

ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Trisuva 5 mg/ml Infusionslösung

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

1 ml Infusionslösung enthält 5 mg Treprostinil als Treprostinil-Natrium.

Jede Durchstechflasche mit 10 ml Infusionslösung enthält 50 mg Treprostinil als Treprostinil-Natrium

Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:

Natrium: maximal 39,1 mg pro Durchstechflasche

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Infusionslösung zur subkutanen oder intravenösen Anwendung.

Klare, farblose bis leicht gelbe Lösung.

pH-Wert: 6,0 bis 7,2

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Behandlung von idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) zur Verbesserung der Belastbarkeit und zur Milderung der Krankheitssymptome bei Patienten mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III.

Trisuva wird angewendet bei Erwachsenen (ab 18 Jahren).

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Trisuva wird mittels subkutaner oder intravenöser Dauerinfusion verabreicht. Aufgrund der Risiken im Zusammenhang mit zentralen Dauervenvenverweilkathetern, einschließlich schweren Bakteriämien, ist die subkutane Infusion (unverdünnt) die bevorzugte Art der Verabreichung. Die intravenöse Dauerinfusion soll Patienten vorbehalten bleiben, die mit einer subkutanen Treprostinil-Infusion stabilisiert wurden und die die subkutane Gabe nicht vertragen und bei denen diese Gefahren als akzeptabel angesehen werden.

Die Behandlung ist von Fachärzten, die erfahren sind in der Behandlung einer pulmonalen Hypertonie, einzuleiten und zu kontrollieren.

Dosierung

Erwachsene

Behandlungsbeginn bei Patienten mit erstmaliger Prostazyklintherapie

Die Behandlung ist unter genauer ärztlicher Aufsicht an einem Ort einzuleiten, an dem eine intensive medizinische Pflege und Betreuung möglich ist.

Die empfohlene initiale Infusionsrate beträgt 1,25 ng/kg/min. Bei schlechter Verträglichkeit dieser Anfangsdosis soll die Infusionsrate auf 0,625 ng/kg/min gesenkt werden.

Dosisanpassung

Die Infusionsrate soll in den ersten vier Wochen der Behandlung unter ärztlicher Aufsicht schrittweise um 1,25 ng/kg/min pro Woche gesteigert werden und dann um 2,5 ng/kg/min pro Woche.

Die Dosis soll individuell unter ärztlicher Aufsicht auf eine optimale Erhaltungsdosis eingestellt werden, welche bei akzeptabler Verträglichkeit des Patienten die Symptome der pulmonalen arteriellen Hypertonie verbessert.

Die Wirksamkeit bei den 12-wöchigen Hauptstudien wurde nur aufrechterhalten, wenn die Dosis durchschnittlich 3-4 Mal pro Monat erhöht wurde. Das Ziel der Änderung der chronischen Dosis ist es, eine Dosis zu finden, bei der die PAH-Symptome verbessert werden und gleichzeitig die übermäßigen pharmakologischen Auswirkungen von Treprostinil auf ein Minimum beschränkt werden.

Nebenwirkungen wie Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Hypotonie, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe hängen generell von der Höhe der verabreichten Treprostinil-Dosis ab. Sie können im weiteren Behandlungsverlauf nachlassen. Wenn sie jedoch anhalten oder für den Patienten unerträglich werden, kann die Infusionsrate gesenkt werden, um ihre Intensität zu mindern.

In den Nachuntersuchungsphasen der klinischen Studien betragen die nach 12 Monaten erreichten mittleren Dosen 26 ng/kg/min, nach 24 Monaten 36 ng/kg/min und nach 48 Monaten 42 ng/kg/min.

Bei Patienten mit Adipositas (Gewicht \geq 30 % über dem Idealgewicht) sollen die initiale Dosis und die darauf folgenden Dosiszunahmen auf dem Idealgewicht basieren.

Ein plötzliches Absetzen oder plötzliche starke Dosisreduktionen von Treprostinil können zu einem Rebound-Effekt bei der pulmonalen arteriellen Hypertonie führen. Daher wird empfohlen, eine Unterbrechung der Treprostinil-Behandlung zu vermeiden und die Infusion nach einer plötzlichen versehentlichen Dosisreduktion oder Therapieunterbrechung so bald wie möglich wieder einzuleiten. Die optimale Strategie für das erneute Einleiten einer Treprostinil-Infusion muss von Fall zu Fall durch qualifiziertes medizinisches Personal entschieden werden. In den meisten Fällen kann nach einer Unterbrechung von wenigen Stunden die Treprostinil-Infusion in derselben Dosisrate wieder begonnen werden; bei längeren Unterbrechungen ist möglicherweise eine erneute Titrierung der Treprostinil-Dosis erforderlich.

Ältere Patienten

Klinische Studien mit Treprostinil enthielten keine ausreichende Anzahl von Patienten im Alter von 65 Jahren oder darüber, um zu bestimmen, ob sie anders als jüngere Patienten reagieren. Bei einer populationspharmakokinetischen Analyse (PK-Analyse) war die Plasma-Clearance von Treprostinil um 20 % reduziert. Generell muss die Dosis für ältere Patienten vorsichtig ausgewählt werden und die höhere Inzidenz einer reduzierten Leber-, Nieren- oder Herzfunktion, einer begleitenden Krankheit oder zusätzlichen Arzneimitteltherapie berücksichtigt werden.

Kinder und Jugendliche

Es gibt nur wenige Daten über Patienten unter 18 Jahren. Aus zur Verfügung stehenden klinischen Studien geht nicht hervor, ob die Wirksamkeit und Sicherheit der empfohlenen Dosierung für Erwachsene auch auf Kinder und Jugendliche übertragen werden kann.

Risikogruppen

Leberfunktionsstörungen

Die Plasma-Treprostinil-Exposition (Fläche unter der Plasmaspiegel-Zeit-Kurve; AUC) war bei milder bis mäßiger Leberfunktionsstörung, Child-Pugh-Klasse A bzw. B, um 260 % bis 510 % erhöht. Die Plasma-Clearance von Treprostinil wurde bei Patienten mit milder bis moderater Leberfunktionsstörung um bis zu 80% gesenkt. Patienten mit Leberfunktionsstörung sind aufgrund der erhöhten Gefahr einer systemischen Exposition, welche die Verträglichkeit absenken und zu einem Anstieg der dosisabhängigen Nebenwirkungen führen kann, daher mit Vorsicht zu behandeln.

Die initiale Treprostinil-Dosis soll auf 0,625 ng/kg/min reduziert werden, und inkrementelle Erhöhungen der Dosis sollen vorsichtig erfolgen.

Nierenfunktionsstörungen

Bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung erforderlich. Treprostinil wird nicht durch die Dialyse eliminiert [*siehe Pharmakokinetische Eigenschaften (5.2)*].

Methode zum Wechsel zur Behandlung mit intravenös appliziertem Prostazyklin (Epoprostenol)

Wenn ein Wechsel zu intravenös appliziertem Epoprostenol erforderlich ist, soll die Übergangsphase unter intensiver ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden. Als Anhaltspunkt kann es nützlich sein, sich folgenden empfohlenen Behandlungsplan für die Übergangsphase vorzumerken. Treprostinil-Infusionen sollen zunächst langsam um 2,5 ng/kg/min reduziert werden. Nach mindestens einer Stunde mit der neuen Treprostinil-Dosis kann mit der Epoprostenol-Behandlung mit einer Höchstdosis von 2 ng/kg/min begonnen werden. Die Treprostinil-Dosis soll dann in Abständen von mindestens 2 Stunden reduziert werden, gleichzeitig wird die Epoprostenol-Dosis allmählich erhöht, nachdem die Anfangsdosis mindestens eine Stunde lang beibehalten wurde.

Art der Anwendung

Zur subkutanen oder intravenösen Anwendung.

Verabreichung als subkutane Dauerinfusion

Trisuva wird mittels subkutaner Dauerinfusion über einen subkutanen Katheter und eine ambulante Infusionspumpe verabreicht.

Um mögliche Unterbrechungen der Infusion zu vermeiden, soll der Patient immer über eine funktionsfähige Reservepumpe und subkutane Infusionssets verfügen, falls technische Defekte des Verabreichungssystems auftreten.

Die ambulante Infusionspumpe zur subkutanen Verabreichung von unverdünntem Trisuva soll:

- 1) klein und leicht sein.
 - 2) einstellbare Infusionsraten in Schritten von ca. 0,002 ml/Std haben.
 - 3) mit Warnsignalen für Blockierungen und Anzeigen für leere Batterien, Programmierfehler und Funktionsstörungen ausgestattet sein.
 - 4) innerhalb von $\pm 6\%$ der vorprogrammierten Infusionsrate akkurat sein.
 - 5) (kontinuierlich oder pulsierend) überdruckgesteuert sein.
- Das Reservoir muss aus Polyvinylchlorid, Polypropylen oder Glas angefertigt sein.

Patienten müssen eine gründliche Schulung in der Verwendung und Programmierung der Pumpe und des Anschlusses und der Pflege des Infusionssets erhalten.

Ein Durchspülen der Infusionsleitung, während sie am Patienten angeschlossen ist, könnte zu einer versehentlichen Überdosierung führen.

Die Infusionsraten ∇ (ml/h) werden nach folgender Formel berechnet:

$$\nabla \text{ (ml/Std)} = D \text{ (ng/kg/min)} \times W \text{ (kg)} \times [0,00006/\text{Treprostinil Konzentration (mg/ml)}]$$

D = verordnete Dosis, angegeben in ng/kg/min

W = Körpergewicht des Patienten, angegeben in kg

Trisuva ist in folgenden Konzentrationen erhältlich: 1 mg/ml; 2,5 mg/ml; 5 mg/ml und 10 mg/ml.

Bei der subkutanen Infusion wird Trisuva **ohne weitere Verdünnung** mit einer auf der Basis der Dosis des Patienten (ng/kg/min), seinem Gewicht (kg) und der Stärke der verwendeten Trisuva-Infusionslösung (mg/ml) berechneten subkutanen Infusionsrate (ml/h) verabreicht (siehe Tabelle 1). Bei der Anwendung kann ein einziges Behältnis (Spritze) unverdünnten Treprostinils bis zu 14 Tage bei 37 °C verabreicht werden.

Die subkutane Infusionsrate wird mit folgender Formel berechnet:

$$\text{Subkutane Infusionsrate (ml/h)} = \frac{\text{Dosis (ng/kg/min)} \times \text{Gewicht (kg)} \times 0,00006^*}{\text{Stärke der Trisuva-Durchstechflasche (mg/ml)}}$$

*Umrechnungsfaktor von 0,00006 = 60 min → h x 0,000001 mg → ng

Berechnungsbeispiele für **subkutane Infusionen** sind:

Beispiel 1:

Für eine Person von 60 kg mit einer empfohlenen initialen Dosis von 1,25 ng/kg/min würde die Infusionsrate bei Verwendung der Trisuva-Stärke von 1 mg/ml folgendermaßen berechnet:

$$\text{Subkutane Infusionsrate (ml/h)} = \frac{1,25 \text{ ng/kg/min} \times 60 \text{ kg} \times 0,00006}{1 \text{ mg/ml}} = 0,005 \text{ ml/h}$$

Beispiel 2:

Für eine Person von 65 kg mit einer empfohlenen initialen Dosis von 40 ng/kg/min würde die Infusionsrate bei Verwendung der Trisuva-Stärke von 5 mg/ml folgendermaßen berechnet:

$$\text{Subkutane Infusionsrate (ml/h)} = \frac{40 \text{ ng/kg/min} \times 65 \text{ kg} \times 0,00006}{5 \text{ mg/ml}} = 0,031 \text{ ml/h}$$

In Tabelle 1 sind die **subkutanen** Infusionsraten für Patienten unterschiedlichen Körpergewichts für Trisuva 5 mg/ml als Richtlinie aufgeführt. Sie entsprechen den Dosen von bis zu 80 ng/kg/min.

Tabelle 1

Infusionsraten für subkutane Pumpe (ml/h) für Trisuva mit einer Treprostinil-Konzentration von 5 mg/ml

Gewicht des Patienten (kg)

Dosis (ng/kg/min)	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
10	0,004	0,005	0,005	0,006	0,007	0,007	0,008	0,008	0,009	0,010	0,010	0,011	0,011	0,012
12,5	0,005	0,006	0,007	0,008	0,008	0,009	0,010	0,011	0,011	0,012	0,013	0,014	0,014	0,015
15	0,006	0,007	0,008	0,009	0,010	0,011	0,012	0,013	0,014	0,014	0,015	0,016	0,017	0,018
17,5	0,007	0,008	0,009	0,011	0,012	0,013	0,014	0,015	0,016	0,017	0,018	0,019	0,020	0,021
20	0,008	0,010	0,011	0,012	0,013	0,014	0,016	0,017	0,018	0,019	0,020	0,022	0,023	0,024
22,5	0,009	0,011	0,012	0,014	0,015	0,016	0,018	0,019	0,020	0,022	0,023	0,024	0,026	0,027
25	0,011	0,012	0,014	0,015	0,017	0,018	0,020	0,021	0,023	0,024	0,026	0,027	0,029	0,030
27,5	0,012	0,013	0,015	0,017	0,018	0,020	0,021	0,023	0,025	0,026	0,028	0,030	0,031	0,033
30	0,013	0,014	0,016	0,018	0,020	0,022	0,023	0,025	0,027	0,029	0,031	0,032	0,034	0,036
32,5	0,014	0,016	0,018	0,020	0,021	0,023	0,025	0,027	0,029	0,031	0,033	0,035	0,037	0,039
35	0,015	0,017	0,019	0,021	0,023	0,025	0,027	0,029	0,032	0,034	0,036	0,038	0,040	0,042
37,5	0,016	0,018	0,020	0,023	0,025	0,027	0,029	0,032	0,034	0,036	0,038	0,041	0,043	0,045
40	0,017	0,019	0,022	0,024	0,026	0,029	0,031	0,034	0,036	0,038	0,041	0,043	0,046	0,048
42,5	0,018	0,020	0,023	0,026	0,028	0,031	0,033	0,036	0,038	0,041	0,043	0,046	0,048	0,051
45	0,019	0,022	0,024	0,027	0,030	0,032	0,035	0,038	0,041	0,043	0,046	0,049	0,051	0,054
47,5	0,020	0,023	0,026	0,029	0,031	0,034	0,037	0,040	0,043	0,046	0,048	0,051	0,054	0,057
50	0,021	0,024	0,027	0,030	0,033	0,036	0,039	0,042	0,045	0,048	0,051	0,054	0,057	0,060
55	0,023	0,026	0,030	0,033	0,036	0,040	0,043	0,046	0,050	0,053	0,056	0,059	0,063	0,066
60	0,025	0,029	0,032	0,036	0,040	0,043	0,047	0,050	0,054	0,058	0,061	0,065	0,068	0,072
65	0,027	0,031	0,035	0,039	0,043	0,047	0,051	0,055	0,059	0,062	0,066	0,070	0,074	0,078
70	0,029	0,034	0,038	0,042	0,046	0,050	0,055	0,059	0,063	0,067	0,071	0,076	0,080	0,084
75	0,032	0,036	0,041	0,045	0,050	0,054	0,059	0,063	0,068	0,072	0,077	0,081	0,086	0,090
80	0,034	0,038	0,043	0,048	0,053	0,058	0,062	0,067	0,072	0,077	0,082	0,086	0,091	0,096

Verabreichung als intravenöse Dauerinfusion (mit einer externen ambulanten Pumpe)

Trisuva wird mittels intravenöser Dauerinfusion über einen Zentralvenenkatheter und eine externe ambulante Infusionspumpe verabreicht. Es kann auch vorübergehend über eine periphere Venenkanüle verabreicht werden, vorzugsweise in eine große Vene. Die Anwendung einer peripheren Infusion über mehr als einige Stunden kann das Risiko für Thrombophlebitis erhöhen (siehe Abschnitt 4.8).

Um mögliche Unterbrechungen der Arzneimittelgabe zu vermeiden, muss der Patient für den Fall eines Versagens des Verabreichungssystems Zugang zu einer Reserveinfusionspumpe und Infusionssets haben.

Die externe ambulante Infusionspumpe zur intravenösen Verabreichung von verdünntem Trisuva soll:

- 1) klein und leicht sein.
- 2) einstellbare Infusionsraten in Schritten von ca. 0,05 ml/Std. haben. Eine typische Infusionsrate läge zwischen 0,4 und 2 ml pro Stunde.
- 3) mit Warnsignalen für Blockierungen und Anzeigen für leere Batterien, Programmierfehler und Motorfunktionsstörungen ausgestattet sein.
- 4) eine Verabreichungsgenauigkeit innerhalb von $\pm 6\%$ der stündlichen Dosis oder besser haben.
- 5) überdruckgesteuert sein.

Das Reservoir muss aus Polyvinylchlorid, Polypropylen oder Glas angefertigt sein.

Trisuva muss entweder mit sterilem Wasser für Injektionszwecke oder 0,9 % (w/v) Natriumchlorid-Injektionslösung verdünnt werden und wird intravenös mittels Dauerinfusion über einen operativ gelegten zentralen Dauervenvenverweilkatheter, oder vorübergehend über eine periphere Venenkanüle und eine Infusionspumpe zur intravenösen Arzneimittelgabe verabreicht.

Wird eine geeignete externe ambulante Infusionspumpe und ein geeigneter Behälter verwendet, soll zunächst eine vorbestimmte intravenöse Infusionsrate gewählt werden und die entsprechende gewünschte Infusionsdauer berücksichtigt werden. Die maximale Anwendungsdauer von verdünntem Trisuva soll 24 Stunden nicht übersteigen (siehe Abschnitt 6.3).

Typische Pumpbehälter für die intravenöse Infusion haben Volumina von 20, 50 oder 100 ml. Nach der Bestimmung der erforderlichen intravenösen Infusionsrate (ml/h) und der Dosis (ng/kg/min) und des Gewichts (kg) des Patienten lässt sich die verdünnte intravenöse Treprostinil-Konzentration (mg/ml) anhand folgender Formel berechnen:

Schritt 1

$$\begin{array}{l} \text{Verdünnte} \\ \text{Intravenöse} \\ \text{Treprostinil-} \\ \text{Konzentration} \\ \text{(mg/ml)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Dosis} \\ \text{(ng/kg/min)} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Gewicht} \\ \text{(kg)} \end{array} \times \begin{array}{l} 0,00006 \\ \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Intravenöse Infusionsrate} \\ \text{(ml/h)} \end{array}}$$

Die Menge Trisuva, die benötigt wird, um die erforderliche verdünnte intravenöse Treprostinil-Konzentration für die gegebene Pumpbehältergröße zu erhalten, lässt sich mit folgender Formel berechnen:

Schritt 2

$$\begin{array}{l} \text{Trisuva-} \\ \text{Menge} \\ \text{(ml)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Verdünnte intravenöse} \\ \text{Treprostinil-Konzentration} \\ \text{(mg/ml)} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Stärke der Trisuva-} \\ \text{Durchstechflasche (mg/ml)} \end{array}} \times \begin{array}{l} \text{Gesamtvolumen der} \\ \text{verdünnten Treprostinil-} \\ \text{Lösung im} \\ \text{Pumpbehälter} \\ \text{(ml)} \end{array}$$

Die berechnete Menge Trisuva wird dann zusammen mit einem ausreichenden Volumen Verdünnungsmittel (steriles Wasser für Injektionszwecke oder 0,9 % Natriumchlorid-Injektionslösung) in den Pumpbehälter gegeben, um das gewünschte Gesamtvolumen im Behälter zu erhalten.

Berechnungsbeispiele für *intravenöse Infusionen* sind:

Beispiel 3:

Für eine 60 kg schwere Person bei einer Dosis von 5 ng/kg/min, mit einer festgelegten intravenösen Infusionsrate von 1 ml/h und einem Pumpbehälter zu 50 ml würde die verdünnte intravenöse Treprostinil-Konzentration folgendermaßen berechnet:

Schritt 1

$$\begin{array}{l} \text{Verdünnte} \\ \text{Intravenöse} \\ \text{Treprostinil-} \\ \text{Konzentration} \\ \text{(mg/ml)} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} 5 \text{ ng/kg/min} \end{array} \times \begin{array}{l} 60 \text{ kg} \end{array} \times \begin{array}{l} 0,00006 \\ \end{array}}{\begin{array}{l} 1 \text{ ml/h} \end{array}} = \begin{array}{l} 0,018 \text{ mg/ml} \\ \text{(18.000 ng/ml)} \end{array}$$

Die Menge Trisuva (bei Verwendung der Durchstechflasche mit der 1 mg/ml-Stärke), die insgesamt für eine verdünnte Treprostinil-Konzentration von 0,018 mg/ml und ein Gesamtvolumen von 50 ml benötigt wird, würde folgendermaßen berechnet:

Schritt 2

$$\text{Trisuva-Menge (ml)} = \frac{0,018 \text{ mg/ml}}{1 \text{ mg/ml}} \times 50 \text{ ml} = 0,9 \text{ ml}$$

Die verdünnte intravenöse Treprostinil-Konzentration für die Person in Beispiel 3 würde damit durch Zugabe von 0,9 ml Trisuva (1 mg/ml) in einen geeigneten Pumpbehälter zu einem ausreichenden Volumen Verdünnungsmittel hergestellt, um ein Gesamtvolumen von 50 ml im Pumpbehälter zu erreichen. Die Pumpenfließgeschwindigkeit würde in diesem Beispiel auf 1 ml/h eingestellt.

Beispiel 4:

Für eine 75 kg schwere Person bei einer Dosis von 30 ng/kg/min, mit einer festgelegten intravenösen Infusionsrate von 2 ml/h und einem Pumpbehälter zu 100 ml würde die verdünnte intravenöse Treprostinil-Konzentration folgendermaßen berechnet:

Schritt 1

$$\text{Verdünnte Intravenöse Treprostinil-Konzentration (mg/ml)} = \frac{30 \text{ ng/kg/min} \times 75 \text{ kg} \times 0,00006}{2 \text{ ml/h}} = 0,0675 \text{ mg/ml} \quad (67.500 \text{ ng/ml})$$

Die Menge Trisuva (bei Verwendung der Durchstechflasche mit der 2,5 mg/ml-Stärke), die insgesamt für eine verdünnte Treprostinil-Konzentration von 0,0675 mg/ml und ein Gesamtvolumen von 100 ml benötigt wird, würde folgendermaßen berechnet:

Schritt 2

$$\text{Trisuva-Menge (ml)} = \frac{0,0675 \text{ mg/ml}}{2,5 \text{ mg/ml}} \times 100 \text{ ml} = 2,7 \text{ ml}$$

Die verdünnte intravenöse Treprostinil-Konzentration für die Person in Beispiel 4 würde damit durch Zugabe von 2,7 ml Trisuva (2,5 mg/ml) in einen geeigneten Pumpbehälter zu einem ausreichenden Volumen Verdünnungsmittel hergestellt, um ein Gesamtvolumen von 100 ml im Pumpbehälter zu erreichen. Die Pumpenfließgeschwindigkeit würde in diesem Beispiel auf 2 ml/h eingestellt.

Tabelle 2 enthält Angaben für Trisuva 5 mg/ml für das Treprostinil-Volumen (ml), das in Pumpbehältern zu 20 ml, 50 ml oder 100 ml (Infusionsraten von 0,4, 1 bzw. 2 ml/h) für Patienten mit verschiedenen Körpergewichten entsprechend Dosen von bis 80 ng/kg/min verdünnt werden muss.

Tabelle 2

Volumen (ml) von Trisuva 5 mg/ml, das in Kassetten oder Spritzen zu verdünnen ist																
20 ml (Infusionsrate 0,4 ml/h), 50 ml (Infusionsrate 1 ml/h), 100 ml-Kassette (Infusionsrate 2 ml/h)																
Dosis (ng/ kg/ min)	Patientengewicht (kg)															
	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
10	0,150	0,180	0,210	0,240	0,270	0,300	0,330	0,360	0,390	0,420	0,450	0,480	0,510	0,540	0,570	0,600
12,5	0,188	0,225	0,263	0,300	0,338	0,375	0,413	0,450	0,488	0,525	0,563	0,600	0,638	0,675	0,713	0,750
15	0,225	0,270	0,315	0,360	0,405	0,450	0,495	0,540	0,585	0,630	0,675	0,720	0,765	0,810	0,855	0,900
17,5	0,263	0,315	0,368	0,420	0,473	0,525	0,578	0,630	0,683	0,735	0,788	0,840	0,893	0,945	0,998	1,050
20	0,300	0,360	0,420	0,480	0,540	0,600	0,660	0,720	0,780	0,840	0,900	0,960	1,020	1,080	1,140	1,200
22,5	0,338	0,405	0,473	0,540	0,608	0,675	0,743	0,810	0,878	0,945	1,013	1,080	1,148	1,215	1,283	1,350
25	0,375	0,450	0,525	0,600	0,675	0,750	0,825	0,900	0,975	1,050	1,125	1,200	1,275	1,350	1,425	1,500
27,5	0,413	0,495	0,578	0,660	0,743	0,825	0,908	0,990	1,073	1,155	1,238	1,320	1,403	1,485	1,568	1,650
30	0,450	0,540	0,630	0,720	0,810	0,900	0,990	1,080	1,170	1,260	1,350	1,440	1,530	1,620	1,710	1,800
32,5	0,488	0,585	0,683	0,780	0,878	0,975	1,073	1,170	1,268	1,365	1,463	1,560	1,658	1,755	1,853	1,950
35	0,525	0,630	0,735	0,840	0,945	1,050	1,155	1,260	1,365	1,470	1,575	1,680	1,785	1,890	1,995	2,100
37,5	0,563	0,675	0,788	0,900	1,013	1,125	1,238	1,350	1,463	1,575	1,688	1,800	1,913	2,025	2,138	2,250
40	0,600	0,720	0,840	0,960	1,080	1,200	1,320	1,440	1,560	1,680	1,800	1,920	2,040	2,160	2,280	2,400
42,5	0,638	0,765	0,893	1,020	1,148	1,275	1,403	1,530	1,658	1,785	1,913	2,040	2,168	2,295	2,423	2,550
45	0,675	0,810	0,945	1,080	1,215	1,350	1,485	1,620	1,755	1,890	2,025	2,160	2,295	2,430	2,565	2,700
47,5	0,713	0,855	0,998	1,140	1,283	1,425	1,568	1,710	1,853	1,995	2,138	2,280	2,423	2,565	2,708	2,850
50	0,750	0,900	1,050	1,200	1,350	1,500	1,650	1,800	1,950	2,100	2,250	2,400	2,550	2,700	2,850	3,000
55	0,825	0,990	1,155	1,320	1,485	1,650	1,815	1,980	2,145	2,310	2,475	2,640	2,805	2,970	3,135	3,300
60	0,900	1,080	1,260	1,440	1,620	1,800	1,980	2,160	2,340	2,520	2,700	2,880	3,060	3,240	3,420	3,600
65	0,975	1,170	1,365	1,560	1,755	1,950	2,145	2,340	2,535	2,730	2,925	3,120	3,315	3,510	3,705	3,900
70	1,050	1,260	1,470	1,680	1,890	2,100	2,310	2,520	2,730	2,940	3,150	3,360	3,570	3,780	3,990	4,200
75	1,125	1,350	1,575	1,800	2,025	2,250	2,475	2,700	2,925	3,150	3,375	3,600	3,825	4,050	4,275	4,500
80	1,200	1,440	1,680	1,920	2,160	2,400	2,640	2,880	3,120	3,360	3,600	3,840	4,080	4,320	4,560	4,800

Schulung für Patienten, die eine intravenöse Dauerinfusion mittels einer externen ambulanten Pumpe erhalten

Das für die Therapie verantwortliche klinische Team muss gewährleisten, dass der Patient vollständig geschult und in der Lage ist, das Infusionssystem anzuwenden. Es soll sich eine Phase mit persönlicher Anleitung und Überwachung anschließen, bis der Patient für fähig befunden wird, Infusionen zu wechseln, Strömungsgeschwindigkeiten/Dosen nach Anweisung zu ändern und in der Lage ist, mit den üblichen Warnsignalen der Vorrichtung umzugehen. Die Patienten müssen in die ordnungsgemäße aseptische Technik eingewiesen werden, wenn sie einen Trisuva-Infusionspumpbehälter und den Schlauch zur Verabreichung der Infusion und den Anschluss vorbereiten. Dem Patienten muss eine schriftliche Anleitung, entweder des Pumpenherstellers oder eine eigens vom verordnenden Arzt zugeschnittene Anleitung zur Verfügung gestellt werden. Diese Anleitung beinhaltet die normale Verabreichung des Arzneimittels, Ratschläge zum Umgang mit Verstopfung oder sonstigen Pumpenalarmsituationen, sowie detaillierte Angaben, wer in Notfällen kontaktiert werden kann.

Minimierung des Risikos von Katheter-assoziierten Bakteriämien (Catheter-related Blood Stream Infections – CR-BSI) bei der Verwendung einer externen ambulanten Pumpe

Besonderes Augenmerk ist auf folgende Hinweise zu richten, um das Risiko von Katheter-assoziierten Bakteriämien bei Patienten, die Trisuva als intravenöse Infusion über eine externe ambulante Pumpe erhalten, zu minimieren (siehe Abschnitt 4.4). Dieser Ratschlag steht im Einklang

mit den aktuell anerkannten Richtlinien für die Prävention von Katheter-assoziierten Bakteriämien und beinhaltet:

Allgemeine Prinzipien

- Verwendung eines getunnelten Zentralvenenkatheters (ZVK) mit Cuff mit einer Mindestzahl von Anschlüssen.
- Legen des ZVK mittels steriler Barrieretechnik.
- Anwendung geeigneter Handhygiene und aseptischer Techniken, wenn der Katheter gelegt, ersetzt, überprüft oder repariert wird, oder wenn die Katheter-Eintrittsstelle untersucht und/oder verbunden wird.
- Zur Abdeckung der Katheter-Eintrittsstelle muss ein steriler Verbandmull (Wechsel alle zwei Tage) oder ein steriler semipermeabler Verband (Wechsel alle sieben Tage) verwendet werden.
- Der Verband muss stets gewechselt werden, wenn er feucht, locker oder verschmutzt wird, bzw. nach Untersuchung der Eintrittsstelle.
- Topische antibiotische Salben oder Cremes sollen nicht aufgetragen werden, da sie Pilzinfektionen und Antibiotika-resistente Bakterien begünstigen.

Dauer der Anwendung der verdünnten Trisuva-Lösung

- Das verdünnte Arzneimittel soll nicht länger als 24 Stunden verwendet werden.

Verwendung eines integrierten 0,2-Mikrometer-Filters

- Zwischen den Infusionsschlauch und den Katheteranschluss muss ein 0,2-µm-Filter platziert werden, der alle 24 Stunden zum Zeitpunkt des Wechsels des Infusionsbehälters ausgetauscht wird.

Zwei weitere Empfehlungen, die potenziell wichtig für die Prävention von durch das Wasser übertragene Gram-negative Bakteriämien sind, beziehen sich auf die Handhabung des Katheteranschlusses, nämlich:

Verwendung eines geschlossenen Split-Septum-Kathetersystems

- Die Verwendung eines geschlossenen Kathetersystems (vorzugsweise mit einem Split-Septum und nicht mit einem mechanischen Ventil) sorgt dafür, dass das Lumen des Katheters stets geschlossen ist, wenn das Infusionssystem abgenommen wird. Dadurch wird die Gefahr einer Exposition gegenüber mikrobieller Kontamination gebannt.
- Das geschlossene Split-Septum Kathetersystem soll alle 7 Tage gewechselt werden.

Luer-Lock-Anschlüsse des Infusionssystems

Die Gefahr einer Kontamination mit über das Wasser übertragenen Gram-negativen Organismen ist wahrscheinlich erhöht, wenn ein Luer-Lock-Anschluss zum Zeitpunkt des Wechsels des Infusionsschlauchs oder des geschlossenen Katheteranschlusses feucht ist. Daher soll:

- vom Schwimmen oder Eintauchen des Infusionssystems an der Stelle der Verbindung mit dem Katheteranschluss abgeraten werden.
- zum Zeitpunkt des Wechsels des geschlossenen Katheteranschlusses kein Wasser in den Gewinden des Luer-Lock-Anschlusses sichtbar sein.
- der Infusionsschlauch nur einmal alle 24 Stunden beim Wechsel vom geschlossenen Katheteranschluss gelöst werden.

Für besondere Hinweise für die Handhabung siehe Abschnitt 6.6.

Anwendung mittels intravenöser Dauerinfusion über eine völlig interne implantierbare Pumpe mit der bestimmungsgemäßen Verwendung einer intravenösen Anwendung von Trisuva

Trisuva kann mittels intravenöser Dauerinfusion über einen zentralen Venenkatheter mithilfe einer chirurgisch eingesetzten, völlig internen, implantierten Infusionspumpe mit der bestimmungsgemäßen Verwendung einer intravenösen Anwendung von Trisuva verabreicht werden. Die Pumpe ist mit einem Warnsignal (einschließlich Warnsignal für Blockierungen und leere Batterien) und einem internen 0.22 µm Filter zur Begrenzung des Risikos von Infektionen des Blutkreislaufs ausgestattet. Implantierbare Pumpen mit festem Durchfluss sind mit verschiedenen Behältervolumen-Optionen/-Modellen erhältlich, um die Infusion der entsprechenden individuellen Dosierungen zu ermöglichen und Über- und Unterdosierungen zu vermeiden. Die Lebensdauer des Septums sollte mindestens 500 Punktionen für den Füllanschluss und 250 Punktionen für den Katheteranschluss betragen.

Halten Sie sich genau an die Bedienungsanleitung des Pumpenherstellers in Bezug auf spezifische Anweisungen zur Vorbereitung, Implantation, Überwachung und zu den wiederholten Befüllungen der Pumpe.

Basierend auf den zur Verfügung stehenden experimentellen Daten zur Stabilität soll vorzugsweise, wenn möglich, eine Konzentration höher als 0,5 mg/ml zur Befüllung des Behälters der implantierbaren Pumpe verwendet werden (siehe Abschnitt 6.3). Vollständige Angaben zu den Berechnungen, die Gewichts- und Pumpenmerkmale in Betracht ziehen, finden Sie in der Bedienungsanleitung des Pumpenherstellers.

Die intravenöse Dauerinfusion mithilfe einer implantierbaren Pumpe sollte für ausgewählte Patienten reserviert werden, die das Verfahren selbst tolerieren können und schon eine Verträglichkeit gegenüber Treprostinil gezeigt haben, die mit einer Treprostinil-Infusion stabilisiert wurden, die subkutane Verabreichung oder die intravenöse externe Anwendung nicht mehr tolerieren, dafür nicht geeignet sind, oder diese ablehnen. Die Anfangsdosis mit der implantierbaren Infusionspumpe ist dieselbe wie die stabile Dosis, die mit externen tragbaren Pumpen zum Zeitpunkt des Übergangs verabreicht wurde. Die implantierbare Pumpe ist nicht für die Anpassung der Anfangsdosis vorgesehen.

Die Infusionspumpe ist nur von qualifizierten Ärzten, die in der Bedienung und Verwendung des Infusionssystems geschult wurden, zu implantieren.

Die Pumpe sollte nur an Krankenhaus-Standorten von qualifizierten medizinischen Fachkräften befüllt werden, die in der Bedienung und Verwendung des Infusionssystems gemäß den Bedienungsanleitungen des Herstellers geschult wurden und die in der Lage sind, mit möglichen Komplikationen im Falle einer unbeabsichtigten Injektion oder einem unbeabsichtigten Austritt von Treprostinil in den subkutanen Bereich, um die Pumpe umzugehen.

Die implantierbaren Infusionspumpen mit festem Durchfluss können im Laufe ihrer Verwendung Abweichungen der Infusionsrate aufweisen. Eine sichere klinische Verwendung der implantierten Pumpe wird gewährleistet, indem der tatsächliche klinische Durchfluss, der von einer mit der Verwendung der Pumpe vertrauten medizinischen Fachkraft gemessen wird, bei jeder Befüllung verglichen wird, wobei das in der Pumpe verbleibende Restvolumen des Arzneimittels in Betracht gezogen wird. Die Bedienungsanleitung des Herstellers muss bei jeder Befüllung befolgt werden, um die entsprechende Maßnahme, die zu ergreifen ist, zu bestimmen.

Der Patient sollte angewiesen werden, im Falle eines Warnsignals, welches eine Blockierung anzeigt, sich umgehend mit dem behandelnden Krankenhaus in Verbindung zu setzen.

4.3 Gegenanzeigen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile;
- pulmonale arterielle Hypertonie in Verbindung mit einer Venenverschlusserkrankung;

- kongestive Herzinsuffizienz infolge einer schweren Funktionsstörung der linken Herzkammer;
- schwere Leberfunktionsstörungen (Child-Pugh-Klasse C);
- aktives Magen-Darm-Geschwür, intrakranielle Blutung, Verletzung oder andere Blutungen;
- kongenitale oder erworbene Herzklappenfehler mit klinisch relevanten Störungen der Myokardfunktion, die nicht mit pulmonaler Hypertonie zusammenhängen;
- schwere koronare Herzkrankheit oder instabile Angina; Herzinfarkt innerhalb der letzten sechs Monate; dekompensierte Herzinsuffizienz, wenn diese nicht unter genauer ärztlicher Aufsicht steht; schwere Arrhythmien; zerebrovaskuläre Ereignisse (z. B. transitorischer ischämischer Schlaganfall, Schlaganfall) innerhalb der letzten drei Monate.

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Bei der Entscheidung für eine Treprostinil-Therapie soll bedacht werden, dass eine Dauerinfusion mit hoher Wahrscheinlichkeit über längere Zeit hinweg fortgesetzt werden muss. Aus diesem Grund muss die Bereitschaft und Verantwortlichkeit des Patienten für einen Verweilkatheter und ein Infusionsgerät sorgfältig geprüft werden.

Treprostinil ist ein stark wirksamer pulmonaler und systemischer Vasodilatator. Bei Patienten mit niedrigem systemischem Arteriendruck kann eine Treprostinil-Behandlung die Gefahr einer systemischen Hypotonie erhöhen. Die Behandlung von Patienten mit einem systolischen Arteriendruck von weniger als 85 mmHg wird nicht empfohlen.

Es wird empfohlen, dass bei einer Änderung der Dosis der systemische Blutdruck und die Herzfrequenz überwacht werden, um beim Auftreten einer Hypotonie oder eines systolischen Blutdrucks von 85 mmHg oder darunter die Infusion zu stoppen.

Ein abrupter Therapieabbruch oder eine plötzliche signifikante Verringerung der Treprostinil-Dosis kann einen Rebound der pulmonalen arteriellen Hypertonie verursachen (siehe Abschnitt 4.2).

Wenn sich bei einem Patienten im Verlauf der Treprostinil-Therapie ein pulmonales Ödem bildet, muss die Möglichkeit eines damit einhergehenden pulmonalen Venenverschlusses in Betracht gezogen werden. Die Behandlung soll eingestellt werden.

Adipöse Patienten (mit einem BMI von über 30 kg/m²) bauen Treprostinil langsamer ab.

Der Nutzen einer subkutanen Treprostinil-Behandlung bei Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie der NYHA-Funktionsklasse IV wurde nicht festgestellt.

Das Nutzen-/Risikoverhältnis von Treprostinil wurde bei pulmonaler arterieller Hypertonie mit einhergehendem Links-Rechts-Shunt, einhergehender portaler Hypertonie oder HIV-Infektion nicht untersucht.

Bei Patienten mit Leberfunktionsstörung muss vorsichtig dosiert werden (siehe Abschnitt 4.2).

Vorsicht ist auch in Situationen geboten, in denen Treprostinil durch Hemmung der Thrombozytenaggregation das Blutungsrisiko erhöhen könnte.

Die gleichzeitige Verabreichung eines Cytochrom-P450-(CYP2C8)-Enzyminhibitors (z. B. Gemfibrozil) kann zu einer erhöhten Exposition (sowohl C_{max} als auch AUC) gegenüber Treprostinil führen. Bei einer erhöhten Exposition besteht die Wahrscheinlichkeit eines verstärkten Auftretens von unerwünschten Ereignissen in Verbindung mit der Verabreichung von Treprostinil. Daher ist eine Herabsetzung der Dosis in Betracht zu ziehen (siehe Abschnitt 4.5).

Die gleichzeitige Verabreichung eines CYP2C8-Enzyminduktors (z. B. Rifampicin) kann zu einer herabgesetzten Exposition gegenüber Treprostinil führen. Bei einer herabgesetzten Exposition besteht die Wahrscheinlichkeit einer verminderten klinischen Wirksamkeit. Daher ist eine höhere Dosierung von Treprostinil in Betracht zu ziehen (siehe Abschnitt 4.5).

Eine Durchstechflasche Trisuva 5 mg/ml enthält maximal 39,1 mg Natrium, entsprechend 2 % der von der WHO für einen Erwachsenen empfohlenen maximalen Natriumaufnahme mit der Nahrung von 2 g.

Unerwünschte Ereignisse, die auf das System zur intravenösen Verabreichung zurückzuführen sind:

Bei Patienten, die Treprostinil mittels intravenöser Infusion erhalten haben, wurde über Zentralvenenkatheter-assoziierte Bakteriämien und Sepsis berichtet. Diese Risiken hängen mit dem Verabreichungssystem zusammen. Eine retrospektive Untersuchung des US-amerikanischen Centers for Disease Control von sieben Zentren in den Vereinigten Staaten, die Treprostinil mit einer externen ambulanten Pumpe intravenös zur Behandlung von PAH verwendeten, ergab eine Inzidenzrate für Katheter-bedingte Bakteriämien von 1,10 Ereignissen pro 1000 Kathetertagen. Ärzte müssen das Spektrum der möglichen Gram-negativen und Gram-positiven Organismen berücksichtigen, die Patienten mit Langzeit-Zentralvenenkathetern infizieren können. Daher ist die subkutane Dauerinfusion von unverdünntem Trisuva die bevorzugte Art der Verabreichung.

Das Infektionsrisiko, einschließlich Infektionen des Blutkreislaufs, ist bedeutend niedriger mit der völlig internen implantierbaren Pumpe als mit der externen ambulanten Pumpe.

Das für die Therapie verantwortliche klinische Team muss gewährleisten, dass der Patient vollständig geschult und in der Lage ist, das Infusionssystem anzuwenden (siehe Abschnitt 4.2).

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Zusammenhänge, die berücksichtigt werden müssen

+ *Diuretika, Antihypertensiva oder andere Vasodilatoren*

Bei der gleichzeitigen Verabreichung von Treprostinil und Diuretika, Antihypertensiva oder anderen Vasodilatoren besteht erhöhte Gefahr einer systemischen Hypotonie.

+ *Thrombozytenaggregationshemmer, einschließlich NSAR und Antikoagulanzen*

Treprostinil kann die Thrombozytenfunktion hemmen. Die gleichzeitige Gabe von Treprostinil und Thrombozytenaggregationshemmern, einschließlich NSAR, Stickstoffmonooxidspendern oder Antikoagulanzen kann das Risiko einer Blutung erhöhen. Patienten, die Antikoagulanzen erhalten, müssen entsprechend der Empfehlungen für die konventionelle medizinische Praxis streng kontrolliert werden. Die gleichzeitige Verabreichung anderer Thrombozytenaggregationshemmer soll bei Patienten vermieden werden, die Antikoagulanzen erhalten. Eine subkutane Dauerinfusion von Treprostinil hatte keine Auswirkung auf die Pharmakodynamik und Pharmakokinetik einer einzelnen Dosis Warfarin (25 mg). Es stehen keine Daten über die potenziellen Interaktionen zur Verfügung, die zu einem erhöhten Blutungsrisiko führen, wenn Treprostinil gleichzeitig mit den Stickstoffmonooxidspendern verschrieben wird.

+ *Furosemid*

Die Treprostinil-Plasma-Clearance kann bei Patienten, die sich einer Furosemid-Behandlung unterziehen, etwas herabgesetzt sein. Diese Wechselwirkung ist wahrscheinlich auf metabolische Eigenschaften zurückzuführen, die beiden Wirkstoffen gemeinsam sind (Glucurokonjugation der Carboxylatgruppe).

+ *Cytochrom-P450-(CYP2C8)-Enzyminduktoren/-inhibitoren*

Gemfibrozil – Pharmakokinetische Studien am Menschen mit oralem Treprostinil Diolamin deuteten darauf hin, dass die gleichzeitige Verabreichung des Cytochrom-P450-(CYP2C8)-Enzyminhibitors

Gemfibrozil die Exposition (sowohl C_{\max} als auch AUC) gegenüber Treprostinil verdoppelt. Es wurde nicht festgestellt, ob die Sicherheit und Wirksamkeit von Treprostinil über den parenteralen (subkutanen oder intravenösen) Verabreichungsweg durch CYP2C8-Inhibitoren verändert werden. Wird ein CYP2C8-Inhibitor (z. B. Gemfibrozil, Trimethoprim und Deferasirox) im Anschluss an die Titrierungsphase zu der Medikation des Patienten hinzugenommen bzw. weggelassen, ist eine Dosisanpassung von Treprostinil in Betracht zu ziehen.

Rifampicin – Pharmakokinetische Studien am Menschen mit oralem Treprostinil Diolamin deuteten darauf hin, dass die gleichzeitige Verabreichung des CYP2C8-Enzyminduktors Rifampicin zu einer (um etwa 20 %) verminderten Exposition gegenüber Treprostinil führt. Es wurde nicht festgestellt, ob die Sicherheit und Wirksamkeit von Treprostinil über den parenteralen (subkutanen oder intravenösen) Verabreichungsweg durch Rifampicin verändert werden. Wird Rifampicin im Anschluss an die Titrierungsphase zu der Medikation des Patienten hinzugenommen bzw. weggelassen, ist eine Dosisanpassung von Treprostinil in Betracht zu ziehen.

CYP2C8-Induktoren (z. B. Phenytoin, Carbamazepin, Phenobarbital und Johanniskraut) können zu einer verminderten Exposition gegenüber Treprostinil führen. Wird ein CYP2C8-Induktor im Anschluss an die Titrierungsphase zu der Medikation des Patienten hinzugenommen bzw. weggelassen, ist eine Dosisanpassung von Treprostinil in Betracht zu ziehen.

+ *Bosentan*

In einer pharmakokinetischen Studie am Menschen, bei der Bosentan (250 mg/Tag) und Treprostinil Diolamin (orale Dosis 2 mg/Tag) verabreicht wurden, waren keine pharmakokinetischen Wechselwirkungen zwischen Treprostinil und Bosentan zu beobachten.

+ *Sildenafil*

In einer pharmakokinetischen Studie am Menschen, bei der Sildenafil (60 mg/Tag) und Treprostinil Diolamin (orale Dosis 2 mg/Tag) verabreicht wurden, waren keine pharmakokinetischen Wechselwirkungen zwischen Treprostinil und Sildenafil zu beobachten.

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft

Es stehen keine ausreichenden Daten über die Verwendung von Treprostinil bei Schwangeren zur Verfügung. An Tieren durchgeführte Studien sind bezüglich der Auswirkungen auf die Schwangerschaft unzureichend (siehe Abschnitt 5.3). Das potenzielle Risiko für Menschen ist nicht bekannt. Treprostinil darf während der Schwangerschaft nur dann verwendet werden, wenn der potenzielle Nutzen für die Schwangere das potenzielle Risiko für den Fetus rechtfertigt.

Frauen im gebärfähigen Alter

Während der Treprostinil-Behandlung ist es empfehlenswert, Kontrazeptiva einzusetzen.

Stillzeit

Es ist nicht bekannt, ob Treprostinil in die Muttermilch übergeht. Stillenden Frauen, die mit Treprostinil behandelt werden, soll vom Stillen ihres Kindes abgeraten werden.

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Trisuva hat einen mäßigen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

Bei Behandlungsbeginn oder nach Dosisanpassungen können Nebenwirkungen wie symptomatische, systemische Hypotonie oder Benommenheit auftreten, die die Verkehrstüchtigkeit und die Sicherheit beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigen können.

4.8 Nebenwirkungen

Nebenwirkungen, die in placebokontrollierten Studien und bei der Anwendung von Treprostinil nach der Markteinführung beobachtet wurden, sind in Bezug auf die Häufigkeit nach folgender Konvention aufgeführt:

sehr häufig	($\geq 1/10$)
häufig	($\geq 1/100, < 1/10$)
gelegentlich	($\geq 1/1.000, < 1/100$)
selten	($\geq 1/10.000, < 1/1.000$)
sehr selten	(< 1/10.000)
nicht bekannt	(Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar)

Tabellarische Liste der Nebenwirkungen

Systemorganklasse	Nebenwirkung	Häufigkeit
Erkrankungen des Nervensystems	Kopfschmerzen	Sehr häufig
	Benommenheit	Häufig
Herzerkrankungen	High-Output-Herzinsuffizienz	Nicht bekannt
Gefäßerkrankungen	Vasodilatation, Hitzegefühl	Sehr häufig
	Hypotonie	Häufig
	Blutungsereignis [§]	Häufig
	Thrombophlebitis*	Nicht bekannt
Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes	Diarrhoe, Übelkeit	Sehr häufig
	Erbrechen	Häufig
Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes	Hautausschlag	Sehr häufig
	Pruritus	Häufig
	Generalisierte Hautausschläge (makulöser oder papulärer Natur)	Nicht bekannt
Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen	Kieferschmerzen	Sehr häufig
	Myalgie, Arthralgie, Gliederschmerzen	Häufig
	Knochenschmerzen	Nicht bekannt
Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort	Schmerzen an der Infusionsstelle, Reaktionen an der Infusionsstelle, Blutung oder Hämatom.	Sehr häufig
	Ödem	Häufig
Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems	Thrombozytopenie	Nicht bekannt
Infektionen und parasitäre Erkrankungen	Infektion des Blutkreislaufs im Zusammenhang mit dem Zentralvenenkatheter, Sepsis, Bakteriämie**	Nicht bekannt

	Infektion an der Infusionsstelle, Abszessbildung an der subkutanen Infusionsstelle	Nicht bekannt
	Cellulitis	Nicht bekannt

* Fälle von Thrombophlebitis im Zusammenhang mit peripherer intravenöser Infusion wurden gemeldet.

** **Lebensbedrohliche Ereignisse und Todesfälle wurden gemeldet.**

§ Siehe Abschnitt „Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen“

Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

Blutungsereignisse

Blutungen traten häufig auf, was bei einer Patientenpopulation mit einem hohen Anteil an Patienten, die Antikoagulanzen erhielten, erwartet wurde. Aufgrund seiner Auswirkungen auf die Thrombozytenaggregation kann Treprostinil das Blutungsrisiko erhöhen, was durch ein vermehrtes Auftreten von Epistaxis und Magen-Darm-Blutungen (einschließlich rektaler Blutung, Gaumenblutung und Meläna) in kontrollierten klinischen Studien festgestellt wurde. Außerdem wurden Hämoptoe, Hämatemesis und Hämaturie gemeldet, aber diese traten mit derselben oder einer niedrigeren Frequenz als in der Placebogruppe auf.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das nationale Meldesystem anzuzeigen:

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen

Traisengasse 5

1200 WIEN

ÖSTERREICH

Fax: + 43 (0) 50 555 36207

Website: <http://www.basg.gv.at/>

4.9 Überdosierung

Die Symptome einer Überdosierung mit Trisuva gleichen den Symptomen eines Dosisanstiegs wie Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Hypotonie, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe. Patienten mit Symptomen einer Überdosierung sollen abhängig vom Schweregrad der Symptome sofort die Dosis von Treprostinil reduzieren oder absetzen, bis die Symptome der Überdosierung verschwinden. Die Dosis muss mit Sorgfalt unter medizinischer Kontrolle wieder bestimmt werden und die Patienten müssen genau überwacht werden, um bei Wiederauftreten der unerwünschten Symptome sofort eingreifen zu können.

Ein Antidot ist nicht bekannt.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antithrombotische Mittel, Thrombozytenaggregationshemmer exkl. Heparin, ATC-Code: B01AC21

Wirkmechanismus

Treprostinil ist ein Prostazyklin-Analog.

Es wirkt in Form einer Vasodilatation direkt auf die pulmonale und systemisch arterielle Zirkulation und hemmt die Thrombozytenaggregation.

Bei Tieren senken die gefäßerweiternden Auswirkungen die rechts- und linksventrikuläre Nachlast und erhöhen das Herzzeit- und das Schlagvolumen. Die Wirkung von Treprostinil auf die tierische Herzfrequenz ist dosisabhängig. Es wurden keine größeren Auswirkungen auf die Erregungsleitung des Herzens beobachtet.

Klinische Wirksamkeit und Sicherheit

Daten zur Wirksamkeit von Treprostinil bei Erwachsenen mit pulmonaler arterieller Hypertonie:

Studien mit subkutan verabreichtem Treprostinil

Die klinische Wirksamkeit von Treprostinil, das Patienten mit stabiler pulmonaler arterieller Hypertonie mittels subkutaner Dauerinfusion verabreicht wurde, wurde in zwei randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten klinischen Phase-III-Studien gezeigt.

An den zwei Studien nahmen insgesamt 469 Erwachsene teil: 270 stellten sich mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie vor (Treprostinil-Gruppe = 134 Patienten; Placebogruppe = 136 Patienten), 90 Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie verbunden mit Bindegewebserkrankungen (vorwiegend Sklerodermie) (Treprostinil-Gruppe = 41 Patienten; Placebogruppe = 49 Patienten) und 109 Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie verbunden mit angeborener Kardiopathie mit Links-Rechts-Shunt (Treprostinil = 58 Patienten; Placebo = 51 Patienten).

Zu Beginn betrug die mittlere Gehstrecke im 6-Minuten-Test 326 Meter \pm 5 bei der Gruppe der Patienten, die Treprostinil mittels subkutaner Infusion erhielten, und 327 Meter \pm 6 bei der Placebogruppe. Die Dosis bei beiden Behandlungen, die Gegenstand des Vergleichs waren, wurde im Studienverlauf entsprechend der Symptome der pulmonalen arteriellen Hypertonie und der klinischen Toleranz progressiv erhöht. Die mittlere Dosis, die nach 12 Wochen erzielt wurde, betrug 9,3 ng/kg/min in der Treprostinil-Gruppe und 19,1 ng/kg/min in der Placebogruppe. Nach 12 Wochen Behandlung betrug die mittlere Veränderung beim 6-Minuten-Gehtest, berechnet anhand der gesamten Population aus beiden Studien, -2 Meter \pm 6,61 Meter in der Treprostinil-Gruppe und -21,8 Meter \pm 6,18 Meter in der Placebogruppe. Diese Werte gaben eine mittlere Behandlungswirkung wieder, die für die gesamte Population aus beiden Studien mittels des 6-Minuten-Gehtests von 19,7 Meter ($p = 0,0064$) gegenüber Placebo ausgewertet wurde.

Die mittleren Veränderungen gegenüber den Ausgangswerten der hämodynamischen Parameter (pulmonalarterieller Mitteldruck (PAPm), rechts-atrialer Druck (RAP), pulmonal-vaskulärer Widerstand (PVR), Herzindex (CI) und gemischtvenöse Sauerstoffsättigung (SvO₂)) ließen den Schluss zu, dass Treprostinil dem Placebo überlegen ist. Die Verbesserung der Symptome der pulmonalen Hypertonie (Synkope, Schwindelgefühl, Brustschmerz, Ermüdung und Dyspnoe) war statistisch signifikant ($p < 0,0001$). Außerdem wurde bei Patienten, die 12 Wochen mit Treprostinil behandelt wurden, eine Verbesserung der Bewertung der Dyspnoe-Müdigkeit und des Borg-Dyspnoe-Score festgestellt ($p < 0,0001$).

Die Analyse eines kombinierten Kriteriums, das die Verbesserung der Belastungskapazität (6-Minuten-Gehtest) von mindestens 10 % nach 12 Wochen gegenüber dem Beginn, eine Verbesserung um mindestens eine NYHA-Klasse nach 12 Wochen gegenüber dem Beginn und die fehlende Verschlechterung der pulmonalen Hypertonie zusammen mit dem Ausfall der berichteten Todesfälle vor Woche 12 für die gesamte Population aus beiden Studien vergleicht, ergab, dass die Anzahl der Patienten, die auf Treprostinil ansprachen, bei 15,9% (37/233) lag, während nur 3,4% (8/236) der Patienten in der Placebo-Gruppe auf Placebo ansprachen. Bei der Analyse der Subgruppe der gesamten Population zeigte sich beim 6-Minuten-Gehtest in der Untergruppe der Patienten mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie ($p = 0,043$), nicht aber in der Untergruppe der Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie bei Sklerodermie oder angeborener

Kardiopathie, eine statistisch signifikante Behandlungswirkung von Treprostinil verglichen mit Placebo.

Die am primären Endpunkt erkennbare Auswirkung (d. h. Änderung des 6-Minuten-Gehtests nach 12 Wochen Behandlung) war geringer, als diejenige, die bei bisherigen Kontrollen mit Bosentan, Iloprost und Epoprostenol festgestellt wurden.

Es wurde keine Studie durchgeführt, in der direkt intravenöse Infusionen von Treprostinil und Epoprostenol verglichen wurden.

Für Kinder mit pulmonaler Hypertonie (PAH) liegen keine konkreten Studienergebnisse vor.

Es stehen keine Daten von klinischen Studien zur Verfügung, die mit einem aktiven Komparator bei Patienten mit PAH durchgeführt wurden.

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Resorption und Verteilung

Beim Menschen werden Steady-State-Plasmakonzentrationen in der Regel innerhalb von 15 bis 18 Stunden nach der ersten subkutanen oder intravenösen Treprostinil-Infusion erreicht. Die Steady-State-Plasmakonzentrationen von Treprostinil verhalten sich proportional zur Dosis bei Infusionsraten von 2,5 bis 125 ng/kg/min.

Die subkutane und intravenöse Verabreichung von Treprostinil zeigte eine Bioäquivalenz im Steady state in einer Dosis von 10 ng/kg/min.

Bei einer nicht unterbrochenen pharmakokinetischen 7-Tage-Studie an 14 gesunden Probanden und Treprostinil-Dosen von 2,5 bis 15 ng/kg/min, die mittels subkutaner Infusion verabreicht wurden, erreichten die Steady-State-Plasmakonzentrationen von Treprostinil zweimal Höchstwerte (um 01.00 Uhr und um 10.00 Uhr) und zweimal Tiefstwerte (um 07.00 Uhr und um 16.00 Uhr). Die höchsten Konzentrationen waren ca. 20 % bis 30 % höher als die Tiefstwerte.

Biotransformation und Elimination

Die mittlere Eliminationshalbwertszeit nach einer subkutanen Gabe reichte von 1,32 bis 1,42 Stunden nach Infusionen über 6 Stunden, 4,61 Stunden nach Infusionen über 72 Stunden und 2,93 Stunden nach Infusionen, die mindestens drei Wochen lang durchgeführt wurden. Das mittlere Distributionsvolumen für Treprostinil reichte von 1,11 bis 1,22 l/kg, und die Plasma-Clearance von 586,2 bis 646,9 ml/kg/Std. Die Clearance bei adipösen Patienten (BMI > 30 kg/m²) ist niedriger.

Bei einer Studie mit gesunden Probanden und [¹⁴C] radioaktiv-markiertem Treprostinil wurden 78,6 % der subkutan verabreichten radioaktiven Dosis über einen Zeitraum von 224 Stunden hinweg im Urin und 13,4 % im Stuhl ausgeschieden. Es wurde kein größerer Metabolit beobachtet. Fünf Metaboliten im Umfang von 10,2 % bis 15,5 % der verabreichten Dosis wurden im Urin festgestellt. Diese fünf Metaboliten machten insgesamt 64,4 % aus. Drei von ihnen sind das Ergebnis einer Oxidation der 3-Hydroxyoctyl-Seitenkette, einer ist ein Glucurokonjugatderivat (Treprostinil-Glucuronid) und der fünfte konnte nicht identifiziert werden. Nur 3,7 % der Dosis wurde als unveränderte Ausgangssubstanz mit dem Urin ausgeschieden.

Eine *in vitro*-Studie zeigte kein hemmendes Potential von Treprostinil an Isoenzymen des humanen, hepatischen, mikrosomalen Cytochroms P450 (CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1 und CYP3A).

Außerdem hatte die Verabreichung von Treprostinil keine induzierende Wirkung auf das hepatische, mikrosomale Protein, den Gesamtcytochromgehalt (CYP) P450 oder auf die Aktivitäten der Isoenzyme CYP1A, CYP2B und CYP3A.

Klinische Studien zur Arzneimittelwechselwirkung wurden mit Paracetamol (4 g/Tag) und Warfarin (25 mg/Tag) an gesunden Probanden durchgeführt. Diese Studien haben keine klinisch signifikante Wirkung auf die Pharmakokinetik von Treprostinil nachgewiesen. Eine Studie mit Warfarin zeigte weder eine apparente pharmakodynamische noch eine pharmakokinetische Wechselwirkung zwischen Treprostinil und Warfarin.

An der Metabolisierung von Treprostinil ist hauptsächlich CYP2C8 beteiligt.

Spezielle Patientengruppen

Leberfunktionsstörung

Bei Patienten mit portopulmonaler Hypertonie und milder (n=4) oder mäßiger (n=5) Leberinsuffizienz zeigte Treprostinil mit einer subkutanen Dosis von 10 ng/kg/min über 150 Minuten eine AUC 0-24 h, die im Vergleich zu gesunden Patienten um 260 % bzw. 510 % erhöht war. Die Clearance bei Patienten mit Leberinsuffizienz wurde im Vergleich zu gesunden Erwachsenen um bis zu 80 % reduziert (siehe Abschnitt 4.2).

Nierenfunktionsstörung

Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung, die eine Dialyse benötigten (n=8), führte die Gabe einer 1-mg-Einzeldosis an oral verabreichtem Treprostinil vor und nach der Dialyse zu einer AUC_{0-inf}, die im Vergleich zu gesunden Probanden nicht signifikant verändert war.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Bei Studien über 13 bzw. 26 Wochen verursachten subkutane Dauerinfusionen von Treprostinil-Natrium bei Ratten und Hunden Reaktionen an der Infusionsstelle (Ödeme/Erytheme, Schwellungen, Schmerzen/Berührungsempfindlichkeit). Bei Hunden, die ≥ 300 ng/kg/min erhielten, wurden schwere klinische Nebenwirkungen (Hypoaktivität, Emesis, weicher Stuhl und Ödeme an der Infusionsstelle) und der Tod (in Zusammenhang mit Darminvaginationen und Rektumprolaps) festgestellt. Bei diesen Tieren wurden mittlere Treprostinil-Werte von Steady-State-Plasmakonzentrationen in Höhe von 7,85 ng/ml gemessen. Plasmawerte dieser Höhe könnten eventuell bei Menschen erzielt werden, die mit Infusionen von > 50 ng/kg/min Treprostinil behandelt werden.

Da noch keine kontinuierliche ausreichende Exposition für Treprostinil-Dosen, die bei den Reproduktionsstudien mit Ratten getestet wurden, nachgewiesen wurde, sind diese Studien bezüglich möglicher Nebenwirkungen im Bereich der Fruchtbarkeit, pränatalen und postnatalen Entwicklung eventuell unzureichend.

Es wurden keine Langzeitstudien an Tieren zur Auswertung des karzinogenen Potentials von Treprostinil durchgeführt. Bei *in vitro*- und *in vivo*-Mutagenitätsstudien konnten keine mutagenen oder klastogenen Wirkungen für Treprostinil nachgewiesen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass vorklinische Daten auf der Basis konventioneller Studien zur Sicherheitspharmakologie, chronischer Toxizität, Genotoxizität und Reproduktionstoxizität keine speziellen Gefahren für den Menschen erkennen lassen.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Metacresol
Natriumcitrat (dihydrat)
Natriumchlorid
Salzsäure
Natriumhydroxid

Wasser für Injektionszwecke

6.2 Inkompatibilitäten

Da keine Verträglichkeitsstudien durchgeführt wurden, darf dieses Arzneimittel außer mit sterilem Wasser für Injektionszwecke oder 0,9% (w/v) Natriumchlorid-Injektionslösung (siehe Abschnitt 6.6) nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt werden.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

Haltbarkeit des Arzneimittels in der ungeöffneten Verpackung: 3 Jahre

Haltbarkeit nach erstmaligem Öffnen der Durchstechflasche: 30 Tage, nicht über 30°C lagern.

Haltbarkeit während der Verwendung als subkutane Dauerinfusion

Es wurde die chemisch-physikalische und mikrobiologische Stabilität von unverdünntem Trisuva in einem Behältnis (Spritze) während der Anwendung für bis zu 14 Tagen bei 37°C nachgewiesen. Abweichende Lagerungszeiten und -bedingungen während der Anwendung liegen in der Verantwortung des Anwenders.

Haltbarkeit während der Verwendung als intravenöse Dauerinfusion mit externer ambulanter Pumpe

Es wurde die chemisch-physikalische und mikrobiologische Stabilität während der Anwendung von verdünntem Trisuva in einem Behältnis für bis zu 24 Stunden bei 37°C nachgewiesen. Abweichende Lagerungszeiten und -bedingungen während der Anwendung liegen in der Verantwortung des Anwenders.

Haltbarkeit während der Verwendung bei intravenöser Anwendung mit einer implantierbaren Pumpe

Die chemische, physikalische und mikrobiologische Stabilität von verdünnter und unverdünnter Trisuva-Lösung konnte in implantierbaren Pumpen in einem Konzentrationsbereich von 0,5-10 mg/ml für bis zu 30 Tage bei 37 °C nachgewiesen werden. Abweichende Lagerzeiten und -bedingungen nach Befüllung obliegen der Verantwortung des Anwenders.

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

Aufbewahrungsbedingungen nach Anbruch des Arzneimittels, siehe Abschnitt 6.3.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

10 ml Infusionslösung in einer durchsichtigen Durchstechflasche aus Borosilikat-Glas vom Typ I, verschlossen mit einem Fluorpolymer Chlorobutyl -Gummistopfen, versiegelt mit einer Flipp-off Aluminiumkappe mit einem grünen Polypropylen-Ring.

Umkarton mit einer Durchstechflasche pro Packung.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung

Trisuva muss unverdünnt verwendet werden, wenn es mittels subkutaner Dauerinfusion verabreicht wird (siehe Abschnitt 4.2).

Trisuva **muss** mit sterilem Wasser für Injektionszwecke oder 0,9 % (w/v) Natriumchlorid-Injektionslösung **verdünnt werden**, wenn es als intravenöse Dauerinfusion verabreicht wird (siehe Abschnitt 4.2).

Die Trisuva-Lösung **soll** mit 0,9% (w/v) Natriumchlorid-Injektionslösung **verdünnt werden**, wenn sie als intravenöse Dauerinfusion über eine chirurgisch eingesetzte **implantierbare Pumpe** verabreicht wird (siehe Abschnitt 4.2).

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH
Leopold-Ungar-Platz 2
A-1190 Wien

8. ZULASSUNGSNUMMER

Z. Nr.: 138381

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung: 18.07.2018

10. STAND DER INFORMATION

02/2022

REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT

Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.