

## **SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN**

### **1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL**

Rosuvastatine Biocon 5 mg filmomhulde tabletten  
Rosuvastatine Biocon 10 mg filmomhulde tabletten  
Rosuvastatine Biocon 20 mg filmomhulde tabletten  
Rosuvastatine Biocon 40 mg filmomhulde tabletten

### **2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING**

5 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 5 mg rosuvastatine (als rosuvastatine calcium).  
10 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 10 mg rosuvastatine (als rosuvastatine calcium).  
20 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 20 mg rosuvastatine (als rosuvastatine calcium).  
40 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 40 mg rosuvastatine (als rosuvastatine calcium).

#### Hulpstof met bekend effect:

5 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 85,1 mg lactose monohydraat  
10 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 79,9 mg lactose monohydraat  
20 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 159,8 mg lactose monohydraat  
40 mg: Elke filmomhulde tablet bevat 153 mg lactose monohydraat

Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

### **3. FARMACEUTISCHE VORM**

Filmomhulde tablet.

5 mg: Gele, ronde, biconvexe, filmomhulde tabletten van ongeveer 7,1 mm diameter, gemerkt met '5' op de ene zijde en 'B' op de andere zijde.  
10 mg: Roze, ronde, biconvexe, filmomhulde tabletten van ongeveer 7,1 mm diameter, gemerkt met '10' op de ene zijde en 'B' op de andere zijde.  
20 mg: Roze, ronde, biconvexe, filmomhulde tabletten van ongeveer 9,1 mm diameter, gemerkt met '20' op de ene zijde en 'B' op de andere zijde.  
40 mg: Roze, ovale, biconvexe, filmomhulde tabletten met een lengte van ongeveer 11,6 mm en een breedte van 7,1 mm, gemerkt met '40' op de ene zijde en 'B' op de andere zijde.

### **4. KLINISCHE GEGEVENS**

#### **4.1 Therapeutische indicaties**

##### **Behandeling van hypercholesterolemie**

Volwassenen, adolescenten en kinderen vanaf 6 jaar met primaire hypercholesterolemie (type IIa, inclusief heterozygote familiale hypercholesterolemie) of gemengde dyslipidemie (type IIb) als adjuvans bij dieet, wanneer de respons op dieet en andere niet farmacologische behandelingen (bijvoorbeeld lichaamsbeweging, gewichtsvermindering) onvoldoende zijn.

Volwassenen, adolescenten en kinderen vanaf 6 jaar met homozygote familiale hypercholesterolemie, als adjuvans bij dieet en andere lipidenverlagende behandelingen (bijvoorbeeld LDL aferese) of als zulke behandelingen niet zijn aangewezen.

## **Preventie van cardiovasculaire voorvallen**

Preventie van ernstige cardiovasculaire voorvallen bij patiënten waarvan verwacht wordt dat ze een groot risico lopen op een eerste cardiovasculair voorval (zie rubriek 5.1), als aanvulling op de correctie van andere risicofactoren.

### **4.2 Dosering en wijze van toediening**

Alvorens de behandeling te starten dient de patiënt een standaard cholesterolverlagend dieet te volgen dat tijdens de behandeling dient te worden voortgezet. De dosering dient individueel te worden bepaald afhankelijk van de doelstelling van de behandeling en de respons van de patiënt met gebruikmaking van de huidige consensus richtlijnen.

Rosuvastatine Biocon kan op elk tijdstip van de dag worden gegeven, met of zonder voedsel.

### **Behandeling van hypercholesterolemie**

De aanbevolen startdosering voor zowel statine-naïeve patiënten als patiënten die van een andere HMG-CoA reductase remmer overgeschakeld worden is éénmaal daags 5 of 10 mg. Bij de keuze van een startdosering dient zowel met de individuele cholesterolspiegel van de patiënt als met het toekomstig cardiovasculaire risico als met het potentiële risico van bijwerkingen (zie hieronder) rekening te worden gehouden. Indien nodig kan na 4 weken de dosering worden verdubbeld (zie rubriek 5.1.). In het kader van de toegenomen meldingsfrequentie van bijwerkingen met de 40 mg dosering vergeleken met de lagere doseringen (zie rubriek 4.8) dient de maximale dosering van 40 mg alleen te worden overwogen bij patiënten met ernstige hypercholesterolemie met een verhoogd cardiovasculair risico (met name patiënten met familiale hypercholesterolemie), die de doelstelling van de behandeling niet bereiken met 20 mg en die regelmatig gecontroleerd worden (zie rubriek 4.4). Wanneer met de 40 mg dosering wordt begonnen, wordt controle door de specialist geadviseerd.

### **Preventie van cardiovasculaire voorvallen**

In de studie naar het reduceren van cardiovasculaire voorvallen werd een éénmaaldaagse dosering van 20 mg gegeven (zie rubriek 5.1)

### **Pediatrische patiënten**

Het gebruik door kinderen dient uitsluitend na overleg met specialisten plaats te vinden.

#### Kinderen en adolescenten in de leeftijd van 6 tot 17 jaar (Tanner stadium <II-V)

Heterozygote familiale hypercholesterolemia

Bij kinderen en adolescenten met heterozygote familiale hypercholesterolemie is de gebruikelijke startdosering 5 mg per dag.

- Bij kinderen in de leeftijd van 6 tot 9 jaar met heterozygote familiale hypercholesterolemie is het gebruikelijke doseringsbereik 5-10 mg, oraal, eenmaal daags. De veiligheid en werkzaamheid van doseringen boven de 10 mg zijn niet onderzocht bij deze patiëntenpopulatie.
- Bij kinderen in de leeftijd van 10 tot 17 jaar met heterozygote familiale hypercholesterolemie is het gebruikelijke doseringsbereik 5-20 mg, oraal, eenmaal daags. De veiligheid en werkzaamheid van doseringen boven de 20 mg zijn niet onderzocht bij deze patiëntenpopulatie.

Titratie vindt plaats op geleide van de individuele respons en verdraagzaamheid bij pediatrische patiënten, overeenkomstig met de pediatrische behandelrichtlijnen (zie rubriek 4.4). Kinderen en adolescenten dienen een standaard cholesterolverlagend dieet te volgen voorafgaand aan de behandeling met rosuvastatine. Het dieet dient tijdens de behandeling met rosuvastatine te worden voortgezet.

Homozygote familiale hypercholesterolemie

Bij kinderen van 6 tot 17 jaar met homozygote familiale hypercholesterolemie is de aanbevolen maximale dosering eenmaal daags 20 mg. Een startdosering van eenmaals daags 5 tot 10 mg,

afhankelijk van leeftijd, gewicht en eerder gebruik van statines, wordt geadviseerd. Titratie tot de maximale dosering van eenmaal daags 20 mg dient uitgevoerd te worden in overeenstemming met de individuele reactie en tolerantie in pediatrie patiënten, zoals aanbevolen bij de aanbevelingen voor pediatrie patiënten (zie rubriek 4.4). Kinderen en adolescenten dienen op een standaard cholesterolverlagend dieet geplaatst te worden voor aanvang van de behandeling met rosuvastatine; dit dieet dient voortgezet te worden gedurende de behandeling met rosuvastatine. De ervaring met doseringen anders dan 20 mg in deze populatie is beperkt.

De tablet van 40 mg is gecontra-indiceerd voor gebruik door pediatrie patiënten.

#### Kinderen jonger dan 6 jaar.

De veiligheid en werkzaamheid van het gebruik bij kinderen jonger dan 6 jaar is niet onderzocht. Daarom is Rosuvastatine Biocon niet aanbevolen voor gebruik door kinderen jonger dan 6 jaar.

#### **Gebruik bij ouderen**

Bij patiënten ouder dan 70 jaar wordt een startdosering van 5 mg aanbevolen (zie rubriek 4.4). Er is geen andere doseringsaanpassing nodig in relatie tot leeftijd.

#### **Dosering bij patiënten met nierinsufficiëntie**

Voor patiënten met een lichte of matige nierinsufficiëntie is het niet nodig om de dosering aan te passen. Bij patiënten met een matige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 60 ml/min) wordt een startdosering van 5 mg aanbevolen. De 40 mg dosering is bij patiënten met matige nierinsufficiëntie gecontra-indiceerd. Het gebruik van Rosuvastatine Biocon bij patiënten met een ernstige nierinsufficiëntie is gecontra-indiceerd voor alle doseringen. (Zie rubriek 4.3 en 5.2).

#### **Dosering bij patiënten met leverfunctiestoornissen**

Er is geen toegenomen systemische blootstelling aan rosuvastatine bij patiënten met een Child-Pugh score van 7 of lager waargenomen. Een toegenomen systemische blootstelling is echter wel waargenomen in patiënten met een Child-Pugh score van 8 en 9 (zie rubriek 5.2). Bij deze patiënten dient een beoordeling van de nierfunctie te worden overwogen (zie rubriek 4.4). Er is geen ervaring bij patiënten met een Child-Pugh score hoger dan 9. Rosuvastatine Biocon is gecontra-indiceerd in patiënten met een actieve leverziekte (zie rubriek 4.3).

#### **Ras**

Bij Aziatische patiënten zijn verhoogde plasmaspiegels waargenomen (zie rubrieken 4.3, 4.4 en 5.2). Daarom is de aanbevolen startdosering bij Aziatische patiënten 5 mg. De 40 mg dosering is gecontra-indiceerd bij deze patiënten.

#### **Genetische polymorfismen**

Er zijn specifieke soorten genetische polymorfismen bekend die kunnen leiden tot een verhoogde rosuvastatine blootstelling (zie rubriek 5.2). Bij patiënten waarvan bekend is dat zij deze specifieke polymorfismen bezitten wordt een lagere dagelijkse dosering rosuvastatine aanbevolen.

#### **Dosering bij patiënten met predisponerende factoren voor myopathie**

Bij patiënten met predisponerende factoren voor myopathie is de aanbevolen startdosering 5 mg (zie rubriek 4.4). De 40 mg dosering is voor sommige van deze patiënten gecontra-indiceerd (zie rubriek 4.3).

#### **Gelijktijdige therapie**

Rosuvastatine is een substraat van verschillende transporteiwitten (b.v. OAT1B1 en BCRP). Er bestaat een verhoogd risico op myopathie (inclusief rhabdomyolyse) wanneer rosuvastatine gelijktijdig wordt toegediend met bepaalde geneesmiddelen die, als gevolg van interacties met deze transporteiwitten de rosuvastatine plasmaconcentraties kunnen verhogen (b.v. ciclosporine en bepaalde protease remmers, inclusief combinaties van ritonavir met atazanavir, lopinavir en/of tipranavir; zie rubrieken 4.4 en 4.5). Indien mogelijk dienen alternatieve geneesmiddelen te worden overwogen en indien nodig dient te worden overwogen om tijdelijk te stoppen met de behandeling met rosuvastatine. In situaties waarbij gelijktijdige toediening van deze geneesmiddelen met rosuvastatine onvermijdelijk is, dienen de

voordelen en risico's van een gelijktijdige behandeling en aanpassing van de rosuvastatinedosering nauwkeurig te worden afgewogen (zie rubriek 4.5).

### 4.3 Contra-indicaties

Rosuvastatine Biocon is gecontra-indiceerd:

- bij patiënten met overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen genoemd in rubriek 6.1.
- bij patiënten met actieve leverziekte, inclusief onverklaarbare, aanhoudende verhoging van serumtransaminases en elke verhogingen van serumtransaminases hoger dan 3-maal de bovengrens van de normaalwaarde (ULN);
- bij patiënten met ernstige nierfunctiestoornissen (creatinineklaring minder dan 30 ml/min).
- bij patiënten met myopathie.
- bij patiënten die gelijktijdig ciclosporine gebruiken.
- gedurende zwangerschap en borstvoeding en bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd die geen geschikte anticonceptieve maatregelen nemen.

De 40 mg dosering is gecontra-indiceerd bij patiënten met predisponerende factoren voor myopathie/rhabdomyolyse. Dergelijke factoren omvatten:

- matige nierfunctiestoornis (creatinineklaring < 60 ml/min/ minuut)
- hypothyreoïdie
- persoonlijke of familie anamnese met erfelijke spierziekten
- musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese
- alcoholmisbruik
- situaties waarbij verhoogde plasmaspiegels kunnen optreden
- Aziatische patiënten
- gelijktijdig gebruik van fibraten.

(Zie rubrieken 4.4, 4.5 en 5.2).

### 4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik

#### Effecten op de nieren

Proteïnurie, voornamelijk van tubulaire aard, is met een 'dipstick test' waargenomen bij patiënten die werden behandeld met hogere doseringen rosuvastatine, met name 40 mg. In de meeste gevallen was het van voorbijgaande aard of intermitterend. Proteïnurie is niet voorspellend voor een acute of progressieve nierziekte (zie rubriek 4.8). Uit post-marketing gebruik is gebleken dat het aantal meldingen van ernstige nierproblemen hoger is bij de 40 mg dosering. Een beoordeling van de nierfunctie dient te worden overwogen gedurende de routine controle van patiënten die behandeld worden met een dosering van 40 mg.

#### Effecten op de skeletspieren

Effecten op de skeletspieren zoals bijvoorbeeld myalgie, myopathie en zelden rhabdomyolyse zijn waargenomen bij patiënten die met rosuvastatine werden behandeld met alle doseringen, met name met doseringen > 20 mg. Zeer zelden zijn gevallen van rhabdomyolyse waargenomen bij het gebruik van ezetimibe in combinatie met HMG-CoA reductase remmers. Een farmacodynamische interactie kan niet worden uitgesloten (zie rubriek 4.5) en voorzichtigheid dient in acht te worden genomen bij gecombineerd gebruik.

Evenals met andere HMG-CoA reductase remmers is uit post-marketing gebruik gebleken, dat het aantal meldingen van rhabdomyolyse geassocieerd met rosuvastatine hoger is bij de 40 mg dosering.

#### *Creatinefosfokinase metingen*

Creatinefosfokinase (CK) dient niet te worden gemeten na zware lichamelijke activiteit of in de aanwezigheid van een plausibele alternatieve oorzaak van toename van CK die de interpretatie van de uitkomst kunnen beïnvloeden. Als de uitgangswaarde (waarde bij het starten van de behandeling) van de CK spiegels significant zijn toegenomen (> 5 x ULN) dient een bevestigende test binnen 5-7 dagen te

worden uitgevoerd. Als de herhaalde test een uitgangswaarde van de CK  $> 5 \times$  ULN bevestigt, dient de behandeling niet te worden gestart.

#### *Voor behandeling*

Rosuvastatine Biocon, evenals andere HMG-CoA reductase remmers, dient met voorzichtigheid te worden voorgeschreven aan patiënten met predisponerende factoren voor myopathie/rhabdomyolyse.

Dergelijke factoren omvatten:

- nierfunctiestoornis
- hypothyreoïdie
- persoonlijke of familie anamnese met erfelijke spierziekten
- musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese
- alcoholmisbruik
- leeftijd  $> 70$  jaar
- situaties waarbij een verhoogde plasmaspiegel kan optreden (zie rubrieken 4.2, 4.5 en 5.2)
- gelijktijdig gebruik van fibraten.

Bij deze patiënten dient het risico van de behandeling afgewogen te worden tegen het voordeel. Klinische controle wordt aanbevolen. Als de uitgangswaarde van de CK spiegels significant zijn toegenomen ( $> 5 \times$  ULN) dient de behandeling niet te worden gestart.

#### *Tijdens de behandeling*

Patiënten dienen te worden gevraagd onverklaarbare spierpijn, spierzwakte of spierkramp, met name als deze gepaard gaan met malaise of koorts, onmiddellijk te melden. CK spiegels dienen bij deze patiënten te worden gemeten. Als de CK spiegels duidelijk zijn verhoogd ( $> 5 \times$  ULN) of als de spiersymptomen ernstig zijn en dagelijks ongemak veroorzaken (zelfs als CK spiegels  $\leq 5 \times$  ULN) dient de behandeling te worden gestaakt. Als de symptomen verdwijnen en de CK spiegels weer normaliseren, dan dient hervatting van de behandeling met de laagste dosering van Rosuvastatine Biocon of van een alternatieve HMG-CoA reductase remmer met nauwlettende controle te worden overwogen. Routinematige controle van CK spiegels is bij asymptomatische patiënten niet aangewezen. Zeer zelden is er een immuun-gemedieerde necrotiserende myopathie (IMNM) gemeld tijdens behandeling of na het stoppen met statines, inclusief rosuvastatine. IMNM wordt klinisch gekarakteriseerd door proximale spierzwakte en verhoogde serumcreatininekinase spiegels, welke ondanks het discontinuëren van de statinetherapie aanhouden.

In klinische onderzoeken bij een gering aantal patiënten dat behandeld werd met rosuvastatine in combinatie met andere geneesmiddelen, zijn geen aanwijzingen voor een toegenomen effect op de skeletspieren gevonden. Echter bij patiënten die andere HMG-CoA reductaseremmers kregen in combinatie met fibraten inclusief gemfibrozil, ciclosporine, nicotinezuur, azol-antimycotica, proteaseremmers en macrolide antibiotica is een toename van de incidentie van myositis en myopathie gezien. Gemfibrozil verhoogt het risico van myopathie wanneer het gelijktijdig wordt gegeven met sommige HMG-CoA reductase remmers. Om deze reden wordt de combinatie van rosuvastatine met gemfibrozil niet geadviseerd. Het voordeel van verdere verandering van de lipidenwaarden door een gecombineerd gebruik van rosuvastatine en fibraten of nicotinezuur dient zorgvuldig te worden overwogen met het oog op mogelijke risico's van zulke combinaties. De 40 mg dosering is gecontra-indiceerd bij gelijktijdig gebruik van een fibraat. (Zie rubrieken 4.5 en 4.8.)

Rosuvastatine Biocon dient niet gelijktijdig te worden toegediend met systemische formuleringen van fusidinezuur of binnen 7 dagen na het stoppen van een fusidinezuurbehandeling. Bij patiënten bij wie het gebruik van systemisch fusidinezuur als essentieel wordt beschouwd, dient de statinebehandeling gestaakt te worden gedurende de fusidinezuurbehandeling. Er zijn gevallen van rhabdomyolyse (inclusief enkele met dodelijke afloop) gemeld bij patiënten die deze combinatie kregen (zie rubriek 4.5). De patiënt dient geadviseerd te worden onmiddellijk medische hulp te zoeken als zij symptomen bemerken van spierzwakte, pijn of gevoeligheid. Zeven dagen na de laatste dosis fusidinezuur kan de statinetherapie opnieuw worden gestart. In uitzonderlijke situaties, waarbij langdurige systemische fusidinezuur noodzakelijk is, bijv. voor de behandeling van ernstige infecties, kan de noodzaak voor gelijktijdige

toediening van Rosuvastatine Biocon en fusidinezuur uitsluitend per geval worden bekeken en onder nauwlettend medisch toezicht.

Rosuvastatine Biocon dient niet te worden gebruikt bij patiënten met een acute, ernstige aandoening mogelijk wijzend op myopathie of waarbij een predispositie bestaat voor het ontwikkelen van nierfalen als gevolg van rhabdomyolyse (bijvoorbeeld sepsis, hypotensie, grote chirurgische ingrepen, trauma, ernstige metabole, endocriene en elektrolytische stoornissen; of ongecontroleerde convulsies).

Er zijn enkele gevallen gemeld waarbij statines Myasthenia gravis of oculaire myasthenie ‘de novo’ induceerden dan wel reeds bestaande Myasthenia gravis of oculaire myasthenie verergerden (zie rubriek 4.8). Het gebruik van Rosuvastatine moet worden stopgezet in geval van verergering van de symptomen. Er zijn recidieven gemeld wanneer dezelfde of een andere statine (opnieuw) werd toegediend.

#### Effecten op de lever

Rosuvastatine Biocon dient evenals andere HMG-CoA reductase remmers met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten die overmatige hoeveelheden alcohol gebruiken en/of een leverziekte in de anamnese hebben.

Het wordt aanbevolen leverfunctietesten uit te voeren vóór en 3 maanden na het starten van de behandeling. Wanneer de concentratie van de serumtransaminases hoger is dan 3-maal de bovengrens van de normaalwaarde dient Rosuvastatine Biocon te worden gestaakt of de dosering te worden verlaagd. Uit post-marketing gebruik is gebleken dat het aantal meldingen van ernstige leverproblemen (met name bestaande uit verhoogde levertransaminasen) hoger is bij de 40 mg dosering.

Bij patiënten met secundaire hypercholesterolemie die veroorzaakt wordt door hypothyroïdie of nefrotisch syndroom, dient de onderliggende ziekte eerst te worden behandeld alvorens een behandeling met Rosuvastatine Biocon te starten.

#### Ras

Bij Aziatische patiënten laten farmacokinetische studies een toegenomen blootstelling zien in vergelijking met Kaukasiërs (zie rubrieken 4.2, 4.3 en 5.2).

#### Proteaseremmers:

Bij proefpersonen die rosuvastatine gelijktijdig kregen met verschillende proteaseremmers in combinatie met ritonavir is een verhoogde systemische blootstelling aan rosuvastatine waargenomen. De aandacht dient zowel uit te gaan naar het voordeel van lipidenverlaging door rosuvastatine bij HIV patiënten die proteaseremmers krijgen, alsmede naar de mogelijk verhoogde plasmaconcentraties bij aanvang van de therapie en bij ophoging van de dosering van rosuvastatine bij patiënten die worden behandeld met proteaseremmers. Gelijktijdig gebruik met bepaalde proteaseremmers wordt niet aangeraden tenzij de rosuvastatine dosering wordt aangepast (zie rubrieken 4.2 en 4.5)

#### Lactose intolerantie

Patiënten met zeldzame erfelijke galactose intolerantie, de Lapp lactase deficiëntie of glucose-galactose malabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken.

#### Interstitiële longaandoening

Uitzonderlijke gevallen van interstitiële longziekten zijn bij enkele statines gemeld, met name bij langdurige therapie (zie rubriek 4.8). De symptomen zijn onder meer dyspnoe, niet-productieve hoest en achteruitgang van de algehele gezondheid (vermoeidheid, gewichtsverlies en koorts). Indien vermoed wordt dat de patiënt interstitiële longziekte heeft ontwikkeld, dient de statinetherapie te worden gestaakt.

#### Diabetes mellitus

Er zijn gegevens beschikbaar die er op duiden dat statines als klasse, het bloedglucosegehalte verhogen. Bij sommige patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes kan een mate van hyperglykemie optreden waarbij behandeling zoals bij diabetes nodig is. Dit risico weegt echter niet op tegen de reductie van het vasculaire risico van statines en dient daarom geen reden te zijn om te stoppen

met de behandeling met statines. Patiënten met een verhoogd risico (nuchter glucose van 5,6 tot 6,9 mmol/l; BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>; verhoogde triglyceriden-waarden; hypertensie) dienen zowel klinisch als biochemisch in de gaten te worden gehouden, conform de nationale richtlijnen.

In de JUPITER studie was de gerapporteerde frequentie van diabetes mellitus 2,8% voor rosuvastatine en 2,3% voor placebo, voornamelijk bij patiënten met een nuchter glucose van 5,6 tot 6,9 mmol/l.

#### Pediatrische patiënten

De evaluatie van lineaire groei (lengte), gewicht, BMI (body mass index) en secundaire eigenschappen van seksuele ontwikkeling, op basis van Tanner stadia, bij pediatrische patiënten van 6 tot 17 jaar die werden behandeld met rosuvastatine, is beperkt tot een periode van 2 jaar. Na een studiedeelname gedurende 2 jaar werd geen effect gezien op groei, gewicht, BMI of seksuele ontwikkeling (zie rubriek 5.1).

In een klinische studie, waaraan kinderen en adolescenten deelnamen en gedurende 52 weken rosuvastatine werd gegeven, werden creatine kinase verhogingen > 10x ULN en spiersymptomen, na oefeningen of verhoogde fysieke inspanning, vaker waargenomen dan in klinische studies waaraan volwassenen deelnamen (zie rubriek 4.8).

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

#### Effecten van gelijktijdig toegediende geneesmiddelen op rosuvastatine

**Transporteiwitremmers:** Rosuvastatine is een substraat van bepaalde transporteiwitten, inclusief de hepatic uptake transporter OATP1B1 en efflux transporter BCRP. Gelijktijdige toediening van Rosuvastatine en geneesmiddelen die deze transporteiwitten remmen, kan resulteren in een verhoogde rosuvastatine plasmaconcentratie en een verhoogd risico op myopathie (zie rubrieken 4.2, 4.4 en 4.5 Tabel 1).

**Ciclosporine:** Gedurende gelijktijdige behandeling met rosuvastatine en ciclosporine werden gemiddeld 7- maal hogere plasmaconcentraties rosuvastatine waargenomen dan bij gezonde vrijwilligers (zie Tabel 1). Rosuvastatine is gecontra-indiceerd bij patiënten die gelijktijdig worden behandeld met ciclosporine (zie rubriek 4.3). Gelijktijdige toediening beïnvloedde de plasmaconcentraties van ciclosporine niet.

**Proteaseremmers:** Hoewel het mechanisme van interactie niet geheel bekend is, kan gelijktijdig gebruik van protease remmers de blootstelling aan rosuvastatine sterk verhogen (zie Tabel 1). In een farmacokinetische studie werd bijvoorbeeld gelijktijdige toediening van 10 mg rosuvastatine en een combinatieproduct van twee protease remmers (300 mg atazanavir / 100 mg ritonavir) aan gezonde vrijwilligers geassocieerd met een ongeveer drie- en zevenvoudige verhoging van respectievelijk de AUC en C<sub>max</sub> van rosuvastatine. Gelijktijdig gebruik van rosuvastatine en sommige combinaties van proteaseremmers kan worden overwogen na een zorgvuldige afweging van doseringsaanpassingen van rosuvastatine, gebaseerd op de verwachte toename van de blootstelling aan rosuvastatine (zie rubrieken 4.2, 4.4 en 4.5 Tabel 1).

**Gemfibrozil en andere lipidenverlagende producten:** Gelijktijdig gebruik van rosuvastatine en gemfibrozil leidde tot een 2-voudige toename van de C<sub>max</sub> en AUC van rosuvastatine (zie rubriek 4.4). Op basis van gegevens uit specifieke interactiestudies wordt er geen farmacokinetisch relevante interactie met fenofibraat verwacht, maar een farmacodynamische interactie kan optreden. Gemfibrozil, fenofibraat, andere fibraten en lipiden-verlagende doseringen van nicotinezuur (> of gelijk aan 1 g/dag), welke gelijktijdig met HMG-CoA reductase remmers zijn gegeven, verhogen het risico van myopathie, mogelijk omdat zij wanneer zij alleen worden gegeven myopathie kunnen veroorzaken. De 40 mg dosering is gecontra-indiceerd bij gelijktijdig gebruik van een fibraat (zie rubrieken 4.3 en 4.4). Deze patiënten dienen eveneens te starten met de 5 mg dosering.

**Ezetimibe:** Gelijktijdig gebruik van rosuvastatine 10 mg en 10 mg ezetimibe resulteerde in een 1,2-voudige toename van de AUC van rosuvastatine bij proefpersonen met hypercholesterolemie (Tabel 1).

Een farmacodynamische interactie, in termen van bijwerkingen, tussen rosuvastatine en ezetimibe kan niet worden uitgesloten (zie rubriek 4.4).

**Antacida:** Gelijktijdige toediening van rosuvastatine en een antacida-suspensie die aluminium en magnesium hydroxide bevatte, leidde tot een afname van de plasmaconcentratie van rosuvastatine met ongeveer 50%. Dit effect werd verminderd wanneer het antacidum 2 uur na rosuvastatine werd toegediend. De klinische relevantie van deze interactie is niet vastgesteld.

**Erytromycine:** Gelijktijdige toediening van rosuvastatine en erytromycine leidde tot een daling van de AUC met 20% en een daling van  $C_{max}$  met 30% van rosuvastatine. Deze interactie zou veroorzaakt kunnen worden door de toename van de darmmotiliteit door erytromycine.

**Cytochroom P450 enzymen:** Resultaten uit *in vitro* en *in vivo* onderzoek hebben aangetoond dat rosuvastatine noch een remmer, noch een induceerder van cytochroom P450 iso-enzymen is. Rosuvastatine is bovendien een slecht substraat voor deze iso-enzymen. Daarom worden geneesmiddelinteracties ten gevolge van cytochroom P450 gemedieerd metabolisme niet verwacht. Er zijn geen klinisch relevante interacties waargenomen tussen rosuvastatine en fluconazol (remmer van CYP2C9 en CYP3A4) of ketoconazol (remmer van CYP2A6 en CYP3A4).

**Interacties die een aanpassing van de rosuvastatine dosering vereisen (zie ook Tabel 1):** Wanneer het noodzakelijk is om rosuvastatine gelijktijdig te geven met andere geneesmiddelen waarvan bekend is dat deze de blootstelling aan rosuvastatine verhogen, dient de rosuvastatine dosering te worden aangepast. Wanneer de verwachte toename in blootstelling (AUC) ongeveer een tweevoud of hoger is, wordt gestart met een eenmaal daagse dosering rosuvastatine van 5 mg. De maximale dagelijkse dosis rosuvastatine dient dusdanig te worden aangepast zodat het aannemelijk is dat de verwachte blootstelling aan rosuvastatine niet hoger is dan de blootstelling bij een dagelijkse dosis van 40 mg rosuvastatine, ingenomen zonder interagerend geneesmiddel. Bijvoorbeeld een 20 mg dosis rosuvastatine met gemfibrozil (1,9-voudige toename) en een 10 mg dosis rosuvastatine met de combinatie atazanavir/ritonavir (3,1-voudige toename).

**Tabel 1. Effecten van gelijktijdig toegediende geneesmiddelen op de blootstelling aan rosuvastatine (AUC; op volgorde van afnemende verandering) uit gepubliceerde klinische studies**

| Interagerend geneesmiddel dosisregime  | Rosuvastatine dosisregime | Verandering van rosuvastatine AUC* |
|--|---------------------------|------------------------------------|
| Ciclosporine 75 mg BDD tot 200 mg BDD, 6 maanden   | 10 mg DD, 10 dagen        | 7,1-voudige ↑                      |
| Regorafenib 160 mg d.d., 14 dagen  | 5 mg, enkele dosis        | 3,8-voud ↑                         |
| Atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg DD, 8 dagen   | 10 mg, enkele dosis       | 3,1-voudige ↑                      |
| Velpatasvir 100 mg d.d.  | 10 mg, enkele dosis       | 2,7-voud ↑                         |
| Ombitasvir 25 mg/paritaprevir 150 mg/ritonavir 100 mg d.d./dasabuvir 400 mg b.d.d., 14 dagen | 5 mg, enkele dosis        | 2,6-voud ↑                         |
| Grazoprevir 200 mg/elbasvir 50 mg d.d., 11 dagen   | 10 mg, enkele dosis       | 2,3-voud ↑                         |
| Glecaprevir 400 mg/pibrentasvir 120 mg d.d., 7 dagen   | 5 mg d.d., 7 dagen        | 2,2-voud ↑                         |
| Simeprevir 150 mg DD, 7 dagen  | 10 mg, enkele dosis       | 2,8-voudige ↑                      |
| Lopinavir 400 mg/ritonavir 100 mg BDD, 17 dagen  | 20 mg DD, 7 dagen         | 2,1-voudige ↑                      |
| Clopidogrel 300 mg oplaaddosis, gevolgd door 75 mg na 24 uur                                 | 20 mg, enkele dosis       | 2-voudige ↑                        |
| Gemfibrozil 600 mg BDD, 7 dagen  | 80 mg, enkele dosis       | 1,9-voudige ↑                      |
| Eltrombopag 75 mg DD, 5 dagen  | 10 mg, enkele dosis       | 1,6-voudige ↑                      |
| Darunavir 600 mg/ritonavir 100 mg BDD, 7 dagen   | 10 mg DD, 7 dagen         | 1,5-voudige ↑                      |
| Tipranavir 500 mg/ritonavir 200 mg BDD, 11 dagen   | 10 mg, enkele dosis       | 1,4-voudige ↑                      |
| Dronedarone 400 mg BDD   | Niet beschikbaar          | 1,4-voudige ↑                      |
| Itraconazol 200 mg DD, 5 dagen   | 10 mg, enkele dosis       | **1,4-voudige ↑                    |
| Ezetimibe 10 mg DD, 14 dagen   | 10 mg DD, 14 dagen        | **1,2-voudige ↑                    |
| Fosamprenavir 700 mg/ritonavir 100 mg BDD, 8 dagen   | 10 mg, enkele dosis       | ↔                                  |



|                                  |                     |       |
|----------------------------------|---------------------|-------|
| Aleglitazar 0,3 mg, 7 dagen      | 40 mg, 7 dagen      | ↔     |
| Silymarin 140 mg TDD, 5 dagen    | 10 mg, enkele dosis | ↔     |
| Fenofibraat 67 mg TDD, 7 dagen   | 10 mg, 7 dagen      | ↔     |
| Rifampiner 450 mg DD, 7 dagen    | 20 mg, enkele dosis | ↔     |
| Ketoconazol 200 mg BDD, 7 dagen  | 80 mg, enkele dosis | ↔     |
| Fluconazol 200 mg DD, 11 dagen   | 80 mg, enkele dosis | ↔     |
| Erytromycine 500 mg QDD, 7 dagen | 80 mg, enkele dosis | 20% ↓ |
| Baicalin 50 mg TDD, 14 dagen     | 20 mg, enkele dosis | 47% ↓ |

\*Data weergegeven als x-voudige verandering representeert een eenvoudige verhouding tussen gelijktijdige toediening en toediening van alleen rosuvastatine. Data weergegeven als procentuele verandering representeert het procentuele verschil ten opzichte van alleen rosuvastatine.

Een toename wordt weergegeven als “↑”, geen verandering als “↔”, afname als “↓”.

\*\*Verschillende interactiestudies zijn uitgevoerd met verschillende Rosuvastatine doseringen, in deze tabel is de meest significante ratio weergegeven.

d.d. = eenmaal daags; b.d.d. = tweemaal daags; t.d.d.= driemaal daags; q.d.d.= viermaal daags

### Effecten van rosuvastatine op gelijktijdig toegediende geneesmiddelen

**Vitamine-K-antagonisten:** Evenals met andere HMG-CoA reductase remmers kan bij patiënten die gelijktijdig behandeld worden met vitamine K antagonist (bijvoorbeeld warfarine of een andere coumarine anticoagulans) het starten van een behandeling met rosuvastatine of een dosisverhoging leiden tot een stijging van International Normalised Ratio (INR). Staken of verlagen van de dosering van Rosuvastatine kan resulteren in een daling van INR. In zulke situaties is het wenselijk INR adequaat te volgen.

**Orale anticonceptiva/ hormoonsubstitutie therapie (HST):** Gelijktijdige toediening van Rosuvastatine en een oraal anticonceptivum leidde tot een stijging van de AUC van ethinylestradiol en norgestrel met respectievelijk 26 en 34%. Men dient bij het kiezen van een dosering van een oraal anticonceptivum rekening te houden met deze verhoogde plasmaspiegels. Er zijn geen farmacokinetische gegevens beschikbaar over patiënten die gelijktijdig Rosuvastatine en hormoonsubstitutie therapie gebruiken. Daarom kan een gelijksoortig effect niet worden uitgesloten. In klinisch onderzoek bij vrouwen is deze combinatie echter veel gebruikt en werd deze goed verdragen.

### **Overige geneesmiddelen:**

Digoxine: Op basis van gegevens uit specifieke interactiestudies wordt er geen klinisch relevante interactie met digoxine verwacht.

Fusidinezuur: Interactiestudies met rosuvastatine en fusidinezuur zijn niet uitgevoerd. Het risico van myopathie, waaronder rhabdomyolyse, kan stijgen bij de gelijktijdige toediening van fusidinezuur en statines. Het mechanisme van deze interactie (farmacodynamisch of farmacokinetisch of beide) is op dit moment nog onbekend. Er zijn gevallen van rhabdomyolyse (waaronder enkele met dodelijke afloop) bij patiënten die deze combinatie ontvingen.

Indien behandeling met systemisch fusidinezuur noodzakelijk is, dient de behandeling met rosuvastatine te worden gestaakt tijdens de duur van de fusidinezuurbehandeling. **Zie tevens rubriek 4.4**

**Pediatrische patiënten:** Onderzoek naar interacties is alleen bij volwassenen uitgevoerd. De omvang van interacties in de pediatrische populatie is onbekend.

## **4.6 Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding**

Rosuvastatine Biocon is gecontra-indiceerd tijdens zwangerschap en borstvoeding.

Vrouwen in de vruchtbare leeftijd moeten geschikte anticonceptieve maatregelen nemen.

Cholesterol en andere producten van de cholesterolsynthese zijn essentieel voor de ontwikkeling van de foetus. De mogelijke risico's van het remmen van HMG-CoA reductase doen de voordelen van de

behandeling tijdens zwangerschap teniet. Dierexperimentele studies verschaffen beperkt bewijs voor reproductietoxiciteit (zie rubriek 5.3). Indien een patiënt zwanger wordt tijdens het gebruik van dit product, dient de behandeling onmiddellijk te worden gestaakt.

Bij ratten wordt rosuvastatine uitgescheiden via de moedermelk. Bij mensen zijn geen gegevens beschikbaar over uitscheiding via de moedermelk (zie rubriek 4.3)

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

Er zijn geen studies uitgevoerd om het effect van rosuvastatine op de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen vast te stellen. Op basis van de farmacodynamische eigenschappen is het echter onwaarschijnlijk dat rosuvastatine hier invloed op heeft. Bij het besturen van voertuigen en het bedienen van machines moet men er echter rekening mee houden dat soms duizeligheid kan optreden.

#### 4.8 Bijwerkingen

De bijwerkingen op rosuvastatine zijn over het algemeen mild en van voorbijgaande aard. Minder dan 4% van de patiënten die behandeld werden met rosuvastatine in gecontroleerd klinisch onderzoek, stopten met het onderzoek vanwege bijwerkingen.

##### Tabel van bijwerkingen

In de volgende tabel is het bijwerkingenprofiel van rosuvastatine weergegeven, gebaseerd op data uit klinische studies en uitgebreide post-marketing ervaring. De bijwerkingen die hieronder zijn weergegeven zijn gerangschikt op frequentie en systeemorgaanklasse (SOK).

De frequenties van de bijwerkingen worden als volgt gerangschikt: Vaak ( $\geq 1/100$  tot  $< 1/10$ ); Soms ( $\geq 1/1000$  tot  $< 1/100$ ); Zelden ( $\geq 1/10.000$  tot  $< 1/1000$ ); Zeer zelden ( $< 1/10.000$ ); Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald).

**Tabel 2. Bijwerkingen gebaseerd op data uit klinische studies en post-marketing ervaring**

| Systeemorgaan klasse                       | Vaak                           | Soms | Zelden   | Zeer zelden                        | Niet bekend  |
|--|--------------------------------|------|--|------------------------------------|--|
| <i>Bloed- en lymfestelsel aandoeningen</i> |                                |      | trombocytopenie                                  |                                    |  |
| <i>Immuunsysteem aandoeningen</i>          |                                |      | overgevoeligheid reacties waaronder angio-oedeem |                                    |  |
| <i>Endocriene aandoeningen</i>             | diabetes mellitus <sup>1</sup> |      |  |                                    |  |
| <i>Psychische aandoeningen</i>             |                                |      |  |                                    | depressie  |
| <i>Zenuwstelsel aandoeningen</i>           | hoofdpijn, duizeligheid        |      |  | polyneuropathie<br>geheugenverlies | perifere neuropathie<br><br>slaap stoornissen (waaronder slapeloosheid en nachtmerries)<br><br>Myasthenia gravis |
| <i>Oogaandoeningen</i>                     |                                |      |  |                                    | Oculaire myasthenie  |
| <i>Ademhaling-</i>                         |                                |      |  |                                    | hoesten  |

| <b>Systeemorgaan klasse</b>   | <b>Vaak</b>                                      | <b>Soms</b>                             | <b>Zelden</b>  | <b>Zeer zelden</b>     | <b>Niet bekend</b>   |
|---|--|---|--|------------------------|--|
| <i>Borstkas- en mediastinum aandoeningen</i>  |  |   |  |                        | dyspneu  |
| <i>Maagdarmsstelsel aandoeningen</i>  | constipatie<br>misselijkheid<br>buikpijn<br>pijn |   | pancreatitis   |                        | diarree  |
| <i>Lever-en galwegen aandoeningen</i>   |  |   | verhoogde lever<br>transaminasen   | geelzucht<br>hepatitis |  |
| <i>Huid- en onderhuid aandoeningen</i>  |  | pruritus,<br>uitslag<br>en<br>urticaria |  |                        | Stevens-<br>Johnson<br>syndroom  |
| <i>Skeletspierstelsel- en bindweefselaandoeningen</i>   | myalgie  |   | myopathie<br>(waaronder<br>myositis) en<br>rhabdomyolyse.<br><br>lupus-achtige<br>syndroom<br><br>Gescheurde spier | artralgie              | pees<br>afwijkingen<br>soms<br>gecompliceerd door<br>ruptuur<br><br>immuungemedieerde<br>necrotiserende<br>myopathie |
| <i>Nier- en urinewegaandoeningen</i>  |  |   |  | hematurie              |  |
| <i>Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen</i>  |  |   |  | Gynaecomastie          |  |
| <i>Algemene aandoeningen en toedieningsplaats stoornissen</i>   | asthenie   |   |  |                        | oedeem   |
| <sup>1</sup> De frequentie is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van risicofactoren (nuchter glucose $\geq$ 5.6 mmol/L, BMI $>$ 30 kg/m <sup>2</sup> , verhoogde triglyceriden, geschiedenis van hypertensie) |  |   |  |                        |  |

Net zoals bij andere HMG-CoA reductase remmers lijkt de frequentie van de bijwerkingen dosisafhankelijk te zijn.

**Effecten op de nieren:** Proteïnurie, voornamelijk van tubulaire aard, is met een ‘dipstick test’ waargenomen bij patiënten die werden behandeld met rosuvastatine. Verschuiving van het urine-eiwit dipstick-testuitslag van “afwezig of sporen” naar “++” of meer is waargenomen bij  $<$  1 % van de patiënten op een bepaald ogenblik tijdens de behandeling met 10 en 20 mg en bij ongeveer 3 % van de patiënten behandeld met 40 mg. Een kleine toename in de verschuiving van “geen of spoor” tot “+” werd waargenomen met een dosering van 20 mg. In de meeste gevallen vermindert of verdwijnt de proteïnurie spontaan bij voortzetting van de behandeling. Analyse van de tot nu toe beschikbare data, uit klinische onderzoeken en post-marketing ervaring, hebben geen causaal verband kunnen identificeren tussen proteïnurie en acute of progressieve nierziekte.

Hematurie is waargenomen bij patiënten die worden behandeld met rosuvastatine en klinische onderzoeksdata tonen aan dat het voorkomen hiervan laag is.

**Effecten op de skeletspieren:** Effecten op de skeletspieren zoals bijvoorbeeld myalgie, myopathie (inclusief myositis) en zelden rhabdomyolyse, met en zonder acuut nierfalen, zijn waargenomen bij patiënten die met rosuvastatine werden behandeld met alle doseringen, met name met doseringen  $>$  20 mg.

Een dosisgerelateerde verhoging van de CK spiegels is bij patiënten die rosuvastatine gebruiken waargenomen; de meerderheid van de gevallen waren mild, asymptomatisch en van voorbijgaande aard. Indien CK spiegels zijn verhoogd ( $>$ 5 x ULN), dient de behandeling te worden gestaakt (zie rubriek 4.4).

**Effecten op de lever:** Evenals bij andere HMG-CoA reductase remmers werd bij een klein aantal patiënten dat rosuvastatine gebruikt een dosisafhankelijke toename van de transaminasen waargenomen. De meerderheid van deze gevallen was mild, asymptomatisch en van voorbijgaande aard.

De volgende bijwerkingen werden bij sommige statines gemeld:

Seksuele dysfunctie

Uitzonderlijke gevallen van interstitiële longziekte, met name bij langdurige behandeling (zie rubriek 4.4).

Het aantal meldingen van rhabdomyolyse, ernstige nierproblemen en ernstige leverproblemen (voornamelijk bestaand uit verhoogde levertransaminasen) zijn hoger bij de 40 mg dosering.

**Pediatrische patiënten:** In een klinische studie, waaraan kinderen en adolescenten deelnamen en gedurende 52 weken rosuvastatine werd gegeven, werden creatine kinase verhogingen > 10x ULN en spiersymptomen, na oefeningen of verhoogde fysieke inspanning, vaker waargenomen dan bij klinische studies waaraan volwassenen deelnamen (zie rubriek 4.4). In andere opzichten bleek het veiligheidsprofiel van rosuvastatine bij kinderen en adolescenten vergelijkbaar met dat van volwassenen.

#### **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](http://www.lareb.nl)

## **4.9 Overdosering**

Er is geen specifieke behandeling van een overdosering. De patiënt moet in geval van overdosering symptomatisch worden behandeld. Indien nodig moeten ondersteunende maatregelen worden toegepast. Leverfunctie en CK-spiegels dienen te worden gevolgd. Hemodialyse levert waarschijnlijk geen voordeel op.

## **5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN**

### **5.1 Farmacodynamische eigenschappen**

**Farmacotherapeutische categorie:** HMG-CoA reductase-remmers

**ATC code:** C10AA07

#### **Werkingsmechanisme**

Rosuvastatine is een selectieve en competitieve remmer van HMG-CoA reductase, het snelheidsbepalende enzym dat 3-hydroxy-3-methyl-glutaryl-coënzym A in mevalonzuur omzet, een voorloper van cholesterol. De voornaamste plaats van werking van rosuvastatine is de lever, het doelorgaan voor de verlaging van cholesterol.

Rosuvastatine verhoogt het aantal LDL-receptoren op het celoppervlak van de lever en versterkt de opname, zowel als afbraak, van LDL. Tevens remt rosuvastatine de synthese van VLDL in de lever, waardoor het totale aantal VLDL en LDL deeltjes vermindert.

#### **Farmacodynamische effecten**

Rosuvastatine reduceert een verhoogd LDL-cholesterol, totaal cholesterol en triglyceriden en verhoogt het HDL-cholesterol. Het verlaagt eveneens ApoB, non HDL-C, VLDL-C, VLDL-TG en verhoogt ApoA-I (zie tabel 3). Rosuvastatine verlaagt ook de LDL-C/HDL-C, TC/HDL-C, non HDL-C/HDL-C en de ApoB/ApoA-I ratio's.

**Tabel 3 Dosis respons bij patiënten met primaire hypercholesterolemie (type IIa en IIb) (gecorrigeerd gemiddeld percentage ten opzichte van de baseline)**

| Dosis   | N  | LDL-C | Total-C | HDL-C | TG  | nonHDL-C | ApoB | ApoA-I |
|---------|----|-------|---------|-------|-----|----------|------|--------|
| Placebo | 13 | -7    | -5      | 3     | -3  | -7       | -3   | 0      |
| 5       | 17 | -45   | -33     | 13    | -35 | -44      | -38  | 4      |
| 10      | 17 | -52   | -36     | 14    | -10 | -48      | -42  | 4      |
| 20      | 17 | -55   | -40     | 8     | -23 | -51      | -46  | 5      |
| 40      | 18 | -63   | -46     | 10    | -28 | -60      | -54  | 0      |

Binnen 1 week na start van de therapie wordt therapeutisch effect behaald. Binnen 2 weken wordt 90% van het maximale effect bereikt. Binnen 4 weken wordt meestal het maximale effect bereikt en blijft daarna gehandhaafd.

### **Klinische werkzaamheid en veiligheid**

Rosuvastatine is effectief bij volwassenen met hypercholesterolemie eventueel gecombineerd met hypertriglyceridemie. Dit is onafhankelijk van ras, geslacht of leeftijd. Rosuvastatine is ook effectief bij patiënten met diabetes of familiale hypercholesterolemie.

Uit gepoolde fase III gegevens blijkt dat bij de meerderheid van de patiënten met type IIa en IIb hypercholesterolemie (gemiddelde uitgangswaarden van LDL-C ongeveer 4,8 mmol/l) rosuvastatine effectief is bij de behandeling naar de streefwaarde, zoals geformuleerd door de European Atherosclerosis Society (EAS; 1998). Ongeveer 80% van de patiënten die werden behandeld met 10 mg, bereikte de EAS streefwaarde voor LDL-C spiegels (<3 mmol/l).

In een grote studie, met een opgelegd titratieschema, kregen 435 patiënten met heterozygote familiale hypercholesterolemie 20 tot 80 mg rosuvastatine. Alle doseringen vertoonden een gunstig effect op zowel de lipidenparameters als op het behalen van de van tevoren vastgestelde streefwaarde van de behandeling. LDL-C werd met 53% gereduceerd na een titratie tot een dagelijkse dosering van 40 mg (12 weken behandeling). Drieëndertig procent (33%) van de patiënten bereikte de EAS streefwaarde voor LDL-C spiegels (<3 mmol/l).

In een open-labelstudie, met een opgelegd titratieschema, kregen 42 patiënten (waaronder 8 pediatrische patiënten) met homozygote familiale hypercholesterolemie doseringen van 20 tot 40 mg rosuvastatine. Bij de totale populatie was de gemiddelde LDL-C verlaging 22%.

In klinisch onderzoek met een beperkt aantal patiënten is aangetoond dat rosuvastatine een additioneel effect heeft bij het verlagen van triglyceriden wanneer het in combinatie met fenofibraat wordt gebruikt en een additioneel effect heeft bij het verhogen van HDL-C spiegels wanneer het in combinatie met nicotinezuur wordt gebruikt (zie rubriek 4.4).

In een multi-centrum, dubbel blind, placebogecontroleerde klinische studie (METEOR), zijn 984 patiënten tussen 45 en 70 jaar en met een laag risico op coronaire hartziekte (gedefinieerd als Framingham 10 jaars risico < 10%), met een gemiddeld LDL-C van 4,0 mmol/l (154,5 mg/dL), maar met subklinische atherosclerose (bepaald d.m.v. de 'Carotid Intima Media Thickness' (CIMT)) gerandomiseerd naar 40 mg rosuvastatine eenmaal daags of placebo en gevolgd gedurende twee jaar. Rosuvastatine vertraagde de progressie van de maximale CIMT van de 12 plaatsen van de halsslagader significant in vergelijking met placebo met  $-0,0145$  mm/jaar [95% betrouwbaarheidsinterval  $-0,0196$ ,  $-0,0093$ ;  $p < 0,0001$ ]. De verandering ten opzichte van de uitgangswaarde was  $-0,0014$  mm/jaar ( $-0,12\%$  per jaar (niet significant)) voor rosuvastatine in vergelijking met een progressie van  $+0,0131$  mm/jaar ( $1,12\%$  per jaar ( $p < 0,0001$ )) voor placebo. Een directe correlatie tussen CIMT afname en reductie van het risico op cardiovasculaire aandoeningen is nog niet aangetoond. De studiepopulatie van de METEOR bestond uit patiënten met een laag risico op coronaire hartziekte en is niet representatief voor de populatie waar

Rosuvastatine 40 mg voor is bedoeld. De 40 mg dosering dient alleen te worden voorgeschreven aan patiënten met ernstige hypercholesterolemie en een verhoogd cardiovasculair risico (zie rubriek 4.2).

Tijdens de “Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: An Intervention Trial Evaluating Rosuvastatine” (JUPITER) studie, werd het effect van rosuvastatine op de prevalentie van ernstige atherosclerotische cardiovasculaire voorvallen beoordeeld bij 17802 mannen ( $\geq 50$  jaar) en vrouwen ( $\geq 60$  jaar).

Deelnemers aan de studie werden willekeurig verdeeld in twee groepen die placebo (n=8901) of eenmaaldaags 20 mg rosuvastatine (n=8901) ontvingen en daarna werden gevolgd voor een gemiddelde tijdsduur van 2 jaar.

De LDL-cholesterol concentratie werd gereduceerd met 45% ( $p < 0.001$ ) in de rosuvastatinegroep, ten opzichte van de placebogroep.

In een post-hocanalyse van een hoog-risico subpopulatie met een basislijn Framingham risicoscore  $> 20\%$  (1558 patiënten) werd een significante reductie van het gecombineerde eindpunt overlijden ten gevolge van cardiovasculaire aandoeningen, beroerte en hartinfarct ( $p=0.028$ ) waargenomen voor de rosuvastatine behandeling versus placebo. De absolute risicoreductie in het aantal voorvallen per 1000 patiënt-jaren was 8.8. De totale mortaliteit was onveranderd in deze hoog-risicogroep ( $p=0.193$ ). In een post-hocanalyse van een hoog-risicosubgroep van patiënten (9302 patiënten) met een basislijn SCORE-risico van 5% (geëxtrapoleerd zodat ook patiënten boven 65 jaar werden ingesloten), werd een significante reductie waargenomen van het gecombineerde eindpunt overlijden ten gevolge van cardiovasculaire aandoeningen, beroerte en myocard infarct ( $p=0.0003$ ) voor de rosuvastatine behandeling versus placebo. De absolute risicoreductie in het aantal voorvallen per 1000 patiënt-jaren was 5.1. De totale mortaliteit was onveranderd in deze hoog-risicogroep ( $p=0.076$ ).

In de JUPITER-studie stopte 6,6% van de rosuvastatinepatiënten en 6,2% van de placebopatiënten met de studiemedicatie ten gevolge van een bijwerking. De meest voorkomende bijwerkingen die leiden tot uitvallen waren: myalgie (0,3% rosuvastatine en 0,2% placebo), buikpijn (0,03% rosuvastatine en 0,02% placebo) en uitslag (0,02% rosuvastatine en 0,03% placebo). De meest voorkomende bijwerkingen met een frequentie groter dan of gelijk aan placebo waren urineweginfectie (8,7% rosuvastatine en 8,6% placebo), nasofaryngitis (7,6% rosuvastatine en 7,2% placebo), rugpijn (7,6% rosuvastatine en 6,9% placebo) en myalgie (7,6% rosuvastatine en 6,6% placebo).

### **Pediatrische patiënten**

In een dubbelblinde, gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde, 12 weken durende studie met meerdere centra (n=176, 97 mannelijk en 79 vrouwelijk) ontvingen patiënten tussen de 10 en 17 jaar (Tanner stadium II-V, vrouwelijke patiënten tenminste 1 jaar post-menarche) met heterozygote familiale hypercholesterolemie dagelijks 5, 10 of 20 mg of placebo. Aansluitend kreeg iedereen (n=173, 96 mannelijk en 77 vrouwelijk), gedurende 40 weken rosuvastatine (open-label, rosuvastatine dosistitratie fase). Bij de aanvang van de studie waren circa 30% van de patiënten van de leeftijd 10 tot 13 jaar en ongeveer 17%, 18%, 40% en 25% in Tanner stadium II, III, IV en V, respectievelijk.

Het LDL-C werd gereduceerd met 38,3%, 44,6% en 50,0% bij rosuvastatine 5, 10 en 20 mg respectievelijk, versus 0,7% bij placebo.

Aan het eind van de 40 weken, open-label, titratiefase, met doseringen tot een maximum van 20 mg eenmaaldaags, hadden 70 van de 173 patiënten (40,5%) hun LDL-C streefwaarde kleiner dan 2,8 mmol/l bereikt.

Na een studiedeelname gedurende 52 weken werd geen effect gezien op groei, gewicht, BMI of seksuele ontwikkeling (zie rubriek 4.4). Deze studie (n=176) was niet geschikt om een vergelijking te maken van zeldzame bijwerkingen.

Rosuvastatine werd ook bestudeerd in een 2 jaar durende, open-label, titratie-tot-doel studie bij 198 kinderen met heterozygote familiale hypercholesterolemie (leeftijd 6 tot 17 jaar, 88 jongens en 110

meisjes, Tanner stadium <II-V). De startdosering was voor alle patiënten 5 mg rosuvastatine, eenmaal daags. Patiënten met een leeftijd van 6 tot 9 jaar (n=64) konden getitreerd worden tot een maximale dosis van 10 mg, eenmaal daags en patiënten met een leeftijd van 10 tot 17 jaar (n=134) tot een maximale dosis van 20 mg, eenmaal daags.).

Na 24 maanden behandelen met rosuvastatine, was de gemiddelde procentuele afname (kleinste kwadraten) in LDL-C ten opzichte van baseline -43% (Baseline: 236 mg/dl, Maand 24: 133 mg/dl). Voor de verschillende leeftijdsgroepen (6 tot <10 jaar, 10 tot <14 jaar en 14 tot <18 jaar) waren de gemiddelde procentuele reducties (kleinste kwadraten) in LDL-C ten opzichte van baseline respectievelijk: -43% (Baseline: 234 mg/dl, Maand 24: 124 mg/dl), -45% (Baseline: 234 mg/dl, 124 mg/dl) en -35% (Baseline: 241 mg/dl, Maand 24: 153 mg/dl).

Rosuvastatine 5 mg, 10 mg en 20 mg resulteerde eveneens in statistisch significante gemiddelde veranderingen ten opzichte van baseline voor de volgende secundaire lipide en lipoproteïne variabelen: HDL-C, TC, non-HDL-C, LDL-C/HDL-C, TC/HDL-C, TG/HDL-C, non-HDL-C/HDL-C, ApoB, ApoB/ApoA-1. Deze veranderingen waren allemaal in de richting van een verbeterde lipidenrespons en hielden aan gedurende 2 jaar.

Er werd geen effect waargenomen op groei, gewicht, BMI of seksuele ontwikkeling na 24 maanden behandelen (zie rubriek 4.4).

Rosuvastatine, werd bestudeerd in een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde, multicenter, cross-over studie, 20 mg eenmaal daags versus placebo, in 14 kinderen en adolescenten (met een leeftijd van 6 tot 17 jaar) met homozygote familiale hypercholesterolemie. Het onderzoek omvatte een vier weken durende introductiefase van een behandeling met een dieet en rosuvastatine 10 mg, een cross-over fase bestaande uit een behandelperiode van 6 weken met 20 mg rosuvastatine voorafgegaan of gevolgd door een behandelperiode van 6 weken met placebo, en een 12 weken durende onderhoudsfase waarin alle patiënten werden behandeld met 20 mg rosuvastatine. Patiënten die bij aanvang van de studie behandeld werden met ezetimibe of een afarese behandeling ondergingen, hebben deze behandeling voortgezet tijdens de studie.

Een statistisch significante ( $p=0.005$ ) reductie van LDL-C (22.3%, 85.4 mg/dL of 2.2 mmol/L) is waargenomen na een behandeling van 6 weken met 20 mg rosuvastatine versus placebo. Statistisch significante reducties van totaal cholesterol (20.1%,  $p=0.003$ ), non HDL-C (22.9%,  $p=0.003$ ) en ApoB (17.1%,  $p=0.024$ ) zijn waargenomen. Reducties van TG, LDL-C/HDL-C, totaal cholesterol/HDL-C, non HDL-C/HDL-C en ApoB/ApoA-1 zijn ook waargenomen na een behandeling van zes weken met 20 mg rosuvastatine versus placebo. De afname van LDL-C na zes weken behandeling met 20 mg rosuvastatine na een behandeling van zes weken met een placebo, hield gedurende 12 weken gecontinueerde therapie aan. Eén patiënt had een verdere afname van LDL-C (8.0%), totaal cholesterol (6.7%) en non-HDL-C (7.4%) na zes weken behandeling met 40 mg na dosisverhoging.

Gedurende een verlengde, open-label behandeling in 9 van deze patiënten met 20 mg rosuvastatine tot 90 weken, bleef de LDL-C afname in het bereik van 12.1% tot 21.3%.

In de 7 evalueerbare kinderen en adolescenten met homozygote familiale hypercholesterolemie (met een leeftijd van 8 tot 17 jaar) uit de open-label studie met opgelegd titratieschema (zie hierboven), waren de procentuele afnames van LDL-C (21.0%), totaal cholesterol (19.2%), en non HDL-C (21.0%) in vergelijking met baseline, na zes weken behandeling met 20 mg rosuvastatine, consequent met hetgeen waargenomen in de eerder vermeldde studie in kinderen en adolescenten met homozygote familiale hypercholesterolemie.

Het Europees Geneesmiddelenbureau heeft besloten af te zien van de verplichting voor de fabrikant om de resultaten in te dienen van onderzoek met rosuvastatine in alle subgroepen van pediatrie patiënten voor de behandeling van homozygote familiale hypercholesterolemie, primaire gemengde

(gecombineerde) dyslipidemie en voor de preventie van cardiovasculaire voorvallen (zie rubriek 4.2 voor informatie over pediatrisch gebruik).

## 5.2 Farmacokinetische eigenschappen

**Absorptie:** Ongeveer 5 uur na inname treedt de maximale plasmaconcentratie van rosuvastatine op. De absolute biologische beschikbaarheid is ongeveer 20%.

**Distributie** Rosuvastatine wordt uitgebreid door de lever opgenomen. De lever is de voornaamste plaats van cholesterolsynthese en de klaring van LDL-C. Het distributievolume van rosuvastatine is ongeveer 134 L. Rosuvastatine wordt voor ongeveer 90% aan plasma-eiwitten gebonden, met name aan albumine.

**Metabolisme:** Rosuvastatine wordt voor een klein deel (ongeveer 10%) gemetaboliseerd. *In vitro* metabolisme studies, waarbij gebruik gemaakt wordt van humane hepatocyten, duiden erop dat rosuvastatine een slecht substraat voor cytochroom P450 gemedieerd metabolisme is. CYP2C9 is het voornaamste betrokken iso-enzym. 2C19, 3A4 en 2D6 waren in mindere mate betrokken. De voornaamste geïdentificeerde metabolieten zijn de N-desmethyl- en de lactonmetabolieten. De N-desmethylmetabooliet is ongeveer 50% minder actief dan rosuvastatine, terwijl de lactonvorm als klinisch inactief kan worden beschouwd. Rosuvastatine is voor meer dan 90% verantwoordelijk voor de circulerende HMG-CoA reductase remmer activiteit.

**Excretie:** Ongeveer 90% van de dosering rosuvastatine wordt onveranderd uitgescheiden met de faeces (bestaande uit geabsorbeerd en niet-geabsorbeerd actieve stof); het restant wordt met de urine uitgescheiden. Ongeveer 5% wordt onveranderd in de urine uitgescheiden. De plasmaeliminatie-halfwaardetijd is ongeveer 19 uur. De eliminatie-halfwaardetijd neemt niet toe bij hogere doseringen. De geometrisch gemiddelde plasmaklaring is ongeveer 50 liter/uur (variatiecoëfficiënt 21,7%). Evenals bij andere HMG-CoA reductase remmers is het membraantransporteiwit OATP-C betrokken bij de opname van rosuvastatine door de lever. Dit transporteiwit is belangrijk bij de eliminatie van rosuvastatine door de lever.

**Lineariteit:** Systemische blootstelling aan rosuvastatine neemt evenredig toe met de dosering. Er zijn geen veranderingen in farmacokinetische parameters na herhaalde dagelijkse doseringen.

### Speciale populaties:

**Leeftijd en geslacht:** Er is geen klinisch relevant effect van leeftijd of geslacht op de farmacokinetiek van rosuvastatine bij volwassenen. De blootstelling bij kinderen en adolescenten met heterozygote familiale hypercholesterolemie lijkt vergelijkbaar of lager te zijn dan die bij volwassen patiënten met dyslipidemie (zie "Pediatrische patiënten" hieronder).

**Ras:** Bij Aziatische patiënten (Japanse, Chinese, Filipijnse, Vietnamese en Koreaanse) laten farmacokinetische studies ongeveer een 2-voudige toename van de mediane AUC en  $C_{max}$  zien in vergelijking met Kaukasiërs. Aziatisch-Indiase patiënten laten een verhoging van ongeveer 1,3-keer zien in de mediane AUC en  $C_{max}$ . Een farmacokinetische analyse van de populatie wijst niet op klinische relevante verschillen in de farmacokinetiek tussen Kaukasiërs en negroïde bevolkingsgroepen.

**Nierinsufficiëntie:** In een onderzoek bij patiënten met verschillende gradaties van nierinsufficiëntie had milde tot matige nierinsufficiëntie geen invloed op de plasmaconcentratie van rosuvastatine of de N-desmethylmetabooliet. Patiënten met ernstige nierinsufficiëntie ( $CrCl < 30$  ml/min) hadden echter een drievoudige toename van de plasmaconcentratie en een negenvoudige toename van de N-desmethylmetaboolietconcentratie in vergelijking met gezonde vrijwilligers. Bij patiënten die hemodialyse ondergaan was de plasmaconcentratie van rosuvastatine bij steady state ongeveer 50% hoger in vergelijking met gezonde vrijwilligers.

**Leverinsufficiëntie:** In klinisch onderzoek bij patiënten met verschillende gradaties van leverinsufficiëntie is geen bewijs gevonden voor een verhoogde blootstelling aan rosuvastatine bij



patiënten met Child-Pugh score van 7 of lager. Echter bij twee patiënten met Child-Pugh scores van 8 en 9 is een toename van de systemische blootstelling waargenomen die tenminste verdubbeld is in vergelijking met patiënten met lagere Child-Pugh scores. Er is geen ervaring bij patiënten met Child-Pugh scores hoger dan 9.

**Genetische polymorfismen:** Dispositie van HMG-CoA reductase remmers, inclusief rosuvastatine, betreft OATP1B1 en BCRP transporteiwitten. Bij patiënten met SLCO1B1 (AOTP1B1) en/of ABCG2 (BCRP) genetische polymorfieën bestaat een risico op verhoogde blootstelling aan rosuvastatine. Individuele polymorfie van SLCO1B1 c.521CC en ABCG2c.421AA is geassocieerd met een grotere rosuvastatine blootstelling (AUC) ten opzichte van SLCO1B1 c.521TT of ABCG2 c.421CC genotypen. Dit specifieke genotype is niet klinisch vastgesteld, maar voor patiënten waarvan bekend is dat zij deze polymorfismen bezitten wordt een lagere dagelijkse dosering Rosuvastatine Biocon aanbevolen.

**Pediatrie patiënten:** Twee farmacokinetische onderzoeken met rosuvastatine (gegeven als tabletten) bij pediatrie patiënten met heterozygote familiale hypercholesterolemie van 10 tot 17 of 6 tot 17 jaar (totaal van 214 patiënten) hebben aangetoond dat blootstelling bij pediatrie patiënten vergelijkbaar of lager lijkt dan die bij kinderen. volwassen patiënten. De blootstelling aan rosuvastatine was voorspelbaar met betrekking tot de dosis en de tijd gedurende een periode van 2 jaar.

### 5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheidsonderzoek

Preklinische gegevens duiden niet op een speciaal risico voor mensen. Deze gegevens zijn afkomstig van conventioneel onderzoek op het gebied van farmacologie, genotoxiciteit carcinogeen potentieel. Specifieke testen naar de effecten op hERG zijn niet beoordeeld. De volgende bijwerkingen zijn niet naar voren gekomen tijdens klinische studies, maar werden wel waargenomen in dieren bij blootstelling aan doseringen die vergelijkbaar zijn met klinische doseringen: In studies op het gebied van toxiciteit bij herhaalde dosering werden histopathologische veranderingen in de lever van muizen en ratten waargenomen, waarschijnlijk als gevolg van de farmacologische werking van rosuvastatine. Bij honden, maar niet in apen werd in mindere mate een effect op de galblaas waargenomen. Bij hogere doseringen werd toxiciteit op de testikels waargenomen bij apen en honden. Reproductietoxiciteit is waargenomen bij ratten, met een verminderd aantal jongen, een verminderd geboortegewicht en verminderde overleving van de jongen als gevolg. Deze effecten werden waargenomen, bij voor de moeder toxische doseringen (systemische blootstelling enkele malen boven het therapeutische blootstellingsniveau).

## 6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS

### 6.1 Lijst van hulpstoffen

#### Tabletkern

Calciumfosfaat  
Cellulose, microkristallijn (Type 102) (E460)  
Lactose monohydraat  
Crospovidon (Type A) (E1202)  
Magnesiumstearaat (E572)

#### Filmomhulling

Lactosemonohydraat  
Hypromellose (E464)  
Titaniumdioxide E171  
Triacetine (E1518)  
IJzeroxide geel (E172)  
IJzeroxide rood (E172)

### 6.2 Gevallen van onverenigbaarheid

Niet van toepassing.

### **6.3 Houdbaarheid**

3 jaar

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

Voor OPA/Al/PVC-Al blisterverpakkingen  
Bewaren beneden 30°C.

Voor HDPE tablettencontainers  
Voor dit geneesmiddel zijn er geen speciale bewaarcondities.

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

Blisterverpakkingen:

Voor 5 mg, 10 mg en 20 mg: OPA/Al/PVC-Al blisterverpakkingen in verpakkingen van 14, 28, 30, 90 of 100 filmomhulde tabletten.

Voor 40mg: OPA/Al/PVC-Al blisterverpakkingen in verpakkingen van 7, 14, 28, 30, 90 of 100 filmomhulde tabletten.

Tablettencontainers:

Voor 5 mg, 10 mg, 20 mg en 40 mg: Witte ondoorzichtige HDPE tablettencontainer met een witte ondoorzichtige PP sluiting met een silica gel droogmiddel in verpakkingen van 30 of 90 filmomhulde tabletten.

Niet alle verpakkingsgrootten worden in de handel gebracht.

### **6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen**

Geen bijzondere vereisten.

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

Biocon Pharma Malta I Limited  
The Victoria Centre, Unit 2,  
Lower Ground Floor, Valletta road,  
Mosta MST 9012,  
Malta

## **8. NUMMERS VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN**

|  |            |
|--|------------|
| Rosuvastatine Biocon 5 mg filmomhulde tabletten  | RVG 116691 |
| Rosuvastatine Biocon 10 mg filmomhulde tabletten | RVG 116692 |
| Rosuvastatine Biocon 20 mg filmomhulde tabletten | RVG 116693 |
| Rosuvastatine Biocon 40 mg filmomhulde tabletten | RVG 116694 |

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

Datum van eerste verlening van de vergunning: 18 april 2016

Datum van laatste verlenging: 3 februari 2021

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

Laatste gedeeltelijke wijziging betreft de rubrieken 4.4 en 4.8: 14 april 2023