

1. LEGEMIDLETS NAVN

Ivermectin Orifarm Healthcare 3 mg tabletter

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver tablett inneholder 3 mg ivermektin.
For fullstendig liste over hjelpestoffer se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Tablett.
Hvit, flat, rund tablett med skråkant. Tablettens diameter er ca. 5 mm og tykkelse ca. 2 mm.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjon(er)

- Behandling av gastrointestinal strongyloidiasis (anguillulosis).
- Behandling av mistenkt eller diagnostisert mikrofilaremi hos pasienter med lymfatisk filariasis grunnet *Wuchereria bancrofti*.
- Behandling av human sarkoptisk skabb. Behandling er berettiget dersom diagnosen skabb har blitt fastslått klinisk og/eller ved parasittologisk undersøkelse. Uten en formell diagnose er behandling ikke berettiget ved kløe.

Det bør tas hensyn til offisielle retningslinjer, som vanligvis vil omfatte retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Dosering

Behandling av gastrointestinal strongyloidiasis

Den anbefalte dosen er én oral enkeltdose på 200 mikrogram ivermektin per kg kroppsvekt.

Følgende veiledende dose er bestemt ut fra pasientens vekt:

KROPPSVEKT (kg)	DOSE (antall 3 mg tabletter)
15 til 24	én
25 til 35	to
36 til 50	tre
51 til 65	fire
66 til 79	fem
≥ 80	seks

Behandling av mikrofilaremi forårsaket av *Wuchereria bancrofti*

Den anbefalte dosen for massedistribusjon til behandling av mikrofilaremi forårsaket av *Wuchereria bancrofti* er en oral enkeltdose én gang hver 6. måned, som skal gi ca. 150 til 200 mikrogram/kg kroppsvekt.

I endemiske områder hvor behandling kun kan gis én gang hver 12. måned, er den anbefalte dosen 300 til 400 mikrogram/kg kroppsvekt for å opprettholde tilstrekkelig undertrykkelse av mikrofilaremi hos behandlede pasienter.

Følgende veiledende dose er bestemt ut fra pasientens vekt:

KROPPSVEKT (kg)	DOSE gitt én gang hver 6. måned (antall 3 mg tabletter)	DOSE gitt én gang hver 12. måned (antall 3 mg tabletter)
15 til 25	én	to
26 til 44	to	fire
45 til 64	tre	seks
65 til 84	fire	åtte

Alternativt kan dosen av ivermektin til bruk ved massedistribusjon av kjemoterapi bestemmes ut fra pasientens høyde dersom vekt ikke er tilgjengelig. Dosen blir som følger:

HØYDE (cm)	DOSE gitt én gang hver 6. måned (antall 3 mg tabletter)	DOSE gitt én gang hver 12. måned (antall 3 mg tabletter)
90 til 119	én	to
120 til 140	to	fire
141 til 158	tre	seks
> 158	fire	åtte

Behandling av human sarkoptisk skabb

Den anbefalte dosen er en oral enkeltdose som gir 200 mikrogram ivermektin per kg kroppsvekt.

Vanlig skabb:

Administrering av en ytterligere dose innen 8 til 15 dager etter første dose kan redusere risikoen for manglende behandlingseffekt siden ivermektin ikke dreper egg.

Fullstendig bedring kan kun vurderes etter 4 ukers behandling.

Kraftig skabb med skorpedannelse:

Ved disse kraftig infiserte formene kan det være nødvendig med en ny dose innen 8 til 15 dager etter første dose med ivermektin og/eller kombinasjon med lokalbehandling for å oppnå bedring.

Merknad til pasienter som behandles mot skabb

Kontaktpersoner, spesielt familiemedlemmer og partnere, bør gjennomgå en medisinsk undersøkelse så snart som mulig, og ved behov gis umiddelbar behandling mot skabb.

Det bør iverksettes hygienetiltak for å forebygge reinfeksjon (dvs. holde fingerne korte og rene), og offisielle anbefalinger om vask av klær og sengetøy bør følges nøye.

Pediatrisk populasjon

Sikkerheten hos pediatriske pasienter som veier mindre enn 15 kg har ikke blitt fastslått for noen av indikasjonene.

Eldre pasienter

Kliniske studier med ivermektin inkluderte ikke et tilstrekkelig antall forsøkspersoner som var 65 år eller eldre til å kunne fastslå om de responderer forskjellig fra yngre forsøkspersoner. Annen rapportert klinisk erfaring har ikke påvist forskjeller i respons mellom eldre og yngre pasienter. Generelt skal behandling av eldre pasienter foretas med forsiktighet, som følge av høyere forekomst av nedsatt lever-, nyre- eller hjertefunksjon, samt av samtidig sykdom og annen legemiddelbehandling.

Administrasjonsmåte

Oral bruk.

Hos barn under 6 år bør tablettene knuses før svelging.

Behandlingen er én oral enkeltdose tatt med vann på tom mage.

Dosen kan tas når som helst på døgnet, men mat skal ikke inntas innen to timer før eller to timer etter inntak av dosen, da det er ukjent hvordan mat påvirker absorpsjonen.

4.3 Kontraindikasjoner

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

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Alvorlige hudreaksjoner (SCARs)

Alvorlige hudreaksjoner (SCARs), inkludert Stevens-Johnson syndrom (SJS) og toksisk epidermal nekrolyse (TEN), som kan være livstruende eller fatale, er rapportert i forbindelse med behandling med ivermektin (se pkt. 4.8).

Ved forskrivning skal pasienter få råd om tegn og symptomer og overvåkes nøye for hudreaksjoner. Dersom tegn og symptomer som tyder på disse bivirkningene oppstår, skal behandling med ivermektin seponeres umiddelbart og behandlingsalternativer skal vurderes. Dersom en pasient har utviklet en alvorlig hudreaksjon, slik som SJS eller TEN, ved bruk av ivermektin, skal ikke behandling med ivermektin gjenopptas på noe tidspunkt.

Effekt og doseringsregime for ivermektin hos immunkompromitterte pasienter som behandles for intestinal strongyloidiasis har ikke blitt fastslått i adekvate kliniske studier. Det er rapportert tilfeller som viser vedvarende infestasjon etter en enkeltdose med ivermektin, spesielt hos denne typen pasienter.

Ivermektin er ikke en profylaktisk behandling mot infeksjon med filarier eller anguillulosis. Det er ingen data tilgjengelig som viser effekt av ivermektin, verken med hensyn til å drepe eller å hemme modning av infeksiøse larver hos mennesker.

Ivermektin er ikke vist å ha noen aktivitet mot voksne ormer av noen av filarieartene.

Ivermektin er ikke vist å ha noen gunstig effekt på tropisk pulmonalt eosinofilisyndrom, lymfadenitt eller lymfangitt observert ved filarieinfeksjon.

Etter administrering av ivermektin er intensitet og alvorlighetsgrad av uheldige hendelser sannsynligvis relatert til mikrofilaritettheten før behandling, spesielt i blodet. Hos pasienter med samtidig infeksjon med *Loa loa* er mikrofilaritettheten som oftest høy, spesielt i blodet, noe som disponerer behandlede pasienter for en økt risiko for alvorlige bivirkninger.

CNS-relaterte uheldige hendelser (encefalopatii) er i sjeldne tilfeller rapportert hos pasienter som behandles med ivermektin og som samtidig har infeksjon med et stort antall *Loa loa*-mikrofilarier. Følgelig bør det i områder med endemisk *Loa loa* tas spesielle forholdsregler før behandling med ivermektin (se pkt. 4.8).

Tilfeller av nevrotoksisitet, som nedsatt bevissthet og koma, har også blitt rapportert ved bruk av ivermektin hos pasienter uten *Loa-loa*-infeksjon. Slike reaksjoner har vanligvis opphørt med støttebehandling og seponering av ivermektin (se pkt. 4.8 og 4.9).

Samtidig behandling med dietylkarbamazinsitrat (DEC) og ivermektin ved massedistribusjon av kjemoterapi mot filariasis forårsaket av *Wuchereria Bancrofti* i Afrika er ikke anbefalt. Samtidig infeksjon med andre mikrofilariier, som *Loa loa*, kan medføre omfattende mikrofilaremi hos infiserte pasienter.

Systemisk eksponering for DEC hos slike pasienter kan medføre alvorlige bivirkninger relatert til dette legemidlets raske og effektive mikrofilaricide effekter.

Etter administrering av legemidler med en rask mikrofilaricid virkning, slik som DEC, hos pasienter med elveblindhet (onchocerciasis), er kutane og/eller systemiske reaksjoner av varierende alvorlighetsgrad (Mazzotti-reaksjonen) og oftalmologiske reaksjoner rapportert.

Disse reaksjonene skyldes sannsynligvis inflammatoriske responser på nedbrytningsprodukter frigjort fra døde mikrofilariier.

Pasienter som behandles med ivermektin mot elveblindhet (onchocerciasis) kan også få disse reaksjonene første gang de behandles. Etter behandling med et mikrofilaricidalt legemiddel kan pasienter med hyperreaktiv onchodermatitt eller "Sowda" (observert spesielt i Jemen) være mer utsatt enn andre for å få alvorlige hudbivirkninger (ødem og forverring av onchodermatitt).

Pediatrisk populasjon

Sikkerheten hos pediatriske pasienter som veier mindre enn 15 kg har ikke blitt fastslått.

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Ingen interaksjonsstudier har blitt utført.

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Graviditet

Ved massebehandling av onchocerciasis indikerte data fra et begrenset antall (ca. 300) gravide kvinner ingen bivirkninger, som medfødte misdannelser, spontanaborter, dødfødsler og spedbarns-dødelighet, som kan være forbundet med ivermektinbehandling i løpet av første trimester av graviditet. Det foreligger hittil ingen andre epidemiologiske data.

Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet (se pkt. 5.3), men funnenes prediktive verdi har imidlertid ikke blitt fastslått.

Ivermektin skal kun brukes når det er strengt indisert.

Amming

Mindre enn 2 % av administrert dose av ivermektin blir skilt ut i morsmelk hos mennesker.

Sikkerhet ved bruk hos nyfødte spedbarn har ikke blitt fastslått. Ivermektin skal kun gis til ammende mødre dersom fordelene for moren oppveier potensiell risiko for spedbarnet.

Fertilitet

Ivermektin hadde ingen uønskede effekter på fertilitet hos rotter ved opptil 3 ganger maksimal anbefalt human dose på 200 mikrogram/kg (basert på mg/m²/døgn).

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Ivermektins påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner har ikke blitt undersøkt. Muligheten for bivirkninger hos enkelte pasienter som svimmelhet, somnolens, vertigo og tremor, som kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner, kan ikke utelukkes (se pkt. 4.8).

4.8 Bivirkninger

Forbigående hypereosinofili, leverdysfunksjon, inkludert akutt hepatitt, forhøyede leverenzymmer, hyperbilirubinemi og hematuri har blitt rapportert.

I svært sjeldne tilfeller har også toksisk epidermal nekrolyse og Stevens-Johnson syndrom blitt rapportert.

Tilfeller av nevrotoksisitet, inkludert nedsatt bevissthet og koma, er rapportert (se pkt. 4.4 og 4.9).

Bivirkninger er relatert til parasittettheten og er milde og forbigående i de fleste tilfeller, men alvorlighetsgraden kan være økt hos pasienter infisert med mer enn én parasitt, spesielt ved infestasjon med *Loa loa*.

I sjeldne tilfeller har alvorlige og potensielt fatale tilfeller av encefalopati blitt beskrevet etter administrering av ivermektin, spesielt hos pasienter med samtidig kraftig infeksjon med *Loa loa*. Hos disse pasientene har følgende bivirkninger også blitt rapportert: rygg- eller nakkesmerter, okulær hyperemi, subkonjunktival blødning, dyspné, urin- og/eller fekal inkontinens, vansker med å stå/gå, endringer i mental status, forvirring, letargi, stupor eller koma (se pkt. 4.4).

Hos pasienter som får ivermektin til behandling av strongyloidiasis, har følgende bivirkninger blitt rapportert: asteni, abdominalsmerter, anoreksi, forstoppelse, diaré, kvalme, oppkast, svimmelhet, somnolens, vertigo, tremor, forbigående hypereosinofili, leukopeni/anemi og økt ALAT/alkaliske fosfataser (ALP). Ved behandling av *Wuchereria bancrofti*-filariasis synes ikke intensiteten av bivirkninger å være doseavhengig, men relatert til mikrofilarietettheten i blodet. Følgende har blitt beskrevet: feber, hodepine, asteni, svakhetsfølelse, myalgi, artralgi, diffuse smerter, fordøyelsesforstyrrelser som anoreksi, kvalme, abdominale og epigastriske smerter, hoste, følelse av respirasjonsbesvær, sår hals, ortostatisk hypotensjon, frysninger, vertigo, uttalt svetting, testikkelsmerter eller følelse av ubehag.

Etter administrering av ivermektin hos pasienter infisert med *Onchocerca volvulus*, var overfølsomhetsreaksjonene observert, som følge av mikrofilariedød, reaksjoner av Mazzotti-typen: kløe, urtikariautslett, konjunktivitt, artralgi, myalgi (inkludert abdominal myalgi), feber, ødem, lymfadenitt, adenopater, kvalme, oppkast, diaré, ortostatisk hypotensjon, vertigo, takykardi, asteni, hodepine. I sjeldne tilfeller har disse symptomene vært alvorlige. Noen få tilfeller av forverring av astma har blitt beskrevet. Hos disse pasientene har unormal fornemmelse i øynene, øyelokksødem, anterior uveitt, konjunktivitt, limbitt, keratitt og chorioretinitt eller choroiditt også blitt beskrevet. Disse manifestasjonene, som kan skyldes selve sykdommen, har også av og til blitt beskrevet etter behandling. De var sjelden alvorlige og opphørte vanligvis uten behandling med kortikosteroider.

Forekomst av konjunktivalblødning har blitt rapportert hos pasienter med onchocerciasis. Observasjoner av utstøting av voksen *Ascaris* har blitt beskrevet etter inntak av ivermektin. Hos pasienter med skabb kan forbigående forverring av kløe observeres ved behandlingsstart.

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

Det er viktig å følge anbefalt dosering. Tilfeller av nedsatt bevissthet og koma er rapportert ved overdose av ivermektin.

Tilfeller av utilsiktet overdosering med ivermektin har blitt rapportert, men ingen har resultert i dødsfall. Ved utilsiktet forgiftning med ukjente doser av legemidler tiltenkt veterinærbruk (oral bruk, til injeksjon, kutan bruk), var de beskrevne symptomene: utslett, kontakteksem, ødem, hodepine, vertigo, asteni, kvalme, oppkast, diaré og abdominalsmerter. Andre effekter har også blitt observert, inkludert: krampeanfallet, ataksi, dyspné, parestesi og urticaria.

Behandling ved utilsiktet forgiftning:

- Symptomatisk behandling og overvåking på sykehus med væsketilførsel og hypertensiv behandling, dersom nødvendig. Selv om det ikke foreligger spesifikke studier, anbefales det å unngå kombinasjon av GABA-agonister ved behandling av utilsiktet forgiftning med ivermektin.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Anthelmintika, ATC-kode: P02C F01.

Ivermektin er et avermektinderivat isolert fra fermenteringskulturer av *Streptomyces avermitilis*. Det har høy affinitet til glutamatstyrte kloridkanaler som finnes i nerve- og muskelceller hos virvelløse dyr. Binding til disse kanalene bidrar til en økning i membranpermeabilitet for kloridioner, som fører til hyperpolarisering av nerve- eller muskelceller. Dette resulterer i nevromuskulær paralyse og kan medføre at visse parasitter dør.

Ivermektin interagerer også med andre ligandstyrte kloridkanaler, slik som den som omfatter GABA-nevrotansmitteren (gammaaminosmørsyre). Pattedyr har ikke glutamatstyrte kloridkanaler. Avermektiner har kun lav affinitet til andre ligandstyrte kloridkanaler. De passerer i liten grad blod/hjernebarrieren.

Kliniske studier gjennomført i Afrika, Asia, Sør-Amerika, Karibia og Polynesia viste en reduksjon (til mindre enn 1 %) av *Wuchereria bancrofti*-mikrofilaremi i uken etter administrering av en oral ivermektindose på minst 100 mikrogram/kg. Disse studiene viste en doseavhengig effekt i tiden hvor reduksjonen av mikrofilaremi og infestasjonsraten i de behandlede populasjonene ble opprettholdt.

Ved behandling av mikrofilaremi hos mennesker (det eneste parasitreservoaret for *Wuchereria bancrofti*) synes administrering av massebehandling å være gunstig med hensyn til å begrense overføring av *Wuchereria bancrofti* via vektorinsekter samt å bryte den epidemiologiske kjeden.

Behandling med en enkeltdose på 200 mikrogram ivermektin per kg kroppsvekt er vist å være effektiv og godt tolerert hos pasienter med normal immunitet og hvor infestasjon med *Strongyloides stercoralis* er begrenset til fordøyelseskanalen.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Den gjennomsnittlige maksimale plasmakonsentrasjonen av hovedkomponenten (H2B1a) observert ca. 4 timer etter oral administrering av en 12 mg enkeltdose av ivermektin i tablettform er 46,6 ($\pm$ 21,9) nanog/ml.

Plasmakonsentrasjonen øker generelt sett proporsjonalt med en økende dose. Ivermektin absorberes og metaboliseres i menneskekroppen. Ivermektin og/eller dets metabolitter utskilles nesten utelukkende i feces, mens mindre enn 1 % av administrert dose utskilles i urin. En *in vitro*-studie gjennomført med humane levermikrosomer indikerer at cytokrom P450 3A4 er den viktigste isoformen ved levermetabolisme av ivermektin. Hos mennesker er plasmahalveringstiden ca. 12 timer for ivermektin og ca. 3 dager for metabolittene.

Prekliniske studier indikerer at ivermektin brukt i orale terapeutiske doser ikke hemmer CYP3A4 (IC₅₀ = 50 mikrom) eller andre CYP-enzymmer (2D6, 2C9, 1A2 og 2E1) signifikant.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Toksisitetstester med enkeltdoser hos dyr viste toksisitet i sentralnervesystemet, manifestert ved mydriasis, tremor og ataksi ved høye doser hos flere arter (mus, rotte

og hund), samt oppkast og mydriasis hos ape. Etter gjentatt dosering av ivermektin nær eller tilsvarende maternotoksiske doser, ble det observert føtale abnormiteter (ganespalte) hos flere dyrearter (mus, rotte, kanin). Basert på disse studiene er det vanskelig å vurdere risikoen forbundet med administrering av en lav enkeltdose. Standardstudier *in vitro* (Ames test, muselymfom TK-test) viste ingen gentoksisitet. Det ble imidlertid ikke utført studier av gentoksisitet eller karsinogenitet *in vivo*.

Studier med evaluering av miljørisiko har vist at ivermektin kan utgjøre en risiko for akvatisk miljø (se pkt. 6.6).

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Hjelpesoffer

Cellulose, mikrokrySTALLinsk (E 460)

Maisstivelse, pregelatinisert

Sitronsyre (E 330)

Butylhydroksyanisol (E 320)

Magnesiumstearat (E 470b)

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant.

6.3 Holdbarhet

2 år.

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Oppbevares ved høyst 25 °C.

Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys.

6.5 Emballasje (type og innhold)

4, 8, 10, 12, 16, 20 tabletter i aluminium/aluminiumblister.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering

Ingen spesielle forholdsregler.

Dette legemidlet kan utgjøre en risiko for miljøet (se pkt. 5.3).

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

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Orifarm Healthcare A/S

Energivej 15

5260 Odense S

Danmark

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

23-15557

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE

Dato for første markedsføringstillatelse: 14. juni 2024

Dato for siste fornyelse:

10. OPPDATERINGSDATO

17.10.2024