomer under behandlingen. Pasienter og/eller omsorgspersoner bør rådes til å være oppmerksomme på nevropsykiatriske hendelser og instrueres om å informere legen dersom disse endringene i adferd oppstår.

Laktose

Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktose malabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

Natrium

Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) i hver tablett, og er så godt som «natriumfritt».

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Montelukast kan gis samtidig med andre preparater som brukes rutinemessig i profylakse og kronisk behandling av astma, samt allergisk rhinitt. I interaksjonsstudier har anbefalt klinisk dose av montelukast ikke vist effekt av klinisk betydning for farmakokinetikken til følgende legemidler: teofyllin, prednison, prednisolon, p-piller (etinylostradiol/noretisteron 35/1), terfenadin, digoksin og warfarin.

Arealet under plasmakonsentrasjonskurven (AUC) for montelukast ble redusert ca. 40 % hos forsøkspersoner med samtidig inntak av fenobarbital. Siden montelukast metaboliseres av CYP 3A4, 2C8 og 2C9, bør forsiktighet utvises, spesielt ved behandling av barn, når montelukast gis samtidig med CYP 3A4-, 2C8- og 2C9-indusere som fenytoin, fenobarbital og rifampicin.

In vitro-studier har vist at montelukast er en potent hemmer av CYP 2C8. Data fra kliniske legemiddelinteraksjonsstudier som involverer montelukast og rosiglitazon (et testsubstrat som representerer legemidler som primært metaboliseres av CYP 2C8) har imidlertid vist at montelukast ikke hemmer CYP 2C8 *in vivo*. Montelukast forventes derfor ikke markert å endre metabolismen av legemidler som metaboliseres av dette enzymet (f. eks. paklitaksel, rosiglitazon, repaglinid).

In vitro-studier har vist at montelukast er et substrat for CYP 2C8, og i mindre grad for 2C9, og 3A4. I en klinisk legemiddelinteraksjonsstudie med montelukast og gemfibrozil (en hemmer av både CYP 2C8 og 2C9), økte gemfibrozil den systemiske eksponeringen av montelukast med 4,4 ganger. Ingen rutinemessig dosejustering av montelukast kreves ved samtidig administrering med gemfibrozil eller andre potente CYP 2C8-hemmere, men legen bør være klar over potensialet for en økning i bivirkninger.

Basert på *in vitro*-data forventes ikke kliniske viktige legemiddelinteraksjoner med mindre potente CYP 2C8-hemmere (f.eks. trimetoprim). Samtidig administrering av montelukast og itrakonazol, en sterk CYP 3A4-hemmer, viste ingen signifikant økning i systemisk eksponering av montelukast.

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Graviditet

Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapsforløpet eller embryo/fosterutvikling.

Tilgjengelige data fra publiserte prospektive og retrospektive kohort-studier som vurderte store fosterskader hos gravide kvinner ved bruk av montelukast, har ikke etablert noen legemiddelassosiert risiko. Tilgjengelige studier har metodiske begrensninger, inkludert små testgrupper, i noen tilfeller retrospektiv datainnhenting og inkonsekvente komparatorgrupper.

Singulair skal ikke brukes under graviditet med mindre det anses som strengt nødvendig.

Amming

Studier på rotter har vist at montelukast utskilles i melk (se pkt. 5.3). Det er ukjent om montelukast/metabolitter blir skilt ut i morsmelk hos mennesker.

Singulair skal ikke brukes av mødre som ammer med mindre det anses som strengt nødvendig.

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Singulair har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Enkelte har imidlertid rapportert om søvnighet eller svimmelhet.

4.8 Bivirkninger

Montelukast har blitt undersøkt i følgende kliniske studier:

- 10 mg filmdrasjerte tabletter hos ca. 4000 ungdommer og voksne pasienter fra 15 år og eldre med vedvarende astma.
- 10 mg filmdrasjerte tabletter hos ca. 400 ungdommer og voksne pasienter fra 15 år og eldre med astma og sesongrelatert allergisk rhinitt.
- 5 mg tyggetabletter hos ca. 1750 barn fra 6-14 år med vedvarende astma.
- 4 mg tyggetablett hos 851 barn fra 2 til 5 år med vedvarende astma.
- 4 mg granulat hos 175 barn fra 6 måneder til 2 år med vedvarende astma.
- 4 mg granulat og tyggetabletter hos 1038 barn fra 6 måneder til 5 år med episodisk astma.

I kliniske studier ble følgende legemiddelrelaterte bivirkninger rapportert som vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) hos pasienter som ble behandlet med montelukast og hyppigere enn hos pasienter som fikk placebo.

Organklasser	Ungdommer og voksne pasienter 15 år og eldre (to 12 ukers studier; n=795)	Barnepasienter 6 til 14 år (en 8-ukers studie; n=201) (to 56-ukers studier; n=615)	Barnepasienter 2 til 5 år (en 12-ukers studie; n=461) (en 48-ukers studie; n=278)	Barnepasienter 6 mnd. til 2 år (en 6-ukers studie; n=175)
Nevrologiske sykdommer	hodepine	hodepine		hyperkinesi
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum				astma
Gastrointestinale sykdommer	abdominale smerter		abdominale smerter	diaré
Hud- og underhudssykdommer				eksematøs dermatitt, utslett
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet			tørste	

Ved langtidsbehandling i kliniske studier med et begrenset antall voksne pasienter i opptil 2 år og i opptil 12 måneder for pediatrike pasienter i alderen 6-14 år med astma, ble ikke bivirkningsprofilen endret.

Kumulativt ble 502 barn i alderen 2 til 5 år behandlet med montelukast i minst 3 måneder, 338 i 6 måneder eller mer og 534 i 12 måneder eller mer. Bivirkningsprofilen ble ikke endret ved langtidsbehandling hos disse pasientene heller.

Sikkerhetsprofilen hos barn fra 6 måneder til 2 år ble ikke endret ved behandling opptil 3 måneder.

Bivirkninger i tabellform

Følgende er rapportert ved bruk etter markedsføring, fordelt på organklasser og bivirkning, se tabellen under. Frekvenskategoriene ble estimert basert på relevante kliniske studier:

Organklasser	Bivirkning	Frekvenskategori*
Infeksiøse og parasittære sykdommer	øvre luftveisinfeksjon [†]	Svært vanlige
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	økt blødningstendens	Sjeldne
	trombocytopeni	Svært sjeldne
Forstyrrelser i	overfølsomhetsreaksjoner inklusive	Mindre vanlige

immunsystemet	anafylaksi	
	eosinofilt leverinfiltrat	Svært sjeldne
Psykiatriske lidelser	unormale drømmer inklusive mareritt, søvnløshet, somnambulisme, angst, agitasjon inkludert aggressiv oppførsel eller fiendtlighet, depresjon, psykomotorisk hyperaktivitet (inkludert irritabilitet, rastløshet, tremor [§])	Mindre vanlige
	konsentrasjonsforstyrrelser, hukommelsessvikt, tic	Sjeldne
	hallusinasjoner, desorientering, selvmordstanker og oppførsel (selvmord), obsessiv-kompulsive symptomer, stamming	Svært sjeldne
Nevrologiske sykdommer	svimmelhet, søvnighet, parestesi/hypoestesi, kramper/epileptiske anfall	Mindre vanlige
Karsykdommer	palpitasjoner	Sjeldne
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum	epistaksis	Mindre vanlige
	Churg-Strauss syndrom (CSS) (se pkt. 4.4)	Svært sjeldne
	pulmonær eosinofili	Svært sjeldne
Gastrointestinale sykdommer	diaré [‡] , kvalme [‡] , oppkast [‡]	Vanlige
	tørr munn, dyspepsi	Mindre vanlige
Sykdommer i lever og galleveier	økte serumtransaminaser (ALAT, ASAT)	Vanlige
	hepatitt (inkludert kolestatisk, hepatocellulær og forskjellige typer leverskader)	Svært sjeldne
Hud- og underhudssykdommer	utslett [‡]	Vanlige
	blåmerker, urtikaria, pruritus	Mindre vanlige
	angioødem	Sjeldne
	erythema nodosum, erythema multiforme	Svært sjeldne
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett	artralgi, myalgi inklusive muskelkramper	Mindre vanlige
Sykdommer i nyre og urinveier	enuresis hos barn	Mindre vanlige
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	pyreksi [‡]	Vanlige
	asteni/fatigue, malaise, ødem	Mindre vanlige
*Frekvenskategori: Definert for hver bivirkning basert på hyppigheten rapportert i de kliniske studie-databasene: 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 ($< 1/10\ 000$). [‡]Denne bivirkningen, rapportert som svært vanlig hos pasienter som fikk montelukast, ble også rapportert som svært vanlig hos pasienter som fikk placebo i kliniske studier. [‡]Denne bivirkningen, rapportert som vanlig hos pasienter som fikk montelukast, ble også rapportert som vanlig hos pasienter som fikk placebo i kliniske studier. [§]Frekvenskategori: Sjeldne		

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 Statens legemiddelverk: www.legemiddelverket.no/meldeskjema.

4.9 Overdosering

I studier på kronisk astma er det gitt doser opp til 200 mg/dag til voksne pasienter i 22 uker, og i korttidsstudier er det gitt opp til 900 mg/dag i ca. 1 uke uten at det ble observert klinisk signifikante bivirkninger.

Etter markedsføring og i kliniske studier med montelukast er akutt overdosering rapportert. Rapporter omfatter doser så høye som 1000 mg hos voksne og barn (ca. 61 mg/kg hos et barn på 42 måneder). Kliniske- og laboratoriefunn avviker ikke fra det som er sett hos voksne og barn. I de fleste rapportene om overdosering ble det ikke rapportert om bivirkninger.

Symptomer på overdosering

De vanligste forekommende bivirkningene var i henhold til sikkerhetsprofilen til montelukast og inkluderte magesmerte, søvnighet, tørste, hodepine, oppkast og psykomotorisk hyperaktivitet.

Håndtering av overdosering

Det er ingen spesiell anbefaling for behandling av overdose med montelukast. Det er ikke kjent om montelukast er dialyserbar ved peritoneal- eller hemodialyse.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Leukotrienreseptorantagonist, ATC-kode: R03D C03

Virkningsmekanisme

Cysteinyl-leukotrienene (LTC₄, LTD₄, LTE₄) er potente inflammatoriske eikosanoider som frigjøres fra forskjellige celler, inkludert mastceller og eosinofile celler. Disse viktige pro-astmatiske mediatorene bindes til cysteinyl-leukotrienreseptorer (CysLT), finnes i luftveiene hos mennesker og forårsaker reaksjoner i luftveiene som bronkokonstriksjon, mucusutskillelse, vaskulær permeabilitet og rekruttering av eosinofile celler. Ved allergisk rhinitt frigis CysLT fra slimhinnene i nesen både i løpet av tidlig og sen fase av reaksjonen etter eksponering for allergener, og er forbundet med symptomer på allergisk rhinitt. Provkasjon med CysLT i nesen har vist økning av resistens i luftveiene og symptomer på tett nese.

Farmakodynamiske effekter

Montelukast er et oralt virkestoff som bindes med høy affinitet og selektivt til CysLT₁-reseptorer. I kliniske studier hemmer montelukast bronkokonstriksjon fremkalt av inhalert LTD₄ i doser helt ned til 5 mg. Bronkodilatasjon ble sett innen 2 timer etter peroral administrering. Den bronkodilaterende effekten av en β -agonist var additiv til effekten av montelukast. Behandling med montelukast hemmet antigen-fremkalt bronkokonstriksjon både i tidlig og sen fase. Sammenlignet med placebo reduserte montelukast perifere eosinofile celler hos voksne og pediatriske pasienter. I en separat studie førte behandling med montelukast til signifikant redusert mengde eosinofile celler i luftveiene (målt i sputum). Sammenlignet med placebo reduserte montelukast eosinofile celler i perifert blod og forbedret klinisk kontroll av astmaen hos voksne og barn fra 2 til 14 år.

Klinisk effekt og sikkerhet

I studier hos voksne viste montelukast 10 mg 1 gang daglig sammenlignet med placebo signifikant bedring i morgen FEV₁ (10,4 % vs. 2,7 % endring fra utgangsnivå), AM topp ekspiratorisk toppstrømhastighet (PEFR) (24,5 l/min vs. 3,3 l/min endring fra utgangsnivå) og signifikant reduksjon i total bruk av β -agonister (-26,1 % vs. -4,6 % endring fra utgangsnivå). Forbedring i pasientrapporterte astmasymptompoeng dag og natt var signifikant bedre enn placebo.

Studier på voksne viste at montelukast har tilleggseffekt til inhalasjonssteroider (% endring fra utgangsnivå FEV₁: 5,43 % vs. 1,04 %; bruk av β -agonister: -8,70 % vs. 2,64 % for henholdsvis inhalert beklometason pluss montelukast vs. beklometason). Sammenlignet med inhalert beklometason (200 μ g to ganger daglig med munnstykke) viste montelukast raskere initial respons, men i løpet av de 12 ukene studien varte, ga beklometason bedre gjennomsnittlig behandlingseffekt (% endring fra utgangsnivå FEV₁: 7,49 % vs. 13,3 %; bruk av β agonister: -28,28 % vs. -43,89 % for henholdsvis montelukast vs. beklometason). Sammenlignet med beklometason oppnådde imidlertid en høy prosentandel av pasientene behandlet med montelukast tilsvarende kliniske respons (f.eks. 50 % av pasientene behandlet med beklometason oppnådde bedret FEV₁ på omlag 11 % eller mer over utgangsnivå, mens omlag 42 % av pasientene behandlet med montelukast oppnådde samme respons).

I en 8 ukers studie med pediatriske pasienter 6-14 år viste behandling med montelukast 5 mg 1 gang daglig sammenlignet med placebo signifikant bedring i respirasjonsfunksjonen (FEV₁ 8,71 % vs. 4,16 % endring fra utgangsnivå; AM PEF_R om morgenen 27,9 l/min vs. 17,8 l/min endring fra utgangsnivå) og reduksjon i bruk av β -agonister tatt ved behov (-11,7 % vs. +8,2 % endring fra utgangsnivå).

Signifikant reduksjon i anstrengelsesutløst bronkokonstriksjon ble vist i en 12 ukers studie hos voksne (maksimalt fall i FEV₁ 22,33 % for montelukast vs. 32,40 % for placebo, tid til bedring til inntil 5 % av FEV₁ ved utgangsnivå 44,22 min vs. 60,64 min). Effekten vedvarte de 12 ukene studien varte. Reduksjon i anstrengelsesutløst bronkokonstriksjon ble også vist i en korttidsstudie på barn 6 til 14 år (maksimalt fall i FEV₁ 18,27 % vs. 26,11 %, tid til bedring til inntil 5 % av FEV₁ ved utgangsnivå 17,76 min vs. 27,98 min). I begge studiene ble effekten vist på slutten av doseringsintervallet 1 gang daglig.

Hos acetylsalisylsyrefølsomme astmatikere som fikk samtidig behandling med inhalasjons- og/eller perorale kortikosteroider, førte behandling med montelukast til signifikant forbedring av astmakontroll sammenlignet med placebo (FEV₁ 8,6 % vs. -1,74 % endring fra utgangsnivå, og reduksjon i bruk av β -agonister -27,78 % vs. 2,09 % endring fra utgangsnivå).

I de foreliggende kliniske studiene ble montelukast gitt som kveldsdose. Man har ingen studier hvor morgen- og kveldsdosering er sammenlignet.

Hos 1189 pasienter fra 15 år og eldre med sesongrelatert allergisk rhinitt ga montelukast 10 mg tabletter gitt en gang daglig en statistisk signifikant forbedring i den primære variabelen; score for nesesyntomer på dagtid, og denne variabelens individuelle enheter (tetthet i nesen, rhinoré, kløe i nesen og nysing) sammenlignet med placebo. Statistisk signifikant forbedring sammenlignet med placebo ble også oppnådd for score for symptomer om natten (tetthet i nesen ved oppvåkning, vanskelig for å sovne og oppvåkning om natten), samt for global evaluering av allergisk rhinitt av både pasient og lege. I en separat 4 ukers studie med 445 pasienter fra 15 år og eldre med sesongrelatert allergisk rhinitt der montelukast 10 mg tabletter ble gitt en gang daglig om morgenen, var effekten de første 2 ukene signifikant forskjellig fra placebo og i overensstemmelse med effekten observert i studier med kveldsdosering. I tillegg var effekten for alle 4 ukene i overensstemmelse med effekten fra 2 ukers resultatene.

Hos pasienter fra 15 år og eldre med sesongrelatert allergisk rhinitt som fikk montelukast, ble det observert en median reduksjon på 13 % i eosinofiltall i perifert blod i løpet av dobbelt-blindperioden sammenlignet med placebo.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Absorpsjon

Montelukast absorberes raskt etter oral administrering. Maksimal plasmakonsentrasjon (C_{max}) for 10 mg filmdrasjert tablett oppnås ca. 3 timer (T_{max}) etter administrering hos voksne i fastende tilstand. Gjennomsnittlig oral biotilgjengelighet er 64 %. Oral biotilgjengelighet og C_{max} påvirkes ikke av et standardmåltid. Sikkerhet og effekt ble vist i kliniske studier hvor 10 mg tabletter ble gitt uten hensyn til inntak av mat.

For 5 mg tyggetablett oppnås $C_{\max}$ 2 timer etter administrering til voksne i fastende tilstand. Gjennomsnittlig biotilgjengelighet er 73 % som reduseres til 63 % gitt sammen med et standardmåltid.

Distribusjon

Montelukast er mer enn 99 % bundet til plasmaproteiner. Gjennomsnittlig steady-state distribusjonsvolum: 8-11 liter. Studier med radiomerket montelukast på rotter antyder minimal distribusjon over blod-hjernebarrieren. I tillegg var konsentrasjonen av radiomerket substans minimal i alle vev 24 timer etter dosering.

Biotransformasjon

Montelukast metaboliseres i stor grad. I studier med terapeutiske doser er plasmakonsentrasjoner av montelukast-metabolitter under deteksjonsgrensen ved steady-state hos voksne og barn.

Cytokrom P450 3A4 2C8 er hovedenzymet i metabolismen av montelukast. I tillegg kan CYP 3A4 og 2C9 bidra i mindre grad, selv om itrakonazol, en CYP 3A4-hemmer, ikke endret noen av de farmakokinetiske variablene til montelukast i friske personer som fikk 10 mg montelukast daglig. Basert på *in vitro*-resultater i humane levermikrosomer hemmer terapeutiske plasmakonsentrasjoner av montelukast ikke cytokrom P450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 eller 2D6. Metabolittene bidrar minimalt til den terapeutiske effekten av montelukast.

Eliminasjon

Plasmaclearance er gjennomsnittlig 45 ml/min hos friske voksne. Etter en oral dose med radiomerket montelukast ble 86 % av radioaktiviteten gjenfunnet etter 5 dager i fekale prøver, og < 0,2 % ble gjenfunnet i urin. Sammen med estimerer for oral biotilgjengelighet antyder dette at montelukast og dets metabolitter utskilles nesten fullstendig via gallen.

Pasientfaktorer

Ingen dosejustering er nødvendig for eldre eller for pasienter med mild til moderat redusert leverfunksjon. Pasienter med redusert nyrefunksjon er ikke studert. Montelukast og dets metabolitter elimineres via gallen, og ingen dosejustering er forventet å være påkrevet ved nedsatt nyrefunksjon. Det finnes ikke farmakokinetiske data av montelukast hos pasienter med alvorlig leverinsuffisient (Child-Pugh score >9).

Ved høye doser av montelukast (20 og 60 ganger anbefalt dose hos voksne) ble det observert en reduksjon av teofyllin-konsentrasjonen. Denne effekten er ikke sett ved anbefalt dose på 10 mg en gang daglig.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Forbigående mindre biokjemiske endringer i ALAT, glukose, fosfor og triglyserider er sett i toksisitetsstudier på dyr. Tegn på toksisitet hos dyr er økt spyttutskillelse, gastrointestinale symptomer, løs avføring og forstyrrelser i ionebalansen. Disse endringene oppsto ved doser som ga >17 ganger høyere systemisk påvirkning enn klinisk dose. Hos aper observerte man bivirkningene ved doser fra 150 mg/kg/dag (>232 ganger høyere systemisk påvirkning enn klinisk dose). I dyrestudier påvirket ikke montelukast fertilitet eller reproduksjon ved systemisk eksponering >24 ganger klinisk systemisk eksponering. En lett reduksjon i avkommets kroppsvekt ble sett i en fertilitetsstudie på hunn-rotter ved doser på 200 mg/kg/dag (>69 ganger klinisk systemisk eksponering). I studier på kaniner er det sett høyere insidens av ufullstendig ossifikasjon sammenlignet med kontrolldyr ved systemisk eksponering >24 ganger klinisk systemisk eksponering sett ved klinisk dose. Ingen abnormaliteter ble sett hos rotter. Det er vist hos dyr at montelukast krysser placentabarrieren og at det utskilles i brystmelk.

Det er ikke sett dødelighet hos mus og rotter etter enkeltdoser på opptil 5000 mg/kg (15 000 mg/m² hos mus, 30 000 mg/m² hos rotter). Maksimumsdose er ikke testet. Denne dosen tilsvarer 25 000 ganger anbefalt daglig dose hos en voksen person på 50 kg.

Montelukast er vist ikke å være fototoksisk i mus for UVA, UVB eller synlig lys ved doser inntil 500 mg/kg/dag (ca. >200 ganger klinisk systemisk påvirkning).

Montelukast har ikke mutagen effekt i *in vitro*- og *in vivo*-tester eller karsinogen effekt på gnagere.

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Hjelpestoffer

Cellulose, mikrokrySTALLinsk
Laktosemonohydrat (89,3 mg)
Krysskarmellosenatrium
Hydroksypropylcellulose
Magnesiumstearat

Drasjering:
Hypromellose
Hydroksypropylcellulose
Karnaubavoks
Farge: titandioksid (E 171), rødt og gult jernoksid (E 172)

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant

6.3 Holdbarhet

3 år

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

6.5 Emballasje (type og innhold)

Pakket i polyamid/PVC/aluminium blisterpakninger.
Pakninger: 28 og 98 tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon

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

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

N.V. Organon
Kloosterstraat 6
5349 AB Oss
Nederland

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

97-1192

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 7. august 1998

Dato for siste fornyelse: 7. august 2008

10. OPPDATERINGSDATO

06.06.2023