

1.3.1.1. Samenvatting van de productkenmerken

1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Topiramaat Accord 25 mg filmomhulde tabletten
Topiramaat Accord 50 mg filmomhulde tabletten
Topiramaat Accord 100 mg filmomhulde tabletten
Topiramaat Accord 200 mg filmomhulde tabletten

2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

Elke filmomhulde tablet bevat 25 mg, 50 mg, 100 mg of 200 mg topiramaat.

Hulpstof(fen) met bekend effect:

Topiramaat Accord 25 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 28 mg lactose.

Topiramaat Accord 50 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 57 mg lactose.

Topiramaat Accord 100 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 114 mg lactose.

Topiramaat Accord 200 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 227 mg lactose.

Voor een volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

3. FARMACEUTISCHE VORM

Filmomhulde tablet.

Topiramaat Accord 25 mg

Ronde, biconvexe filmtabletten met een diameter van ongeveer 6 mm met schuin aflopende randen. De witte tabletten hebben de opdruk TP op de ene kant en 25 op de andere kant.

Topiramaat Accord 50 mg

Ronde, biconvexe filmtabletten met een diameter van ongeveer 7 mm met schuin aflopende randen. De lichtgele tabletten hebben de opdruk TP op de ene kant en 50 op de andere kant.

Topiramaat Accord 100 mg

Ronde, biconvexe filmtabletten met een diameter van ongeveer 9 mm met schuin aflopende randen. De donkergele tabletten hebben de opdruk TP op de ene kant en 100 op de andere kant.

Topiramaat Accord 200 mg

Ronde, biconvexe filmtabletten met een diameter van ongeveer 12,7 mm met schuin aflopende randen. De rode tabletten hebben de opdruk TP op de ene kant en 200 op de andere kant.

4. KLINISCHE GEGEVENS

4.1 Therapeutische indicaties

Monotherapie bij volwassenen, adolescenten en kinderen ouder dan 6 jaar met partiële aanvallen met of zonder secundaire generaliseerde aanvallen en primair generaliseerde tonisch-clonische

aanvallen.

Adjuvante therapie bij kinderen van 2 jaar en ouder, adolescenten en volwassenen met partiële aanvallen met of zonder secundaire generalisatie of met primair gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen en voor de behandeling van aanvallen geassocieerd met het Lennox-Gastaut syndroom.

Topiramaat is geïndiceerd bij volwassenen voor de profylaxe van migraine na zorgvuldige evaluatie van mogelijke alternatieve behandelingsopties. Topiramaat is niet bedoeld voor acute behandeling.

4.2 Dosering en wijze van toediening

Dosering

Het wordt aanbevolen de behandeling te starten met een lage dosis, gevolgd door titratie tot een werkzame dosis. De dosering en de titratiesnelheid dienen te worden uitgevoerd op geleide van de klinische respons.

Het is niet nodig om de topiramaat-plasmaconcentraties te volgen om de behandeling met Topiramaat te optimaliseren. In zeldzame gevallen kan bij toevoeging van topiramaat aan fenytoïne aanpassing van de fenytoïnedosis nodig zijn om een optimaal klinisch resultaat te bereiken. Bij toevoeging of stopzetting van fenytoïne en carbamazepine aan een adjuvante behandeling met Topiramaat kan aanpassing van de dosis van Topiramaat nodig zijn.

Bij patiënten met of zonder voorgeschiedenis van epileptische aanvallen dienen anti-epileptica, waaronder topiramaat, geleidelijk te worden afgebouwd om de mogelijkheid van aanvallen of een verhoogde aanvalsfrequentie te minimaliseren. In klinische studies werden de dagdoseringen bij volwassenen met epilepsie elke week verminderd met 50-100 mg. Bij volwassenen die topiramaat in doseringen tot 100 mg/dag als migraineprofylaxe gebruikten, werden de dagdoseringen elke week met 25-50 mg verminderd. In klinische studies bij kinderen, werd topiramaat geleidelijk afgebouwd over een periode van 2 tot 8 weken.

Monotherapie epilepsie

Algemeen

Als gelijktijdig voorgeschreven anti-epileptica worden gestopt om te komen tot monotherapie met topiramaat, dient men rekening te houden met de effecten die dit kan hebben op de aanvalscntrole. Tenzij uit veiligheidsoogpunt de gelijktijdige toediening van het andere anti-epilepticum onmiddellijk moet worden gestopt, verdient het aanbeveling om het gelijktijdig toegediende anti-epilepticum geleidelijk te stoppen, met een afname van ongeveer een derde van de dosis om de twee weken. Als enzyminducerende geneesmiddelen worden gestopt, zal de concentratie topiramaat toenemen. Een verlaging van de Topiramaat (topiramaat) dosis kan dan nodig zijn op basis van het klinisch resultaat.

Volwassenen

De dosering en de titratiesnelheid dienen te worden uitgevoerd op geleide van de klinische respons. De titratie dient te beginnen met 25 mg 's avonds gedurende één week. Vervolgens dient de dagelijkse dosis elke week of om de twee weken met 25-50 mg verhoogd te worden, toegediend in twee aparte innamen. Als de patiënt dit titratieschema niet verdraagt, kunnen kleinere verhogingen van de dosis of langere intervallen tussen de verhogingen worden toegepast.

De aanbevolen aanvankelijke streefdosering voor monotherapie met topiramaat bij volwassenen is 100 mg/dag tot 200 mg/dag, in 2 aparte innamen. De maximaal aanbevolen dagelijkse dosis is 500 mg in 2 aparte innamen. Sommige patiënten met refractaire vormen van epilepsie hebben monotherapie met topiramaat verdragen in doseringen van 1000 mg/dag. Deze doseringsadviezen gelden voor alle

volwassenen, ook voor ouderen, als er tenminste geen sprake is van een bestaande nieraandoening.

Pediatrische populatie (kinderen ouder dan 6 jaar)

De dosering en de titratiesnelheid dienen te worden uitgevoerd op geleide van de klinische respons. Behandeling van kinderen ouder dan 6 jaar dient te beginnen met 0,5 tot 1 mg/kg 's avonds gedurende de eerste week. Vervolgens dient de dosis elke week of om de twee weken verhoogd te worden met stappen van 0,5 tot 1 mg/kg/dag, toegediend in twee aparte innamen. Als het kind dit titratieschema niet verdraagt, kunnen kleinere verhogingen van de dosis of langere intervallen tussen de verhogingen worden toegepast.

De aanbevolen aanvankelijke streefdosering voor monotherapie met topiramaat bij kinderen ouder dan 6 jaar is 100 mg/dag, afhankelijk van de klinische respons (dit is ongeveer 2,0 mg/kg/dag bij kinderen van 6-16 jaar).

Adjuvante therapie voor epilepsie (partiële aanvallen met of zonder secundaire generalisatie, primair gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen of aanvallen geassocieerd met het Lennox-Gastaut syndroom)

Volwassenen

De behandeling dient te beginnen met 25-50 mg 's avonds gedurende één week. Gebruik van lagere begintdoses is gemeld, maar is niet systematisch onderzocht. Vervolgens dient de dosis elke week of om de twee weken met 25-50 mg/dag verhoogd te worden, toegediend in twee aparte innamen. Bij sommige patiënten kan de werkzaamheid worden bereikt met een eenmaaldaagse inname.

In klinische studies naar adjuvante therapie was 200 mg de laagste werkzame dosis. De gebruikelijke dagelijkse dosis is 200-400 mg in twee aparte innamen.

Deze doseringsadviezen gelden voor alle volwassenen, ook voor ouderen, als er tenminste geen sprake is van een bestaande nieraandoening (zie rubriek 4.4).

Pediatrische populatie (kinderen van 2 jaar en ouder)

De aanbevolen totale dagelijkse dosis van Topiramaat (topiramaat) als adjuvante therapie is ongeveer 5 tot 9 mg/kg/dag, in twee aparte innamen. De titratie dient te beginnen met 25 mg (of minder, uitgaand van 1 tot 3 mg/kg/dag) elke avond gedurende de eerste week. Vervolgens dient de dosis elke week of om de twee weken met stappen van 1 tot 3 mg/kg/dag verhoogd te worden (toegediend in twee aparte innamen) om de optimale klinische respons te bereiken.

Dagelijkse doseringen tot 30 mg/kg/dag zijn onderzocht en werden doorgaans goed verdragen.

Migraine

Volwassenen

De aanbevolen totale dagelijkse dosis van topiramaat voor de profylaxe van migraine is 100 mg/dag, in twee aparte innamen. De titratie dient te beginnen met 25 mg 's avonds gedurende één week. Vervolgens dient de dosis elke week verhoogd te worden met 25 mg/dag. Als de patiënt dit titratieschema niet verdraagt, kunnen langere intervallen tussen de verhogingen worden toegepast. Sommige patiënten kunnen baat hebben bij een totale dagelijkse dosis van 50 mg/dag. Patiënten hebben totale dagelijkse doses ontvangen tot 200 mg/dag. Deze dosis kan gunstig zijn voor sommige patiënten. Desondanks is voorzichtigheid geboden door een verhoogde incidentie van bijwerkingen.

Pediatrische populatie

Topiramaat (topiramaat) wordt niet aanbevolen voor de behandeling of preventie van migraine bij kinderen, vanwege onvoldoende gegevens over veiligheid en werkzaamheid.

Algemene aanbevelingen voor de dosering van Topiramaat bij bijzondere patiëntenpopulaties

Nierinsufficiëntie

Bij patiënten met nierinsufficiëntie ($CL_{CR} \leq 70$ ml/min) dient topiramaat met voorzichtigheid te worden toegediend omdat de plasma- en renale klaring van topiramaat zijn verminderd. Bij personen met een bekende nierinsufficiëntie kan meer tijd nodig zijn voor het bereiken van de steady-state na elke dosis. De helft van de gebruikelijke start- en onderhoudsdosering wordt aanbevolen (zie rubriek 5.2).

Bij patiënten in het eindstadium van nierfalen dient op dagen dat de patiënt hemodialyse ondergaat een aanvullende dosis Topiramaat te worden toegediend gelijk aan ongeveer de helft van de dagelijkse dosis, aangezien topiramaat door hemodialyse uit het plasma wordt verwijderd. De aanvullende dosis dient in verdeelde doses te worden toegediend aan het begin en na het beëindigen van de hemodialyse. De aanvullende dosis kan verschillen, afhankelijk van de kenmerken van de gebruikte dialyseapparatuur (zie rubriek 5.2).

Leverinsufficiëntie

Bij patiënten met matige tot ernstige leverinsufficiëntie dient topiramaat met voorzichtigheid te worden toegediend omdat de klaring van topiramaat is verminderd.

Ouderen

De dosering hoeft niet te worden aangepast bij ouderen, op voorwaarde dat de nieren goed functioneren.

Wijze van toediening

Topiramaat Accord is verkrijgbaar als filmomhulde tablet en als harde capsule voor orale toediening. Het wordt aanbevolen de filmomhulde tabletten niet te breken. De harde capsule wordt geleverd voor patiënten die geen tabletten kunnen doorslikken, bijv. pediatrische patiënten en ouderen.

Topiramaat mag met of zonder een maaltijd ingenomen worden.

4.3 Contra-indicaties

Overgevoeligheid voor de werkzame stof(fen) of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstof(fen).

Profylaxe van migraine bij zwangerschap en bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd wanneer geen zeer effectieve contraceptiemethoden worden gebruikt.

4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik

In situaties waarin snelle afbouw van topiramaat medisch noodzakelijk is, wordt geëigende controle aanbevolen (zie rubriek 4.2).

Zoals met andere anti-epileptische geneesmiddelen, kunnen sommige patiënten met topiramaat een verhoogde frequentie van aanvallen of het ontstaan van nieuwe typen aanvallen ervaren. Deze

verschijnselen kunnen het gevolg zijn van een overdosis, een daling van de plasmaconcentraties van gelijktijdig gebruikte anti-epileptica, verergeren van de ziekte, of een paradoxaal effect.

Adequate vochtinname tijdens het gebruik van topiramaat is zeer belangrijk. Vochtinname kan het risico op nefrolithiase (zie hieronder) verminderen. Adequate vochtinname voor en tijdens activiteiten zoals lichamelijke inspanning of blootstelling aan hogere temperaturen kan het risico op warmtegerelateerde bijwerkingen verminderen (zie rubriek 4.8).

Vrouwen in de vruchtbare leeftijd

Topiramaat kan bij de foetus schade en groei beperking veroorzaken (small for gestational age en een laag geboortegewicht) als het aan een zwangere vrouw wordt toegediend. De gegevens voor topiramaat- monotherapie uit het North American Antiepileptic Drug zwangerschapsregister lieten een ongeveer driemaal zo hoge prevalentie van ernstige aangeboren afwijkingen zien (4,3%) in vergelijking met een referentiegroep die geen anti-epileptica innam (1,4%). Bovendien wijzen gegevens uit andere studies erop dat het gebruik van anti-epileptica in combinatietherapie - in vergelijking met monotherapie - geassocieerd is met een verhoogd risico op teratogene effecten.

Alvorens behandeling met topiramaat te starten bij een vrouw in de vruchtbare leeftijd dient er een zwangerschapstest plaats te vinden en dient er een zeer effectieve vorm van anticonceptie te worden geadviseerd (zie rubriek 4.5). De patiënt dient volledig te worden geïnformeerd over de risico's die verbonden zijn aan het gebruik van topiramaat tijdens de zwangerschap (zie de rubrieken 4.3 en 4.6).

Oligohydrose

Oligohydrosis (verminderde zweetproductie) is gemeld in samenhang met het gebruik van topiramaat. Verminderd zweten en hyperthermie (verhoging van de lichaamstemperatuur) kunnen optreden in het bijzonder bij jonge kinderen die blootgesteld worden aan een hoge temperatuur.

Stemmingsstoornissen/depressie

Tijdens behandeling met topiramaat is een verhoogde incidentie van stemmingsstoornissen en depressie waargenomen.

Suïcide/suïcidale gedachten

Suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag zijn gemeld bij patiënten die voor diverse indicaties met antiepileptica werden behandeld. Een meta-analyse van gerandomiseerde placebogecontroleerde studies met anti-epileptica heeft een licht verhoogd risico van suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag getoond. Het mechanisme van dit risico is niet bekend en de beschikbare gegevens sluiten de mogelijkheid van een verhoogd risico met topiramaat niet uit.

Tijdens dubbelblinde klinische studies kwamen suïcidegerelateerde gebeurtenissen (suïcidale gedachten, suïcidepogingen en suïcide) voor bij 0,5% van de patiënten die werden behandeld met topiramaat (46 van de 8652 behandelde patiënten). Deze incidentie is bijna driemaal zo hoog als in de placebogroep (0,2%; 8 van de 4045 behandelde patiënten).

Patiënten dienen daarom te worden gecontroleerd op tekenen van suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag en geëigende behandeling dient te worden overwogen. Patiënten (en de verzorgers van patiënten) dient geadviseerd te worden medische hulp te vragen bij tekenen van suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag.

Ernstige huidreacties

Bij patiënten die topiramaat gebruiken zijn ernstige huidreacties (Stevens-Johnson-Syndroom (SJS) en Toxische Epidermale Necrolyse (TEN)) gemeld (zie rubriek 4.8). Het wordt aanbevolen patiënten te informeren over de tekenen van ernstige huidreacties. Indien er een vermoeden is van SJS of TEN, dient de behandeling met topiramaat te worden stopgezet.

Nefrolithiase

Sommige patiënten, met name degenen met een predispositie voor niersteenvorming, kunnen een verhoogd risico op nierstenen en de daarbij horende verschijnselen en symptomen zoals nierkoliek, nierpijn of pijn in de zij.

Risicofactoren voor nefrolithiase zijn: eerdere niersteenvorming, familiale antecedenten van nefrolithiase en hypercalciurie (zie hieronder – Metabole acidose en sequelae). Geen van deze risicofactoren is een betrouwbare voorspeller van niersteenvorming tijdens behandeling met topiramaat. Bovendien kunnen patiënten die andere geneesmiddelen gebruiken die geassocieerd zijn met nefrolithiase, een verhoogd risico lopen.

Nierinsufficiëntie

Bij patiënten met een verminderde nierfunctie ($CLCR \leq 70$ ml/min) dient topiramaat met voorzichtigheid te worden toegediend, omdat de plasma- en renale klaring van topiramaat zijn verminderd. Voor specifieke aanbevelingen voor de dosering bij patiënten met een verminderde nierfunctie Zie rubriek 4.2

Leverinsufficiëntie

Bij patiënten met een leverstoornis dient topiramaat met voorzichtigheid te worden toegediend omdat de klaring van topiramaat kan verminderd zijn.

Acute myopie en secundair geslotenhoekglaucoomsyndroom

Bij patiënten die topiramaat gebruikten, is een syndroom gemeld bestaand uit acute bijziendheid, gepaard met een secundair geslotenhoekglaucoom. De symptomen zijn acute verminderde zichtscherpte en/of pijn in het oog. De oftalmologische bevindingen kunnen enkele of alle van de volgende omvatten: bijziendheid, mydriase, een vernauwing van de voorste oogkamer, hyperemie (roodheid) van het oog, choroïdloslating, loslating van retina pigmentepitheel, maculaire striae en verhoogde intraoculaire druk. Dit syndroom kan gepaard gaan met supraciliaire effusie, leidend tot een voorwaartse verplaatsing van de lens en de iris, met secundair geslotenhoekglaucoom. De symptomen treden in het typische geval op binnen 1 maand na het begin van de topiramaatbehandeling. In tegenstelling tot primair geslotenhoekglaucoom, dat bij een leeftijd onder 40 jaar zelden voorkomt, is het secundair geslotenhoekglaucoom geassocieerd met topiramaat zowel gemeld bij pediatrische patiënten als bij volwassenen. De behandeling hiervoor is het afbouwen van topiramaat, zo snel mogelijk naar het oordeel van de behandelende arts, en het nemen van gepaste maatregelen om de intra-oculaire druk te verminderen. Deze maatregelen leiden doorgaans tot een afname van de oogdruk.

Als een verhoogde intra-oculaire druk met welke etiologie dan ook niet wordt behandeld, kan dat ernstige gevolgen hebben, waaronder permanent gezichtsverlies.

Behandeling met topiramaat van patiënten met een voorgeschiedenis van oogaandoeningen moet zorgvuldig worden afgewogen.

Defecten van het gezichtsveld

Bij patiënten die topiramaat gebruiken zijn, onafhankelijk van verhoogde intraoculaire druk, defecten van het gezichtsveld gemeld. In klinische studies waren de meeste van deze voorvallen reversibel na stopzetting van topiramaat. Als defecten van het gezichtsveld zich voordoen tijdens de topiramaatbehandeling, dient te worden overwogen de behandeling met het geneesmiddel stop te zetten.

Metabole acidose en sequelae

Hyperchloremische “non-anion gap” metabole acidose (d.w.z. serumbicarbonaat verlaagd tot onder de normale referentiewaarde zonder respiratoire alkalose) wordt geassocieerd met topiramaatbehandeling. Afhankelijk van de onderliggende aandoening wordt tijdens behandeling met topiramaat een gepaste controle aanbevolen van onder andere de natriumbicarbonaatconcentraties in het serum. Wanneer er tekenen of symptomen zijn die duiden op metabole acidose, (bijv. Kussmaul-ademhaling, dyspneu, anorexia, misselijkheid, braken, extreme vermoeidheid, tachycardie of aritmie), wordt aanbevolen om het serumnatriumbicarbonaat te meten. Als metabole acidose ontstaat en blijft aanhouden, moet worden overwogen de dosis te verlagen of behandeling met topiramaat te stoppen (door afbouwen van de dosis). Deze verlaging in serumbicarbonaat is te wijten aan het remmende effect van topiramaat op renale koolzuuranhydrase. In het algemeen treedt de verlaging in bicarbonaat vroeg in de behandeling op, hoewel het op ieder moment gedurende de behandeling kan gebeuren. Deze verlagingen zijn gewoonlijk mild tot matig (gemiddelde verlaging van 4 mmol/l bij doses van 100mg/dag of meer bij volwassenen en van ongeveer 6 mg/kg/dag bij pediatrische patiënten). In zeldzame gevallen zijn bij patiënten verlagingen voorgekomen tot waarden lager dan 10 mmol/l.

Aandoeningen

of behandelingen die aanleiding kunnen geven tot acidose (zoals nierziekten, ernstige ademhalingsstoornissen, status epilepticus, diarree, operatie, ketogene diëten of bepaalde geneesmiddelen) kunnen bijdragen aan de bicarbonaatverlagende effecten van topiramaat.

Chronische, onbehandelde metabole acidose verhoogt het risico op nefrolithiase en nefrocalcinose en kan mogelijk leiden tot osteopenie (zie hierboven onder Nefrolithiase).

Chronische metabole acidose bij pediatrische patiënten kan het groeitempo verlagen. Het effect van topiramaat op botgerelateerde gevolgen is niet systematisch onderzocht bij volwassen populaties. Bij pediatrische patiënten in de leeftijd van 6 tot 15 jaar is een open-label studie van één jaar uitgevoerd (zie rubriek 5.1).

Afhankelijk van de onderliggende aandoeningen wordt tijdens behandeling met topiramaat een gepaste controle aanbevolen van onder andere de serumbicarbonaatconcentraties. Als er tekenen of symptomen zijn die wijzen op metabole acidose (bijvoorbeeld een diepe Kussmaul ademhaling, dyspnoe, anorexie, misselijkheid, braken, extreme vermoeidheid, tachycardie of aritmie), wordt meting van bicarbonaat in het serum aanbevolen. Als metabole acidose ontstaat en blijft aanhouden, dient te worden overwogen de dosis te verlagen of behandeling met topiramaat te stoppen (door middel van het afbouwen van de dosering).

Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van topiramaat bij patiënten bij wie de gezondheidstoestand of andere behandelingen een mogelijke risicofactor vormen voor het optreden van metabole acidose.

Achteruitgang van cognitief functioneren

Cognitieve achteruitgang bij epilepsie is multi-factoriëel en kan het gevolg zijn van onderliggende etiologie, de epilepsie of de anti-epileptische behandeling. Er zijn literatuur meldingen geweest van achteruitgang van cognitief functioneren bij volwassenen die behandeld worden met topiramaat, waarbij een dosisvermindering of het stoppen van de behandeling nodig was. Studies naar cognitieve effecten bij kinderen die behandeld werden met topiramaat zijn echter ontoereikend en het effect hierop moet nog opgehelderd worden.

Hyperammoniëmie en encefalopathie

Hyperammoniëmie met of zonder encefalopathie is gemeld bij behandeling met topiramaat (zie rubriek 4.8). Het risico op hyperammoniëmie bij gebruik van topiramaat lijkt dosisgerelateerd.

Hyperammonie is vaker gemeld wanneer topiramaat gelijktijdig gebruikt werd met valproïnezuur (zie rubriek 4.5).

Bij patiënten die onverklaarbare lethargie of veranderingen in mentale status ontwikkelen geassocieerd met topiramaat monotherapie of adjuvante therapie, wordt aanbevolen hyperammoniemische encefalopathie te overwegen en de ammoniumspiegels te bepalen.

Voedingssupplementen

Sommige patiënten kunnen gewicht verliezen tijdens hun behandeling met topiramaat. Het verdient aanbeveling om patiënten die worden behandeld met topiramaat regelmatig op gewichtsverlies te controleren. Als de patiënt gewicht verliest tijdens behandeling met topiramaat kan een dieetsupplement of verhoogde voedselinname worden overwogen.

Topiramaat 25/50/100/200 mg filmomhulde tabletten bevatten lactose

Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, algehele lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken.

Het doosje bevat een droogmiddel dat niet mag worden ingeslikt.

Natrium

Dit middel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per tablet, dat wil zeggen dat het in wezen 'natriumvrij' is.

4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie

Effecten van Topiramaat op andere anti-epileptica

Toevoeging van Topiramaat aan andere anti-epileptica (fenytoïne, carbamazepine, valproïnezuur, fenobarbital, primidon) heeft geen effect op hun steady-state-plasmaconcentraties; slechts in uitzonderlijke gevallen kan toevoeging van Topiramaat aan fenytoïne tot een stijging van de plasmaconcentraties van fenytoïne leiden. Dit is mogelijk het gevolg van de remming van een specifieke polymorfe isovorm van het enzym CYP2C19. Als gevolg daarvan dient bij iedere patiënt die wordt behandeld met fenytoïne en die klinische verschijnselen of symptomen van toxiciteit vertoont, de fenytoïnespiegel te worden gecontroleerd.

Een farmacokinetische interactiestudie bij patiënten met epilepsie gaf aan dat toevoeging van topiramaat aan lamotrigine geen effect had op de steady-state-plasmaconcentratie van lamotrigine bij topiramaatdoses van 100 tot 400 mg/dag. Bovendien was er tijdens behandeling met lamotrigine of na de beëindiging daarvan (gemiddelde dosis 327 mg/dag) geen verandering in de steady-stateplasmaconcentratie van topiramaat.

Topiramaat remt het enzym CYP2C19 en kan interferen met andere stoffen die gemetaboliseerd worden door dit enzym (bv. diazepam, imipramine, moclobemide, proguanil, omeprazol).

Effecten van andere anti-epileptica op Topiramaat

Fenytoïne en carbamazepine verlagen de plasmaconcentratie van topiramaat. De toevoeging of stopzetting van fenytoïne of carbamazepine bij een behandeling met Topiramaat kan een aanpassing van de dosering van dit laatste geneesmiddel vereisen. Dit moet gebeuren door titratie tot het klinisch effect bereikt wordt. De toevoeging of stopzetting van valproïnezuur leidt niet tot klinisch relevante veranderingen in de plasmaconcentraties van Topiramaat en vereist geen dosis aanpassing van Topiramaat.

De resultaten van deze interacties staan hieronder samengevat:

| Gelijktijdig toegediend AE | Concentratie van AE | Concentratie van Topiramaat |
|---|---------------------|-----------------------------|
| Fenytoïne | ↔** | ↓ |
| Carbamazepine (CBZ) | ↔ | ↓ |
| Valproïnezuur | ↔ | ↔ |
| Lamotrigine | ↔ | ↔ |
| Fenobarbital | ↔ | NO |
| Primidon | ↔ | NO |
| ↔= Geen effect op plasmaconcentratie (≤15% verandering) ** = Plasmaconcentraties stijgen bij enkele patiënten ↓= Plasmaconcentraties dalen NO = Niet onderzocht AE = anti-epilepticum | | |

Andere geneesmiddelinteracties

Digoxine

In een onderzoek met eenmalige dosering nam de oppervlakte onder de curve (AUC) voor de digoxine-plasmaconcentratie met 12% af als gevolg van gelijktijdige toediening van Topiramaat. De klinische relevantie van deze waarneming is niet bekend. Als Topiramaat wordt toegevoegd of stopgezet bij patiënten die worden behandeld met digoxine, dient men erop te letten dat het serumdigoxine routinematig wordt gecontroleerd.

Middelen die het centrale zenuwstelsel onderdrukken

Gelijktijdige toediening van Topiramaat en alcohol of andere middelen die het centrale zenuwstelsel (CZS) onderdrukken is niet in klinische studies onderzocht. Het wordt aanbevolen om Topiramaat niet gelijktijdig te gebruiken met alcohol of andere geneesmiddelen die het CZS onderdrukken.

Sint-Janskruid (Hypericum perforatum)

Bij gelijktijdige toediening van topiramaat en Sint-Janskruid kan een risico op verlaagde plasmaconcentraties waargenomen worden met als gevolg een verminderde werkzaamheid. Er zijn geen klinische studies die deze mogelijke interactie onderzocht hebben.

Orale anticonceptiva

In een farmacokinetische interactiestudie bij gezonde vrijwilligers waarbij Topiramaat werd gegeven in een dosis van 50 tot 200 mg/dag in afwezigheid van andere medicatie maar met gelijktijdige toediening van een oraal combinatieanticonceptivum dat 1 mg norethindron (NET) en 35 µg ethinylestradiol (EE) bevat, werd geen statistisch significante wijziging waargenomen in de gemiddelde blootstelling (AUC) aan een van de bestanddelen van het anticonceptivum. In een andere studie was de blootstelling aan EE statistisch significant verminderd bij doses van 200, 400 en 800 mg/dag (met respectievelijk 18%, 21% en 30%) als Topiramaat werd gegeven als adjuvante therapie aan epilepsiepatiënten die valproïnezuur gebruikten. In beide studies had Topiramaat (50-200 mg/dag bij gezonde vrijwilligers en 200-800 mg/dag bij epilepsiepatiënten) geen significant effect op de blootstelling aan NET. Hoewel er bij doses tussen 200 en 800 mg/dag (bij epilepsiepatiënten) een dosisafhankelijke afname was in de blootstelling aan EE, was er geen significante dosisafhankelijke verandering in de blootstelling aan EE bij doses tussen 50 en 200 mg/dag (bij gezonde vrijwilligers). Het klinische belang van de waargenomen veranderingen is niet bekend. De mogelijkheid van verminderde anticonceptieve werkzaamheid en van frequentere en/of hevigere doorbraakbloedingen

dient in aanmerking te worden genomen bij patiënten die orale combinatieanticonceptiva gebruiken tegelijk met Topiramaat. Patiënten die oestrogeenbevattende anticonceptiva gebruiken, dient te worden gevraagd om iedere verandering in hun bloedingspatroon te melden. De anticonceptieve werkzaamheid kan verminderd zijn, ook al treden er geen doorbraakbloedingen op.

Lithium

Bij gezonde vrijwilligers werd waargenomen dat de systemische blootstelling aan lithium afnam (18% afname van de AUC) bij gelijktijdige toediening van topiramaat in een dosering van 200 mg per dag. Bij patiënten met een bipolaire stoornis waren de farmacokinetische eigenschappen van lithium niet beïnvloed tijdens behandeling met topiramaat in een dosering van 200 mg per dag; er was echter een verhoging waargenomen van de systemische blootstelling (26% toename van de AUC) na gebruik van topiramaat in doseringen tot 600 mg/dag. Bij gelijktijdig gebruik van lithium en topiramaat dienen de lithiumpiegels gecontroleerd te worden.

Risperidon

Geneesmiddelinteractiestudies uitgevoerd met eenmalige doseringen bij gezonde vrijwilligers en herhaalde doseringen bij patiënten met bipolaire stoornissen, leverden vergelijkbare resultaten op. Bij gelijktijdige toediening van risperidon (toegediend in doses variërend van 1 tot 6 mg/dag) met topiramaat in oplopende doses van of 100, 250 en 400 mg/dag was er een afname van de systemische blootstelling aan risperidon (afname van de AUC in de steady-state respectievelijk 16% en 33% bij de doses van 250 en 400 mg/dag). De verschillen in het totale actieve deel van de AUC tussen een behandeling met uitsluitend risperidon en een gecombineerde behandeling met topiramaat waren echter niet statistisch significant. Er werden minimale veranderingen waargenomen in de farmacokinetiek van het totale actieve deel (risperidon plus 9-hydroxyrisperidon) en geen veranderingen in 9-hydroxyrisperidon. Er waren geen relevante veranderingen in de systemische blootstelling aan het totale actieve deel van risperidon of aan topiramaat. Wanneer topiramaat werd toegevoegd aan een bestaande behandeling met risperidon (1-6 mg/dag), werden bijwerkingen vaker gemeld dan voor de toediening van topiramaat (250-400 mg/dag) (respectievelijk 90% en 54%). De meest gemelde bijwerkingen wanneer topiramaat werd toegevoegd aan een behandeling met risperidon waren slaperigheid (27% en 12%), paresthesie (22% en 0%) en misselijkheid (respectievelijk 18% en 9%).

Hydrochloorthiazide (HCTZ)

Een geneesmiddelinteractiestudie bij gezonde vrijwilligers evalueerde de farmacokinetiek in de steady-state van HCTZ (25 mg per 24 uur) en topiramaat (96 mg per 12 uur) bij toediening alleen of in combinatie. De resultaten van deze studie geven aan dat de C_{max} van topiramaat met 27% toenam en de AUC met 29% als HCTZ aan topiramaat werd toegevoegd. De klinische relevantie van deze verandering is niet bekend. De toevoeging van HCTZ aan behandeling met topiramaat kan aanpassing van de dosis topiramaat nodig maken. De farmacokinetiek van HCTZ in de steady-state wordt niet significant beïnvloed door de gelijktijdige toediening van topiramaat. Klinische laboratoriumresultaten wezen op een verlaging van serumkalium na toediening van topiramaat of HCTZ, die groter was als HCTZ en topiramaat gecombineerd werden toegediend.

Metformine

Een geneesmiddelinteractiestudie bij gezonde vrijwilligers evalueerde de farmacokinetiek in de steady-state van metformine en topiramaat in plasma bij toediening van alleen metformine of bij gelijktijdige toediening van metformine en topiramaat. De uitkomsten van dit onderzoek gaven aan dat bij gelijktijdige toediening van metformine en topiramaat de gemiddelde C_{max} en de gemiddelde AUC_{0-12h} van metformine met respectievelijk 18 en 25% toenamen, terwijl de gemiddelde CL/F met 20% afnam. Topiramaat veroorzaakte geen verandering in de t_{max} van metformine. De klinische relevantie van het effect van topiramaat op de farmacokinetiek van metformine is niet duidelijk. De plasmaklaring van topiramaat na orale toediening blijkt te worden verlaagd als topiramaat tegelijk wordt ingenomen met metformine. Hoeveel de klaring verandert, is niet bekend. De klinische

relevantie van het effect van metformine op de farmacokinetiek van topiramaat is niet duidelijk.

Als Topiramaat wordt toegevoegd of stopgezet bij patiënten die metformine gebruiken, dient zorgvuldige aandacht gegeven te worden aan het routinematige toezicht op patiënten voor adequate controle van hun diabetes.

Pioglitazon

Een geneesmiddelinteractiestudie bij gezonde vrijwilligers evalueerde de farmacokinetiek in de steady-state van pioglitazon en topiramaat bij toediening alleen of in combinatie. Er werd een afname van 15% in de $AUC_{\tau,ss}$ van pioglitazon waargenomen, zonder verandering in de $C_{max,ss}$. Deze bevinding was niet statistisch significant. Bovendien werd er een daling van 13% en 16% opgemerkt in respectievelijk de $C_{max,ss}$ en de $AUC_{\tau,ss}$ van de actieve hydroxymetaboliët en een afname van 60% in de $C_{max,ss}$ en de $AUC_{\tau,ss}$ van de actieve ketometaboliët. De klinische relevantie van deze bevindingen is niet bekend. Als Topiramaat wordt toegevoegd aan behandeling met pioglitazon of als pioglitazon wordt toegevoegd aan een behandeling met Topiramaat, dient zorgvuldige aandacht gegeven te worden aan het routinematige toezicht op patiënten voor adequate controle van de diabetes van deze patiënten.

Glibenclamide

Een geneesmiddelinteractiestudie bij patiënten met type-2-diabetes evalueerde de farmacokinetiek in de steady-state van glibenclamide (5 mg/dag) alleen en bij gelijktijdige toediening van topiramaat (150 mg/dag). Tijdens toediening van topiramaat nam de AUC_{24} van glibenclamide met 25% af. De systemische blootstelling aan de actieve metaboliëten, 4-*trans*-hydroxy-glibenclamide (M1) en 3-*cis*-hydroxyglibenclamide (M2), was ook met respectievelijk 13% en 15% verminderd. De steady-state farmacokinetiek van topiramaat werd niet beïnvloed door gelijktijdige toediening van glibenclamide.

Als Topiramaat wordt toegevoegd aan glibenclamide of andersom, dient men de patiënten zorgvuldig routinematig te controleren om hun diabetes goed onder controle te houden.

Andere vormen van interactie

Stoffen die predispositie veroorzaken voor nefrolithiasis

Als Topiramaat gelijktijdig wordt gebruikt met andere middelen die predispositie voor nefrolithiasis veroorzaken, kan dit het risico op nefrolithiasis verhogen. Tijdens het gebruik van Topiramaat, dienen dergelijke middelen te worden vermeden aangezien ze een fysiologisch milieu kunnen creëren dat het risico van niersteenvorming vergroot.

Valproïnezuur

Gelijktijdige toediening van topiramaat en valproïnezuur is geassocieerd met hyperammoniëmie met of zonder encefalopathie bij patiënten die één van beide geneesmiddelen wel goed verdroegen. In de meeste gevallen verdwenen de symptomen en verschijnselen als een van de geneesmiddelen werd gestopt (zie rubriek 4.4 en 4.8). Deze bijwerking is niet het gevolg van een farmacokinetische interactie.

Hypothermie, dat gedefinieerd wordt als een onbedoelde daling van lichaamstemperatuur tot $<35^{\circ}\text{C}$, werd gerapporteerd bij gelijktijdig gebruik van topiramaat en valproïnezuur (VPA), zowel in samenhang met hyperammonemia en in afwezigheid van hyperammoniëmie. Deze bijwerking kan voorkomen bij patiënten die gelijktijdig topiramaat en valproaat na het starten van de behandeling met topiramaat of bij een verhoging van de dagelijkse dosis van topiramaat.

Warfarine

Verlaagde protrombintijd/internationale genormaliseerde ratio (PT/INR) is gemeld bij patiënten behandeld met topiramaat in combinatie met warfarine. Daarom dient de INR-waarde regelmatig zorgvuldig gecontroleerd te worden bij patiënten die gelijktijdig behandeld worden met topiramaat en warfarine.

Aanvullende farmacokinetische interactiestudies

Er zijn klinische studies uitgevoerd om de mogelijke farmacokinetische interactie tussen topiramaat en andere geneesmiddelen te beoordelen. De veranderingen in de C_{max} of de AUC als gevolg van interacties staan hieronder samengevat. De tweede kolom (concentratie van gelijktijdig toegediend geneesmiddel) beschrijft wat er met de concentratie van het gelijktijdig toegediende geneesmiddel gebeurt dat in de eerste kolom genoemd staat, als topiramaat wordt toegevoegd. De derde kolom (concentratie topiramaat) beschrijft hoe toevoeging van een geneesmiddel in de eerste kolom de concentratie van topiramaat verandert.

| Samenvatting van resultaten uit aanvullende klinische onderzoeken naar farmacokinetische geneesmiddeleninteracties | | |
|--|--|---|
| Gelijktijdig geneesmiddel | Concentratie van gelijktijdig toegevoegd geneesmiddel^a | Topiramaatconcentraat^a |
| Amitriptyline | ↔ 20% stijging in C_{max} en AUC van nortriptyline metaboliet | NO |
| Dihydroergotamine (oraal en subcutaan) | ↔ | ↔ |
| Haloperidol | ↔ 31% stijging in AUC van het gereduceerde metaboliet | NO |
| Propranolol | ↔ 17% stijging van C_{max} voor 4-OH propranolol (TPM 50 mg q12h) | 9% en 16% stijging in C_{max} , 9% en 17% stijging in AUC (resp. 40 mg en 80 mg propranolol q12h) |
| Sumatriptan (oraal en subcutaan) | ↔ | NO |
| Pizotifen | ↔ | ↔ |
| Diltiazem | 25% daling in AUC van diltiazem en 18% afname in DEA, en ↔ voor DEM* | 20% stijging in AUC |
| Venlafaxine | ↔ | ↔ |
| Flunarizine | 16% stijging in AUC (TPM 50 mg q12h) ^b | ↔ |
| ^a % waarden zijn de veranderingen in behandeling gemiddeld C_{max} of AUC in vergelijking tot monotherapie ↔ = Geen effect op C_{max} en AUC ($\leq 15\%$ verandering) van het parent bestanddeel NO = Niet onderzocht *DEA = desacetyldiltiazem, DEM = N-demethyldiltiazem ^b Flunarizine AUC steeg met 14% bij personen die alleen flunarizine gebruikten. De verhoogde blootstelling kan worden toegeschreven aan accumulatie tijdens het bereiken van de steady state. | | |

4.6 Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding

Zwangerschap

Risico verbonden aan epilepsie en anti-epileptica in het algemeen

Vrouwen die zwanger kunnen worden dienen geadviseerd te worden door een specialist. Als een vrouw zwanger wil worden, dient de noodzaak van de behandeling met anti-epileptica te worden herzien. Bij vrouwen die behandeld worden voor epilepsie dient plotseling staken van de behandeling met een anti-epilepticum te worden vermeden, aangezien dit kan leiden tot doorbraak-aanvallen die ernstige gevolgen kunnen hebben voor de vrouw en voor het ongeboren kind.

Indien mogelijk dient de voorkeur te worden gegeven aan monotherapie omdat behandeling met meerdere anti-epileptica tegelijkertijd zou kunnen worden geassocieerd met een hoger risico op aangeboren afwijkingen dan monotherapie, afhankelijk van de gelijktijdig gebruikte anti-epileptica.

Risico verbonden aan topiramaat

Topiramaat is teratogeen gebleken bij muizen, ratten en konijnen (zie rubriek 5.3). Bij ratten passeert topiramaat de placenta.

Bij mensen passeert topiramaat de placenta en zijn er vergelijkbare concentraties gemeld in bloed uit de navelstreng en maternaal bloed.

Klinische gegevens uit zwangerschapsregisters geven aan dat zuigelingen die blootgesteld worden aan topiramaat-monotherapie:

- een verhoogd risico hebben op aangeboren afwijkingen (in het bijzonder een gespleten lip/gehemelte, hypospadië en afwijkingen bij diverse lichaamssystemen) na blootstelling tijdens het eerste trimester. De gegevens voor topiramaat-monotherapie uit het North American Antiepileptic Drug zwangerschapsregister lieten een ongeveer driemaal hogere prevalentie van ernstige congenitale afwijkingen (4,3%) zien in vergelijking met een referentiegroep die geen anti-epileptica innam (1,4%). Bovendien wijzen gegevens uit andere studies erop dat het gebruik van anti-epileptica in combinatietherapie - in vergelijking met monotherapie - geassocieerd is met een verhoogd risico op teratogene effecten. Er is gemeld dat het risico dosisafhankelijk is; bij alle doseringen werden effecten waargenomen. Bij vrouwen die met topiramaat waren behandeld en die een kind met aangeboren afwijkingen hadden gekregen, blijkt er een verhoogd risico te zijn op afwijkingen in volgende zwangerschappen waarin zij worden blootgesteld aan topiramaat.
- een hogere prevalentie hebben van een laag geboortegewicht (< 2500 gram) na behandeling met topiramaat dan in de referentiegroep;
- een verhoogde prevalentie hebben van een laag gewicht voor de zwangerschapsduur (SGA - small for gestational age; gedefinieerd als een geboortegewicht onder de 10^e percentiel, gecorrigeerd voor de zwangerschapsduur en gestratificeerd naar geslacht). De gevolgen van deze SGA-bevindingen op lange termijn konden niet worden vastgesteld.

Indicatie epilepsie

Het wordt aanbevolen om alternatieve therapeutische mogelijkheden te overwegen bij vrouwen die zwanger kunnen worden. Indien topiramaat wordt gebruikt bij vrouwen die zwanger kunnen worden, wordt aanbevolen om zeer effectieve contraceptie te gebruiken (zie rubriek 4.5) en om de vrouw volledig te informeren over de bekende risico's van onbehandelde epilepsie voor de zwangerschap en de mogelijke risico's van het geneesmiddel voor de foetus. Als een vrouw zwanger wil worden, wordt aanbevolen om een preconceptioneel consult te houden om de behandeling te herevalueren en om andere therapeutische mogelijkheden te overwegen. In geval van toediening tijdens het eerste trimester dient zorgvuldige prenatale monitoring te worden uitgevoerd.

Indicatie migraineprofylaxe

Topiramaat is gecontraïndiceerd bij zwangerschap en bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd wanneer geen zeer effectieve contraceptiemethode wordt gebruikt (zie rubrieken 4.3 en 4.5).

Borstvoeding

In onderzoek bij dieren is uitscheiding van topiramaat in de melk aangetoond. Uitscheiding van topiramaat in moedermelk bij de mens is niet geëvalueerd in gecontroleerde studies. Beperkte waarnemingen bij patiënten suggereren dat er uitgebreide uitscheiding van topiramaat in de moedermelk plaatsvindt. Effecten die zijn waargenomen bij neonaten/baby's die borstvoeding kregen van behandelde moeders zijn onder andere diarree, slaperigheid, prikkelbaarheid en onvoldoende gewichtstoename. Er moet een beslissing worden genomen of men de borstvoeding staakt of de topiramaatbehandeling beëindigt of opschort. Hierbij moet rekening worden gehouden met het voordeel van borstvoeding voor het kind en het voordeel van behandeling met topiramaat voor de vrouw (zie rubriek 4.4).

Vruchtbaarheid

Onderzoek bij dieren bracht geen vermindering van de vruchtbaarheid door topiramaat aan het licht (zie rubriek 5.3). Het effect van topiramaat op de vruchtbaarheid bij de mens is niet vastgesteld.

4.7 Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen

Topiramaat heeft een geringe tot matige invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen.

Topiramaat werkt in op het centraal zenuwstelsel en kan slaperigheid, duizeligheid of andere verwante symptomen veroorzaken. Het kan ook zichtstoornissen en/of troebel zicht veroorzaken. Deze bijwerkingen kunnen gevaarlijk zijn bij patiënten die een voertuig besturen of machines bedienen, vooral als de patiënt nog geen ervaring met het geneesmiddel heeft.

4.8 Bijwerkingen

De veiligheid van topiramaat werd beoordeeld op basis van een gegevensbestand van klinische studies met 4111 patiënten (3182 op topiramaat en 929 op placebo) die deelnamen aan 20 dubbelblinde studies en 2847 patiënten die deelnamen aan 34 open-label studies. De studies bestudeerden het gebruik van topiramaat als adjuvante behandeling van primair gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen, partiële aanvallen, aanvallen geassocieerd met het Lennox-Gastaut syndroom, evenals het gebruik van topiramaat in monotherapie bij nieuw of recent gediagnosticeerde epilepsie en het gebruik bij migraineprofylaxe. De meeste bijwerkingen waren mild tot matig van ernst. Bijwerkingen die in klinisch onderzoek aan het licht kwamen en bij postmarketingervaring (aangegeven met “*”) zijn in Tabel 1 geordend naar hun frequentie in klinische studies. De aangegeven frequenties zijn als volgt:

Zeer vaak >1/10

Vaak >1/100 tot <1/10

Soms >1/1000 tot <1/100

Zelden >1/10.000 tot <1/1000

Onbekend kan niet worden afgeleid uit de beschikbare gegevens

De meest voorkomende bijwerkingen (die met een incidentie van > 5%, en meer dan bij placebo, bij minstens 1 indicatie in dubbelblinde gecontroleerde studies met topiramaat) zijn: anorexie, verminderde eetlust, bradyfrenie, depressie, expressieve taalstoornis, slapeloosheid, afwijkende coördinatie, aandachtsstoornis, duizeligheid, dysarthrie, dysgeusie, hypo-esthesie, lethargie, verslechterd geheugen, nystagmus, paresthesie, slaperigheid, tremor, diplopie, troebel zicht, diarree, nausea, vermoeidheid, prikkelbaarheid en gewichtsafname.

Tabel 1: Bijwerkingen met topiramaat

| Systeem/orgaan klasse | Zeer vaak | Vaak | Soms | Zelden | Niet bekend |
|--|------------------|---|---|---|---------------------|
| Infecties en parasitaire aandoeningen | Nasofaryngitis * | | | | |
| Bloed- en lymfestelsel-aandoeningen | | Anemie | Leukopenie, trombocytopenie, lymfadenopathie, eosinofilie | Neutropenie* | |
| Immuunsysteem-aandoeningen | | Hypersensitiviteit | | | Allergisch oedeem * |
| Voedings- en stofwisselingsstoornissen | | Anorexie, verminderde eetlust | Metabole acidose, hypokaliëmie, versterkte eetlust, polydipsie | Hyperchloremische acidose, hyperammoniëmie*, hyperammoniëmisches encefalopathie | |
| Psychische stoornissen | Depressie | Bradyfrenie, slapeloosheid, moeite zich met woorden uit te drukken, angst, verwarde toestand, disoriëntatie, agressie, veranderde stemming, agitatie, stemmingswisselingen, neerslachtige stemming, woede, abnormaal gedrag | Suïcidale gedachten, suïcidepoging, hallucinatie, psychotische stoornis, auditieve hallucinatie, visuele hallucinatie, apathie, gebrek aan spontane spraak, slaapstoornis, labiel affect, verminderd libido, lusteloosheid, huilen, dysphemia, euforische stemming, paranoia, perseveratie, paniekaanval, huilerig, leesstoornis, moeilijk inslapen, vlak affect, abnormaal denken, libidoverlies, lusteloosheid, gestoorde middenslaap, gemakkelijk af te leiden, 's morgens vroeg wakker worden, paniecreactie, | Manie, paniekstoornis, wanhopig voelen*, hypomanie | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | | verhoogde stemming | | |
| Zenuwstelselaandoeningen | Paresthesie, slaperigheid, duizeligheid | Verstoring van de aandacht, verslechterd geheugen, amnesie, cognitieve stoornis, mentale achteruitgang, verminderde psychomotorische vaardigheden, convulsie, afwijkende coördinatie, tremor, lethargie, hypoesthesie, nystagmus, dysgeusie, evenwichtsstoornis, dysartrie, intentietremor, sedatie | Verlaagd bewustzijnsniveau, grand mal convulsie, defect in het gezichtsveld, complexe partiële aanvallen, spraakstoornis, psychomotorische hyperactiviteit, syncope, sensorische stoornis, kwijlen, hypersomnie, afasie, repetitieve spraak, hypokinesie, dyskinesie, posturale duizeligheid, slaap van slechte kwaliteit, brandend gevoel, sensorisch verlies, parosmie, cerebellair syndroom, dysesthesie, hypogeusie, stupor, onhandigheid, aura, ageusie, dysgrafie, dysfasie, perifere neuropathie, presyncope, dystonie, formicatie | Apraxie, verstoring circadiane ritme, hyperesthesie, hyposmie, anosmie, essentiële tremor, akinesie, nietreageren op stimuli | |
| Oogaandoeningen | | Troebel zicht, diplopie, zichtstoornis | Verminderde gezichtsscherpte, scotoom, myopie*, afwijkend gevoel in het oog*, droog oog, fotofobie, blefarospasme, versterkte lacrimatie, fotopsie, mydriasis, presbyopie | Unilaterale blindheid, voorbijgaande blindheid, glaucoom, accommodatiestoornis, veranderde visuele diepteperceptie, flikkerscotoom, oedeem van het ooglid*, nachtblindheid, amblyopie | Geslotenhoekglaucoom*, maculopathie*, gestoorde oogbeweging* Oedeem van de conjunctiva* uveïtis |
| Evenwichtsorgaan- en ooraandoeningen | | Vertigo, tinnitus, oorpijn | Doofheid, unilaterale doofheid, neurosensorische doofheid, | | |

| | | | | | |
|--|-----------------|--|--|---|--------------------------------|
| | | | onaangenaam gevoel in het oor, slechter horen | | |
| Hart-aandoeningen | | | Bradycardie, sinusbradycardie, hartkloppingen | | |
| Bloedvat-aandoeningen | | | Hypotensie, orthostatische hypotensie, blozen, opvlieger | Fenomeen van Raynaud | |
| Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen | | Dyspneu, epistaxis, verstopte neus, rinorroe, hoest* | Dyspneu bij inspanning, hypersecretie van de bijneusholten, dysfonie | | |
| Maagdarmstelsel-aandoeningen | Nausea, diarree | Braken, constipatie, pijn in de bovenbuik, dyspepsie, buikpijn, droge mond, onaangenaam gevoel in de maag, paresthesie van de mond, gastritis, onaangenaam gevoel in de buik | Pancreatitis, flatulentie, gastrooesofageale refluxziekte, pijn in de onderbuik, hypoesthesie van de mond, bloedend tandvlees, opgezette buik, onaangenaam gevoel in de bovenbuik, gevoelige buik, hypersecretie van speeksel, pijn in de mond, onaangenaam ruikende adem, glossodynne | | |
| Lever- en gal-aandoeningen | | | | Hepatitis, leverfalen | |
| Huid- en onderhuid-aandoeningen | | Alopecia, huiduitslag, pruritus | Anhidrose, hypoesthesie van het gelaat, urticaria, erytheem, gegeneraliseerde pruritus, maculaire huiduitslag, verkleuring van de huid, allergische dermatitis, zwelling van het gelaat | Stevens-Johnson-syndroom* erythema multiforme*, abnormaal ruikende huid, periorbitaal oedeem*, lokale urticaria | Toxische epidermale necrolyse* |
| Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen | | Artralgie, spierspasmen, myalgie, spiertrekkingen, spierzwakte, pijn | Gezwellen gewricht*, musculoskeletale stijfheid, pijn in | Onaangenaam gevoel in een arm of been* | |

| | | | | | |
|--|-------------------|--|--|---|--|
| | | op de borst van musculoskeletale oorsprong | de zij, vermoede spieren | | |
| Nier- en urineweg-aandoeningen | | Nefrolithiase, pollakisurie, dysurie, nefrocalcinose* | Urinsteentje, urine-incontinentie, hematurie, incontinentie, urge-incontinentie, nierkoliek, nierpijn | Urinsteentje, urineincontinentie, hematurie, incontinentie, urgeincontinentie, nierkoliek, nierpijn | |
| Voortplantingsstelsel- en borst-aandoeningen | | | Erectiestoornis, seksuele disfunctie | | |
| Algemene aandoeningen en toedieningsplaats stoornissen | Vermoeidheid | Pyrexie, asthenie, prikkelbaarheid, verstoorde gang, abnormaal gevoel, malaise | Hyperthermie, dorst, griepachtige ziekte*, sloomheid, perifere kou, dronken gevoel, nerveus gevoel | Oedeem van het gelaat | |
| Onderzoeken | Afgenomen gewicht | Toegenomen gewicht* | Kristallen in urine, 'tandem gait test' afwijkend, aantal witte bloedcellen afgenomen, leverenzymen verhoogd | Bicarbonaat in bloed verlaag | |
| Sociale omstandigheden | | | Moeilijk kunnen leren | | |
| * als bijwerking geïdentificeerd uit spontane postmarketingmeldingen. De frequentie hiervan werd berekend op basis van de incidentie in klinische studies, of werd berekend als de bijwerking tijdens klinische studies niet optrad. | | | | | |

Aangeboren afwijkingen en foetale groeibeperking (zie rubriek 4.4 en rubriek 4.6).

Pediatrie populatie

Bijwerkingen die bij kinderen vaker werden gemeld ($\geq 2x$ zo vaak) dan bij volwassenen in dubbelblinde gecontroleerde studies zijn:

- *verminderde eetlust*
- *versterkte eetlust*
- *hyperchloremische acidose*
- *hypokaliëmie*
- *afwijkend gedrag*
- *agressie*
- *apathie*
- *initiële slapeloosheid*
- *suïcidale gedachten*
- *aandachtsstoornis*
- *lethargie*

- *verstoring van het circadiane ritme*
- *slaap van slechte kwaliteit*
- *versterkte traanvorming*
- *sinusbradycardie*
- *zich abnormaal voelen*
- *gestoorde gang*

Bijwerkingen die werden gemeld bij kinderen maar niet bij volwassenen in dubbelblinde gecontroleerde studies zijn:

- *eosinofilie*
- *psychomotorische hyperactiviteit*
- *vertigo*
- *braken*
- *hyperthermie*
- *koorts*
- *moeite met leren.*

Melding van vermoedelijke bijwerkingen

Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl.

4.9 Overdosering

Verschijnselen en symptomen

Er zijn meldingen geweest van overdosering met topiramaat. De verschijnselen en symptomen waren convulsies, slaperigheid, spraakstoornissen, troebel zicht, diplopie, verminderde geestesgesteldheid, lethargie, abnormale coördinatie, stupor, hypotensie, buikpijn, agitatie, duizeligheid en depressie. De klinische gevolgen waren in de meeste gevallen niet ernstig, maar na overdosis van meerdere geneesmiddelen tegelijk waaronder ook topiramaat, zijn sterftegevallen gemeld.

Overdosering met topiramaat kan leiden tot ernstige metabole acidose (zie rubriek 4.4).

Behandeling

In het geval van overdosering dient de behandeling met topiramaat te worden stopgezet en algemene ondersteunende behandeling te worden gegeven, totdat de klinische toxiciteit is afgenomen of verdwenen. De patiënt dient goed gehydrateerd te worden. Aangetoond is dat hemodialyse een effectieve manier is om topiramaat uit het lichaam te verwijderen. Andere maatregelen kunnen ook genomen worden naar het oordeel van de arts.

5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN

5.1 Farmacodynamische eigenschappen

Farmacotherapeutische categorie: anti-epileptica, overige anti-epileptica, ATC-code: N03AX11.

Topiramaat wordt geclassificeerd als een sulfamaatgesubstitueerd monosaccharide. Het exacte mechanisme waarmee topiramaat zijn anti-epileptische en migraineprofylactische effecten uitoefent, is onbekend. Elektrofysiologische en biochemische studies met gekweekte zenuwcellen hebben drie

eigenschappen aan het licht gebracht die kunnen bijdragen aan de anti-epileptische werkzaamheid van topiramaat.

Actiepotentialen die herhaaldelijk worden opgewekt door een aanhoudende depolarisatie van de zenuwcellen werden door topiramaat op een tijdgerelateerde wijze geblokkeerd, wat een toestandafhankelijke natriumkanalblokkerende werking doet vermoeden. Topiramaat verhoogde de frequentie waarmee γ -aminoboterzuur (GABA) de GABA_A-receptoren activeerde, en vergrootte het vermogen van GABA om een flux van chloride-ionen in neuronen te induceren, wat doet vermoeden dat topiramaat de activiteit van deze remmende neurotransmitter potentieert.

Dit effect werd niet geblokkeerd door flumazenil, een benzodiazepine-antagonist, en topiramaat verhoogde ook niet de duur dat de kanalen open staan, wat topiramaat onderscheidt van de barbituraten die GABA_A-receptoren moduleren.

Omdat het anti-epileptische profiel van topiramaat aanzienlijk verschilt van dat van de benzodiazepines, kan het een GABA_A-receptorsubtype moduleren dat ongevoelig is voor benzodiazepines. Topiramaat antagoniseerde het vermogen van kaïnaat om het kaïnaat/AMPA (α -amino-3-hydroxy-5-methylisoxazol-4-propionzuur)-subtype van exciterende aminozuur (glutamaat) receptoren te activeren, maar had geen duidelijk effect op de activiteit van N-methyl-D-aspartaat (NMDA) op het NMDA-receptorsubtype. Deze effecten van topiramaat waren concentratieafhankelijk in het gebied van 1 μ M tot 200 μ M, met een minimumactiviteit waargenomen tussen 1 μ M tot 10 μ M.

Verder remt topiramaat sommige iso-enzymen van koolzuuranhydrase. Dit farmacologische effect is veel zwakker dan dat van acetazolamide, een bekende koolzuuranhydraseremmer, en wordt niet beschouwd als een belangrijke component van de anti-epileptische activiteit van topiramaat.

In dierstudies vertoont topiramaat anticonvulsieve activiteit in de 'maximal electroshock seizure' (MES) tests bij ratten en muizen en is het effectief in knaagdiermodellen voor epilepsie, waaronder tonische en absence-achtige aanvallen in de 'spontaan epileptische rat' (SER) en tonische en clonische aanvallen geïnduceerd bij ratten door verhitting van de amygdala of door algehele ischemie. Topiramaat is slechts zwak werkzaam in het blokkeren van clonische aanvallen geïnduceerd door de GABA_A-receptorantagonist pentylenetetrazol.

Studies bij muizen die tegelijkertijd topiramaat en carbamazepine of fenobarbital toegediend kregen, toonden synergistische anticonvulsieve activiteit, terwijl combinatie met fenytoïne additieve anticonvulsieve activiteit vertoonde. In goedgecontroleerde studies met adjuvante behandeling is geen correlatie aangetoond tussen de dalplasmaconcentraties van topiramaat en de klinische werkzaamheid ervan. Bij de mens is geen bewijs van tolerantie.

Absence-aanvallen

Er werden twee kleinschalige, eenarmige studies bij kinderen van 4-11 jaar oud uitgevoerd (CAPSS-326 en TOPAMAT-ABS-001). In de ene studie waren 5 kinderen opgenomen en in de andere 12 kinderen voordat deze voortijdig werd stopgezet wegens gebrek aan therapeutische respons. De doses gebruikt in deze studies waren tot ongeveer 12 mg/kg in studie TOPAMAT-ABS-001 en een maximum van ofwel de lagere dosis van 9 mg/kg/dag ofwel 400 mg/dag in studie CAPSS-326. Deze studies leverden niet voldoende bewijs om tot een conclusie te komen betreffende werkzaamheid of veiligheid in de pediatrie populatie.

Monotherapie behandeling bij patiënten van 6 tot 15 jaar met nieuwe of recente epilepsie

Er werd een open-label studie van één jaar uitgevoerd bij pediatrie patiënten in de leeftijd van 6 tot 15 jaar met 63 proefpersonen bij wie epilepsie recent of nieuw ontstaan was, om de effecten van topiramaat (28 proefpersonen) versus levetiracetam op groei, ontwikkeling en botmineralisatie te onderzoeken. Voortgaande groei werd bij beide behandelgroepen waargenomen, maar de topiramaat-groep vertoonde statistisch significante verminderingen in gemiddelde jaarlijkse verandering vanaf de

baseline voor lichaamsgewicht en botmineraaldichtheid vergeleken met de levetiracetam-groep. Een vergelijkbare trend werd ook waargenomen voor lengte en lengtegroeisnelheid maar was statistisch niet significant. Groeigerelateerde veranderingen waren klinisch niet significant en ook niet beperkend voor de behandeling. Andere confounders kunnen niet worden uitgesloten.

5.2 Farmacokinetische eigenschappen

De formulaties van de filmomhulde tablet en van de harde capsule zijn bio-equivalent.

Het farmacokinetische profiel van topiramaat vertoont in vergelijking met andere anti-epileptica een lange plasmahalfwaardetijd, lineaire farmacokinetiek, hoofdzakelijk klaring via de nieren, geen significante eiwitbinding, en geen klinisch relevante actieve metabolieten.

Topiramaat is geen krachtige inductor van geneesmiddelafbrekende enzymen, kan worden toegediend met of zonder maaltijd, en routinematige monitoring van de topiramaatconcentraties in het plasma is niet nodig. In klinische studies was er geen consistente relatie tussen de plasmaconcentraties en de werkzaamheid of bijwerkingen.

Absorptie

Topiramaat wordt snel en goed geabsorbeerd. Na orale toediening van 100 mg topiramaat aan gezonde vrijwilligers werd een gemiddelde piekplasmaconcentratie (C_{max}) van 1,5 $\mu\text{g/ml}$ bereikt binnen 2 tot 3 uur (T_{max}).

Op basis van het terugvinden van radioactiviteit in de urine was de gemiddelde absorptie van een orale dosis van 100 mg van ^{14}C -topiramaat ten minste 81%. Er was geen klinisch relevant effect van voedsel op de biologische beschikbaarheid van topiramaat.

Distributie

In het algemeen is 13 tot 17% van topiramaat gebonden aan plasma-eiwit. Er is een bindingsplaats met lage capaciteit voor topiramaat waargenomen in of op erythrocyten, die verzadigd raakt bij plasmaconcentraties boven 4 $\mu\text{g/ml}$. Het verdelingsvolume varieerde omgekeerd evenredig met de dosis. Het gemiddelde schijnbare verdelingsvolume was 0,80 tot 0,55 l/kg voor een eenmalige dosis tussen 100 en 1200 mg. Er is een effect gevonden van het geslacht op het verdelingsvolume, waarbij de waarden bij vrouwen ongeveer 50% waren van die bij mannen. Dit werd toegeschreven aan het hogere percentage lichaamsvet bij vrouwelijke patiënten en heeft geen klinische gevolgen.

Biotransformatie

Topiramaat wordt bij gezonde vrijwilligers niet uitgebreid gemetaboliseerd (~20%). Het wordt tot 50% afgebroken bij patiënten die tegelijkertijd anti-epileptische therapie krijgen met middelen waarvan bekend is dat ze de enzymen induceren die betrokken zijn bij de omzetting van geneesmiddelen. Zes metabolieten, gevormd via hydroxylering, hydrolyse en glucuronidering, zijn uit plasma, urine en feces van de mens geïsoleerd, gekarakteriseerd en geïdentificeerd. Elke metaboliet vertegenwoordigt minder dan 3% van de totale radioactiviteit die wordt uitgescheiden na toediening van ^{14}C -topiramaat. Twee metabolieten, die het grootste deel van de structuur van topiramaat behielden, werden onderzocht en vertoonden weinig of geen anticonvulsieve activiteit.

Eliminatie

Bij de mens is de belangrijkste eliminatieroute voor onveranderd topiramaat en de metabolieten daarvan via de nier (minstens 81% van de dosis). Ongeveer 66% van een dosis ^{14}C -topiramaat werd onveranderd in de urine uitgescheiden binnen vier dagen. Na tweemaaldaagse toediening van 50 mg

en 100 mg topiramaat was de gemiddelde renale klaring respectievelijk ongeveer 18 ml/min en 17 ml/min. Renale tubulaire reabsorptie is aangetoond voor topiramaat. Dit wordt ondersteund door onderzoek bij ratten waarbij topiramaat samen werd toegediend met probenecid, en een significante verhoging van de renale klaring werd waargenomen. In totaal is de plasmaklaring na orale toediening bij de mens ongeveer 20 tot 30 ml/min.

Lineariteit/non-lineariteit

Topiramaat vertoont lage interindividuele variabiliteit in de plasmaconcentraties en heeft daarom een voorspelbare farmacokinetiek. De farmacokinetiek van topiramaat is lineair, waarbij de plasmaklaring constant blijft en de 'area under the plasma concentration curve' bij gezonde personen na eenmalige orale toediening in het bereik van 100 tot 400 mg dosisafhankelijk toeneemt. Bij patiënten met een normale nierfunctie kan het 4 tot 8 dagen duren voordat de steady-state-plasmaconcentratie wordt bereikt. De gemiddelde C_{max} na herhaalde tweemaaldaagse orale dosering van 100 mg aan gezonde personen was 6,76 µg/ml. Na herhaalde tweemaaldaagse toediening van doses van 50 mg en 100 mg topiramaat was de gemiddelde plasma-eliminatiehalfwaardetijd ongeveer 21 uur.

Gebruik met andere anti-epileptica

Gelijktijdige herhaalde toediening van topiramaat, 100 tot 400 mg tweemaal daags, met fenytoïne of carbamazepine vertoont een dosisgerelateerde stijging van de plasmaconcentratie van topiramaat.

Nierinsufficiëntie

De plasmaklaring en renale klaring van topiramaat zijn verminderd bij patiënten met een matig tot ernstig verminderde nierfunctie (CLCR ≤ 70 ml/min). Als gevolg daarvan zijn in de steady-state bij een gegeven dosis hogere topiramaatplasmaconcentraties te verwachten bij patiënten met nierinsufficiëntie dan bij mensen met een normale nierfunctie. Bovendien zal het bij patiënten met nierinsufficiëntie langer duren om de steady-state te bereiken na elke dosis. Bij patiënten met matige en ernstige nierinsufficiëntie wordt de helft van de gebruikelijke start- en onderhoudsdosis aanbevolen.

Topiramaat wordt door hemodialyse effectief uit het plasma verwijderd. Een langere periode van hemodialyse kan tot gevolg hebben dat de concentratie topiramaat daalt tot onder het niveau dat nodig is om een aanvalsvrij effect te behouden. Een aanvullende dosis topiramaat kan nodig zijn om snelle dalingen in topiramaat-plasmaspiegels tijdens hemodialyse te voorkomen. Voor de daadwerkelijke aanpassing moet rekening worden gehouden met 1) de dialyseduur, 2) de klaringssnelheid van het gebruikte dialysesysteem, en 3) de effectieve renale klaring van topiramaat bij de patiënt die de dialyse krijgt.

Leverinsufficiëntie

De plasmaklaring van topiramaat verminderde gemiddeld met 26% bij patiënten met matige tot ernstige leverinsufficiëntie. Daarom moet topiramaat met voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met leverinsufficiëntie.

Ouderen

De plasmaklaring van topiramaat is niet veranderd bij oudere personen die geen nierziekte hebben.

Pediatrische populatie (farmacokinetiek, leeftijd tot 12 jaar)

De farmacokinetiek van topiramaat bij kinderen is lineair, net als bij volwassenen die adjuvante therapie ontvangen. De klaring is onafhankelijk van de dosis en steady-state-plasmaconcentraties die dosisgerelateerd stijgen. Bij kinderen is de klaring echter sterker en de eliminatiehalfwaardetijd

korter. Derhalve kan de plasmaconcentratie van topiramaat bij dezelfde mg/kg-dosis bij kinderen lager zijn dan bij volwassenen. Net als bij volwassenen verlagen enzyminducerende anti-epileptica de steady-state-plasmaconcentraties.

5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheidsonderzoek

In niet-klinische vruchtbaarheidsstudies werden bij mannelijke of vrouwelijke ratten bij doses tot 100 mg/kg/dag geen effecten op de vruchtbaarheid waargenomen, ondanks het feit dat toxiciteit bij vader- en moederdieren al optrad bij doseringen van 8 mg/kg/dag.

In preklinische studies zijn van topiramaat teratogene effecten aangetoond bij de bestudeerde diersoorten (muizen, ratten en konijnen). Bij muizen waren bij doseringen van 500 mg/kg/dag het gewicht van de foetussen en de verbening van het skelet achtergebleven, gepaard gaand met toxiciteit bij de moederdieren. Het totale aantal misvormingen bij de foetussen was bij de muizen verhoogd in alle groepen die het geneesmiddel hadden gekregen (20, 100 en 500 mg/kg/dag).

Bij ratten werd dosisgerelateerde toxiciteit bij de moederdieren en bij de embryo's/foetussen (verlaagd foetusgewicht en/of verminderde skeletverbening) waargenomen bij doseringen van 20 mg/kg/dag en hoger, met teratogene effecten (afwijkingen van ledematen en tenen) bij 400 mg/kg/dag en hoger. Bij konijnen werd dosisgerelateerde toxiciteit voor de moederdieren opgemerkt bij doseringen van 10 mg/kg/dag en hoger, met toxiciteit voor embryo's/foetussen (verhoogde sterfte) bij 35 mg/kg/dag en hoger, en teratogene effecten (misvorming van ribben en wervels) bij 120 mg/kg/dag.

De teratogene effecten die werden gezien bij ratten en konijnen waren hetzelfde als de effecten die worden gezien bij koolzuuranhydraseremmers, die niet zijn geassocieerd met misvormingen bij de mens. Ook lagere gewichten bij de geboorte en tijdens de lactatie bij jongen van vrouwtjesratten die waren behandeld met 20 of 100 mg/kg/dag tijdens draagtijd en lactatie vormden aanwijzingen voor effecten op de groei. Bij ratten passeert topiramaat de placenta.

Bij jonge ratten leidde dagelijkse orale toediening van topiramaat in doseringen tot 300 mg/kg/dag tijdens de ontwikkelingsperiode die overeenkomt met de babytijd, de kindertijd en de adolescentie tot toxiciteit die hetzelfde was als die bij volwassen dieren (verminderde voedselconsumptie met verminderde stijging van lichaamsgewicht, hypertrofie van de centrolobulaire levercellen). Er waren geen relevante effecten op parameters betreffende de groei van pijpbeenderen (tibia) of de botmineraaldichtheid (in het femur), de ontwikkeling voor het spenen en de ontwikkeling op het gebied van de voortplanting, de neurologische ontwikkeling (waaronder beoordeling van geheugen en leervermogen), het paren en de vruchtbaarheid of hysterotomie.

In een testbatterij van *in vitro* en *in vivo* assays voor mutageniteit vertoonde topiramaat geen genotoxische capaciteit.

6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS

6.1 Lijst van hulpstoffen

Kern:

- Lactosemonohydraat
- Gepregelatineerd zetmeel (bijv. aardappelzetmeel)
- Microkristallijne cellulose
- Croscarmellose natrium
- Magnesiumstearaat

Tabletomhulling:

Topiramaat Accord 25 mg: Hypromellose, titaandioxide (E171), macrogol.

Topiramaat Accord 50 mg: Hypromellose, magrogol, titaandioxide E171, geel ijzeroxide E172.

Topiramaat Accord 100 mg: Hypromellose, magrogol, titaandioxide E171, geel ijzeroxide E172.

Topiramaat Accord 200 mg: Hypromellose, magrogol, titaandioxide E171, rood ijzeroxide E172.

6.2 Gevallen van onverenigbaarheid

Niet van toepassing.

6.3 Houdbaarheid

18 maanden.

6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren

Bewaren beneden 25°C. Houd de verpakking zorgvuldig gesloten om het product tegen vocht te beschermen.

6.5 Aard en inhoud van de verpakking

Topiramaat filmtabletten zijn verkrijgbaar in doordrukstrips van alu/alu in verpakkingen à 10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 100, 120 en 200 filmtabletten of in polyethyleen- (HDPE-) flesjes van hoge dichtheid, met een witte, opake, kinderveilige dop van polypropyleen met een wattenprop en induction seal, verpakt in kartonnen doosjes en verkrijgbaar in flesjes à 14, 30, 60, 100 en 200 filmtabletten. In elk flesje zit een droogmiddel van silicagel, dat niet mag worden ingeslikt.

Het is mogelijk dat niet alle genoemde verpakkingsgrootten in de handel worden gebracht.

6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen

Geen bijzondere vereisten.

7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

Accord Healthcare B.V.,
Winthontlaan 200,
3526 KV Utrecht,
Nederland

8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

Topiramaat Accord 25 mg filmomhulde tabletten : RVG 102978
Topiramaat Accord 50 mg filmomhulde tabletten : RVG 102979
Topiramaat Accord 100 mg filmomhulde tabletten : RVG 102980
Topiramaat Accord 200 mg filmomhulde tabletten : RVG 102981

9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/VERLENGING VAN DE VERGUNNING

Datum van eerste verlening van de vergunning: 15 januari 2010

Datum van laatste verlenging: 11 december 2023

10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST

Laatste gedeeltelijke wijziging betreft rubriek 9: 15 september 2023.