

SÚHRN CHARAKTERISTICKÝCH VLASTNOSTÍ LIEKU

1. NÁZOV LIEKU

Sertralin Actavis 50 mg
Sertralin Actavis 100 mg
filmom obalené tablety

2. KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE

50 mg

Každá filmom obalená tableta obsahuje 50 mg sertralínu (vo forme hydrochloridu).

Pomocná látka so známym účinkom

Každá filmom obalená tableta obsahuje 19,8 mg monohydrátu laktózy.

100 mg

Každá filmom obalená tableta obsahuje 100 mg sertralínu (vo forme hydrochloridu).

Pomocná látka so známym účinkom

Každá filmom obalená tableta obsahuje 39,6 mg monohydrátu laktózy.

Úplný zoznam pomocných látok, pozri časť 6.1

3. LIEKOVÁ FORMA

Filmom obalená tableta

50 mg

Biele až takmer biele oválne filmom obalené tablety s ryhou na jednej strane a potlačou „50“ na druhej strane a s rozmermi 4,6 x 10,7 mm.

100 mg

Biele až takmer biele oválne filmom obalené tablety s ryhou na jednej strane a potlačou „100“ na druhej strane a rozmermi 5,6 x 13,2 mm.

Tableta sa môže rozdeliť na rovnaké dávky.

4. KLINICKÉ ÚDAJE

4.1 Terapeutické indikácie

Sertralin Actavis je indikovaný na liečbu:

- epizód veľkej depresie; prevencie návratu epizód veľkej depresie,
- panickej poruchy s agorafóbiou alebo bez nej,
- obsedantno-kompulzívnej poruchy (obsessive compulsive disorder, OCD) u dospelých, detí a dospievajúcich vo veku 6 – 17 rokov,
- sociálnej úzkostnej poruchy,

- posttraumatickej stresovej poruchy (post traumatic stress disorder, PTSD).

4.2 Dávkovanie a spôsob podávania

Dávkovanie

Začiatočná liečba

Depresia a OCD

Liečba sertralínom sa má začať dávkou 50 mg/deň.

Panická porucha, PTSD a sociálna úzkostná porucha

Liečba sa má začať dávkou 25 mg/deň. Po prvom týždni sa má dávka zvýšiť na 50 mg jedenkrát denne. Ukázalo sa, že tento dávkovací režim znižuje výskyt nežiaducich účinkov, ktoré sa objavujú vo včasných fázach liečby panickej poruchy.

Titrovanie dávky

Depresia, OCD, panická porucha, sociálna úzkostná porucha a PTSD (posttraumatická stresová porucha)

Pacientom, ktorí neodpovedajú na dávku 50 mg, môže pomôcť zvýšenie dávky. Zmeny dávky sa majú robiť po 50 mg v intervale najmenej jedného týždňa až na maximálnu dávku 200 mg/deň. Zmeny v dávkovaní sa nemajú robiť častejšie ako raz za týždeň vzhľadom na 24-hodinový polčas eliminácie sertralínu.

Nástup terapeutického účinku je možné pozorovať do 7 dní. Avšak bežne sa plný terapeutický účinok prejaví až po dlhšom čase, zvlášť u OCD.

Udržiavacia liečba

Počas dlhodobej udržiavacej liečby sa majú podávať najnižšie účinné dávky, ktoré je možné podľa terapeutickkej odpovede ďalej upraviť.

Depresia

Dlhodobá liečba môže byť tiež vhodná na prevenciu návratu epizód veľkej depresie (major depressive episodes, MDE). Vo väčšine prípadov je odporúčaná dávka na prevenciu návratu MDE rovnaká ako dávka používaná počas súčasnej epizódy. Pacienti s depresiou majú byť liečení dostatočne dlhý čas, a to aspoň 6 mesiacov, aby bolo isté, že sú bez príznakov.

Panická porucha a OCD

Pokračujúca liečba panickej poruchy a OCD sa má pravidelne vyhodnocovať, keďže prevencia návratu ochorenia nebola u týchto ochorení preukázaná.

Starší pacienti

U starších pacientov treba dávkovať liek s opatnosťou, pretože sú viac ohrození hyponatriémiou (pozri časť 4.4).

Pacienti s poruchou funkcie pečene

Pacienti s ochorením pečene by mali užívať sertralín s opatnosťou. Títo pacienti majú užívať nižšiu dávku alebo majú mať zníženú frekvenciu podávania (pozri časť 4.4). Sertralín sa nemá podávať v prípadoch závažnej poruchy funkcie pečene, keďže nie sú k dispozícii žiadne klinické údaje (pozri časť 4.4).

Pacienti s poruchou funkcie obličiek

U pacientov s poruchou funkcie obličiek nie je nutná úprava dávkovania (pozri časť 4.4).

Pediatrická populácia

Deti a dospievajúci s obsedantno-kompulzívnou poruchou

Vek 13 – 17 rokov: Začiatková dávka 50 mg raz denne.

Vek 6 – 12 rokov: Začiatková dávka 25 mg raz denne. Po prvom týždni sa dávka môže zvýšiť na 50 mg raz denne.

Ak sa nedostaví uspokojivá odpoveď na liečbu, následné dávky sa môžu podľa potreby ďalej postupne zvyšovať po 50 mg počas niekoľkých týždňov. Maximálna dávka je 200 mg denne. Všeobecne sa však má vziať do úvahy menšia telesná hmotnosť detí v porovnaní s dospelými pri zvyšovaní dávky nad 50 mg. Zmeny dávky sa nemajú robiť častejšie ako v týždňových intervaloch.

Účinnosť u pediatrickej populácie nie je preukázaná pri veľkej depresívnej poruche.

Nie sú k dispozícii žiadne údaje s použitím u detí mladších ako 6 rokov (pozri tiež časť 4.4).

Abstinenčné príznaky pozorované po ukončení liečby sertralínom

Treba sa vyhnúť náhlemu prerušeniu liečby. Pri ukončovaní liečby sertralínom sa má dávka znižovať postupne aspoň v priebehu jedného alebo dvoch týždňov, aby sa znížilo riziko abstinenčných reakcií (pozri časti 4.4 a 4.8). Ak sa po znížení dávky alebo ukončení liečby objavia neznesiteľné príznaky, potom sa môže zväziť návrat k pôvodne predpísanej dávke. Lekár môže následne pokračovať v znižovaní dávky, ale oveľa pomalšie.

Spôsob podávania

Sertralín sa má podávať jedenkrát denne, a to buď ráno alebo večer.

Filmom obalená tableta sa užíva s jedlom alebo bez jedla.

4.3 Kontraindikácie

Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok uvedených v časti 6.1.

Súbežná liečba s ireverzibilnými inhibítormi monoaminoxidázy (MAOI) je kontraindikovaná vzhľadom na riziko sérotonínového syndrómu s príznakmi, ako sú agitovanosť, tremor a hypertermia. Podávanie sertralínu nesmie začať skôr ako po 14 dňoch po ukončení liečby s ireverzibilným MAOI. Liečba sertralínom musí byť ukončená aspoň 7 dní pred začatím liečby s ireverzibilným MAOI (pozri časť 4.5).

Súbežné užívanie pimozidu je kontraindikované (pozri časť 4.5).

4.4 Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní

Sérotonínový syndróm (Serotonin Syndrome, SS) alebo neuroleptický malígny syndróm (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS)

Vznik potenciálne život ohrozujúcich syndrómov, ako sú sérotonínový syndróm (SS) alebo neuroleptický malígny syndróm (NMS) boli hlásené v súvislosti s liečbou selektívnymi inhibítormi spätného vychytávania sérotonínu (SSRI), vrátane liečby sertralínom. Riziko sérotonínového syndrómu (SS) alebo neuroleptického malígneho syndrómu (NMS) v súvislosti s liečbou SSRI je zvýšené pri súbežnom použití s inými sérotonínergickými liekmi (vrátane iných sérotonínergických antidepresív, amfetamínov, triptánov), s liekmi, ktoré zhoršujú metabolizmus sérotonínu (vrátane MAOI, napríklad metylénová modrá), s antipsychotikami a inými dopamínovými antagonistami a s opioidmi. Pacienti majú byť sledovaní pre prípad náhleho objavenia sa znakov a príznakov SS alebo NMS syndrómu (pozri časť 4.3).

Zmena liečby z iného selektívneho inhibítora spätného vychytávania sérotonínu (SSRI), antidepresíva alebo lieku na obsedantno-kompulzívnu poruchu

Skúsenosti z kontrolovaných sledovaní, ktoré sa týkajú optimalizácie načasovania zmeny liečby z SSRI, antidepresív alebo liekov na obsedantno-kompulzívnu poruchu na sertralín, sú obmedzené. Lekár musí starostlivo zvážiť postup pri zmene liečby, najmä z liekov s proťahovaným účinkom, ako je fluoxetín.

Iné sérotonínergické lieky, napr. tryptofán, fenfluramín a 5-HT agonisty

Súbežné podávanie sertralínu s inými liekmi, ktoré zosilňujú účinok sérotonínergickej neurotransmisie, ako sú amfetamíny, tryptofán alebo fenfluramín alebo 5-HT agonisty, alebo s fytofarmakami, ľubovník bodkovaný (*Hypericum perforatum*), vyžaduje zvýšenú opatrnosť a podľa možnosti sa mu treba vyhnúť vzhľadom na možnosť farmakodynamickej interakcie.

Predĺženie QTc/Torsade de Pointes (TdP)

Hlásenia po uvedení sertralínu na trh uvádzajú prípady predĺženia QTc a TdP. Väčšina hlásení sa vyskytla u pacientov s inými rizikovými faktormi pre predĺženie QTc/TdP. Vplyv na predĺženie QTc sa potvrdil prostredníctvom dôkladnej QTc štúdie u zdravých dobrovoľníkov, pričom sa zistil štatisticky významný pozitívny vzťah medzi expozíciou a reakciou. Preto sa má sertralín s opatrnosťou používať u pacientov s ďalšími rizikovými faktormi pre predĺženie QTc, ako sú: srdcové ochorenie, hypokalémia alebo hypomagneziémia, predĺženie QTc v rodinnej anamnéze, bradykardia a súbežné užívanie liekov, ktoré predlžujú QTc interval (pozri časti 4.5 a 5.1).

Aktivácia hypománie alebo mánie

Výskyt príznakov mánie alebo hypománie bol hlásený u malého počtu pacientov liečených s predávanými antidepresívami a liekmi používanými na liečbu obsedantno-kompulzívnej poruchy vrátane sertralínu. Preto sa má sertralín používať s opatrnosťou u pacientov s mániou/hypomániou v anamnéze. Vyžaduje sa dôsledný lekárske dohľad. Liečba sertralínom sa musí ukončiť u každého pacienta, ktorý sa dostane do manickej fázy.

Schizofrénia

Psychotické príznaky sa môžu zhoršiť u schizofrenických pacientov.

Záchvaty

Pri liečbe sertralínom sa môžu vyskytnúť záchvaty: sertralín sa nemá podávať u pacientov s nestabilnou epilepsiou a pacientov s dobre kontrolovanou epilepsiou treba starostlivo monitorovať. Liečba sertralínom sa musí prerušiť u každého pacienta, u ktorého sa objavia záchvaty.

Samovražda/samovražedné myšlienky/samovražedné pokusy alebo zhoršenie klinického stavu

Depresia sa dáva do súvislosti so zvýšeným rizikom samovražedných myšlienok, sebapoškodením a samovraždou (udalosti spojené so samovraždou). Toto riziko pretrváva až do nástupu zjavnej remisie. Nakoľko sa zlepšenie nemusí ukázať počas prvých niekoľkých týždňov liečby alebo aj dlhšie, pacienti musia byť starostlivo monitorovaní, až kým takéto zlepšenie nenastane. Vo všeobecnosti klinické skúsenosti ukazujú, že riziko samovraždy sa môže zvýšiť v skorých štádiách zotavovania.

Iné psychiatrické stavy, na liečbu ktorých bol sertralín predpísaný, môžu byť tiež spojené so zvýšeným rizikom samovražedného správania. Okrem toho, tieto stavy môžu byť spojené s veľkou depresívnou poruchou. Rovnaké opatrenia dodržiavané pri liečbe pacientov s veľkou depresívnou poruchou sa majú preto dodržiavať aj pri liečbe pacientov s inými psychiatrickými poruchami.

Pacienti s anamnézou samovražedných príhod alebo významnými prejavmi samovražedných myšlienok pred začatím liečby, majú väčšie riziko samovražedných myšlienok alebo samovražedných pokusov, a preto majú byť počas liečby starostlivo sledovaní. Meta-analýza placebom kontrolovaných klinických skúšaní antidepresívnych liekov u dospelých pacientov so psychiatrickými poruchami ukázala zvýšené riziko samovražedného správania s antidepresívami v porovnaní s placebom u pacientov mladších ako 25 rokov.

Pacientov, obzvlášť s vysokým rizikom samovražedných myšlienok, je potrebné hlavne na začiatku liečby a po zmene dávkovania starostlivo monitorovať. Pacienti (a ich opatrovatelia) majú byť upozornení na potrebu sledovania výskytu akéhokoľvek klinického zhoršenia, samovražedného správania alebo myšlienok a neobvyčajných zmien v správaní a vyhľadať lekársku pomoc hneď, ako sa tieto príznaky objavia.

Sexuálna dysfunkcia

Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI) môžu vyvolať príznaky sexuálnej dysfunkcie (pozri časť 4.8). Boli prijaté hlásenia o dlhodobej sexuálnej dysfunkcii, pričom príznaky pokračovali aj napriek ukončeniu liečby SSRI.

Pediatrická populácia

Setralín sa nesmie používať na liečbu detí a dospievajúcich mladších ako 18 rokov, s výnimkou pacientov s obsedantno-kompulzívnou poruchou vo veku 6 – 17 rokov. Samovražedné správanie (pokus o samovraždu a samovražedné myšlienky) a hostilita (predovšetkým agresia, protichodné správanie a zlosť) boli v klinických štúdiách častejšie pozorované medzi deťmi a dospievajúcimi liečenými antidepresívami, než u pacientov, ktorí boli liečení placebom. Ak sa rozhodnutie o liečbe založené na objektívnej potrebe predsa len urobí, pacient má byť starostlivo sledovaný kvôli výskytu samovražedných príznakov, hlavne na začiatku liečby. Dlhodobá bezpečnosť kognitívneho, emocionálneho, fyzického a pubertálneho dozrievania u detí a dospievajúcich vo veku 6 až 16 rokov sa hodnotila v dlhodobej observačnej štúdii trvajúcej až 3 roky (pozri časť 5.1). Niekoľko prípadov oneskoreného rastu a oneskorenej puberty bolo hlásených po uvedení lieku na trh. Klinický význam a kauzalita sú zatiaľ nejasné (zodpovedajúce predklinické údaje o bezpečnosti pozri v časti 5.3). Lekári musia sledovať dlhodobo liečených pediatrických pacientov kvôli odchýlkam v raste a vývoji.

Abnormálne krvácanie/Hemorágia

V súvislosti s SSRI boli hlásené abnormality krvácania, vrátane kožné krvácanie (ekchymóza a purpura) a iné hemoragické príhody, ako sú gastrointestinálne alebo gynekologické krvácanie, vrátane fatálnych krvácaní. Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)/inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI) môžu zvyšovať riziko popôrodného krvácania (pozri časti 4.6, 4.8). Opatrnosť sa odporúča u pacientov užívajúcich SSRI, najmä pri súbežnom používaní s liekmi, o ktorých je známe, že ovplyvňujú funkciu trombocytov (napr. antikoagulanciá, atypické antipsychotiká a fenotiazíny, väčšina tricyklických antidepresív, kyselina acetylsalicylová a nesteroidové antiflogistiká (NSAID)), ako aj u pacientov s poruchami krvácania v anamnéze (pozri časť 4.5).

Hyponatriémia

Hyponatriémia sa môže vyskytnúť v dôsledku liečby s SSRI alebo SNRI vrátane sertralínu. V mnohých prípadoch sa zdá, že hyponatriémia je výsledkom syndrómu neadekvátnej sekrécie antidiuretického hormónu (syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion, SIADH). Boli hlásené prípady, kedy boli hladiny sodíka v sére nižšie ako 110 mmol/l. U starších pacientov môže byť väčšie riziko vzniku hyponatriémie pri podávaní SSRI a SNRI. Taktiež pacienti užívajúci diuretiká alebo tí, ktorí sú z iných dôvodov hypovolemickí, môžu mať vyššie riziko (pozri „Použitie u starších pacientov“). U pacientov so sypomatickou hyponatriémiou sa má zvážiť prerušenie liečby sertralínom a začať vhodnú liečbu. Znaky a príznaky hyponatriémie zahŕňajú bolesť hlavy, ťažkosti so sústredením sa, poruchu pamäti, zmätenosť, slabosť a nestabilitu, ktorá môže viesť k pádom. Znaky a príznaky súvisiace so závažnejšími a/alebo akútnymi prípadmi zahŕňajú halucinácie, synkopu, záchvat, kómu, zastavenie dýchania a smrť.

Abstinenčné príznaky pozorované po prerušení liečby sertralínom

Abstinenčné príznaky pri prerušení liečby sú bežné, najmä ak je prerušenie náhle (pozri časť 4.8). V klinických skúšaníach bola medzi pacientmi liečenými sertralínom incidencia hlásených abstinenčných reakcií 23 % u tých, ktorí prerušili liečbu sertralínom, v porovnaní s 12 % u tých, ktorí pokračovali v liečbe sertralínom.

Riziko abstinenčných príznakov môže závisieť od niekoľkých faktorov vrátane dĺžky liečby a liečebnej dávky a rýchlosti znižovania dávky. Závrat, zmyslové poruchy (vrátane parestézie), poruchy spánku (vrátane insomnie a intenzívnych snov), agitovanosť alebo anxióza, nauzea a/alebo vracanie, tremor a bolesť hlavy sú najčastejšie hlásené reakcie. Tieto príznaky sú všeobecne mierne až stredne závažné; avšak u niektorých pacientov môžu mať silnejšiu intenzitu. Zvyčajne sa vyskytujú počas niekoľkých prvých dní po prerušení liečby, ale veľmi zriedkavé hlásenia takýchto príznakov boli aj u pacientov, ktorí neúmyselne vynechali dávku. Všeobecne majú tieto príznaky obmedzený priebeh a zvyčajne vymiznú do 2 týždňov, hoci u niektorých jedincov môžu byť dlhotrvajúce (2 – 3 mesiace alebo viac). Preto sa odporúča, aby sa sertralín pri ukončení liečby znižoval postupne v priebehu niekoľkých týždňov alebo mesiacov, a to podľa potrieb pacienta (pozri časť 4.2).

Akatízia/psychomotorický nepokoj

Užívanie sertralínu sa dáva do súvisu s rozvojom akatízie, stavom charakterizovaným subjektívne nepríjemným alebo úzkostným nepokojom s potrebou pohybu nezriedka sprevádzaným neschopnosťou nehybne sedieť alebo stáť. K tomuto najpravdepodobnejšie dochádza počas niekoľkých prvých týždňov liečby. Zvýšenie dávky u pacientov, u ktorých sa objavia tieto príznaky, môže byť škodlivé.

Porucha funkcie pečene

Sertralín sa extenzívne metabolizuje v pečeni. Výsledky farmakokinetických štúdií s podávaním viacerých dávok u pacientov s miernou stabilizovanou cirhózou ukazujú, že eliminačný polčas je predĺžený a AUC (plocha pod krivkou) a C_{max} (maximálna plazmatická koncentrácia) sú približne trikrát väčšie ako u zdravých ľudí. Medzi týmito dvoma skupinami sa nezaznamenali žiadne významnejšie rozdiely vo väzbe lieku na bielkoviny plazmy. K použitiu sertralínu u pacientov s ochoreniami pečene sa musí pristupovať s opatrnosťou. Ak sa sertralín podáva pacientom s poruchou funkcie pečene, majú sa zväziť nižšie dávky alebo predĺžiť intervaly medzi jednotlivými dávkami. Sertralín sa nesmie používať u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene (pozri časť 4.2).

Porucha funkcie obličiek

Sertralín sa extenzívne metabolizuje, pričom vylučovanie nezmeneného lieku do moču je menej významnou cestou vylučovania. V štúdiách s pacientmi s ľahkou až stredne ťažkou poruchou funkcie obličiek (klírens kreatinínu 30 – 60 ml/min) alebo stredne ťažkou až ťažkou poruchou funkcie obličiek (klírens kreatinínu 10 – 29 ml/min) pri podávaní viacerých dávok lieku neboli farmakokinetické parametre (AUC_{0-24} alebo C_{max}) signifikantne odlišné od kontrolnej skupiny pacientov. Dávkovanie sertralínu sa nemusí upravovať podľa stupňa renálneho poškodenia.

Použitie u starších pacientov

Viac ako 700 starších pacientov (> 65 ročných) sa zúčastnilo klinických štúdií. Profil a incidencia nežiaducich reakcií u starších pacientov bola podobná ako u mladších pacientov.

SSRI alebo SNRI vrátane sertralínu sú však spájané s prípadmi klinicky významnej hyponatriémie u starších pacientov, u ktorých môže byť zvýšené riziko vzniku tohto nežiaduceho účinku (pozri „Hyponatriémia“ v časti 4.4).

Diabetes

U diabetikov môže liečba s SSRI viesť k zmenám hodnôt glykémie. Môže byť potrebné upraviť inzulín a/alebo súbežne podávané perorálne antidiabetiká.

Elektrokonvulzívna liečba

Nie sú k dispozícii žiadne klinické štúdie, ktoré by skúmali riziká alebo prínos kombinovanej aplikácie elektrokonvulzívnej liečby (electroconvulsive therapy, ECT) a sertralínu.

Grapefruitová šťava

Podávanie sertralínu spolu s grapefruitovou šťavou sa neodporúča (pozri časť 4.5.).

Interferencia s močovými skriningovými testami

U pacientov užívajúcich sertralín boli hlásené falošne pozitívne močové imunologické skriningové testy na benzodiazepíny. Príčinou je nedostatočná špecifická skriningových testov. Falošne pozitívne výsledky testu možno očakávať v priebehu niekoľkých dní po ukončení liečby sertralínom. Podporné testy, ako sú plynová chromatografia/hmotnostná spektrometria, odlišia sertralín od benzodiazepínov.

Glaukómom s uzavretým uhlom

SSRI vrátane sertralínu môžu mať vplyv na veľkosť zrenice a spôsobiť mydriázu. Tento efekt mydriázy má potenciál zužovať uhol oka a viesť k zvýšeniu vnútroočného tlaku a glaukómu s uzavretým uhlom najmä u pacientov s predispozíciou. Sertralín sa preto musí používať opatrne u pacientov s glaukómom s uzavretým uhlom alebo s glaukómom v anamnéze.

Pomocné látky

Laktóza

Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, celkovým deficitom laktázy alebo glukózo-galaktózovou malabsorpciou nesmú užívať tento liek.

Sodík

Tento liek obsahuje menej ako 1 mmol sodíka (23 mg) vo filmom obalenej tablete, t.j. v podstate zanedbateľne množstvo sodíka.

4.5 Liekové a iné interakcie

Kontraindikované

Inhibitory monoaminoxidázy

Ireverzibilné MAOI (napr. selegilín)

Sertralín sa nesmie používať v kombinácii s ireverzibilnými MAOI, ako je selegilín. Podávanie sertralínu nesmie začať skôr ako po 14 dňoch po ukončení liečby ireverzibilným MAOI. Liečba sertralínom musí byť ukončená aspoň 7 dní pred začatím liečby s ireverzibilným MAOI (pozri časť 4.3).

Reverzibilný, selektívny inhibítor MAO-A (moklobemid)

Vzhľadom na riziko sérotonínového syndrómu kombinácia sertralínu s reverzibilným a selektívnym MAOI, ako je moklobemid, sa nemá podávať. Pred začatím liečby sertralínom môže byť obdobie po prerušení liečby s reverzibilným inhibítorom MAO kratšie ako 14 dní. Odporúča sa, aby liečba sertralínom bola ukončená aspoň 7 dní pred začatím liečby s reverzibilným MAOI (pozri časť 4.3).

Reverzibilný, neselektívny MAOI (linezolid)

Antibiotikum linezolid je slabý reverzibilný a neselektívny MAOI a nesmie sa podávať pacientom liečeným sertralínom (pozri časť 4.3).

Závažné nežiaduce reakcie boli hlásené u pacientov, ktorí nedávno ukončili liečbu s MAOI (napr. metylénová modrá) a začali liečbu sertralínom, alebo nedávno ukončili liečbu sertralínom pred začatím liečby s MAOI. Tieto reakcie zahŕňali tremor, myoklonus, diaforézu, nauzeu, vracanie, sčervenanie pokožky, závrat a hypertermiu so znakmi pripomínajúcimi neuroleptický malígny syndróm, záchvaty a smrť.

Pimozid

Zvýšené hladiny pimozidu dosahujúce približne 35 % boli preukázané v štúdiu s jednorazovou nízkou dávkou pimozidu (2 mg). Tieto zvýšené hladiny neboli spojené so žiadnymi zmenami EKG. Keďže

mechanizmus tejto interakcie nie je známy, vzhľadom na úzky terapeutický index pimozidu, súbežné podávanie sertralínu a pimozidu je kontraindikované (pozri časť 4.3).

Súbežné podávanie so sertralínom sa neodporúča

Látky s tlmivým účinkom na CNS a alkohol

Súbežné podávanie sertralínu v dávke 200 mg denne nepotenciovalo účinok alkoholu, karbamazepínu, haloperidolu ani fenytoínu na kognitívne funkcie a psychomotoriku u zdravých ľudí; súbežné použitie sertralínu s alkoholom sa však neodporúča.

Iné sérotonérgické lieky

Pozri časť 4.4.

Opatrnosť sa odporúča pri opioidoch [napr. fentanyl (používanom pri celkovej anestézii alebo v liečbe chronickej bolesti)] a iných sérotonérgických liekoch (vrátane iných sérotonérgických antidepresív, amfetamínov, triptánov).

Osobitné opatrenia

Lieky, ktoré predlžujú QT interval

Riziko predĺženia QTc a/alebo komorové arytmie (napr. TdP) môže byť zvýšené pri súbežnom užívaní iných liekov, ktoré predlžujú QTc interval (napr. niektoré antipsychotiká a antibiotiká) (pozri časti 4.4 a 5.1).

Lítium

V placebom kontrolovanom klinickom skúšaní u zdravých dobrovoľníkov súbežné podávanie sertralínu s lítiom nemenilo signifikantne farmakokinetiku lítia, ale viedlo k zhoršeniu tremoru v porovnaní s placebom, čo naznačuje možnú farmakodynamickú interakciu. Pri súbežnom podávaní sertralínu s liekmi, ako je lítium, majú byť pacienti primerane monitorovaní.

Fenytoín

Placebom kontrolované klinické skúšanie u zdravých dobrovoľníkov naznačuje, že dlhodobé podávanie sertralínu v dávke 200 mg/deň nespôsobuje klinicky významnú inhibíciu metabolizmu fenytoínu. Avšak, keďže sa u pacientov užívajúcich sertralín objavili niektoré prípady hlásení vysokej hladiny fenytoínu, odporúča sa monitorovať plazmatické koncentrácie fenytoínu po začatí liečby sertralínom a jeho dávkovanie vhodne prispôbiť dávke fenytoínu. Navyše súbežné podávanie fenytoínu, známeho induktora CYP3A4, môže spôsobiť zníženie plazmatických hladín sertralínu.

Metamizol

Súbežné podávanie sertralínu s metamizolom, ktorý je induktorom metabolizujúcich enzýmov vrátane CYP2B6 a CYP3A4, môže spôsobiť zníženie plazmatických koncentrácií sertralínu, čím sa potenciálne môže znížiť klinická účinnosť. Preto sa odporúča opatrnosť pri súbežnom podávaní metamizolu a sertralínu. Podľa potreby sa majú monitorovať klinická odpoveď a/alebo hladiny lieku.

Triptány

Zriedkavé hlásenia po uvedení lieku na trh popisujú prípady, keď pri súbežnom podávaní sertralínu a sumatriptánu sa u pacientov objavila slabosť, hyperreflexia, porucha koordinácie, zmätenosť, anxiozita a agitovanosť. Príznaky sérotonínového syndrómu sa môžu tiež vyskytnúť s inými liekmi rovnakej skupiny (triptány). Ak súbežné podávanie sertralínu a triptánov je klinicky opodstatnené, potom sa odporúča pacienta primerane sledovať (pozri časť 4.4).

Warfarín

Podávanie sertralínu v dávke 200 mg denne spolu s warfarínom viedlo k malému, ale štatisticky

významnému predĺženiu protrombínového času, ktoré v niektorých zriedkavých prípadoch môže spôsobiť nerovnováhu hodnoty INR. Preto sa odporúča starostlivo monitorovať protrombínový čas na začiatku a po ukončení liečby sertralínom.

Iné liekové interakcie, digoxín, atenolol, cimetidín

Súbežné podávanie s cimetidínom podstatne znížilo klírens sertralínu. Klinický význam týchto zmien však nie je známy. Sertralín nemal žiadny vplyv na schopnosť blokády beta-adrenergických receptorov atenololom. Pri podávaní sertralínu 200 mg denne s digoxínom sa nepozorovali žiadne interakcie.

Lieky pôsobiace na funkciu trombocytov

Riziko krvácania sa môže zvýšiť, keď sa lieky pôsobiace na funkciu krvných doštičiek (napr. NSAID, kyselina acetylsalicylová a tiklopidín) alebo iné lieky, ktoré by mohli zvýšiť riziko krvácania, podávajú súbežne s SSRI, vrátane sertralínu (pozri časť 4.4).

Neuromuskulárne blokátory

SSRI môžu znížiť aktivitu plazmatickej cholinesterázy, čo má za následok predĺženie neuromuskulárnej blokády spôsobenej mivakúriom alebo inými neuromuskulárnymi blokátormi.

Lieky metabolizované cytochrómom P450

Sertralín môže pôsobiť ako slabý až stredne silný inhibítor CYP2D6. Dlhodobé užívanie 50 mg sertralínu denne preukázalo stredné zvýšenie (v priemere o 23 % – 37 %) rovnovážnych plazmatických koncentrácií dezipramínu (ktorý je markerom aktivity izoenzýmu CYP2D6). Klinicky významné interakcie sa môžu vyskytnúť s ostatnými CYP2D6 substrátmi s úzkym terapeutickým indexom ako s antiarytmikami skupiny 1C, ako sú propafenón a flekainid, s tricyklickými antidepresívami a typickými antipsychotikami, zvlášť pri vysokých hladinách dávky sertralínu.

Sertralín nepôsobí ako klinicky významný inhibítor CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 a CYP1A2. To potvrdili interakčné štúdie *in vivo* s CYP3A4 substrátmi (endogénnym kortizolom, karbamazepínom, terfenadínom, alprazolamom), CYP2C19 substrátom, diazepamom a CYP2C9 substrátmi, tolbutamidom, glibenklamidom a fenytoínom. *In vitro* štúdie naznačujú, že sertralín má minimálny alebo žiadny potenciál inhibovať CYP1A2.

Užitie troch pohárov grapefruitovej šťavy denne zvýšilo hladiny sertralínu v plazme približne o 100 % v skríženej štúdiu u ôsmich testovaných zdravých jedincov japonského pôvodu. Preto je potrebné vyhnúť sa konzumácii grapefruitovej šťavy počas liečby sertralínom (pozri časť 4.4).

Na základe štúdie interakcií s grapefruitovou šťavou nemožno vylúčiť, že súbežné podávanie sertralínu a silných inhibítorov CYP3A4, napr. inhibítorov proteázy, ketokonazolu, itrakonazolu, posakonazolu, vorikonazolu, klaritromycínu, telitromycínu a nefazodónu, by viedlo k výraznejšiemu zvýšeniu expozície sertralínu. To sa týka aj stredne silných inhibítorov CYP3A4, napr. aprepitantu, erytromycínu, flukonazolu, verapamilu a diltiazemu. Počas liečby sertralínom sa treba vyhnúť príjmu silných inhibítorov CYP3A4.

Nemožno vylúčiť, že induktory CYP3A4, napríklad fenobarbital, karbamazepín, ľubovník bodkovaný a rifampicín, môžu spôsobiť zníženie plazmatických hladín sertralínu.

Plazmatické hladiny sertralínu sa zvýšili o 50 % u slabých metabolizérov CYP2C19 v porovnaní s rýchlymi metabolizérmi (pozri časť 5.2). Interakciu so silnými inhibítormi CYP2C19, napr. omeprazolom, lanzoprazolom, pantoprazolom, rabeprazolom, fluoxetínom, fluvoxamínom nie je možné vylúčiť.

4.6 Fertilita, gravidita a laktácia

Gravidita

Nie sú k dispozícii dobre kontrolované štúdie u gravidných žien. Avšak podstatné množstvo údajov neodhalilo dôkaz o tom, že by sertralín vyvolával kongenitálne malformácie. Štúdie na zvieratách dokázali vplyv na reprodukciu, pravdepodobne toxickým pôsobením cez matku zapríčineným farmakodynamickým účinkom zlúčeniny a/alebo priamym účinkom zlúčeniny na plod (pozri časť 5.3).

Bolo hlásené, že použitie sertralínu počas gravidity spôsobuje u niektorých novorodencov, ktorých matky užívali sertralín, príznaky podobné reakciám pri prerušení liečby. Tento jav sa tiež pozoroval u ostatných antidepresív zo skupiny SSRI. Sertralín sa neodporúča počas gravidity pokiaľ klinický stav ženy nie je taký, že očakávaný prínos liečby preváži nad potenciálnym rizikom.

Údaje z pozorovaní naznačujú zvýšené riziko (menej ako dvojnásobné) popôrodného krvácania po vystavení SSRI/SNRI v priebehu jedného mesiaca pred pôrodom (pozri časti 4.4, 4.8).

Novorodencov treba sledovať, ak užívanie sertralínu u matky pokračuje v neskorších štádiách gravidity, zvlášť v treťom trimestri. Ak matka užívala sertralín v neskorších štádiách gravidity, môžu sa potom u novorodenca vyskytnúť nasledujúce príznaky: ťažkosti s dýchaním, cyanóza, apnoe, záchvaty, nestála teplota, ťažkosti s kŕmením, vracanie, hypoglykémia, hypertónia, hypotónia, hyperreflexia, tremor, nervozita, dráždivosť, letargia, neustály plač, somnolencia a ťažkosti so spaním. Tieto príznaky môžu byť následkom buď sérotonínergických účinkov alebo príznakov po prerušení liečby. Vo väčšine prípadov začínajú komplikácie okamžite alebo čoskoro (< 24 hodín) po pôrode.

Epidemiologické štúdie naznačujú, že použitie selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (SSRI) počas tehotenstva, najmä počas pokročilého tehotenstva, môže zvýšiť riziko vzniku perzistujúcej pľúcnej hypertenzie novorodencov (PPHN). Pozorované riziko bolo približne 5 prípadov na 1000 tehotenstiev. V bežnej populácii sa vyskytuje 1 až 2 prípady pretrvávajúcej pľúcnej hypertenzie (PPHN) na 1000 tehotenstiev.

Dojčenie

Publikované údaje týkajúce sa hladín sertralínu v materskom mlieku ukazujú, že malé množstvá sertralínu a jeho metabolitu N-desmetylsertralínu sa vylučujú do mlieka. Všeobecne boli v sére dojčiat zistené zanedbateľné alebo nedetegovateľné hladiny okrem jednej výnimky u dojčaťa, ktoré malo sérové hladiny dosahujúce asi 50 % hladiny u matky (ale bez viditeľného vplyvu na zdravie tohto dojčaťa). Doteraz neboli hlásené žiadne nežiaduce účinky na zdravie dojčiat, ktorých matky užívali sertralín, ale riziko sa nedá vylúčiť. Podávanie sertralínu dojčiacim matkám sa neodporúča, iba ak lekár usúdi, že očakávaný prínos liečby prevyšuje možné riziko.

Fertilita

Údaje zo štúdií na zvieratách nepreukázali vplyv sertralínu na parametre fertility (pozri časť 5.3.). Zaznamenané prípady u ľudí užívajúcich niektoré SSRI ukázali, že vplyv na kvalitu spermií je reverzibilný. Dopad na fertilitu u ľudí nebol zatiaľ pozorovaný.

4.7 Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje

Klinicko-farmakologické štúdie preukázali, že sertralín nemá žiadny vplyv na psychomotorický výkon. Psychotropné lieky však môžu ovplyvniť mentálne alebo fyzické schopnosti potrebné na vykonávanie potenciálne nebezpečných činností, ako je vedenie motorového vozidla alebo obsluhovanie strojov, preto má byť na to pacient upozornený.

4.8 Nežiaduce účinky

Nauzea je najčastejším nežiaducim účinkom. Pri liečbe sociálnej úzkostnej poruchy sa vyskytla sexuálna dysfunkcia (zlyhanie ejakulácie) u 14 % mužov užívajúcich sertralín oproti 0 % u placebo. Tieto nežiaduce účinky sú závislé od dávky a často vymiznú pri pokračovaní v liečbe.

Profil nežiaducich účinkov, bežne pozorovaný v dvojito zaslepených, placebom kontrolovaných štúdiách u pacientov s OCD, panickou poruchou, PTSD a sociálnou úzkostnou poruchou bol podobný tomu, ktorý sa pozoroval v klinických štúdiách u pacientov s depresiou.

Tabuľka 1 uvádza nežiaduce reakcie pozorované v praxi po uvedení lieku na trh (frekvencia nie je známa) a v placebom kontrolovaných klinických skúšaní (zahŕňajúcich celkovo 2542 pacientov užívajúcich sertralín a 2145 placebo) pri depresii, OCD, panickej poruche, PTSD a sociálnej úzkostnej poruche. Intenzita a frekvencia niektorých nežiaducich liekových reakcií uvedených v tabuľke 1 môže klesať pri pokračovaní v liečbe a spravidla nie sú príčinou ukončenia liečby.

Tabuľka 1: Nežiaduce reakcie					
Frekvencia nežiaducich reakcií pozorovaných v placebom kontrolovaných klinických skúšaní pri depresii, OCD, panickej poruche, PTSD a sociálnej úzkostnej poruche. Analýza zozbieraných údajov a údaje z praxe po uvedení lieku na trh.					
Trieda orgánových systémov	Veľmi časté (≥ 1/10)	Časté (≥ 1/100 až < 1/10)	Menej časté (≥ 1/1 000 až < 1/100)	Zriedkavé (≥ 1/10 000 až < 1/1 000)	Neznáme (z dostupných údajov)
Infekcie a nákazy		infekcia horných dýchacích ciest, faryngitída, rinitída	gastroenteritída, zápal stredného ucha	divertikulitída [§]	
Benígne a malígne nádory, vrátane nešpecifikovaných novotvarov (cysty a polypy)			neoplazma		
Poruchy krvi a lymfatického systému				lymfadenopatia, trombocytopenia* [§] , leukopénia* [§]	
Poruchy imunitného systému			hypersenzitivita*, sezónna alergia*	anafylaktoidná reakcia*	
Poruchy endokrinného systému			hypotyreóza*	hyperprolaktinémia* [§] , neadekvátna sekrécia antidiuretického hormónu* [§]	
Poruchy metabolizmu a výživy		znížená chuť do jedla, zvýšená chuť do jedla*		hypercholesterolémia, diabetes mellitus*, hypoglykémia*, hyperglykémia* [§] , hyponatriémia* [§]	
Psychické poruchy	insomnia	úzkosť*, depresia*, agitovanosť*, pokles libida*, nervozita, depersonalizácia, nočná mora, škripanie zubov*	samovražedné myšlienky/správanie, psychóza*, abnormálne myslenie, apatia, halucinácie*, agresivita*, euforická nálada*, paranoja	disociatívna (konverzná) porucha* [§] , paroniria* [§] , lieková závislosť, námesačnosť, predčasná ejakulácia	
Poruchy nervového systému	závrat, bolesť hlavy*, somnolencia	tremor, poruchy pohybu (vrátane extrapyramidových príznakov ako sú hyperkinéza, hypertónia, dystónia, škripanie zubov alebo abnormality chôdze), parestézia*, hypertónia*, porucha	amnézia, hypoestézia*, mimovoľné svalové kontrakcie*, synkopa*, hyperkinéza*, migréna*, kŕče*, posturálne závraty, abnormálna koordinácia, porucha reči	kóma*, akatízia (pozri časť 4.4), dyskíneza, hyperestézia, cerebrovaskulárny spazmus (vrátane syndrómu reverzibilnej mozgovej vazokonstrikcie a Callovo-Flemingovho syndrómu)* [§] , psychomotorický nepokoj* [§] (pozri časť 4.4), zmyslové poruchy,	

		pozornosti, dysgeúzia		choreoatetóza [§] , tiež boli hlásené znaky a príznaky, ktoré sa vyskytujú pri sérotonínovom syndróme* alebo neuroleptickom malígnom syndróme: v niektorých prípadoch boli spojené so súbežným užívaním sérotonínergických liekov a zahŕňali agitovanosť, zmätenosť, potenie, hnačku, horúčku, hypertenziu, rigiditu a tachykardiu [§]	
Poruchy oka		porucha videnia*	mydriáza*	skotóm, glaukóm, diplopia, fotofóbia, hyféma* [§] , nerovnako veľké zrenice* [§] , abnormálne videnie [§] , porucha slzenia	makulopatia
Poruchy ucha a labyrintu		tinitus*	bolesť ucha		
Poruchy srdca a srdcovej činnosti		palpitácie*	tachykardia*, srdcové ochorenia	infarkt myokardu* [§] , <i>Torsade de Pointes</i> * [§] (pozri časti 4.4, 4.5 a 5.1), bradykardia, predĺženie QTc* (pozri časti 4.4, 4.5 a 5.1)	
Poruchy ciev		návaly horúčavy*	abnormálne krvácanie (ako je gastrointestinálne krvácanie)*, hypertenzia*, sčervenanie pokožky, hematória*	periférna ischémia	
Poruchy dýchacej sústavy, hrudníka a mediastína		zívanie*	dyspnoe, epistaxa*, bronchospazmus*	hyperventilácia, intersticiálne pľúcne ochorenie* [§] , eozinofilná pneumónia* [§] , laryngospazmus, dysfónia, stridor* [§] , hypoventilácia, štikútanie	
Poruchy gastrointestinálneho traktu	nauzea, hnačka, sucho v ústach	dyspepsia, zápcha*, abdominálna bolesť*, vracanie*, flatulencia	meléna, ochorenie zubov, ezofagitída, glositída, hemoroídy, nadmerné vylučovanie slín, dysfágia, grganie, ochorenie jazyka	ulcerácia úst, pankreatitída* [§] , hematochézia, ulcerácia jazyka, stomatitída	mikroskopická kolitída*
Poruchy pečene a žlčových ciest				abnormálne pečenné funkcie, závažné hepatálne poruchy (vrátane hepatitídy, žltacky a zlyhania pečene)	
Poruchy kože a podkožného tkaniva		nadmerné potenie, vyrážka*	periorbitálny edém*, urtikária*, alopecia*, pruritus*, purpura*, dermatitída, suchá pokožka, opuch tváre,	zriedkavé hlásenia závažných kožných nežiaducich reakcií (SCAR): napr. Stevensov-Johnsonov	

			studený pot	syndróm* a epidermálna nekrolýza*§, kožné reakcie*§, fotosenzitivita§, angioedém, porucha vlasovej štruktúry, abnormálny zápach pokožky, bulózna dermatitída, folikulárny exantém	
Poruchy kostrovej a svalovej sústavy a spojivového tkaniva		bolesť chrbta, artralgia*, myalgia	osteoartritída, svalové záškľby, svalové kŕče*, svalová slabosť	rabdomyolýza*§, poruchy kostí	trizmus*
Poruchy obličiek a močových ciest			polakizúria, porucha močenia, retencia moču, močová inkontinencia*, polyúria, noktúria	oneskorený začiatok močenia*, oligúria	
Poruchy reprodukčného systému a prsníkov	zlyhanie ejakulácie	nepravidelná menštruácia*, erektilná dysfunkcia	sexuálna dysfunkcia (pozri časť 4.4), menorágia, vaginálne krvácanie, sexuálna dysfunkcia u žien (pozri časť 4.4)	galaktorea*, atrofická vulvovaginitída, genitálny výtok, balanopostitída*§, gynekomastia*, priapizmus*	popôrodné krvácanie*†
Celkové poruchy a reakcie v mieste podania	únavas*	nevoľnosť*, bolesť hrudníka*, asténia*, pyrexia*	periférny edém*, zimnica, porucha chôdze, smäd	hernia, znížená tolerancia liekov	
Laboratórne a funkčné vyšetrenia		prírastok hmotnosti*	zvýšené hodnoty alanínaminotransferázy*, zvýšené hodnoty aspartátaminotransferázy*, úbytok hmotnosti*	zvýšený cholesterol v krvi*, abnormálne klinické laboratórne výsledky, abnormálne hodnoty spermy, porucha funkcie trombocytov*§	
Úrazy, otravy a komplikácie liečebného postupu		úraz			
Chirurgické a liečebné postupy				vazodilatačný postup	

* nežiaduca reakcia identifikovaná po uvedení lieku na trh
§ frekvencia nežiaducej reakcie sa uvádza ako odhadovaná horná hranica 95 % intervalu spoľahlivosti s použitím pravidla „The Rule of 3“ (pravidlo troch)
† táto udalosť bola hlásená pre terapeutickú skupinu SSRI/SNRI (pozri časti 4.4 a 4.6)

Abstinénčné príznaky pozorované po ukončení liečby sertralínom

Prerušenie liečby sertralínom (zvlášť, keď je náhle) bežne vedie k abstinénčným príznakom.

Najčastejšie hlásené sú závrat, zmyslové poruchy (vrátane parestézie), poruchy spánku (vrátane insomnie a intenzívnych snov), agitovanosť alebo anxióza, nauzea a/alebo vracanie, tremor a bolesť hlavy. Tieto príznaky sú všeobecne mierne až stredne závažné a majú obmedzený priebeh; avšak u niektorých pacientov môžu byť závažné a/alebo dlhotrvajúce. Preto sa odporúča, ak nie je potrebná ďalšia liečba sertralínom, aby sa ukončenie liečby vykonalo postupným znižovaním dávky (pozri časti 4.2 a 4.4).

Staršia populácia

SSRI alebo SNRI vrátane sertralínu sú spájané s prípadmi klinicky významnej hyponatriémie u starších pacientov, u ktorých môže byť zvýšené riziko vzniku tohto nežiaduceho účinku (pozri časť 4.4).

Pediatrická populácia

Celkový profil nežiaducich reakcií bol u vyše 600 detí a dospelých liečených sertralínom všeobecne podobný profilu, ktorý sa pozoroval v štúdiách u dospelých. Nasledujúce nežiaduce reakcie boli hlásené v rámci kontrolovaných klinických skúšaní (n = 281 pacientov liečených sertralínom):

Veľmi časté ($\geq 1/10$): bolesť hlavy (22 %), insomniá (21 %), hnačka (11 %) a nauzea (15 %).

Časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$): bolesť hrudníka, mánia, pyrexia, vracanie, anorexia, zmeny nálady, agresivita, agitovanosť, nervozita, porucha pozornosti, závrat, hyperkinéza, migréna, somnolencia, tremor, porucha videnia, sucho v ústach, dyspepsia, nočná mora, únava, močová inkontinencia, vyrážka, akne, epistaxa, flatulencia.

Menej časté ($\geq 1/1\ 000$ až $< 1/100$): predĺženie intervalu QT na EKG (pozri časti 4.4, 4.5 a 5.1), pokus o samovraždu, konvulzie, extrapyramídová porucha, parestézia, depresia, halucinácie, purpura, hyperventilácia, anémia, abnormálne pečenné funkcie, zvýšená alanínaminotransferáza, cystitída, jednoduchý opar, vonkajšia otitída, bolesť ucha, bolesť oka, mydriáza, nevoľnosť, hematúria, pľuzgierovitá vyrážka, rinitída, úraz, úbytok hmotnosti, šklbanie svalov, abnormálne sny, apatia, albuminúria, polakizúria, polyúria, bolesť na prsiach, porucha menštruácie, alopecia, dermatitída, poruchy kože, abnormálny zápach pokožky, urtikária, škripanie zubov, sčervenanie pokožky.

Neznáme (z dostupných údajov): enuréza

Skupinový efekt

Epidemiologické štúdie vykonávané hlavne na pacientoch vo veku 50 rokov a viac poukázali na zvýšené riziko zlomenín kostí u pacientov, ktorí užívajú selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (SSRI) a tricyklické antidepresíva. Mechanizmus vedúci k zvýšenému riziku nie je známy.

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na **národné centrum hlásenia uvedené v Prílohe V**.

4.9 Predávkovanie

Toxicita

Hranice bezpečnosti sertralínu závisia od populácie pacientov a/alebo konkomitantnej liečby. Boli hlásené úmrtia pri predávkovaní sertralínom samotným alebo v kombinácii s inými liekmi a/alebo alkoholom. Preto pri akomkoľvek predávkovaní sa vyžaduje agresívny terapeutický prístup.

Príznaky

Medzi príznaky predávkovania patria sérotonínom sprostredkované účinky, ako sú somnolencia, gastrointestinálne poruchy (ako sú nauzea a vracanie), tachykardia, tremor, agitovanosť a závrat. Menej často bola hlásená kóma.

Predĺženie QTc/*Torsade de Pointes* boli hlásené po predávkovaní sertralínom, preto sa u všetkých pacientov, ktorí sa predávali sertralínom, odporúča monitorovanie EKG (pozri časti 4.4, 4.5 a 5.1).

Liečba

Pre sertralín nie je k dispozícii žiadne špecifické antidotum. Odporúča sa zabezpečiť a udržať priechodnosť dýchacích ciest a ak je potrebné zaistiť primeranú ventiláciu a oxygenáciu. Pri liečbe predávkovania sa má posúdiť možnosť aplikácie aktívneho uhlia, ktoré je možné použiť spolu s preháňadlom, čo môže byť rovnako účinné alebo účinnejšie než laváž. Neodporúča sa vyvolávať vracanie. Odporúča sa tiež monitorovanie kardiálnych (napr. EKG) a vitálnych funkcií, spoločne s aplikáciou všeobecných symptomatických a podporných opatrení. Vzhľadom na veľký distribučný objem sertralínu nie je pravdepodobné, že by forsírovaná diuréza, dialýza, hemoperfúzia a výmenná transfúzia mohli byť prospešné.

5. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

5.1 Farmakodynamické vlastnosti

Farmakoterapeutická skupina: Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (SSRI), ATC kód: N06AB06.

Mechanizmus účinku

Sertralín je účinný a selektívny inhibítor vychytávania neuronálneho sérotonínu (5-HT) *in vitro*, čo u zvierat zosilňuje účinky 5-HT. Má len veľmi slabý vplyv na spätné vychytávanie neuronálneho noradrenalinu a dopamínu. V bežných liečebných dávkach sertralín spôsobuje blokádu vychytávania sérotonínu do humánnych trombocytov. Nemá stimulačné, sedatívne, ani anticholinergické účinky a nie je ani kardiotoxický pre zvieratá. V kontrolovaných štúdiách u zdravých dobrovoľníkov sertralín nespôsoboval sedáciu, ani neovplyvňoval psychomotorický výkon. V zhode s jeho selektívnou inhibíciou vychytávania 5-HT sertralín nezosilňuje účinok katecholamínov. Sertralín nemá afinitu k muskarínovým (cholinergickým), sérotonínergickým, dopamínergickým, adrenergickým, histamínergickým, benzodiazepínovým receptorom, ani receptorom gama-aminomaslovej kyseliny (GABA). Dlhodobé podávanie sertralínu zvieratám bolo spojené so znížením počtu noradrenalinových receptorov v mozgu, ako bolo pozorované aj pri iných klinicky účinných antidepresívach a liekoch na liečbu obsedantno-kompulzívnych porúch.

Nezaznamenal sa žiadny potenciál na abúzus sertralínu. V placebom kontrolovanej dvojito zaslepenej randomizovanej štúdií s cieľom komparácie náchylnosti na abúzus sertralínu, alprazolamu a d-amfetamínu u ľudí sa pri sertralíne nepozoroval žiadny pozitívny subjektívny vplyv, ktorý by naznačoval potenciál na abúzus. Naproti tomu účastníci štúdie označili signifikantne častejšie alprazolam a d-amfetamín pri hodnotení chuti na liek, eufórie a potenciálu na abúzus než placebo. Sertralín nespôsoboval ani stimuláciu a úzkosť ako d-amfetamín, ani sedáciu a negatívne ovplyvnenie psychomotoriky ako alprazolam. Sertralín nezvyšoval potrebu užívať kokaín u opíc rodu makak rhesus, ktoré boli vycvičené podávať kokaín samým sebe, a nemal ani schopnosť nahradiť stimuly pre užívanie d-amfetamínu alebo fenobarbitalu u týchto opíc.

Klinická účinnosť a bezpečnosť

Veľká depresívna porucha

Bola vykonaná štúdia, do ktorej boli zaradení pacienti s depresiou v ambulantnej starostlivosti, ktorí odpovedali na liečbu sertralínom v dávke 50 – 200 mg/deň do konca iniciálnej 8-týždňovej otvorenej fázy. Tito pacienti (n = 295) boli randomizovaní za účelom pokračovania v liečbe počas 44 týždňov v dvojito zaslepenej fáze so sertralínom v dávke 50 – 200 mg/deň alebo placebom. Štatisticky významne nižší výskyt relapsu sa pozoroval u pacientov užívajúcich sertralín v porovnaní s pacientmi, ktorí dostávali placebo. Priemerná dávka pre pacientov, ktorí dokončili štúdiu bola 70 mg/deň. % pacientov reagujúcich na liečbu (definované ako tí pacienti, u ktorých nedošlo k relapsu) v skupine so sertralínom bolo 83,4 % a v skupine s placebom 60,8 %.

Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Kombinované údaje z 3 PTSD štúdií u bežnej populácie preukázali menšiu odpoveď na liečbu u mužov v porovnaní so ženami. V dvoch pozitívnych klinických skúšaní u bežnej populácie boli odpovede na liečbu u mužov a žien užívajúcich sertralín oproti tým, čo užívali placebo, podobné (ženy: 57,2 % oproti 34,5 %; muži: 53,9 % oproti 38,2 %). V zozbieraných klinických štúdiách s bežnou populáciou bol počet mužských pacientov 184 a ženských pacientov 430, a teda výsledky u žien sú robustnejšie, pričom výsledky u mužov boli spojené s inými premennými na začiatku sledovania (väčšia závislosť na lieku, dlhšie trvanie, zdroj traumy, atď.), ktoré zodpovedajú zníženému účinku.

Srdcová elektrofyziológia

V špecializovanej dôkladnej QTc štúdií uskutočňovanej v ustálenom stave pri supratherapeutických expozíciách na zdravých dobrovoľníkoch (liečených 400 mg/deň, dvojnásobkom maximálnej odporúčanej dennej dávky) bola horná hranica 2-stranného 90 % CI pre čas, zosúladená s priemerným rozdielom QTcF medzi sertralínom a placebom (11,666 ms) získaným metódou najmenších štvorcov, vyššia ako vopred zadaný prah 10 ms v čase 4 hodiny po podaní dávky. Z analýzy expozície a reakcie vyplynul mierny pozitívny vzťah medzi QTcF a plazmatickými koncentráciami sertralínu [0,036 ms/(ng/ml); $p < 0,0001$]. Na základe modelu vzťahu expozície a reakcie je prahová hodnota pre klinicky významné predĺženie QTcF (tzn. predpovedaný 90 % CI na prekročenie 10 ms) najmenej 2,6-násobne vyššia ako priemerné C_{max} (86 ng/ml) po najvyššej odporúčanej dávke sertralínu (200 mg/deň) (pozri časti 4.4, 4.5, 4.8 a 4.9).

OCD u pediatrických pacientov

Bezpečnosť a účinnosť sertralínu (50 – 200 mg/deň) sa skúšala v liečbe detí (vo veku 6 – 12 rokov), ktoré nemali depresiu a dospievajúcich v ambulantnej starostlivosti (vo veku 13 – 17 rokov) s obsedantno-kompulzívnou poruchou (OCD). Po úvodnej jednoducho zaslepenej fáze s podávaním placebo počas jedného týždňa boli pacienti randomizovaní na 12-týždňovú liečbu s flexibilnou dávkou, a to buď sertralínom alebo placebom. Začiatková dávka u detí (vo veku 6 – 12 rokov) bola 25 mg. U pacientov randomizovaných na sertralín došlo k signifikantne väčšiemu zlepšeniu než u pacientov randomizovaných na placebo v škálach „Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale CY-BOCS“ ($p = 0,005$), „NIMH Global Obsessive Compulsive Scale“ ($p = 0,019$) a „CGI Improvement“ ($p = 0,002$). Okrem toho sa trend k väčšiemu zlepšeniu v sertralínovej skupine než v placebovej skupine pozoroval tiež v škále „CGI Severity“ ($p = 0,089$). V prípade CY-BOCS bolo priemerné skóre na začiatku sledovania a zmeny od začiatku sledovania u placebovej skupiny $22,25 \pm 6,15$, resp. $-3,4 \pm 0,82$, zatiaľ čo u sertralínovej skupiny bolo priemerné skóre na začiatku sledovania a zmeny od začiatku sledovania $23,36 \pm 4,56$, resp. $-6,8 \pm 0,87$. Pacienti odpovedajúci na liečbu, definovaní ako pacienti s 25 % alebo väčším poklesom v CY-BOCS (primárne hodnotenie účinnosti) od začiatku až do konca sledovania, predstavovali 53 % pacientov liečených sertralínom v porovnaní s 37 % pacientov liečených placebom ($p = 0,03$).

Neexistujú žiadne dlhodobé klinické štúdie skúmajúce účinnosť u tejto pediatrickej populácie.

Pediatrická populácia

Nie sú k dispozícii žiadne údaje s použitím u detí mladších ako 6 rokov.

Štúdia bezpečnosti SPRITES po uvedení lieku na trh

Uskutočnila sa observačná štúdia po schválení s 941 pacientmi vo veku od 6 do 16 rokov s cieľom vyhodnotiť dlhodobú bezpečnosť liečby sertralínom (so psychoterapiou a bez nej) v porovnaní so psychoterapiou na kognitívne, emocionálne, fyzické a pubertálne dozrievanie až do 3 rokov. Táto štúdia sa uskutočnila v prostredí klinickej praxe u detí a dospievajúcich s primárnymi diagnózami obsedantno-kompulzívnej poruchy, depresie alebo iných úzkostných porúch a hodnotila sa kognícia (hodnotená Trails B testom a metakognitívnym indexom zo škály hodnotenia exekutívnych funkcií [Behaviour Rating Inventory of Executive Function, metóda BRIEF]), behaviorálno/emočná regulácia (hodnotená indexom behaviorálnej regulácie z BRIEF) a fyzické/pubertálne dozrievanie (hodnotené štandardizovaným indexom výška/telesná hmotnosť/index telesnej hmotnosti (body mass index, BMI) a Tannerovou stupnicou). Sertralín je v pediatrickej populácii schválený len pre pacientov s OCD vo veku 6 rokov a starších (pozri časť 4.1).

Štandardizácia každého primárneho cieľového ukazovateľa založeného na normách pohlavia a veku ukázala, že celkové výsledky boli v súlade s normálnym vývojom. Pri primárnych cieľových ukazovateľoch sa nepozorovali žiadne štatisticky významné rozdiely, s výnimkou telesnej hmotnosti. V porovnávacích analýzách sa pozorovalo štatisticky významné zistenie štandardizovanej telesnej hmotnosti, avšak veľkosť zmeny telesnej hmotnosti bola malá [priemerná (SD) zmena štandardizovaných z-skóre $< 0,5$ SD]. Pri zvyšovaní telesnej hmotnosti existoval vzťah s odpoveďou na dávku.

5.2 Farmakokinetické vlastnosti

Absorpcia

Po perorálnom podaní jednorazových denných dávok v rozpätí od 50 mg do 200 mg počas 14 dní sa maximálne plazmatické koncentrácie sertralínu u ľudí dosahujú v čase medzi 4,5 až 8,4 hodinami po užití lieku. Príjem potravy signifikantne nemení biologickú dostupnosť tabliet sertralínu.

Distribúcia

Asi 98 % cirkulujúceho lieku sa viaže na plazmatické bielkoviny.

Biotransformácia

Sertralín podlieha extenzívnemu metabolizmu pri prvom prechode pečeňou.

Na základe klinických a in vitro údajov je možné konštatovať, že sertralín sa metabolizuje viacerými spôsobmi, vrátane CYP3A4, CYP2C19 (pozri časť 4.5) a CYP2B6. Sertralín a jeho hlavný metabolit desmetylsertralín sú tiež substrátom P-glykoproteínu in vitro.

Eliminácia

Priemerný eliminačný polčas sertralínu je približne 26 hodín (v rozpätí 22 – 36 hodín). Vzhľadom na terminálny eliminačný polčas dochádza asi k dvojnásobnej akumulácii, kým sa dosiahnu rovnovážne koncentrácie, ktoré sa dosahujú po 1. týždni pri podávaní v jednej dennej dávke.

Polčas N-desmetylsertralínu je v rozmedzí od 62 do 104 hodín. Sertralín aj N-desmetylsertralín sa u človeka extenzívne metabolizujú a výsledné metabolity sa vylučujú stolicou a močom v rovnakom množstve. Len malý podiel (< 0,2 %) sertralínu v nezmenenej forme sa vylúči močom.

Linearita/non-linearita

Sertralín sa vyznačuje na dávke závislou farmakokinetikou v rozpätí od 50 mg do 200 mg.

Farmakokinetika u špecifických skupín pacientov

Pediatrická populácia s OCD

Farmakokinetika sertralínu sa študovala u 29 detských pacientov vo veku 6 – 12 rokov a 32 dospievajúcich pacientov vo veku 13 – 17 rokov. Pacienti boli v priebehu 32 dní postupne titrovaní až na 200 mg dennú dávku, a to buď od začiatkovej dávky 25 mg so zvyšovaním po 25 mg, alebo od začiatkovej dávky 50 mg so zvyšovaním po 50 mg. Dávkovacie schémy s 25 mg a 50 mg dávkami boli rovnako tolerované. V rovnovážnom stave zodpovedajúcom dávke 200 mg boli plazmatické hladiny sertralínu v skupine 6 – 12-ročných pacientov približne o 35 % vyššie v porovnaní so skupinou 13 – 17-ročných pacientov a o 21 % vyššie v porovnaní s referenčnou skupinou dospelých. Medzi chlapcami a dievčatami neboli žiadne významné rozdiely týkajúce sa klirensu. Nízka začiatková dávka a titračné zvýšenia po 25 mg sa preto odporúčajú pre deti, zvlášť s menšou telesnou hmotnosťou. Dospievajúcim sa môžu podávať dávky ako dospelým.

Dospievajúci a starší pacienti

Farmakokinetický profil u dospievajúcich alebo u starších ľudí sa signifikantne nelíši od dospelých vo veku od 18 do 65 rokov.

Porucha funkcie pečene

U pacientov s poškodením pečene je eliminačný polčas sertralínu predĺžený a AUC je trojnásobne väčšia (pozri časti 4.2 a 4.4).

Porucha funkcie obličiek

U pacientov so stredne ťažkou poruchou funkcie obličiek nedochádzalo k významnej akumulácii sertralínu.

Farmakogenomika

Plazmatické hladiny sertralínu boli približne o 50 % vyššie u slabých metabolizérov CYP2C19 oproti silným metabolizérom. Klinický význam nie je jasný a na základe klinickej odpovede je potrebné u pacientov dávku titrovať.

5.3 Predklinické údaje o bezpečnosti

Predklinické údaje získané na základe obvyklých farmakologických štúdií bezpečnosti, toxicity po opakovanom podávaní, genotoxicity a karcinogénneho potenciálu neodhalili žiadne osobitné riziko pre ľudí. Štúdie reprodukčnej toxicity na zvieratách nedokázali teratogenitu alebo nežiaduce účinky na fertilitu samcov. Pozorovaná toxicita na plod pravdepodobne súvisela s toxickým pôsobením cez matku. Postnatálne prežívanie mláďat a telesná hmotnosť boli znížené iba počas prvých dní po narodení. Bol zistený dôkaz, že predčasná postnatálna mortalita bola následkom expozície v maternici po 15. dni gravidity. Postnatálny oneskorený vývoj, ktorý sa zistil u mláďat od liečených samíc, bol pravdepodobne v dôsledku účinkov na samice, a preto nemá žiadny relevantný význam z hľadiska rizika u ľudí.

Údaje zo štúdií na hlodavcoch a iných zvieratách neodhalili vplyv na fertilitu.

Juvenilné štúdie na zvieratách

V juvenilnej toxikologickej štúdií na potkanoch bol sertralín perorálne podávaný samcom a samiciam potkanov od 21. po 56. deň od ich narodenia (v dávkach 10, 40 alebo 80 mg/kg/deň). Táto fáza podávania sertralínu bola vystriedaná s fázou bez podávania sertralínu, ktorá trvala až po 196. deň od narodenia. U samcov a samíc sa objavilo oneskorenie v pohlavnom dozrievaní v rôznych úrovniach dávok (u samcov na 80 mg/kg a samíc na ≥ 10 mg/kg). I napriek tomuto zisteniu sa neobjavil žiadny vplyv sertralínu na reprodukciu samcov a samíc ohľadom cieľov, ktoré boli sledované a hodnotené. Okrem toho od 21. po 56. deň od narodenia sa pozorovala dehydratácia, chromorhinorrhea a redukcia priemerného prírastku telesnej hmotnosti. Všetky vyššie uvedené účinky súvisiace s podávaním sertralínu odozneli počas fázy bez podávania sertralínu. Klinický význam týchto účinkov, pozorovaných u potkanov užívajúcich sertralín, nebol stanovený.

6. FARMACEUTICKÉ INFORMÁCIE

6.1 Zoznam pomocných látok

Jadro tablety

oxid kremičitý, koloidný bezvodý
celulóza, mikrokryštalická
kroskarmelóza, sodná soľ
kopovidón
laktóza, monohydrát
stearát horečnatý

Obal tablety

hypromelóza
hydroxypropylcelulóza
makrogol 400
oxid titaničitý (E171)

6.2 Inkompatibility

Neaplikovateľné.

6.3 Čas použiteľnosti

3 roky

6.4 Špeciálne upozornenia na uchovávanie

Uchovávajú sa pri teplote do 25 °C.

6.5 Druh obalu a obsah balenia

PVC/Al blistre: 14, 20, 28, 30, 42, 50, 98 a 100 filmom obalených tabliet.

Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia.

6.6 Špeciálne opatrenia na likvidáciu

Žiadne zvláštne požiadavky.

7. DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII

Teva B.V.
Swensweg 5
2031 GA Haarlem
Holandsko

8. REGISTRAČNÉ ČÍSLO

Sertralin Actavis 50 mg: 30/0418/05-S
Sertralin Actavis 100 mg: 30/0419/05-S

9. DÁTUM PRVEJ REGISTRÁCIE/DÁTUM PREDĹŽENIA REGISTRÁCIE

Dátum prvej registrácie: 11. novembra 2005
Dátum posledného predĺženia registrácie: 31. júla 2012

10. DÁTUM POSLEDNEJ REVÍZIE TEXTU

09/2024