

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

BONMORE 3 mg/3 ml I.V. enjeksiyon için konsantre çözelti içeren kullanıma hazır enjektör

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Her kullanıma hazır enjektör 1 ml konsantre çözelti 1 mg ibandronik aside eşdeğer 1,125 mg ibandronat sodyum monohidrat içerir. Her bir 3 ml'lik konsantre çözelti içeren kullanıma hazır enjektör 3 mg ibandronik aside eşdeğer 3,375 mg ibandronat sodyum monohidrat içerir.

Yardımcı madde(ler):

Sodyum klorür 22,5 mg

Sodyum asetat trihidrat 7,5 mg

Yardımcı maddeler için, bkz. bölüm 6.1.

3. FARMASÖTİK FORM

Enjeksiyonluk çözelti içeren kullanıma hazır enjektör

Renksiz, berrak çözelti.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

BONMORE kırık riski yüksek postmenapozal kadınlarda osteoporoz tedavisinde endikedir (bkz. Bölüm 5.1).

Vertebra kırık riskinde azalma sağladığı gösterilmiştir, femur boynu kırıklarına yönelik etkililiği tespit edilmemiştir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi

Doktor tarafından başka şekilde tavsiye edilmediği takdirde;

Tavsiye edilen doz her üç ayda bir 15-30 saniyelik intravenöz enjeksiyon şeklinde uygulanan 3 mg'dır.

Hastalar destekleyici kalsiyum ve D vitamini almalıdırlar (bkz. Bölüm 4.4 ve 4.5).

Bir dozun atlanması durumunda uygun olan ilk durumda enjeksiyon uygulanmalıdır.

Daha sonraki enjeksiyonlar, son enjeksiyon gününden itibaren 3'er ay arayla olacak şekilde programlanmalıdır.

Osteoporoz için en uygun bisfosfonat tedavisi süresi belirlenmemiştir. Tedaviye devam ihtiyacı, özellikle de 5 yıl veya daha uzun bir kullanımdan sonra, bireysel hasta bazında

BONMORE'un yararlarına ve potansiyel risklerine dayalı olarak periyodik olarak yeniden değerlendirilmelidir.

Uygulama şekli:

Her üç ayda bir, 15-30 saniyelik intravenöz kullanım içindir.

Uygulama esnasında intravenöz yol dışına çıkılmamalıdır (bkz. Bölüm 4.4).

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Karaciğer yetmezliği:

Doz ayarlaması gerekli değildir (bkz. Bölüm 5.2.).

Böbrek yetmezliği:

Serum kreatinini 200 mikromol/L (2,3 mg/dL)'den fazla olan veya kreatinin klerensi (ölçülen veya tahmin edilen) 30 mL/dk'dan az olan hastalarda, yapılan çalışmalardan elde edilen klinik verinin sınırlı olmasından dolayı BONMORE kullanımı önerilmemektedir (bkz. Bölüm 4.4 ve 5.2.).

Serum kreatinini 200 mikromol/L (2,3 mg/dL)'ye eşit ya da daha az olan veya kreatinin klerensi (ölçülen veya tahmin edilen) 30 mL/dk'ya eşit ya da daha fazla olan hafif veya orta şiddetli renal yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekli değildir.

Pediyatrik popülasyon:

18 yaşın altındaki 18 yaşın altındaki çocuklarda BONMORE'un kullanımı yoktur, ve BONMORE bu popülasyonda araştırılmamıştır.

Geriatrik popülasyon (>65 yaş):

Doz ayarlaması gerekli değildir (bkz. Bölüm 5.2.).

4.3. Kontrendikasyonlar

- İbandronik asit veya 6.1 bölümünde listelenen yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık gösteren hastalarda,
- Hipokalsemisi bulunan hastalarda kontrendikedir.

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Uygulama yetersizlikleri

Doku hasarına yol açabileceğinden BONMORE enjeksiyonunun intra-arteriyel veya paravenöz yoldan uygulanmamasına özen gösterilmelidir.

Hipokalsemi

Diğer intravenöz uygulanan bisfosfonatlar gibi BONMORE da serum kalsiyum değerlerinde geçici düşüşlere neden olabilir.

Var olan hipokalsemi BONMORE enjeksiyonuna başlamadan önce düzeltilmelidir. Diğer kemik ve mineral metabolizma rahatsızlıkları da BONMORE enjeksiyon tedavisine başlamadan önce etkili şekilde tedavi edilmelidir.

Bütün hastalar yeterli miktarda destekleyici kalsiyum ve D vitamini almalıdırlar.

Anafilaktik reaksiyon/şok

İntravenöz ibandronik asit ile tedavi edilen hastalarda, ölümcül olabilen vakaları da içeren anafilaktik reaksiyon/şok vakaları rapor edilmiştir.

BONMORE intravenöz olarak uygulanacağı zaman uygun tıbbi destek ve gözlem koşullarının hazır bulundurulması gerekmektedir. Eğer anafilaktik veya diğer şiddetli hipersensitivite/alerji reaksiyonları meydana gelirse, enjeksiyon hemen kesilmeli ve uygun tedavi başlatılmalıdır.

Böbrek yetmezliği

Tedavi sırasında, böbrek üzerine potansiyel yan etkiye sahip ilaç tedavisi görenler veya hastalığı bulunanlar tıbbi açıdan düzenli olarak kontrol edilmelidir

Serum kreatini $200 > \text{mikromol/l}$ (2.3 mg/dl)’den fazla olan veya kreatinin klerensi (ölçülen veya tahmin edilen) 30 ml/dk ’dan az olan hastalarda, yapılan çalışmalardan elde edilen klinik verinin sınırlı olmasından dolayı BONMORE enjeksiyonu önerilmemektedir (bkz. Bölüm 4.2 ve 5.2.).

Kalp yetmezliği olan hastalar

Kalp yetmezliği riski bulunan hastalarda aşırı hidrasyondan kaçınılmalıdır.

Çene osteonekrozu

Osteoporoz için BONMORE kullanan hastalarda, pazarlama sonrası dönemde çok seyrek olarak çene osteonekrozu bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8).

Ağız içinde iyileşmemiş açık yumuşak doku lezyonları olan hastalarda tedaviye veya yeni bir tedavi kürüne başlanması ertelenmelidir.

Eşzamanlı risk faktörleri bulunan hastalarda, BONMORE tedavisinden önce diş muayenesi ile birlikte tedbir amaçlı diş tedavisi ve bireysel yarar-risk değerlendirmesi yapılması önerilir.

Hastada çene osteonekrozu oluşma riski değerlendirilirken, aşağıdaki risk faktörleri dikkate alınmalıdır:

- Kemik rezorpsiyonunu inhibe eden tıbbi ürünün potensi (potensi yüksek bileşikler için risk daha fazladır), uygulama şekli (parenteral uygulama için risk daha fazladır) ve kemik rezorpsiyonu tedavisinin kümülatif dozu
- Kanseri, eşzamanlı hastalıklar (örn. anemi, koagülopatiler, enfeksiyon), sigara kullanımı

- Eşzamanlı tedaviler: Kortikosteroidler, kemoterapi, anjiyogenez inhibitörleri, baş ve boyun radyoterapisi
- Yetersiz oral hijyen, periodontal hastalık, düzgün oturmayan takma dişler, diş hastalığı öyküsü, diş çekilmesi gibi invaziv dental işlemler

Tüm hastalara BONMORE tedavisi süresince yeterli oral hijyen sağlamaları, rutin diş kontrolü yaptırmaları ve dişlerde sallanma, ağrı veya şişme gibi oral semptomlar veya iyileşmeyen yaralar ya da iltihap oluşması halinde derhal bildirmeleri söylenmelidir. Tedavi sırasında, invaziv dental işlemler yalnızca dikkatli bir değerlendirme ardından gerçekleştirilmeli ve BONMORE uygulamasına yakın yapılmamalıdır.

Çene osteonekrozu oluşan hastalar için tedavi planı, tedavi uygulayan hekim ve çene osteonekrozu konusunda uzman bir diş hekimi veya oral cerrah arasında yakın iş birliği içinde ayarlanmalıdır. Sorun çözülene kadar ve mümkün olduğunda risk faktörleri azaltılana kadar BONMORE tedavisine geçici olarak ara verilmesi düşünülmelidir.

Dış kulak yolunda osteonekroz

Bifosfonat kullanımında, başlıca uzun dönem tedaviyle ilişkili olmak üzere, dış kulak yolunda osteonekroz bildirilmiştir. Dış kulak yolunda osteonekroz için olası risk faktörleri steroid kullanımı ve kemoterapiyi ve/veya enfeksiyon ya da travma gibi lokal risk faktörlerini içerir. Bifosfonat kullanmakta olup, kronik kulak enfeksiyonları dahil kulakla ilişkili semptomlar görülen hastalarda dış kulak yolunda osteonekroz olasılığı dikkate alınmalıdır.

Femurun atipik kırıkları

Özellikle uzun dönem osteoporoz tedavisi için bifosfonat ile tedavi edilen hastalarda atipik subtrokanterik ve diyafizer femur kırıkları bildirilmiştir. Bu tranvers veya kısa eğik kırıklar, femur boyunca küçük trokanterin hemen altından suprakondiler bölge üzerine kadar hemen hemen her yerde meydana gelebilir. Bu kırıklar genellikle travma olmaksızın ya da minimal travma ile gelişmektedir ve tamamlanmış bir femur kırığının görülmesinden haftalar ila aylar önce, bazı hastalarda sıklıkla stres kırıklarının görüntülenme özelliklerine bağlı uyluk veya kasık ağrısı görülür. Kırıklar genellikle çift taraflıdır; bu nedenle bifosfonat ile tedavi edilen ve femur shaft kırıkları geçirmiş olan hastalarda kontralateral femur incelenmelidir. Bu kırıkların iyileşmesinde zayıflıklar da bildirilmiştir. Atipik femur kırığı şüphesi bulunan hastalarda bireysel yarar/risk değerlendirmesine bağlı olarak bifosfonat tedavisinin bırakılması değerlendirilebilir.

Bifosfonat tedavisi sırasında hastalara herhangi bir uyluk, kalça ya da kasık ağrısı yaşadıklarında bildirmeleri önerilir ve bu semptomlarla başvuran her hasta tamamlanmamış femur kırığı açısından değerlendirilmelidir.

BONMORE her “doz”unda 1 mmol (23 mg)’dan daha az sodyum ihtiva eder; yani aslında “sodyum içermez”.

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşim ve diğer etkileşim şekilleri

İbandronik asit majör insan hepatik P450 izoenzimlerini inhibe etmediğinden ve sıçanlarda hepatik sitokrom P450 sistemini uyarmadığı görüldüğünden metabolik etkileşimler olası görünmemektedir (bkz. Bölüm 5.2).

İbandronik asit yalnızca renal atılıma uğrar ve herhangi bir biyotransformasyondan geçmez.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi: C

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)

İbandronik asit yalnızca postmenopozal kadınların kullanımı içindir ve çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar tarafından kullanılmamalıdır.

Gebelik dönemi

İbandronik asidin gebe kadınlarda kullanımına ilişkin yeterli veri mevcut değildir. Sıçanlar üzerinde yapılan çalışmalarda bazı üreme toksisiteleri görülmüştür (bkz. Bölüm 5.3). İnsanlara yönelik potansiyel risk bilinmemektedir. BONMORE gebelik döneminde kullanılmamalıdır.

Laktasyon dönemi

İbandronik asidin anne sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Emziren sıçanlarda yapılan çalışmalarda intravenöz uygulamayı takiben sütte düşük miktarda ibandronik asit varlığı görülmüştür. BONMORE, emziren kadınlarda kullanılmamalıdır.

Üreme yeteneği/Fertilite

İbandronik asidin insan fertilitesi üzerindeki etkilerine dair veri yoktur.

Sıçanlarda yapılan üreme çalışmalarında oral yolla kullanılan ibandronik asit fertilitayı azaltmıştır. Sıçanlarda yapılan ve intravenöz yolla kullanılan ibandronik asit günlük yüksek dozlarda fertilitayı azaltmıştır (bkz. Bölüm 5.3)

4.7. Araç ve makine kullanma yeteneği üzerindeki etkiler

Farmakodinamik ve farmakokinetik profil ve raporlanmış yan etkilere göre, BONMORE'un araç ve makine kullanımı üzerine etkisi yoktur veya göz ardı edilebilir.

4.8. İstenmeyen etkiler

Güvenlilik profilinin özeti

Bildirilen en ciddi advers reaksiyonlar anafilaktik reaksiyon/şok, atipik femur kırıkları, çene osteonekrozu ve oküler enflamasyondur (bkz. paragraf “Belli advers reaksiyonların tanımı ve bölüm 4.4”).

En sık bildirilen advers reaksiyonlar artralji ve grip benzeri hastalıktır. Bu semptomlar tipik olarak ilk dozla ilişkili olup, genellikle kısa süreli, hafif veya orta şiddettedir ve tedavinin

devam etmesiyle ve tedavi edici önlemler gerektirmeden kendiliğinden iyileşir (bkz. paragraf “grip benzeri hastalık”).

Advers reaksiyonlar listesi

Tablo 1’de bilinen advers reaksiyonların tam bir listesi sunulmuştur.

İbandronik asit ile günlük 2,5 mg oral tedavinin güvenliliği 4 plasebo kontrollü klinik çalışmada tedavi edilen 1251 hastada değerlendirilmiştir; bu hastaların büyük bir bölümü pivotal üç-yıllık tedavi çalışmasından (MF 4411) gelmektedir.

Osteoporozlu postmenopozal kadınlarda yapılan iki yıllık pivotal çalışmada (BM16550) her üç ayda bir 3 mg intravenöz ibandronat enjeksiyonu ile günlük 2.5 mg oral ibandronat’ın genel güvenliliklerinin benzer olduğu gösterilmiştir. Advers etki görülen hastaların oranı her üç ayda bir 3 mg ibandronat enjeksiyonu için bir yıl ve iki yıl sonra sırasıyla % 26 ile % 28.6 olmuştur. Çoğu vakada tedavinin kesilmesine gerek olmamıştır.

Advers reaksiyonlar MedDRA sistem organ sınıfına ve sıklığa göre listelenmektedir. Aşağıdaki sıklık kategorileri kullanılmıştır: Çok yaygın ($\geq 1/10$); yaygın ($\geq 1/100$ ila $< 1/10$); yaygın olmayan ($\geq 1/1000$ ila $< 1/100$); seyrek ($\geq 1/10.000$ ila $< 1/1000$); çok seyrek ($< 1/10.000$), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor). Her sıklık grubunda advers reaksiyonlar azalan şiddete göre sunulmaktadır.

Tablo 1: Faz III çalışmalar BM16550 ve MF 4411 kapsamında ve pazarlama sonrası deneyimde her 3 ayda bir BONMORE 3 mg enjeksiyonu veya günlük 2,5 mg ibandronik asit alan postmenopozal kadınlarda meydana gelen advers reaksiyonlar.

Sistem Sınıfı	Organ	Yaygın	Yaygın olmayan	Seyrek	Çok seyrek
Bağışıklık sistemi hastalıkları			Astım alevlenmesi	Aşırı duyarlılık reaksiyonu	Anaflaktik reaksiyon/şok*†
Sinir sistemi hastalıkları	Baş ağrısı				
Göz hastalıkları				Göz inflamasyonu†*	
Vasküler hastalıklar			Flebit/ tromboflebit		
Gastrointestinal hastalıklar	Gastrit, Dispepsi, Diyare, Abdominal ağrı, Bulantı, Konstipasyon				
Deri ve deri altı	Kaşıntı			Anjiyoödem,	Stevens-

doku hastalıkları			yüz ödemi, ürtiker	Johnson sendromu†, Eritema multiforme†, dermatitis bullöz†
Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları	Artralji, miyalji, kas iskelet ağrıları, sırt ağrısı	Kemik ağrısı	Atipik subtrokanterik ve diyafizer femur kırıkları†	Çene kemiği osteonekrozu*† Dış kulak yolunda osteonekroz (bifosfonat sınıfı advers reaksiyonu)
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	Grip benzeri semptomlar*, yorgunluk	Enjeksiyon yerinde reaksiyonlar, asteni		

*Daha fazla bilgi için alt kısımlara bakınız.

†Pazarlama sonrası deneyimlerde belirlenmiştir.

Belli advers reaksiyonların tanımı

Grip benzeri hastalık

Grip benzeri hastalık, akut faz reaksiyonu veya kas ağrısı, eklem ağrısı, ateş, titreme, yorgunluk, bulantı, iştah kaybı ve kemik ağrısı gibi belirtiler olarak raporlanan olayları içerir.

Çene osteonekrozu

Çene osteonekrozu, ibandronik asit gibi kemik erimesini önleyen tıbbi ürünler ile tedavi gören hastalar içerisinde ağırlıklı olarak kanser hastalarında rapor edilmiştir (bkz. Bölüm 4.4). Çene osteonekrozu ibandronik asit için pazarlama sonrası dönemde raporlanmıştır.

Oküler enflamasyon

İbandronik asit tedavi ile üveit, episklerit, sklerit gibi oküler enflamasyon olayları bildirilmiştir. Bazı vakalarda bisfosfonat kullanımı sonlandırılmadan bu olaylar düzelmemiştir.

Anaflaktik reaksiyon/şok

İntravenöz ibandronik asit ile tedavi edilen hastalarda ölümcül olaylar dâhil olmak üzere anaflaktik reaksiyon/şok vakaları bildirilmiştir.

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlanma yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99)

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

BONMORE ile tedavide doz aşımı ile ilgili özel bir bilgi bulunmamaktadır.

Bu bileşik sınıfı hakkındaki bilgiler doğrultusunda intravenöz doz aşımı hipokalsemi, hipofosfatemi ve hipomagnezemi ile sonuçlanabilir. Kalsiyum, fosfor ve magnezyum serum değerlerinde klinik olarak düşüşler olduğunda, sırasıyla intravenöz kalsiyum glukonat, potasyum veya sodyum fosfat ve magnezyum sülfat uygulanmalıdır.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik Özellikleri

Farmakoterapötik grubu: Kemik yapısını ve mineralizasyonu etkileyen ilaçlar, bisfosfonatlar
ATC kodu: M05BA06

Etki Mekanizması

İbandronat bisfosfonatların nitrojen içeren grubuna ait olan çok güçlü bir bisfosfonattır, kemik dokuları üzerinde seçici olarak etki eder ve kemik oluşumunu direkt olarak etkilemeden özel olarak osteoklast etkinliğini inhibe eder. Osteoklast aktivitesi azalırken kemik oluşumu etkilenmez.

Postmenopozal kadınlarda, artmış kemik döngüsünü premenopozal seviyelere getirir ve kemik kütlesinde progresif bir net kazanç sağlar.

Farmakodinamik etkiler

İbandronik asitin farmakodinamik etkisi, kemik yıkımının inhibisyonudur. İn vivo çalışmalarda, ibandronik asit, gonadal fonksiyonun durmasından, retinoidler, tümör ya da tümör kaynaklı ürünlerden kaynaklanan kemik erimesini engellemiştir. Genç (hızlı büyüyen) sıçanlarda da endojen kemik rezorpsiyonu da inhibe edilmiştir, bu da tedavi edilmeyen hayvanlara kıyasla artan normal kemik kütlesiyle sonuçlanmıştır.

Hayvan modelleri, ibandronik asitin osteoklastik etkinliğin son derecede güçlü bir inhibitörü olduğunu doğrulamaktadır. Gelişmekte olan sıçanlarda, osteoporoz tedavisinin gerektirdiği dozun 5.000 katı olan dozlarda bile mineralizasyon bozulmamıştır.

Sıçanlarda, köpeklerde ve maymunlarda günlük ve aralıklı (uzamış ilaçsız aralıklarla) uzun dönem ilaç uygulaması, toksik seviyeler dahil olmak üzere farmakolojik olarak planlanmış dozlardan daha yüksek dozlarda bile, normal kalitede ve/veya mekanik gücü artmış yeni kemik oluşumuna neden olmuştur. İnsanlarda günlük ve 9-10 haftaya varan ilaçsız aralıklarla oral ibandronik asit uygulamasının her ikisinde de, ibandronik asidin kırık azaltıcı etkililik gösterdiği, klinik çalışma (MF 4411) ile doğrulanmıştır.

Hayvan modellerinde, ibandronik asit, kemik kolajeninin üriner biyokimyasal belirteçlerinin süpresyonu dahil olmak üzere, kemik rezorpsiyonunun doza bağlı inhibisyonuna işaret eden biyokimyasal değişiklikler oluşturmuştur (deoksipiridinolin ve tip I kollajen (NTX) ile çapraz bağlı N-telopeptidler gibi).

Postmenopozal kadınlarda hem günlük hem de aralıklı ( ay başına 9-10 haftalık ilaçsız bir dönemi olan) oral ve intravenöz İbandronik asit dozları, kemik erimesi idrar biyokimyasal göstergelerinin doza bağımlı olarak azaltılmasına sebep olmuştur.

İbandronik asit intravenöz enjeksiyon serum tip I kollajenin çapraz bağı C telopeptidi (CTX) seviyelerini tedaviye başladıktan 3-7 gün sonra ve osteokalsin seviyelerini 3 ay içinde düşürür.

Tedavinin kesilmesinin ardından, postmenopozal osteoporozla ilişkili olarak, tedavi öncesi patolojik yüksek kemik yıkımı oranlarına dönüş olmuştur.

Günlük oral ibandronik asit 2,5 mg ve her üç ayda bir, 1 mg'a kadar aralıklı dozlarda i.v. uygulamada postmenopozal kadınlarda iki ve üç yıllık tedaviden sonra yapılan kemik biyopsilerinin histolojik analizleri, kemiklerin normal kalitede olduğunu göstermiştir ve mineralizasyon bozukluğu belirtisi bulunmamıştır. İbandronik asit 3 mg enjeksiyonu ile iki yıllık tedaviden sonra kemik döngüsünde beklenen bir azalma, normal kemik kalitesi ve mineralizasyon defektlerinin bulunmadığı da grlmştir.

İbandronik asit 3 mg enjeksiyon ile iki yıllık tedaviyi takiben, beklendiğı şekilde kemik döngüsünde düşüş görülmüş, kemik kalitesi normal seyretmiş ve mineralizasyon defekti gözlenmemiştir.

Klinik etkililik ve güvenlilik

Osteoporotik kırık riski artmış olan kadınları belirleyebilmek için düşük KMY, yaş, önceki kırıklar, ailesel kırık öyküsü, yüksek kemik döngüsü ve düşük vücut kitle endeksi gibi bağımsız risk faktörleri dikkate alınmalıdır.

İbandronik asit 3 ayda bir 3 mg enjeksiyon

Kemik mineral yoğunluğu (KMY)

Osteoporozlu (başlangıçtaki lomber omurga KMY T-skoru -2,5 SD'nin altında) menopoz sonrası kadınlarla yapılan 2 yıllık, randomize, çift kör, çok merkezli bir eşdeğerlilik çalışmasında (BM16550) 3 ayda bir uygulanan ibandronik asit 3 mg intravenöz enjeksiyonun en az günlük uygulanan oral ibandronik asit 2,5 mg tablet kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Bütün hastalar günde 400 IU vitamin D ve 500 mg kalsiyum takviyesi almıştır. Bu durum, hem bir yıllık sonlanım noktasında yapılan birincil analizde, hem de iki yıllık sonlanım noktasında yapılan doğrulamacı analizde ispatlanmıştır (Tablo 2).

Çalışma BM16550'den elde edilen verilere ilişkin bir yıllık dönüm noktasında yapılan birincil analiz ile 2 yıllık sonlanım noktasında yapılan doğrulamacı analiz, lomber omurgadaki KMY'de, total kalçada, femoral boyunda ve trokanterde meydana gelen ortalama artışlar açısından, 3 ayda bir enjeksiyon yoluyla uygulanan 3 mg doz rejimi ile günlük oral 2,5 mg doz rejiminin eşdeğer olduğunu göstermiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışma BM16550’de bir yıllık (primer analiz) ve iki yıllık (uygun protokol popülasyonu) tedaviden sonra başlangıca göre lomber omurga, total kalça, femoral boyun ve trokanterde ortalama bağıl değişiklik

	Bir yıllık çalışma BM 16550 verileri		İki yıllık çalışma BM 16550 verileri	
Başlangıca göre ortalama bağıl değişiklik % [95% CI] GA	Günlük ibandronik asit 2.5 mg (N=377)	Üç ayda bir ibandronik asit 3 mg enjeksiyon (N=365)	Günlük ibandronik asit 2.5 mg (N=334)	Üç ayda bir ibandronik asit 3 mg enjeksiyon (N=334)
Lomber omurga L2-L4 KMY	3.8 [3.4, 4.2]	4.8 [4.5, 5.2]	4.8 [4.3, 5.4]	6.3 [5.7, 6.8]
Total kalça KMY	1.8 [1.5, 2.1]	2.4 [2.0, 2.7]	2.2 [1.8, 2.6]	3.1 [2.6, 3.6]
Femoral boyun KMY	1.6 [1.2, 2.0]	2.3 [1.9, 2.7]	2.2 [1.8, 2.7]	2.8 [2.3, 3.3]
Trokanter KMY	3.0 [2.6, 3.4]	3.8 [3.2, 4.4]	3.5 [3.0, 4.0]	4.9 [4.1, 5.7]

Bununla birlikte, bir yılda, $p<0.001$, ve iki yılda, $p<0.001$, yapılan prospektif planlı analizde, lomber omurga KMY’sindeki artışlar açısından, 3 ayda bir uygulanan İbandronik asit 3 mg enjeksiyonunun, günlük uygulanan oral ibandronik asit 2.5 mg’den üstün olduğu kanıtlanmıştır.

Lomber omurga KMY’si için, 1 yıllık tedavi sonunda KMY, 3 ayda bir 3 mg enjeksiyon uygulanan hastaların %92.1’inde, günlük olarak oral yoldan 2.5 mg alan hastaların ise %84.9’unda artmış veya aynı kalmıştır (yani tedaviye cevap vermişlerdir) ($p=0.002$). 2 yıllık tedavi sonunda, 3 mg enjeksiyon uygulanan hastaların %92.8’i ve 2.5 mg oral tedavi gören hastaların %84.7’sinde lomber omurga KMY’si artmış veya aynı kalmıştır ($p=0.001$). Total kalça KMY’si için, bir yılda her 3 ayda bir 3 mg enjeksiyon uygulanan hastaların %82.3’ü, günlük olarak oral yoldan 2.5 mg alan hastaların ise %75.1’i tedaviye cevap verendir. 2 yıllık tedavi sonunda, 3 mg enjeksiyon uygulanan hastaların %85.6’sında, 2.5 mg oral tedavi gören hastaların ise %77.0’ında total kalça KMY’si artmış veya aynı kalmıştır ($p=0.004$). Hem lomber omurgada hem de total kalçada bir yılda KMY’si artan veya aynı kalan hastaların oranı 3 ayda bir 3 mg enjeksiyon kolunda %76.2 ve günlük olarak oral yoldan 2.5 mg kolunda %67.2’dir ($p=0.007$). İki yılda, 3 ayda bir 3 mg enjeksiyon kolundaki ve günlük 2.5 mg kolundaki hastaların sırasıyla %80.1’i ve %68.8’i bu kriteri karşılamıştır ($p=0.001$).

Kemik döngüsü biyokimyasal göstergeleri

Ölçülen tüm zaman noktalarında, serum CTX seviyelerinde klinik olarak anlamlı azalmalar gözlemlenmiştir. 12 ayda başlangıçtan itibaren görülen ortalama bağıl değişimler, 3 ayda bir 3 mg intravenöz enjeksiyon rejimi için – %58.6, oral 2.5 mg doz rejimi için – %62.6’dır. Ayrıca, 3 ayda bir 3 mg enjeksiyon uygulanan hastaların %64.8’i, günlük olarak oral yoldan 5.5 mg alan hastaların ise %64.9’u tedaviye cevap veren (başlangıçtan itibaren $\geq$ %50 azalma olarak tanımlanmaktadır) olarak tanınmıştır.

Serum CTX azalması 2 yılı aşkın bir süre boyunca sürmüş ve her iki tedavi grubunda hastaların yarısından fazlası cevap veren olarak tanımlanmıştır. Çalışma BM 16550’nin

sonuçlarına dayanılarak, 3 ayda bir uygulanan ibandronat 3 mg intravenöz enjeksiyonun, kırılmaları önlemede en az günlük olarak oral yoldan uygulanan ibandronat 2.5 mg kadar etkin olması beklenmektedir.

Günlük 2,5 mg ibandronik asit tablet:

İlk üç-yıllık, randomize, çift-kör, plasebo kontrollü, kırık çalışmasında (MF 4411) yeni radyografik morfometrik ve klinik vertebral kırık insidansında, istatistiksel olarak anlamlı, tıbbi olarak da uygun bir düşüş ortaya konmuştur (tablo 3). Bu çalışmada, ibandronik asit oral olarak günlük 2,5 mg ve deneysel bir rejim olarak aralıklı 20 mg dozunda değerlendirilmiştir. İbandronik asit sabah günün ilk yiyecek veya içeceğiinden 60 dakika önce alınmıştır (doz sonrası açlık dönemi). Çalışmada 55 ila 80 yaşları arasında, en az 5 yıldır postmenopozal dönemdeki, KMY lomber omurgada en az bir vertebrada (L1 - L4) menopoz öncesi ortalamanın (T - skoru) 2 ila 5 SD (standart sapma) altında olan ve bir ila dört yaygın vertebral kırığı olan kadında uygulanmıştır. Bütün hastalar günde 500 mg kalsiyum ve 400 IU D vitamini almıştır. Etkililik 2.928 hastada değerlendirilmiştir. Günlük olarak uygulanan 2,5 mg ibandronik asit, yeni vertebra kırıklarının insidansında istatistiksel olarak anlamlı ve tıbbi olarak önemli bir düşüş göstermiştir. Bu rejimle üç yıllık çalışma süresinde yeni radyografik vertebra kırıklarının oluşumu % 62 oranında düşmüştür ($p = 0,0001$). İki yıl sonunda % 61'lik bir bağıl risk düşüşü gözlenmiştir ($p = 0,0006$). Bir yıllık tedavi sonunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p = 0,056$). Kırık karşıtı etkinin çalışma süresince tutarlı olduğu görülmüştür. Zaman içinde etki azalmasına dair gösterge yoktur.

Klinik vertebra kırıklarının insidansı da 3 yıl sonra % 49 oranında anlamlı şekilde azalmıştır ($p=0,011$). Vertebra kırıkları üzerindeki güçlü etki, plaseboya kıyasla boy kaybında istatistiksel olarak anlamlı düşüşle kendini göstermiştir ($p < 0,0001$).

Tablo 3: 3 yıllık kırık çalışması olan MF 4411 çalışmasından elde edilen bulgular (% , % 95 GA)

	Plasebo (N=974)	Günlük 2,5 mg ibandronik asit (N=977)
Bağıl risk düşüşü		% 62
Yeni morfometrik vertebra kırıkları		(40.9, 75.1)
Yeni morfometrik vertebra kırıklarının insidansı	% 9.56 (7.5, 11.7)	% 4.68 (3.2, 6.2)
Klinik vertebra kırıklarında bağıl risk düşüş		% 49 (14.03, 69.49)
Klinik vertebra kırığı insidansı	% 5.33 (3.73, 6.92)	% 2.75 (1.61, 3.89)
Üçüncü yılda başlangıç lomber omurgaya kıyasla KMY'de ortalama değişim	% 1.26 (0.8, 1.7)	% 6.54 (6.1, 7.0)

Üçüncü yılda başlangıç toplam kalçaya kıyasla KMY’de ortalama değişim	-% 0.69 (-1.0, -0.4)	% 3.36 (3.0, 3.7)
---	-------------------------	----------------------

İbandronik asidin tedavi etkisi başlangıçta lomber omurga KMY T-skoru -2,5’in altında olan hasta alt popülasyonunun analizinde daha fazla değerlendirilmiştir (tablo 4). Vertebra kırığı riskinde düşüş, genel popülasyonda gözlenenle oldukça tutarlıydı.

Tablo 4: Lomber omurga KMY T-skoru başlangıçta -2,5’in altında olan hastalar için 3 yıllık kırık çalışması olan MF 4411 çalışmasından elde edilen bulgular (% , % 95 GA)

	Plasebo (N=587)	Günlük 2,5 mg ibandronik asit (N=575)
Bağıl risk düşüşü		% 59
Yeni morfometrik vertebra kırıkları		(34.5, 74.3)
Yeni morfometrik vertebra kırıklarının insidansı	% 12.54 (9.53, 15.55)	% 5.36 (3.31, 7.41)
Klinik vertebra kırıklarında bağıl risk düşüşü		% 50 (9.49, 71.91)
Klinik vertebra kırığı insidansı	% 6.97 (4.67, 9.27)	% 3.57 (1.89, 5.24)
Üçüncü yılda başlangıç lomber omurgaya kıyasla KMY’de ortalama değişim	% 1.13 (0.6, 1.7)	% 7.01 (6.5, 7.6)
Üçüncü yılda başlangıç toplam kalçaya kıyasla KMY’de ortalama değişim	-% 0.70 (-1.1, -0.2)	% 3.59 (3.1, 4.1)

MF4411 çalışmasının genel hasta popülasyonunda, vertebra dışı kırıklarda herhangi bir düşüş görülmemiş olmakla birlikte, günlük ibandronik asidin vertebra dışı kırık riskinde gözlenen % 69 düşüşle birlikte yüksek riskli alt popülasyonda (femoral boyun KMY T-skoru < -3,0) etkili olduğu görülmüştür.

İbandronik asit 2,5 mg tabletlerle günlük oral tedavi, iskeletin vertebra veya vertebra dışı bölgelerinde KMY’de progresif artışlarla sonuçlanmıştır.

Plaseboya kıyasla üç yıllık lomber KMY artışı, başlangıca kıyasla % 5,3 ve % 6,5 idi. Başlangıca kıyasla kalçadaki artışlar femoral boyunda %2,8, toplam kalçada % 3,4 ve trokanterde % 5,5 idi.

Kemik döngüsünün biyokimyasal belirteçleri (üriner CTX ve serum Osteokalsin gibi) beklenen şekilde menopoz öncesi düzeylere süpresyon göstermiş ve günlük 2,5 mg ibandronik asit kullanıldığında 3-6 aylık dönem içinde maksimum süpresyona ulaşmıştır.

Günlük 2,5 mg ibandronik asitle tedaviye başladıktan sonra bir ay kadar kısa bir süre sonra kemik rezorpsiyonunun biyokimyasal belirteçlerinde % 50 düzeyinde klinik olarak anlamlı düşüş kaydedilmiştir.

Pediyatrik popülasyon (bkz. Bölüm 4.2 ve Bölüm 5.2).

İbandronik asit, pediyatrik popülasyonda çalışılmamıştır ve bu sebeple, bu hasta popülasyonu için herhangi bir etkililik veya güvenlilik verisi mevcut değildir.

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

İbandronik asidin kemik üzerindeki primer farmakolojik etkileri, hayvanlarda ve insanlarda yapılan çeşitli çalışmalarla gösterildiği gibi gerçek plazma konsantrasyonları ile doğrudan ilişkili değildir.

İbandronik asit plazma konsantrasyonları, 0,5 mg ila 6 mg ibandronik asidin intravenöz uygulamasından sonra dozla orantılı bir şekilde artar.

Emilim:

Geçerli değildir.

Dağılım:

İlk sistemik maruziyetten sonra ibandronat hızla kemiğe bağlanır ya da idrarla atılır. İnsanlarda, görünür terminal dağılım hacmi en az 90 L olup kemiğe ulaşan doz miktarının, dolaşımdaki miktarın % 40-50'si olduğu tahmin edilmektedir. İnsanlarda proteine bağlanma oranı yaklaşık % 85-87 olduğundan (terapötik ibandronik asit konsantrasyonlarında in vitro koşullarda belirlenmiştir), yer değiştirme sebebi ile diğer ilaçlarla etkileşim riski düşüktür.

Biyotransformasyon:

Hayvanlarda veya insanlarda ibandronik asidin metabolize olduğuna dair bir bulgu yoktur.

Eliminasyon:

İntravenöz uygulamayı takiben ibandronik asitin emilen kısmı kemik absorpsiyonu ile dolaşımdan uzaklaştırılır (%40-50) ve geri kalanı böbrekler tarafından değişmeden elimine edilir.

Yarılanma ömrü aralığı doz ve analiz duyarlılığına bağlıdır ancak eliminasyon yarılanma ömrü genellikle 10-72 saat aralığındadır.

Hesaplanan değerler büyük ölçüde çalışmanın süresi, kullanılan doz ve tayin hassasiyetinin bir sonucu olduğundan, gerçek yarılanma ömrünün diğer bifosfonatlar gibi önemli ölçüde daha uzun olması beklenmektedir. Erken plazma düzeyleri hızla düşerek intravenöz veya oral uygulamadan sonra sırasıyla 3 ve 8 saat içinde doruk değerlerin %10'una ulaşmaktadır.

İbandronik asitin total klerensi 84-160 mL/dk aralığındaki ortalama değerlerle düşüktür. Renal klerens (sağlıklı postmenopozal kadınlarda yaklaşık 60 mL/dk), total klerensin %50-60'ına denk gelir ve kreatinin klerensiyle ilgilidir. Görünen total ve renal klerens arasındaki farkın kemik tarafından tutulumu yansıttığı kabul edilmektedir.

Sekresyon yollarının diğer etkin maddelerin atılımına dahil olan bilinen asidik veya bazik taşıma sistemlerini içermediği görülmektedir (bkz. bölüm 4.5). Ek olarak, ibandronik asit insanlarda majör hepatik P450 izoenzimlerini inhibe etmez ve sıçanlarda hepatik sitokrom P450 sistemini indüklemeyiz.

Doğrusallık/doğrusal olmayan durum:

İbandronik asitin plazma konsantrasyonları, 0,5 mg ila 6 mg arası yapılan intravenöz uygulama sonucu, doza bağlı olarak artar.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Cinsiyet:

İbandronik asidin farmakokinetiği kadınlarda ve erkeklerde benzerdir.

İrk:

İbandronik asitin mevcut klinik bulgularında Asyalı ile Kafkas etnik gruplar arası fark olduğuna dair bir kanıt yoktur. Afrika kökenli hastalar ile ilgili çok az veri bulunmaktadır.

Böbrek yetmezliği:

Farklı derecelerde böbrek yetmezliği olan hastalarda ibandronik asitin renal klerensi, kreatinin klerensi ile doğrusal olarak ilişkilidir.

Hafif ya da orta derecede böbrek yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekli değildir (kreatinin klerensi 30 mL/dk'ya eşit ya da daha yüksek).

Ağır böbrek yetmezliği olan hastalarda (kreatinin klerensi 30 mL/dk'dan az) 21 gün boyunca, günlük 10 mg oral uygulama alımı, normal renal fonksiyona sahip olan hastalardan 2-3 kat daha yüksek plazma konsantrasyonları göstermiştir. Ağır böbrek yetmezliği olan hastalarda ibandronik asidin total klerensi 44 mL/dk'dır. Ağır böbrek yetmezliği olan hastalarda (kreatinin klerensi 30 mL/dk'dan az) 0.5 mg intravenöz uygulamadan sonra total, renal ve non-renal klerensler sırasıyla %67, %77 ve %50 oranında düşmüştür ancak tolere edilebilirlikte maruziyetin artmasıyla ilişkili bir azalma olmamıştır. Sınırlı klinik deneyime bağlı olarak, ibandronik asit ciddi böbrek yetmezliğinde önerilmez (bkz. Bölüm 4.2 ve 4.4). İbandronik asidin farmakokinetik özellikleri hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan çok küçük bir hasta grubunda değerlendirilmiştir. Bu nedenle, hemodiyalize girmemiş hastalarda ibandronik asidin farmakokinetiği bilinmemektedir. Sınırlı veri nedeniyle, ibandronik asit son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalıdır.

Karaciğer yetmezliği (bkz. Bölüm 4.2):

Karaciğer yetmezliği olan hastalarda ibandronik asitin farmakokinetiği ile ilgili veri yoktur. İbandronik asitin klerensinde karaciğerin özel bir rolü yoktur ancak renal atılım ve kemikte tutulum yoluyla temizlenir. Bu nedenle karaciğer yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekli değildir. Buna ilaveten terapötik konsantrasyonlarda ibandronik asidin proteine bağlanma oranı %85 olduğu için, ağır karaciğer yetmezliğinde görülen hipoproteinemisi, serbest plazma konsantrasyonlarında klinik olarak anlamlı bir artışa yol açmaz.

Geriyatrik popülasyon (bkz. Bölüm 4.2):

Yapılan çok değişkenli bir analizde, yaşın araştırılan farmakokinetik parametrelerin hiçbirini için bağımsız bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Böbrek fonksiyonu yaşla azaldığından, böbrek fonksiyonu dikkate alınması gereken tek husustur (böbrek yetmezliği bölümüne bakınız).

Pediyatrik popülasyon:

BONMORE'un bu yaş grubunda kullanımı ile ilgili veri yoktur.

5.3. Klinik öncesi güvenlilik verileri

Köpeklerde toksik etkiler (örneğin renal hasar belirtileri) yalnızca maksimum insan maruziyetinin yeterince üzerinde olduğu kabul edilen maruziyette gözlenmiş olup, klinik kullanım için çok az anlam ifade etmektedir.

Mutajenisite/Karsinogenisite:

Karsinogenik ve genotoksik potansiyele ait belirtiler gözlenmemiştir. Genotoksisite testleri ibandronik asit için genetik aktiviteye ait kanıt olmadığını göstermiştir.

Üreme toksisitesi

3 aylık doz rejimini için özel çalışmalar yapılmamıştır. Sıçanlarda ve tavşanlarda günlük intravenöz doz rejiminin uygulandığı çalışmalarda, ibandronik asidin doğrudan fetal toksik veya teratojenik etkisine dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır. Vücut ağırlığı artışı sıçanların F1 yavrularında azalmıştır. Oral uygulamanın doğurganlık üzerindeki etkileri sıçanlarda yapılan üreme çalışmalarında, 1 mg/kg/gün ve üstü dozlarda, artmış preimplantasyon kayıplarıdır. Sıçanlarda üreme çalışmaları sırasında intravenöz yolla ibandronik asit 0,3 ve 1 mg/kg/gün dozlarında sperm sayısını azaltırken, erkeklerde 1 mg/kg/gün ve dişilerde ise 1,2 mg/kg/gün dozlarda fertilitede azalmaya neden olmuştur. İbandronik asidin diğer advers etkileri, sıçanlara ilişkin üreme toksisitesi çalışmalarında bu tıbbi ürün sınıfı (bifosfonatlar) için beklendiği gibi olmuştur. Bu yan etkiler, implantasyon bölgelerinin sayısında azalma, doğal doğumun etkilenmesi (distosi) ve viseral varyasyonlarda artış (renal pelvis üreter sendromu) olaylarını içermektedir.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Sodyum klorür

Sodyum asetat trihidrat

Glasiyal asetik asit
Enjeksiyonluk su

6.2. Geçimsizlikler

BONMORE 3 mg/3 ml enjeksiyon için konsantre çözelti , kalsiyum içeren solüsyonlar veya intravenöz yolla uygulanan diğer tıbbi ürünlerle karıştırılmamalıdır.

6.3. Raf ömrü

24 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler

25°C altındaki oda sıcaklığında saklayınız.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

BONMORE 3 mg/3 ml IV infüzyon için konsantre çözelti içeren kullanıma hazır enjektör (5 ml'lik enjektör), yanında enjeksiyon için iğne içeren karton kutu.

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

BONMORE enjeksiyonu tek kullanım içindir. Yalnızca partikül içermeyen, berrak çözelti içeren enjektörler kullanılmalıdır.

İntravenöz kullanım konusunda özel dikkat gösterilmelidir.

BONMORE intravenöz infüzyon yoluyla uygulanacaksa, yalnızca izotonik salin veya %5 dekstroz solüsyonu ile uygulanmalıdır.

Kullanılmayan enjeksiyonluk çözelti, enjektör ve iğne lokal gereksinimlere uygun olarak imha edilmelidir.

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ve “Ambalaj ve Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliği”ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

Koçak Farma İlaç ve Kimya Sanayi A.Ş.

Mahmutbey Mah. 2477. Sok. No:23

Bağcılar / İSTANBUL

Tel. : 0212 410 39 50

Faks. : 0212 447 61 65

8. RUHSAT NUMARASI(LARI)

233/47

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 15.07.2011

Ruhsat yenileme tarihi:

10.KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ