

## SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN

### 1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Topiramaat Glenmark 25 mg, filmomhulde tabletten  
Topiramaat Glenmark 50 mg, filmomhulde tabletten  
Topiramaat Glenmark 100 mg, filmomhulde tabletten  
Topiramaat Glenmark 200 mg, filmomhulde tabletten

### 2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

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

Hulpstof(fen) met bekend effect:

Topiramaat Glenmark 25 mg, filmomhulde tabletten: lactose 28,5 mg/filmomhulde tablet.

Topiramaat Glenmark 50 mg, filmomhulde tabletten: lactose 57 mg/filmomhulde tablet en zonnegeel 0,05 mg/filmomhulde tablet.

Topiramaat Glenmark 100 mg, filmomhulde tabletten: lactose 114 mg/filmomhulde tablet.

Topiramaat Glenmark 200 mg, filmomhulde tabletten: lactose 228 mg/filmomhulde tablet.

Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

### 3. FARMACEUTISCHE VORM

Filmomhulde tablet

Topiramaat Glenmark 25 mg, filmomhulde tabletten zijn ronde, witte, filmomhulde tabletten met 'G' gegraveerd op de ene zijde en '25' op de andere.

Topiramaat Glenmark 50 mg, filmomhulde tabletten zijn ronde, gele, filmomhulde tabletten met 'G' gegraveerd op de ene zijde en '50' op de andere.

Topiramaat Glenmark 100 mg, filmomhulde tabletten zijn ronde, gele, filmomhulde tabletten met 'G' gegraveerd op de ene zijde en '100' op de andere.

Topiramaat Glenmark 200 mg, filmomhulde tabletten zijn ronde, roze, filmomhulde tabletten met 'G' gegraveerd op de ene zijde en '200' op de andere.

### 4. KLINISCHE GEGEVENS

#### 4.1 Therapeutische indicaties

Monotherapie bij volwassenen, adolescenten en kinderen ouder dan 6 jaar met partiële aanvallen met of zonder secundaire gegeneraliseerde aanvallen en primair gegeneraliseerde 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 voor gebruik 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 aanvalscontrole. Tenzij uit veiligheids oogpunt 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 topiramaatdosis 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 patiënten (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 begindoseringen 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 patiënten (kinderen van 2 jaar en ouder)

De aanbevolen totale dagelijkse dosis van 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 patiënten*

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 onderhoudsdosis 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

De tabletten mogen niet worden gebroken en dienen in hun geheel te worden ingenomen met een ruime hoeveelheid water.

Voor doses die met deze sterkte niet realiseerbaar of praktisch uitvoerbaar zijn, zijn andere sterkten van dit geneesmiddel verkrijgbaar.

De tabletformulering zijn niet geschikt voor kinderen die doseringen van minder dan 25 mg/dag nodig hebben. Een geschikte formulering moet worden voorgeschreven.

Topiramaat kan met of zonder voedsel worden ingenomen.

## **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 uiterst effectieve contraceptiemethode wordt 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 afname in plasmaconcentraties van gelijktijdig gebruikte anti-epileptica, het voortschrijden van de ziekte of een paradoxisch 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 schade aan de foetus en beperkte groei van de foetus (klein voor zwangerschapsduur en laag geboortegewicht) veroorzaken wanneer toegediend aan een zwangere vrouw. De gegevens voor topiramaat-monotherapie uit het *North American Antiepileptic Drug* zwangerschapsregister lieten een ongeveer driemaal hogere prevalentie van ernstige congenitale 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.

Voordat de behandeling met topiramaat wordt gestart bij een vrouw in de vruchtbare leeftijd, moet een zwangerschapstest worden verricht en een uiterst effectief contraceptiemiddel worden aangeraden (zie rubriek 4.5). De patiënt moet volledig op de hoogte worden gesteld van de risico's die zijn verbonden aan het gebruik van topiramaat tijdens de zwangerschap (zie rubriek 4.3 en 4.6).

#### Oligohydrose

Oligohydrose (verminderd zweten) werd gemeld in verband met het gebruik van topiramaat. Verminderd zweten en hyperthermie (stijging van de lichaamstemperatuur) kan voorkomen vooral bij jonge kinderen die blootgesteld worden aan hoge omgevingstemperatuur.

#### 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 anti-epileptica 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, vooral patiënten met een predispositie voor nefrolithiase, hebben een verhoogd risico voor niersteenvorming en daarmee gepaard gaande verschijnselen zoals nierkoliek, nierpijn of flankpijn.

Risicofactoren voor nefrolithiase zijn onder andere eerdere steenvorming, een familievoorgeschiedenis van nefrolithiase en hypercalciurie (zie hieronder Metabole acidose en sequelae). Geen van deze risicofactoren vormt een betrouwbare voorspelling voor steenvorming tijdens topiramaatbehandeling. Daarnaast is het risico verhoogd voor patiënten die geneesmiddelen gebruiken die eveneens verband houdt met nefrolithiase.

### Nierinsufficiëntie

Bij patiënten met een nierinsufficiëntie ( $CL_{CR} \leq 70$  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 nierinsufficiëntie, 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 secundaire gesloten-hoek glaucoom

Bij patiënten die topiramaat gebruikten, is een syndroom gemeld bestaand uit acute bijziendheid, gerelateerd aan secundair geslotenhoekglaucoom. De symptomen zijn acute verminderde zichtscherpte en/of pijn in het oog. De oftalmologische bevindingen kunnen bestaan uit: bijziendheid, een vernauwing van de voorste oogkamer, hyperemie (roodheid) van het oog en verhoogde intra-oculaire druk. Mydriase kan wel of niet aanwezig zijn. 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 oogandoeningen moet zorgvuldig worden afgewogen.

### Visusstoornissen

Bij patiënten die topiramaat kregen toegediend zijn visusstoornissen gemeld, ongeacht het feit of de intra-oculaire druk verhoogd was of niet. In klinische onderzoeken waren de meeste van deze gevallen reversibel na staken van de behandeling met topiramaat. Als tijdens de

behandeling met topiramaat defecten in het gezichtsveld optreden, moet worden overwogen om de behandeling te staken.

#### 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 topiramaat-behandeling.

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 100 mg/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 Nefrolithiase hierboven).

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 onderliggende factoren wordt geschikte evaluatie met serumbicarbonaatwaarden aanbevolen tijdens de behandeling met topiramaat. Bij tekens of symptomen (bv. Kussmaul-ademhaling, dyspnoe, anorexie, nausea, braken, extreme vermoeidheid, tachycardie of hartritmestoornissen), die op metabole acidose wijzen, wordt meting van de serumbicarbonaatwaarden aanbevolen. Als metabole acidose ontstaat en blijft aanhouden, moet overwogen worden de dosis te verminderen of de behandeling met topiramaat stop te zetten (door de dosering af te bouwen).

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.

#### Stoornissen in de cognitieve functie

Cognitieve stoornissen bij epilepsie bestaan uit meerdere factoren en kunnen te wijten zijn aan de onderliggende etiologie, de epilepsie of de epilepsiebehandeling. In de literatuur zijn er meldingen bekend van cognitieve functiestoornissen bij volwassenen in behandeling met topiramaat waarbij dosisvermindering of stopzetting van de behandeling vereist was. Er werden echter onvoldoende onderzoeken uitgevoerd betreffende de cognitieve resultaten bij kinderen behandeld met topiramaat en het effect ervan op dit gebied moet nog worden verduidelijkt.

#### Hyperammoniëmie en encefalopathie

Hyperammoniëmie met of zonder encefalopathie is gemeld bij behandeling met topiramaat (zie rubriek 4.8). Het risico op hyperammoniëmie met topiramaat schijnt doseringsgerelateerd te zijn. Hyperammoniëmie is vaker gemeld wanneer topiramaat gelijktijdig met valproïnezuur wordt gebruikt (zie rubriek 4.5). Bij patiënten die onverklaarde lethargie ontwikkelen of veranderingen in hun geestelijke toestand die geassocieerd worden met monotherapie met topiramaat of adjuvante therapie, wordt aanbevolen hyperammoniëmie encefalopathie in overweging te nemen en het ammoniakgehalte te meten.

### 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.

### Lactose-intolerantie

Topiramaat Glenmark bevat lactose. Patiënten met zeldzame erfelijke galactose-intolerantie, totale lactasedeficiëntie of glucose-galactose-malabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken.

### **Topiramaat Glenmark 50 mg bevat zonnegeel**

Het product bevat zonnegeel. Dit kan een allergische reactie veroorzaken.

De flessen bevatten een busje met droogmiddel. Dit mag niet worden ingeslikt.

### **Natrium**

Dit middel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per tablet en is dus in wezen 'natriumvrij'.

## **4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie**

### **Effecten van topiramaat op andere anti-epileptische geneesmiddelen**

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-state-plasmaconcentratie 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-epileptische geneesmiddelen op Topiramaat**

Fenytoïne en carbamazepine verlagen de plasmaconcentratie van topiramaat. De toevoeging of onthouding van fenytoïne of carbamazepine op topiramaatbehandeling kan een aanpassing van de dosering van topiramaat nodig maken. Dit dient te geschieden door titreren tot klinisch effect.

De toediening of terugtrekking van valproïnezuur veroorzaakt geen klinisch significante veranderingen in plasmaconcentraties van topiramaat en maakt een doseringsaanpassing van topiramaat dus niet nodig.



De resultaten van deze wisselwerkingen worden hieronder samengevat:

Medetoediening anti-epileptica	Concentratie AE	Concentratie Topiramaat
Fenytoïne	↔**	↓
Carbamazepine (CBZ)	↔	↓
Valproïnezuur	↔	↔
Lamotrigine	↔	↔
Fenobarbital	↔	NO
Primidon	↔	NO

↔ = Geen effect op plasmaconcentratie ( $\leq$  15% verandering)

\*\* = Plasmaconcentraties stijgen bij enkele patiënten

↓ = Plasmaconcentraties dalen

NO = Niet onderzocht

AE = Anti-epilepticum

#### *Andere geneesmiddeleninteracties*

##### **Digoxine**

In een onderzoek met eenmalige dosering nam de oppervlakte onder de curve (AUC) voor de digoxineplasmaconcentratie met 12% af als gevolg van gelijktijdige toediening van topiramaat. De klinische relevantie van deze bevindingen is niet vastgesteld. Wanneer topiramaat toegediend of teruggetrokken wordt bij patiënten met digoxinetherapie, dient een zorgvuldige routinecontrole van serumdigoxine plaats te vinden.

##### **Depressoren van het centraal zenuwstelsel**

Gelijktijdige toediening van topiramaat en alcohol of andere geneesmiddelen die het centraal zenuwstelsel 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 heviger 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 lithiumspiegels 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 elke 24 uur) en topiramaat (96 mg elke 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 geneesmiddel-geneesmiddel-interactiestudie die werd uitgevoerd bij gezonde vrijwilligers, beoordeelde de steady-state farmacokinetiek van metformine en topiramaat in plasma wanneer metformine alleen werd gegeven en wanneer metformine en topiramaat tegelijkertijd werden gegeven. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat metformine gemiddeld  $C_{max}$  en gemiddeld  $AUC_{0-12h}$  met resp. 18% en 25% steeg, terwijl de gemiddelde  $CL/F$  met 20% daalde als metformine werd toegediend bij topiramaat. Topiramaat beïnvloedde metformine  $t_{max}$  niet. De klinische significantie van het effect van topiramaat op de farmacokinetiek van metformine is onduidelijk. Orale plasmaklaring van topiramaat kan verlaagd zijn bij gelijktijdige toediening met metformine. De mate van verandering in klaring is onbekend. De klinische betekenis van het effect van topiramaat op de farmacokinetiek van metformine is onduidelijk. Wanneer topiramaat toegevoegd wordt of onttrokken wordt aan patiënten met metforminetherapie, dient zorgvuldig aandacht te worden besteed aan de routinecontrole van patiënten voor een adequate behandeling van de diabetische aandoening.

### **Pioglitazon**

Een geneesmiddel-geneesmiddel-interactiestudie die werd uitgevoerd bij gezonde vrijwilligers beoordeelde de steady-state farmacokinetiek van topiramaat en pioglitazon wanneer deze apart en tezamen werden toegediend. Er werd een daling van 15% in het  $AUC_{\tau,ss}$  van pioglitazon zonder wijziging in  $C_{max,ss}$  waargenomen. Deze bevinding was statistisch niet significant. Daarnaast werd een daling van resp. 13% en 16% in  $C_{max,ss}$  en  $AUC_{\tau,ss}$  van het actieve hydroxy-metaboliet gezien, alsook een daling van 60% in  $C_{max,ss}$  en  $AUC_{\tau,ss}$  van het actieve keto-metaboliet. De klinische relevantie van deze bevindingen is onbekend. Wanneer topiramaat toegevoegd wordt of onttrokken wordt aan patiënten met pioglitazontherapie, dient zorgvuldig aandacht te worden besteed aan de routinecontrole van patiënten voor een adequate behandeling van de diabetische aandoening.

### **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 metabolieten, 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 nefrolithiase

Als topiramaat gelijktijdig wordt gebruikt met andere middelen die predispositie voor nefrolithiase veroorzaken, kan dit het risico op nefrolithiase 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 tekenen 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, gedefinieerd als een onbedoelde daling in lichaamstemperatuur tot lager dan 35°C, is gemeld bij gelijktijdig gebruik van topiramaat en valproïnezuur, zowel met als zonder hyperammoniëmie. Deze bijwerking bij patiënten die gelijktijdig topiramaat en valproïnezuur gebruiken, kan optreden na het opstarten van een topiramaatbehandeling of na het verhogen van de dagelijkse topiramaatdosis.

### *Warfarine*

Bij patiënten die worden behandeld met topiramaat in combinatie met warfarine is een afgenomen protrombinetijd/International Normalized Ratio (PT/INR) gemeld. Daarom moet de INR regelmatig worden gecontroleerd bij patiënten die gelijktijdig worden behandeld met topiramaat en warfarine.

### **Aanvullende farmacokinetische geneesmiddeleninteractiestudies**

Er zijn klinische studies verricht om de potentiële farmacokinetische geneesmiddelenwisselwerking tussen topiramaat en andere middelen te bepalen. De veranderingen in  $C_{max}$  of AUC als gevolg van de interacties worden hieronder samengevat. De tweede kolom (gelijktijdige geneesmiddelconcentratie) beschrijft wat met de concentratie van het gelijktijdige geneesmiddel gebeurt dat in de eerste kolom wordt genoemd indien topiramaat wordt toegevoegd. De derde kolom (topiramaatconcentratie) beschrijft hoe de medetoediening van een geneesmiddel uit de eerste kolom de concentratie van topiramaat wijzigt.

### **Samenvatting van resultaten uit aanvullende klinische farmacokinetische geneesmiddeleninteractiestudies**

<b>Gelijktijdig geneesmiddel</b>	<b>Concentratie gelijktijdig geneesmiddel<sup>a</sup></b>	<b>Concentratie Topiramaat<sup>a</sup></b>
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% toename in $C_{max}$ ,  9% en 17% toename in AUC (respectievelijk 40 en 80 mg propranolol per 12 uur)

Sumatriptan (Oraal en Subcutaan)	↔	NO
Pizotifen	↔	↔
Diltiazem	25% afname in AUC van diltiazem en 18% afname in DEA, en ↔ voor DEM*	20% toename in AUC
Venlafaxine	↔	↔
Flunarizine	16% toename in AUC (TPM 50 mg per 12 uur) <sup>b</sup>	↔

<sup>a</sup> = % waarden zijn de veranderingen in behandeling gemiddeld C<sub>max</sub> of AUC in vergelijking tot monotherapie

↔ = Geen effect op C<sub>max</sub> en AUC (≠ 15% verandering) van het parent bestanddeel

NO = Niet onderzocht

\*DEA = desacetyldiltiazem, DEM = N-demethyldiltiazem

<sup>b</sup> = AUC flunarizine 14% toegenomen bij personen die alleen flunarizine namen. Toename in 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 was teratogeen in muizen, ratten en konijnen (zie rubriek 5.3). Bij ratten drong topiramaat door de placenta heen.

Bij mensen dringt Topiramaat door de placenta heen en zijn gelijksoortige concentraties gemeld in de navelstreng en het bloed van de moeder.

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

- 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-monotheapie uit het *North American Antiepileptic Drug* zwangerschapsregister lieten een ongeveer driemaal hogere incidentie van ernstige congenitale 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 monotheapie - geassocieerd is met een verhoogd risico op teratogene effecten. Het risico is gemeld als zijnde doseringsafhankelijk; de effecten werden in alle doses waargenomen. Bij vrouwen die met topiramaat zijn behandeld en een kind met een congenitale afwijking hebben gekregen, bleek er een toegenomen risico op afwijkingen te zijn bij daaropvolgende zwangerschappen in geval van blootstelling aan topiramaat.
- Een hogere prevalentie hebben van een laag geboortegewicht (< 2500 gram) vergeleken met een referentiegroep.
- een verhoogde prevalentie hebben van een laag gewicht voor de zwangerschapsduur (SGA - small for gestational age; gedefinieerd als een geboortegewicht onder de 10de 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. Bij geborstvoede pasgeborenen/zugelingen van behandelde moeders zijn effecten waargenomen zoals diarree, slaperigheid, irritatie en onvoldoende gewichtstoename. Daarom moet een beslissing worden genomen of men de borstvoeding staakt of de topiramaatbehandeling beëindigt of opschort. Hierbij moet rekening worden gehouden met het belang van borstvoeden voor het kind en het belang van behandeling met topiramaat voor de moeder (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 kleine 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 de geneesmiddelen 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 ( $\geq 1/10$ )

Vaak ( $\geq 100$  tot  $< 1/10$ )

Soms ( $\geq 1/1000$  tot  $\leq 1/100$ )

Zelden ( $\geq 1/10.000$  tot  $\leq 1/1000$ )

Niet bekend: 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.

<b>Tabel 1:</b> Bijwerkingen met topiramaat					
Systeem/orgaan- klassen	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 stofwisselings- stoornissen		anorexie, verminderde eetlust	metabole acidose, hypokaliëmie, versterkte eetlust, polydipsie	hyper- chloremische acidose, hyper- ammoniëmie*, hyper- ammonemische 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, rusteloosheid, 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, verhoogde stemming	manie, paniekstoornis, wanhopig voelen*, hypomanie	
------------------------	-----------	---	--	--	--

Zenuwstel-aandoeningen	paresthesie, slaperigheid, duizeligheid	verstoring van de aandacht, verslechterd geheugen, amnesie, cognitieve stoornis, mentale achteruitgang, verminderde psychomotorische vaardigheden, convulsie, afwijkende coördinatie, tremor, lethargie, hypo-esthesie, 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, hyper-esthesie, hyposmie, anosmie, essentiële tremor, akinesie, niet-reageren 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, flikker-scotoom, 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		
Hartaandoeningen			bradycardie, sinusbradycardie, hartkloppingen		
Bloedvataandoeningen			hypotensie, orthostatische hypotensie, blozen, opvlieger	fenomeen van Raynaud	
Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen		dyspneu, epistaxis, verstopte neus, rinorroe, hoesten*	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, gastro-oesofageale refluxziekte, pijn in de onderbuik, hypo-esthesie van de mond, bloedend tandvlees, opgezette buik, onaangenaam gevoel in de bovenbuik, gevoelige buik, hypersecretie van speeksel, pijn in de mond, onaangenaam ruikende adem, glossodynie		
Lever- en galaandoeningen				hepatitis, leverfalen	
Huid- en onderhuid-aandoeningen		alopecia, huiduitslag, pruritus	anhidrose, hypo-esthesie van het gelaat, urticaria, erythem, 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 op de borst van musculoskeletale oorsprong	gezwollen gewricht*, musculoskeletale stijfheid, pijn in de zij, vermoede spieren	onaangenaam gevoel in een arm of been*	

Nier- en urineweg-aandoeningen		nefrolithiase, pollakisurie, dysurie, nefrocalcinose*	urinsteentje, urine-incontinentie, hematurie, incontinentie, urge-incontinentie, nierkoliek, nierpijn	uretersteentje, acidose van de niertubuli*	
Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen			erectiestoornis, seksuele disfunctie		
Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen	vermoeidheid	pyrexie, asthenie, prikkelbaarheid, verstoorde gang, vreemd 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, leverenzym verhoogd	bicarbonaat in bloed verlaagd	
Sociale omstandigheden			moeilijk kunnen leren		

---

\* als bijwerking geïdentificeerd uit spontane postmarketingmeldingen. De frequentie hiervan werd berekend op basis van de incidentie bij klinische studies of werd berekend als de bijwerking niet voorkwam in klinische onderzoeken.

Aangeboren afwijkingen en groeibeperkingen van de foetus (zie rubriek 4.4 en rubriek 4.6).

#### Pediatrische patiënten

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
- een gestoorde gang

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

- eosinofilie
- psychomotorische hyperactiviteit
- duizeligheid
- 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 Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb website: [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl).

## **4.9 Overdosering**

#### Tekenen en symptomen

Er zijn gevallen van overdosering met topiramaat gemeld. Tekenen en symptomen zijn onder andere convulsies, sufheid, spraakstoornissen, wazig zien, diplopie, verminderde geestesgesteldheid, lethargie, afwijkende coördinatie, stupor, hypotensie, buikpijn, agitatie, duizeligheid en depressie. De klinische gevolgen waren in de meeste gevallen niet ernstig, maar sterfgevallen zijn gemeld na overdoseringen met meerdere geneesmiddelen, waaronder topiramaat.

Topiramaat-overdosis kan leiden tot een 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 is geclassificeerd als een sulfamaat-gesubstitueerd 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  $\gamma$ -aminoboterzuur (GABA) de  $GABA_A$ -receptoren activeerde, en vergrootte het vermogen van GABA om een flux van chloride-ionen 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 ( $\alpha$ -amino-3-hydroxy-5-methylisoxazole-4-propionische acid)-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 concentratie-afhankelijk in het gebied van 1  $\mu$ M tot 200  $\mu$ M, met een minimumactiviteit waargenomen tussen 1  $\mu$ M tot 10  $\mu$ 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<sub>A</sub>-receptorantagonist pentyleentetrazol.

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.

#### Absences

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 pediatrische 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 pediatrische 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. Groei-gerelateerde veranderingen waren klinisch niet significant en ook niet beperkend voor de behandeling. Andere confounders kunnen niet worden uitgesloten.

## **5.2 Farmacokinetische eigenschappen**

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 metaboliëten.

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 µg/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 <sup>14</sup>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 µg/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 <sup>14</sup>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 <sup>14</sup>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 matige en ernstige nierinsufficiëntie ( $CL_{CR} \leq 70$  ml/min). Als gevolg daarvan zijn in de steady-state bij een gegeven dosis hogere topiramaat-plasmaconcentraties 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 dialyseuduur, 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.

#### Pediatrie patiënten (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 stijgen dosisgerelateerd. 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**

Tabletkern:

- Lactosemonohydraat
- Microkristallijn cellulose
- Gepregelatiniseerd maïszetmeel
- Natriumzetmeelglycolaat (type A).
- Magnesiumstearaat

Tabletomhulsel

- hypromellose
- macrogol 400
- polysorbaat 80
- titaandioxide E171
- zonnegeel (E110) (alleen tablet van 50mg).
- geel ijzeroxide (E172) (alleen 50, 100, 200 mg)
- rood ijzeroxide (E172) (alleen 100mg en 200 mg)

### **6.2 Gevallen van onverenigbaarheid**

Niet van toepassing.

### **6.3 Houdbaarheid**

30 maanden

### **6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren**

Plastic flessen

- Bewaren beneden 25°C.
- De fles zorgvuldig gesloten houden ter bescherming tegen vocht.

Blisterverpakkingen

- Bewaren beneden 25°C.
- Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen vocht.

### **6.5 Aard en inhoud van de verpakking**

Het geneesmiddel is verkrijgbaar in HDPE plastic flessen met verzegelde flip-off doppen met 20, 28, 30, 50, 56, 60, 100 en 200 filmomhulde tabletten. Een busje droogmiddel van silicagel wordt in de flessen meegeleverd.

Het product is eveneens verkrijgbaar in aluminiumfolie blisterverpakkingen van 4, 7, 10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 84, 90, 100, 120 en 200 filmomhulde tabletten.

Niet alle genoemde verpakkingsgrootten worden in de handel gebracht.

#### **6.6. Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen en andere instructies**

Geen bijzondere vereisten.

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

Glenmark Arzneimittel GmbH  
Industriestr. 31  
82194 Gröbenzell  
Duitsland

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

Topiramaat Glenmark 25 mg, filmomhulde tabletten	RVG 103742
Topiramaat Glenmark 50 mg, filmomhulde tabletten	RVG 103743
Topiramaat Glenmark 100 mg, filmomhulde tabletten	RVG 103744
Topiramaat Glenmark 200 mg, filmomhulde tabletten	RVG 103745

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

Datum van eerste verlening van de vergunning: 2 juni 2009

Datum van hernieuwing van de vergunning: 11 maart 2013

#### **10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST**

Laatste gedeeltelijke wijziging betreft de rubrieken 4.4 en 5.1: 3 mei 2023