

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

CİCİFEN 100 mg/5 ml pediatrik süspansiyon

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Her 5 mL'lik kaşık, 100 mg ibuprofen içerir.

Yardımcı maddeler:

Her 5 mL'de;

Sodyum sakkarin dihidrat 12,500 mg

Sukroz 1750 mg

Gün batımı sarısı (E110) 0,50 mg

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Süspansiyon.

Turuncu opak viskoz sıvı.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

Çocuklar

CİCİFEN pediatrik süspansiyon:

- 6 ay ve üzerindeki çocuklarda ateşin düşürülmesi amacıyla kısa süreli olarak,
- 6 ay ve üzerindeki çocuklarda hafif ve orta derecedeki ağrıların giderilmesi amacıyla kısa süreli olarak,
- Juvenil romatoid artrit'in semptom ve bulgularının tedavisinde kullanılır.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Tedavi, etkili olması beklenen en düşük dozla başlamalıdır, dozlama terapötik yanıtı ve istenmeyen etkilere bağlı olarak tekrar ayarlanabilir. Uzun süreli tedavi durumunda, düşük bir idame dozu izlenmelidir.

İstenmeyen etkiler, semptomları kontrol altına almak için gereken, etkili en düşük doz, en kısa süreyle kullanılarak, en aza indirilebilir (bkz. Bölüm 4.4).

Çocuklar (6 ay-12 yaş, >7 kg)

Soğuk algınlığı ile ilişkili akut ağrı ve ateş: İbuprofenin günlük dozu tek bir doz halinde vücut ağırlığı başına 5-7,5 mg ibuprofen/kg veya bölünmüş dozlar halinde vücut ağırlığı başına 20 – 30 mg/kg'dır. Doz hesaplanırken vücut ağırlığı kullanılmalıdır (yaşlar yaklaşık olarak verilmiştir). Bu, şurubun aşağıdaki gibi kullanılmasıyla sağlanabilir:

Kilo	Yaş	Doz	Sıklık
7-10 kg	6 ay – 1 yaş	2,5 mL (50 mg)	Günde 3 defa
10-14,5 kg	1 – 2 yaş	2,5 mL (50 mg)	Günde 3-4 defa
14,5-25 kg	3 – 7 yaş	5 mL (100 mg)	Günde 3-4 defa
25-40 kg	8 – 12 yaş	10 mL (200 mg)	Günde 3-4 defa

Dozlar, günde 4 defaya kadar 6 saatte bir verilmelidir. CİCİFEN 6 aylıktan küçük çocuklara veya 7 kg'dan düşük ağırlığa sahip çocuklara verilmemelidir.

Jüvenil romatoid artrit endikasyonunda, bölünmüş dozlar halinde vücut ağırlığı başına 40 mg/kg/gün dozuna kadar kullanılabilir.

Yetişkinler ve 12 yaş üzeri çocuklar (>40 kg)

Romatizmal hastalıklar: Günde üç defa 400–700 mg (20–35 mL). Dozlar arasında en az 4-6 saat olmalıdır. Sabah sertliğinin daha hızlı düzelmesi için ilk doz aç karnına verilebilir. Renal yetmezlikte doz azaltılmalıdır. Günlük maksimum doz 2400 mg'dır.

Hafif ve orta şiddette ağrı: Günde 3-4 defa veya tek bir dozda 200-400 mg (10-20 mL). Dozlar arasında en az 4-6 saat olmalıdır. 400 mg üzerinde kullanılan tek dozların analjezik etkiyi arttırdığı gösterilmemiştir.

Uygulama şekli:

Ağız yoluyla alınır. Etkisinin hızlı başlaması için doz aç karnına alınabilir. Mide duyarlılığı olan hastaların ibuprofeni yemekle birlikte alması önerilir.

CİCİFEN alımı ile ağızda veya boğazda geçici bir yanma hissi olabilir. Kullanmadan önce şişenin iyice çalkalandığından emin olunmalıdır.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek yetmezliği:

Böbrek yetmezliği olan hastalarda ibuprofen dozu uygulamasında dikkatli olunmalıdır. Dozajlar bağımsız olarak değerlendirilmelidir. Doz mümkün olan en düşük düzeyde tutulmalıdır ve böbrek fonksiyonları izlenmelidir (bkz. Bölüm 4.3, 4.4 ve 5.2).

Karaciğer yetmezliği:

Karaciğer yetmezliği olan hastalarda ibuprofen dozu uygulamasında dikkatli olunmalıdır. Dozajlar bağımsız olarak değerlendirilmelidir ve mümkün olan en düşük düzeyde tutulmalıdır (bkz. Bölüm 4.3, 4.4 ve 5.2).

Pediyatrik popülasyon:

7 kg'dan düşük kiloda olan çocuklarda kullanımı önerilmemektedir.

Geriatrik popülasyon:

Bu hasta grubunda NSAİİ kullanımıyla ölümcül olabilecek gastrointestinal (Gİ) kanama ve perforasyon gibi istenmeyen etki sıklığı artmaktadır. Böbrek yetmezliği veya karaciğer yetmezliği durumlarında doz bireysel ayarlanmalıdır. Eğer yaşlı hastalarda NSAİİ kullanılması gerekiyorsa mümkün olabilecek en küçük etkin doz ve en kısa tedavi süresi tercih edilmelidir.

4.3. Kontrendikasyonlar

CİCİFEN

- Etkin madde ibuprofene ya da Bölüm 6.1'de listelenen yardımcı maddelerin herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı olan hastalarda,
- Aktif mide veya duodenal ülseri olan veya nükseden gastrointestinal ülser/kanama geçmişi (iki ya da daha fazla kanıtlanmış, ülserasyon ya da kanama epizodu) olan hastalarda,
- Şiddetli karaciğer yetmezliğinde,
- Şiddetli kalp yetmezliğinde (NYHA Sınıf IV),
- Şiddetli böbrek yetmezliğinde (glomerüler filtrasyon < 30 mL/dk.),
- Kanama eğiliminde artışa sebep olan koşullarda,
- Geçmişlerinde önceki bir NSAİİ tedavisine bağlı gastrointestinal kanama ya da perforasyon öyküsü bulunan hastalarda,
- Gebeliğin 3. trimesterinde (bkz. Bölüm 4.6) kontrendikedir.

Çapraz reaksiyonlar nedeniyle CİCİFEN, daha önce, aspirin veya diğer NSAİİ'lere karşı astım, rinit, ürtiker gibi alerjik reaksiyonların geliştiği hastalarda kontrendikedir. Bu tür hastalarda NSAİİ'lere karşı şiddetli, nadiren ölümcül, anafilaktik benzeri reaksiyonlar bildirilmiştir (**bkz.**

UYARILAR - Anafilaktik Reaksiyonlar ve ÖNLEMLER - Önceden Var Olan Astım).

CİCİFEN, koroner arter bypass cerrahisi öncesi veya sonrası ağrı tedavisinde kullanılmamalıdır.

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Kardiyovasküler (KV) risk

- NSAİİ'ler ölümcül olabilecek ciddi KV trombotik olaylar, miyokard infarktüsü ve inme riskinde artışa neden olabilir. Bu risk kullanım süresine bağlı olarak artabilir. KV hastalığı olan veya KV hastalık risk faktörlerini taşıyan hastalarda risk daha yüksek olabilir.
- CİCİFEN koroner arter bypass greft (CABG) cerrahisi ortamında perioperatif ağrı tedavisi için kontrendikedir.

Gastrointestinal (GI) riskler

NSAİİ'ler kanama, ülserasyon, mide veya bağırsak perforasyonu gibi ölümcül olabilecek ciddi GI advers etkilere risk artışına yol açarlar. Bu advers olaylar kullanım sırasında herhangi bir zamanda, önceden uyarıcı bir semptom vererek veya vermeksizin ortaya çıkabilirler. Yaşlı hastalar ciddi GI etkiler bakımından daha yüksek risk taşımaktadırlar.

Genel önlemler

İstenmeyen etkiler, semptomları kontrol altına almak için gereken, etkili en düşük doz, en kısa süreyle kullanılarak, en aza indirilebilir (Bölüm 4.2 ve aşağıdaki gastrointestinal ve kardiyovasküler risklere bakınız).

Herhangi bir ağrı kesicinin uzun süreli kullanımına bağlı olarak, artan dozlarla tedavi edilmemesi gereken baş ağrısı oluşabilir.

Kortikosteroidlerin yerini alması veya kortikosteroid yetmezliğini tedavi etmesi beklenemez. Kortikosteroidlerin aniden kesilmesi hastalığın alevlenmesine neden olabilir. Uzun süreli kortikosteroid tedavisi gören hastalarda, kortikosteroidlerin kesilmesine karar verilirse, tedavileri yavaş yavaş azaltılmalıdır.

CİCİFEN'in ateş ve inflamasyonu azaltmadaki farmakolojik aktivitesi enfeksiyöz olmadığı düşünülen ağrılı durumların komplikasyonlarının saptanmasında kullanılan tanısal belirtilerin yararlanabilirliğini azaltabilir.

NSAİİ kullanımı ile birlikte aktif madde ile ilişkili ve özellikle gastrointestinal sistem veya merkezi sinir sistemine etki eden istenmeyen etkiler eş zamanlı alkol tüketimi ile artabilir.

Siklooksijenaz/prostaglandin sentezini baskılayan ilaçların ovülasyonu etkileyerek kadınlarda fertilitiyi bozabildiğine ilişkin bazı kanıtlar mevcuttur. Bu etki tedavi bırakıldıktan sonra geri dönüşlüdür.

Hepatik etkiler

CİCİFEN dahil NSAİİ kullanan hastaların %15 kadarında bir veya daha fazla karaciğer testinde sınırdan yükselmeler meydana gelebilir. Bu laboratuvar anormallikleri ilerleyebilir, değişmeden kalabilir veya tedaviye devam edildiğinde geçici olabilir. NSAİİ'lerle yapılan klinik çalışmalarda hastaların yaklaşık %1'inde ALT veya AST'de kayda değer yükselmeler (normalin üst sınırının yaklaşık üç veya daha fazla katı) bildirilmiştir. Ayrıca, sarılık ve ölümcül fulminan hepatit, karaciğer nekrozu ve karaciğer yetmezliği de dahil olmak üzere, bazılarının ölümcül sonuçları olan nadir ciddi karaciğer reaksiyonları bildirilmiştir.

Karaciğer fonksiyon bozukluğunu düşündüren semptom ve/veya bulguları olan veya anormal karaciğer testi meydana gelen bir hasta, CİCİFEN ile tedavi sırasında daha şiddetli bir hepatik reaksiyon gelişimine dair kanıtlar açısından değerlendirilmelidir. Karaciğer hastalığı ile uyumlu klinik belirti ve semptomlar gelişirse veya sistemik belirtiler (örn., eozinofili, döküntü, vb.) ortaya çıkarsa, CİCİFEN kesilmelidir.

Hematolojik etkiler

CİCİFEN dahil NSAİİ alan hastalarda bazen anemi görülür. Bunun nedeni sıvı tutulması, gizli veya aşikar GİS kan kaybı veya eritropoez üzerinde tam olarak tanımlanmamış bir etki olabilir. CİCİFEN dahil olmak üzere NSAİİ'lerle uzun süreli tedavi gören hastalar, herhangi bir anemi belirti veya semptomu gösterirlerse hemoglobin veya hematokritlerini kontrol ettirmelidir.

NSAİİ'ler trombosit agregasyonunu inhibe eder ve bazı hastalarda kanama süresini uzattığı gösterilmiştir. Aspirinin aksine, trombosit fonksiyonu üzerindeki etkileri nicel olarak daha az, daha kısa süreli ve geri dönüşümlüdür. Pıhtılaşma bozukluğu olanlar veya antikoagülan alan hastalar gibi trombosit fonksiyonundaki değişikliklerden olumsuz etkilenebilecek olan ve CİCİFEN alan hastalar dikkatle izlenmelidir.

Önceden mevcut olan astımı olanlarda

Önceden astımı olan hastalarda aspirine duyarlı astım olabilir. Aspirine duyarlı astımı olan hastalarda aspirin kullanımı, ölümcül olabilen şiddetli bronkospazm ile ilişkilendirilmiştir. Aspirin duyarlılığı olan bu hastalarda aspirin ile diğer nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar arasında bronkospazm dahil çapraz reaktivite bildirildiğinden, CİCİFEN, aspirin duyarlılığının bu formunun bulunduğu hastalara uygulanmamalı ve önceden astımı olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.

UYARILAR

Kardiyovasküler etkiler

Kardiyovasküler trombotik olaylar

NSAİİ tedavisiyle ilişkili olarak sıvı retansiyonu ve ödem bildirildiği için hipertansiyon ve/veya hafif ile orta derecede kalp yetmezliği hikayesi olan hastaların uygun şekilde izlenmesi ve kendilerine durumlarına ilişkin önerilerde bulunulması gereklidir.

Klinik çalışmalar, ibuprofen kullanımının, özellikle yüksek dozda (2400 mg/gün) tedavide arteriyal trombotik olay (miyokard infarktüsü veya inme) riski artışı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Genel olarak epidemiyolojik veriler, düşük doz ibuprofenin (örn. ≤ 1200 mg/gün), arteriyal trombotik olay riskinde artış ile ilişkili olabileceğini düşündürmemektedir.

Kontrol altında olmayan hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği (NYHA II-III), bilinen iskemik kalp hastalığı, periferik arter hastalığı ve/veya serebrovasküler hastalığı olan hastalar sadece dikkatli bir değerlendirmeden sonra ibuprofen ile tedavi edilmelidir ve yüksek dozlardan (2400 mg/gün) kaçınılmalıdır. Özellikle yüksek dozlarda ibuprofen (2400 mg/gün) kullanımı gerektiğinde, kardiyovasküler olaylara yönelik risk faktörleri olan (örn. hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, sigara) hastalarda uzun süreli bir tedavi başlatılmadan önce de dikkatli değerlendirme yapılmalıdır.

İbuprofen ile tedavi edilen hastalarda Kounis sendromu vakaları rapor edilmiştir. Kounis sendromu, koroner arterlerin daralmasıyla ilişkili alerjik veya aşırı duyarlı reaksiyona sekonder olarak ortaya çıkan ve potansiyel olarak miyokard enfarktüsüne yol açan kardiyovasküler semptomlar olarak tanımlanmaktadır.

Birçok Cox-2 selektif ve selektif olmayan NSAİİ'lerle süresi 3 yılı bulan klinik çalışmalar, fatal olabilecek ciddi kardiyovasküler trombotik olaylar, miyokard infarktüsü ve inme riskinde artış olabileceğini göstermiştir. Cox-2 selektif veya selektif olmayan tüm NSAİİ'lerin benzer riski olabilir. Kardiyovasküler hastalığı olan ya da kardiyovasküler hastalık risk faktörü olan hastalar daha yüksek risk altında olabilirler. NSAİİ'lerle tedavi gören hastalarda kardiyovasküler advers olay riskini azaltmak için, mümkün olabilecek en düşük etkin doz ve en kısa tedavi süresi tercih edilmelidir. Önceden herhangi bir kardiyovasküler semptom görülmemiş olsa bile, doktor ve hastalar bu tarz advers olayların ortaya çıkmasına karşın alarmda olmalıdır. Hastalar ciddi kardiyovasküler olayların işaretleri ve/veya semptomları ve bu tarz advers olaylar gerçekleştiğinde izlenecek adımlar hakkında bilgilendirilmelidir.

Koroner arter bypass cerrahisi ardından ilk 10-14 gün boyunca ağrı tedavisinde Cox-2 selektif NSAİİ'nin kullanıldığı iki geniş, kontrollü klinik çalışmada miyokard infarktüsü ve inme görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir.

Hipertansiyon:

CİCİFEN dahil NSAİİ'ler hipertansiyon hastalığının başlamasına ya da önceden bulunan hipertansiyon hastalığının kötüleşmesine yol açabilir. Her iki şekilde de kardiyovasküler olayların görülme sıklığının artmasına yol açabilirler. Tiazid ya da loop diüretikleri alan hastalar NSAİİ kullanırken bu tedavilere cevap verme oranları düşebilir. CİCİFEN de dahil NSAİİ'ler hipertansiyon hastalarında dikkatli kullanılmalıdır. NSAİİ tedavisinin başlangıcında ve tedavi süresince kan basıncı yakından takip edilmelidir

Konjestif kalp yetmezliği ve ödem:

NSAİİ kullanan bazı hastalarda sıvı retansiyonu ve ödem bildirilmiştir. Sıvı retansiyonu ya da kalp yetmezliği olan hastalarda CİCİFEN dikkatli kullanılmalıdır.

Gastrointestinal (Gİ) hemoraji, gastrik ülser ve perforasyon

Doz ve şiddetli gastrointestinal kanama arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. İbuprofen ve selektif siklooksigenaz-2 (COX-2) inhibitörleri dahil diğer NSAİ ilaçların eşzamanlı kullanımından kaçınılmalıdır.

Yaşlı hastalarda NSAİ ilaçlara karşı artan sıklıkta advers reaksiyon (özellikle ölümcül olabilen gastrointestinal kanama ve perforasyon) mevcuttur.

Tüm NSAİİ tedavilerinin ölümcül potansiyele sahip gastrointestinal kanama, ülserasyon ve mide, ince veya kalın bağırsak perforasyon ile ilişkisi bildirilmiştir ve bu olaylar tedavi sırasında herhangi bir zamanda, önceden uyarıcı bir semptom vererek veya şiddetli gastrointestinal atağı öyküsü ile ya da herhangi bir semptom vermeksizin veya şiddetli gastrointestinal atağı öyküsü olmaksızın ortaya çıkmıştır. NSAİİ tedavisinde ciddi üst gastrointestinal advers etki görülen beş hastadan sadece birinde semptomlar kendini gösterir. 3-6 ay NSAİİ tedavisi gören hastaların yaklaşık %1'inde, bir yıl tedavi gören hastaların ise % 2-4'ünde üst gastrointestinal ülser, kanama ya da perforasyon görülür. Bu oranlar daha uzun kullanım süresi ile devam ederken, tedavi süresince herhangi bir zamanda ciddi bir gastrointestinal advers etki görülme olasılığı artar. Ancak kısa süreli tedavi de risksiz değildir.

Gastrointestinal kanama, ülserasyon ya da perforasyon riski, ülser öyküsüne sahip hastalarda (bkz. Bölüm 4.3) (özellikle kanama ya da perforasyon ile komplike olmuş ise) ve yaşlılarda, artan NSAİİ dozlarıyla birlikte daha yüksektir. Önceden peptik ülser hastalığı ve/veya

gastrointestinal kanama öyküsü olan ve NSAİİ kullanan hastalarda, bu risk faktörlerinden hiçbirine sahip olmayan hastalara kıyasla GI kanaması gelişme riski 10 kattan daha fazladır. Bu hastalarda NSAİİ'ler çok dikkatli reçetelenmeli ve tedaviye mümkün olan en düşük doz ile başlanmalıdır.

Bu hastalarda ve düşük doz asetilsalisilik asit (aspirin) veya istenmeyen gastrointestinal riski arttırması olası diğer ilaçların eş zamanlı kullanılması gereken hastalarda mukoza koruyucu ajanlar (misoprostol veya proton pompası inhibitörleri gibi) ile kombine tedavi düşünülmelidir (aşağıya ve Bölüm 4.5'e bakınız).

Başta yaşlı hastalar olmak üzere gastrointestinal reaksiyon hikayesi olan tüm hastalara, özellikle de tedavinin başlangıcında, olağandışı herhangi bir abdominal semptom (özellikle gastrointestinal kanama) açısından dikkatli olmalarını ve bu tip bir semptom olması durumunda tıbbi yardıma başvurmaları gerektiği bildirmelidir.

NSAİİ'lerle tedavi edilen hastalarda GI kanama riskini arttıran diğer faktörler arasında oral kortikosteroidlerin veya antikoagülanların eşzamanlı kullanımı, NSAİİ tedavisinin daha uzun süreli olması, sigara, alkol kullanımı, ileri yaş ve genel sağlık durumunun kötü olması yer alır. Ölümcül GI olaylarının çoğu spontan raporları yaşlı veya güçten düşmüş hastalardadır ve bu nedenle bu popülasyonun tedavisinde özel dikkat gösterilmelidir. GI toksisite öyküsü olan hastalar, özellikle yaşlılar, özellikle tedavinin ilk aşamalarında olağandışı abdominal semptomları (özellikle GI kanaması) bildirmelidir.

Oral kortikosteroidler, varfarin gibi antikoagülanlar seçici serotonin geri-alım inhibitörleri ya da aspirin gibi antitrombosit ilaçlar gibi ülserasyon veya kanama riskini arttırabilecek ilaçları eşzamanlı kullanan hastalarda dikkatli olunmalıdır (bkz. Bölüm 4.5).

NSAİİ ile tedavi edilen hastalarda potansiyel bir advers GI olay riskini en aza indirmek için, mümkün olan en kısa süre boyunca en düşük etkin doz kullanılmalıdır. Hastalar ve doktorlar, NSAİİ tedavisi sırasında GI ülserasyon ve kanama belirti ve semptomları konusunda tetikte kalmalı ve ciddi bir GI advers olaydan şüpheleniliyorsa derhal ek değerlendirme ve tedaviye başlanmalıdır. Bu, ciddi bir GI advers olay ekarte edilene kadar NSAİİ'nin kesilmesini içermelidir. Yüksek riskli hastalar için, NSAİİ'leri içermeyen alternatif tedaviler düşünülmelidir.

İbuprofen alan hastalarda gastrointestinal kanama veya ülserasyon gelişirse tedavi kesilmelidir. Gastrointestinal kanama riskinde artış görülebilir. Varfarin ve NSAİİ'lerin GİS kanaması

üzerindeki etkileri sinerjiktir. Her iki ilacı birlikte kullananların GİS kanaması riski, her iki ilacı tek başına kullananlardan daha yüksektir.

NSAİ ilaçlar, NSAİİ kullanımı ile alevlenebilecek ülseratif kolit ve Crohn hastalığı gibi gastrointestinal hastalık öyküsü olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (bkz. Bölüm 4.8).

Böbrekler üzerindeki etkiler

Dehidratasyonu olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. Özellikle dehidratasyonu olan çocuklarda, adolesanlarda ve yaşlılarda böbrek yetmezliği riski bulunmaktadır.

Diğer NSAİİ'ler ile olduğu gibi, uzun dönemli ibuprofen kullanımı renal papiller nekroz ve başka patolojik renal değişiklikler ile sonuçlanmıştır.

Renal prostaglandinlerin normal renal perfüzyonunun sürdürülmesini destekleyici bir rolü bulunan hastalarda ayrıca renal toksisite görülmüştür. Bu hastalarda NSAİİ uygulaması prostaglandin oluşumunda doza bağlı bir azalmaya, ve ikincil olarak böbrek yetmezliğini hızlandırabilen böbrek kan akımında azalmaya neden olabilir. Böyle bir reaksiyon riski en yüksek olanlar, böbrek fonksiyonları bozuk olanlar, kalp yetmezliği ve karaciğer bozukluğu olanlar, diüretik ve ADE inhibitörleri alanlar ve yaşlılardır. NSAİİ tedavisinin kesilmesi genellikle tedavi öncesi duruma geri dönülmesini sağlar.

Renal, hepatik ya da kalp yetmezliği olan hastalarda, en küçük düşük etkin doz mümkün olabilecek en kısa sürede kullanılmalıdır ve özellikle uzun dönem tedavi edilen hastalarda böbrek fonksiyonları izlenmelidir (bkz. Bölüm 4.3).

Akut doz aşımını takiben ve önerilen günlük dozu aşan dozlar da dahil olmak üzere uzun süre boyunca yüksek dozlarda (tipik olarak 4 haftadan fazla) ibuprofen ürünleri alan hastalarda renal tübüler asidoz ve hipokalemi meydana gelebilir.

İleri düzey böbrek hastalığı

Kontrollü klinik çalışmalarda CİCİFEN'in ileri seviye böbrek hastalığı olan hastalarda kullanımına dair herhangi bir bilgi mevcut değildir. Dolayısıyla ileri seviye böbrek hastalığı olan hastalarda CİCİFEN kullanımı önerilmez. Eğer CİCİFEN tedavisine başlanmalıysa, hastanın böbrek fonksiyonunun yakından takibi önerilir.

Anafilaktik Reaksiyon

Diğer NSAİİ'lerde olduğu gibi, CİCİFEN'e önceden bilinen maruziyeti olmayan hastalarda anafilaktoid reaksiyonlar meydana gelebilir.

Hematolojik etkiler

İbuprofen, trombosit oluşumunu inhibe ederek kanama süresinin uzamasına yol açabilir.

Aspirin triadı olan hastalara CİCİFEN verilmemelidir. Bu semptom kompleksi tipik olarak nazal polipli veya polipsiz rinit yaşayan veya aspirin veya diğer NSAİİ kullanımı sonrası şiddetli veya hayati tehlikeye neden olabilecek bronkospazm gözlemlenen astımlı hastalarda ortaya çıkmaktadır (bkz. Bölüm 4.3 ve 4.4). Anafilaktoid reaksiyonun meydana geldiği durumlarda acil yardım aranmalıdır.

Solunum hastalıkları

İbuprofen, bronşiyal astımı, kronik riniti veya alerjik hastalığı olan veya önceden geçirmiş olan hastalara uygulanırken dikkatli olunmalıdır, çünkü bu gibi hastalarda ibuprofenin bronkospazma, ürtikere veya anjiyoödeme neden olduğu bildirilmiştir.

Deri reaksiyonları

Eksfoliyatif dermatit, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu (SJS), Toksik Epidermal Nekroliz (TEN), Eozinofili ve Sistemik Semptomlarla İlaç Reaksiyonu (DRESS sendromu) ve akut jeneralize ekzantematöz püstüloz (AGEP) dahil olmak üzere şiddetli kutanöz advers reaksiyonlar (SCAR'lar) İbuprofen kullanımıyla ilişkili olarak yaşamı tehdit eden veya ölümcül olabilecek durumlar rapor edilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Bu reaksiyonların çoğu ilk ay içinde meydana gelmiştir. Bu reaksiyonlara benzer belirti ve semptomlar ortaya çıkarsa, ibuprofen derhal kesilmeli ve (uygun olduğu şekilde) alternatif bir tedavi düşünülmelidir.

Gebeler

Gebeliğin son dönemlerinde diğer NSAİİ'lerde olduğu gibi, CİCİFEN duktus arteriozusun erken kapanmasına neden olabileceğinden kullanımdan kaçınılmalıdır.

Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar

İstisnai olarak, ciddi deri ve yumuşak doku enfeksiyonlu komplikasyonların orijininde varisella olabilir. Bugüne kadar, bu enfeksiyonların kötüleşmesinde NSAİİ'lerin rolünün katkısı göz ardı edilememektedir. Bu nedenle, varicella söz konusu olduğunda CİCİFEN kullanımından kaçınılması önerilmektedir.

Altta yatan enfeksiyon semptomlarının maskelenmesi

CİCİFEN enfeksiyon semptomlarını maskeleyerek, uygun tedavinin gecikmeli başlatılmasına ve dolayısıyla enfeksiyonun sonucunun kötüleşmesine yol açabilir. Bu durum, bakteriyel toplumsal kökenli pnömoni ve suçiçeği bakteri komplikasyonlarında gözlenmiştir. Enfeksiyon halinde ateş veya ağrının giderilmesi için CİCİFEN kullanıldığı takdirde enfeksiyonun

izlenmesi tavsiye edilir. Hasta hastaneye yatırılmamışsa, semptomların devam etmesi veya kötüleşmesi halinde bir doktora danışmalıdır.

Aseptik menenjit

İbuprofen tedavisindeki hastalarda nadiren aseptik menenjit gözlenmiştir. Sistemik lupus eritematosus ve ilişkin bağ dokusu hastalıklarında daha büyük bir olasılıkla oluşmasına rağmen altta yatan kronik hastalığı olmayanlarda da aseptik menenjit bildirilmiştir.

NSAİİ tedavisi sırasında alevlenme görülebileceğinden gastrointestinal sorunlar, SLE, hematolojik ya da koagülasyon bozuklukları ve astımı olan hastalar dikkatle tedavi edilmeli ve NSAİİ tedavisi sırasında yakından izlenmelidir.

Bu ürün her bir ölçüğünde (5 mL) 3,3 g sukroz içermektedir. Bu durum, diabetes mellitus hastalarında göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca nadir kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktoz yetmezliği, glikoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi, nadir kalıtsal früktoz intoleransı ya da sükröz-izomaltaz yetmezliği olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

Bu ilaç her mL başına 1 mmol sodyum (23 mg) dan daha az sodyum içerir yani aslında “sodyum içermez”.

E110, gün batımı sarısı, alerjik reaksiyonlara neden olabilir.

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

CİCİFEN ile aşağıdaki ilaçların birlikte kullanımından kaçınılmalıdır:

Dikumarol grubu:

NSAİİ ilaçlar varfarin gibi antikoagülanların etkisini artırabilir. Deneysel çalışmalar, ibuprofenin, varfarinin kanama zamanı üzerindeki etkisini arttırdığını göstermektedir. NSAİİ ve dikumarol grubu aynı enzim yani CYP 2C9 ile metabolize olmaktadır.

Antikoagülanlar ve antitrombosit ajanlar:

NSAİİ’ler, trombosit fonksiyonunu inhibe ettikleri için tiklopidin gibi antitrombosit ajanlar ile birlikte kullanılmamalıdır (aşağıya bakınız).

Metotreksat:

NSAİİ’ler, metotreksatın tübüler sekresyonunu inhibe eder ve bunun sonucunda azaltılmış metotreksat klerensi ile bazı metabolik etkileşimler oluşabilir. Bu sebeple, yüksek dozdaki metotreksat tedavisinde NSAİİ kullanımından kaçınılmalıdır.

Özellikle böbrek yetmezliği olan hastalarda, düşük doz metotreksat tedavisinde NSAİİ ve metotreksat arasında oluşabilecek olası etkileşim riski dikkate alınmalıdır. Kombinasyon tedavisi verildiğinde böbrek fonksiyonları izlenmelidir. 24 saat içerisinde NSAİİ ve metotreksatın birlikte uygulandığı durumlarda, metotreksat plazma düzeylerinin artışı ile meydana gelebilecek toksisite artışına dikkat edilmelidir.

Aspirin (Asetilsalisilik asit):

[CİCİFEN aspirin ile birlikte verildiğinde, serbest CİCİFEN klerensi değişmemesine rağmen, CİCİFEN'in proteine bağlanması azalır. Bu etkileşimin klinik önemi bilinmemektedir; ancak,] diğer NSAİİ'ler gibi, ibuprofen ile asetilsalisilik asitin (aspirinin) eşzamanlı kullanımı, yan etkilerde artışa yol açma potansiyeli nedeniyle, genellikle önerilmemektedir.

DeneySEL veriler eş zamanlı kullanıldıklarında ibuprofenin düşük doz asetilsalisilik asitin platelet agregasyonu üzerindeki etkisini yarışmalı (kompetitif) olarak inhibe edebileceğini göstermektedir. Bu verilerin klinik olarak ekstrapolasyonu ile ilgili belirsizlikler olmasına rağmen, ibuprofenin düzenli, uzun süreli kullanımının, düşük doz asetilsalisilik asitin kardiyoprotektif etkisini azaltabileceği olasılığı göz ardı edilemez. Ara sıra kullanılan ibuprofen ile klinik olarak anlamlı bir etki gözlenmesi muhtemelen beklenmemektedir (bkz. Bölüm 5.1).

Kardiyak glikozidler:

NSAİİ'ler kalp yetmezliğini alevlendirebilir, glomerüler filtrasyon hızını azaltabilir ve plazmada kardiyak glikozid (örn. digoksin) düzeylerini arttırabilirler.

Mifepriston:

Asetilsalisilik asit dahil olmak üzere, NSAİİ'lerin antiprostaglandin özellikleri sebebiyle, teorik olarak ilacın etkililiğinde azalma olabilir. Sınırlı kanıt, prostaglandin ile NSAİİ'lerin aynı gün birlikte uygulanmasının, mifepriston veya prostaglandinin servikal olgunlaşma veya uterus kontraktilesi üzerindeki etkilerini olumsuz etkilemediğini ve hamileliğin medikal terminasyonunun klinik etkililiğini düşürmediğini göstermektedir.

Sülfonilüre:

NSAİİ'ler sülfonilüre grubu ilaçların etkilerini güçlendirebilir. Sülfonilüre tedavisi görmekte olan hastalarda ibuprofen kullanımı ile seyrek hipoglisemi rapor edilmiştir.

Zidovudin:

NSAİİ'ler zidovudin ile beraber verildiğinde hematolojik toksisite riskinde artış. Eş zamanlı zidovudin ve ibuprofen tedavisi alan HIV (+) hemofili hastalarında hematoma ve hemartroz riskinde artışa ilişkin belirti bulunmaktadır.

Diğer analjezikler ve siklooksijenaz-2 seçici inhibitörleri:

COX-2 inhibitörleri de dahil olmak üzere iki veya daha fazla NSAİİ'nin eşzamanlı kullanımından kaçının, çünkü bu yan etki riskini artırabilir (bkz. Bölüm 4.4).

Aminoglikozitler:

NSAİİ'ler aminoglikozitlerin atılımını azaltabilir.

İbuprofenin aşağıdaki ajanlar ile kullanılması durumunda doz ayarlaması gerekebilir:

NSAİİ'ler, antihipertansif ajanların etkisini azaltabilir. Ayrıca diüretikler NSAİİ'lerin nefrotoksisite riskini arttırabilir.

NSAİİ'ler aminoglikozitlerin atılımını azaltabilir. Çocuklarda ibuprofen ve aminoglikozitlerin eşzamanlı kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Lityum:

İbuprofen lityumun renal klerensini azaltmaktadır. Sonuç olarak, serum lityum seviyeleri artabilir. Ortalama minimum lityum konsantrasyonu % 15 artmış ve renal klirens yaklaşık % 20 azalmıştır. Bu etkiler, NSAİİ tarafından renal prostaglandin sentezinin inhibisyonuna bağlanmıştır. Uygun ise, lityum dozunu azaltmak adına serum lityum seviyesi sık sık kontrol edilmedikçe kombinasyondan kaçınılmalıdır.

ADE inhibitörleri, anjiyotensin-II antagonistleri ve diüretikler:

Selektif siklojenaz-2 inhibitörleri de dahil NSAİİ'ler ile birlikte ADE inhibitör veya anjiyotensin-II antagonistleri kullanıldığında renal bozukluğu olan hastalarda (örn. dehidrate ve/veya yaşlı hastalar) genellikle geri dönüşlü olmak üzere artmış akut böbrek yetmezliği riski bulunur. Özellikle yaşlı hastalarda olmak üzere renal bozukluğu olan hastalarda kombinasyon tedavisi dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. Hastalar yeterli düzeyde hidrate edilmeli, kombinasyon tedavisi başladıktan sonra ve tedavi sırasında düzenli aralıklarla renal fonksiyonlar kontrol edilmelidir (bkz. Bölüm 4.4).

Beta-blokörler:

NSAİİ'ler, beta-adrenoseptör bloke edici ilaçların antihipertansif etkilerini azaltır.

Selektif serotonin geri-alım inhibitörleri, (SSRI): SSRI ve NSAİİ'lerin her biri gastrointestinal sistem kanaması gibi artmış kanama riski taşır. Bu risk kombinasyon tedavisi ile artar. Bu mekanizma, serotoninin trombositlerde alımının azalması ile bağlantılı olabilir (bkz. Bölüm 4.4).

Siklosporin:

Siklosporinin NSAİİ'ler ile eşzamanlı kullanımında böbrekteki prostasiklin sentezinde azalmaya bağlı olarak nefrotoksisite riskinde artış görülebilir. Bu nedenle, kombinasyon tedavilerinde böbrek fonksiyonları yakından izlenmelidir.

Kaptopril:

Araştırmalar, ibuprofenin, kaptoprilin sodyum atılımı üzerindeki etkisini yok ettiğini belirtmektedir.

Kolestiramin:

İbuprofenin, kolestiramin ile eşzamanlı uygulanması, ibuprofenin absorpsiyonunu azaltabilir (%25 oranında). Bu ilaçlar en az 2 saat ara ile verilmelidir.

Tiazid ve loop-diüretikleri (Furosemid):

NSAİİler, muhtemelen prostaglandin sentezi inhibisyonu aracılığıyla, furosemid ve bumetanidin diüretik etkisini yok eder. Ayrıca tiazidlerin antihipertansif etkisini de yok edebilirler.

Takrolimus:

NSAİİ'ler takrolimus ile beraber verildiğinde böbrekte prostasiklin sentezinin azalmasına bağlı olarak nefrotoksisite riskinde artışa neden olabilir. Bu nedenle, böbrek fonksiyonu kombinasyon tedavisi durumunda yakın şekilde izlenmelidir.

Kortikosteroidler:

Eşzamanlı tedavi sonucunda gastrointestinal ülserasyon veya kanama riskinde artış meydana gelir.

CYP2C9 İnhibitörleri:

İbuprofenin, CYP2C9 inhibitörleri ile birlikte uygulanması, ibuprofene (CYP2C9 substratı) maruziyeti arttırabilir. Vorikonazol ve flukonazol (CYP2C9 inhibitörleri) ile yapılan bir çalışmada, S(+)-ibuprofen maruziyetinde yaklaşık % 80-100 oranında artış gözlenmiştir. Özellikle yüksek dozdaki ibuprofenin vorikonazol veya flukonazol gibi potent CYP2C9 inhibitörleri ile birlikte uygulanması durumunda, ibuprofen dozunun düşürülmesi düşünülmelidir.

Bitkisel ekstraterler:

Ginkgo biloba, NSAİİ kullanımına bağlı kanama riskini potansiyalize edebilir.

Kinolon türevi antibiyotikler:

Hayvan verileri, NSAİİ'lerin, kinolon antibiyotikleriyle ilişkili konvülsiyon riskini arttırabileceğine işaret etmektedir. NSAİİ ve kinolonları birlikte alan hastalarda konvülsiyon gelişme riski artabilir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler

Etkileşim çalışmaları yalnızca erişkinlerde yapılmıştır.

Pediyatrik popülasyon:

Pediyatrik popülasyon üzerinde yapılmış etkileşim çalışması mevcut değildir.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi: C/D (3. trimester)'dir.

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar / Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)

İbuprofen kullanımı fertilitiyi olumsuz yönde etkileyebilir, bu nedenle gebe kalmayı düşünen kadınların kullanması önerilmez. Gebe kalma zorluğu yaşayan veya kısırlık incelemesinden geçen kadınlarda ibuprofen alımının durdurulması düşünülmelidir.

Gebelik dönemi

Prostaglandin sentezinin inhibisyonu gebeliği ve/veya embriyo/fetal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilir. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler, erken gebelikte prostoglandin sentezi inhibitörünün kullanımı sonrasında düşük yapma, kardiyak malformasyon ve gastroşizis riskinin arttığını göstermektedir. Kardiyovasküler malformasyonun mutlak riski % 1'den düşük durumdan % 1,5'e yükselmiştir. Riskin doz ve tedavi süresi ile artması beklenmektedir.

Deney hayvanlarında, prostaglandin sentezi inhibitörü uygulanmasının, implantasyon öncesi ve sonrası düşüklerin ve embriyo/fetal letalitenin artmasıyla sonuçlandığı gösterilmiştir. Buna ek olarak, organogenetik dönemde prostaglandin sentezi inhibitörü uygulanan hayvanlarda kardiyovasküler malformasyonlar da dahil olmak üzere çeşitli malformasyonların insidanslarında artış olduğu bildirilmiştir. Gebeliğin 20. haftasından itibaren CİCİFEN kullanımı fetal böbrek fonksiyon bozukluğundan kaynaklanan oligohidramnioza neden olabilir. Bu durum tedavinin başlamasından kısa bir süre sonra ortaya çıkabilir ve genellikle tedavinin kesilmesiyle geri dönüşlü olur. Ayrıca ikinci trimesterde tedaviyi takiben duktus arteriyozus daralması rapor edilmiştir ve bunların çoğu tedavinin kesilmesinden sonra düzelmiştir.

Bu nedenle gebeliğin birinci ve ikinci trimestrinde, çok gerekli olmadığı sürece ibuprofen verilmemelidir. Gebe kalmayı düşünen kadınlarda veya gebeliğinin birinci veya ikinci

trimestrinde olan kadınlarda ibuprofen kullanılması durumunda, uygulanacak dozun mümkün olduğunca düşük ve tedavi süresinin mümkün olduğunca kısa tutulması gerekmektedir.

Oligohidramnios ve duktus arteriyozus daralması açısından antenatal izleme, gebeliğin 20. haftasından itibaren birkaç gün ibuprofene maruz kaldıktan sonra düşünülmelidir. Oligohidramnios veya duktus arteriosus daralması tespit edilirse CİCİFEN kesilmelidir.

Gebeliğin üçüncü trimestrinde, tüm prostaglandin sentezi inhibitörleri aşağıdaki komplikasyonlara neden olabilir:

- Kardiyopulmoner toksisite (duktus arteriyozusun erken daralması/kapanması ve pulmoner hipertansiyon ile birlikte)
- Oligohidramniyoz eşlik ettiğinde böbrek yetmezliğine yol açabilecek renal disfonksiyon

Gebeliğin son evresinde, prostaglandin sentezi inhibitörleri annede ve yenidoğanda aşağıdaki komplikasyonlara neden olabilir:

- Kanama süresinde uzama
- Doğumun gecikmesi veya uzaması ile sonuçlanabilecek uterus kontraksiyonlarının inhibisyonu

Doğum ve doğum eyleminin başlaması gecikebilir. Anne ile çocuğun her ikisinde de daha fazla kanama eğilimi ile birlikte doğum süresi uzayabilir.

Gebeliğin özellikle son dönemlerinde duktus arteriozusun erken kapanmasına neden olabileceği için diğer NSAİİ'ler gibi CİCİFEN kullanımdan da kaçınılmalıdır.

Sıçanlarda ve tavşanlarda yürütülen üreme çalışmaları, gelişim anormalliklerine dair kanıt göstermemiştir. Bununla birlikte, hayvan üreme çalışmaları her zaman insanlarda oluşacak sonucu yansıtmaz. Gebe kadınlarda yeterli ve iyi kontrollü yürütülen bir çalışma mevcut değildir.

Sonuç olarak, ibuprofen gebeliğin üçüncü trimestri boyunca kontrendikedir.

Laktasyon dönemi

İbuprofen anne sütü ile atılmaktadır (süte geçmektedir). Ancak, CİCİFEN'in tüm dozlarında, emzirilen çocuk üzerinde herhangi bir etki öngörülmemektedir. Ancak yine de, daha uzun süreli bir tedavi planlanıyorsa; erken sütten kesme göz önünde bulundurulmalıdır. Emzirilen bebeklerde CİCİFEN'in ciddi advers reaksiyon potansiyelinin bulunması nedeniyle, ilacın anne için önemi göz önünde bulundurularak, emzirmeyi bırakma veya ilacı bırakma konusunda bir karar verilmelidir.

Üreme yeteneği / Fertilite

İbuprofen kullanımı fertiliteyi bozabilir ve gebe kalmak isteyen kadınlarda önerilmez. Gebe kalma zorluğu yaşıyan veya infertilite araştırması yapılan kadınlarda, ibuprofenin kesilmesi düşünölmelidir.

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

NSAİİ'leri aldıktan sonra baş dönmesi, uyuşukluk, yorgunluk ve görme bozuklukları gibi istenmeyen etkiler olabilir.

İbuprofen tedavisini takiben belirli hastaların tepki verme süresi etkilenebilir. Bu durum, araç ve makine kullanımı gibi yüksek dikkat gerektiren durumlarda göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum alkol kullanımı ile birlikte daha büyük çapta etki eder.

Eğer bu istenmeyen etkiler görülürse, hastalar araç ve makine kullanmamaları konusunda uyarılmalıdır.

4.8. İstenmeyen etkiler

İbuprofenin raporlanan yan etki modeli diğer NSAİİ'ler ile benzerdir.

- Gastrointestinal hastalıklar

En sık gözlemlenen advers etkiler doğası gereği gastrointestinaldir. İbuprofen uygulamasını takiben bulantı, kusma, diyare, flatulans, konstipasyon, dispepsi, abdominal ağrı, melena, hematemez, ülseratif stomatit, gastrointestinal hemoraj, Crohn hastalığı ve kolitin şiddetlenmesi rapor edilmiştir (bkz. Bölüm 4.3). Daha az sıklıkla gastrit, duodenal ülser ve gastrik ülser ve gastrointestinal perforasyon görölmüştür. Gastrointestinal ülser, perforasyon ve GI kanama, bazen ölümcöl olabilir ve özellikle yaşlılarda görölebilir (bkz. Bölüm 4.4).

CİCİFEN alımı ile ağızda veya boğazda geçici bir yanma hissi olabilir.

Bağışıklık sistemi bozuklukları:

NSAİİ'lerle tedaviyi takiben aşırı duyarlılık reaksiyonları bildirilmiştir. Bunlar (a) spesifik olmayan alerjik reaksiyon ve anafilaksi, (b) astım, ağır astım, bronkospazm veya dispneyi içeren solunum yolu reaktivitesi veya (c) çeşitli tiplerde döküntüler, pruritus, ürtiker, purpura, anjiyoödem ve çok nadiren eritema multiforme, büllöz dermatozlar (Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekrolizi de içeren) dahil çeşitli cilt bozukluklarından oluşabilir.

- Deri ve deri altı doku hastalıkları

İstisnai olarak, varisella enfeksiyonu süresince ciddi deri ve yumuşak doku enfeksiyonlu komplikasyonlar oluşabilir. Enfeksiyon ile ilişkili inflamasyonların (ör. nekrotizan fasiit gelişimi gibi) alevlenmesinin, NSAİİ'lerin kullanımı ile örtüştüğu tarif edilmiştir.

- Kalp ve damar hastalıkları

Klinik çalışmalar, özellikle yüksek dozda (2.400 mg/gün) ibuprofen kullanımının arteriyel trombotik olayların (ör. miyokard infarktüsü veya felç gibi, bkz. Bölüm 4.4) riskinde küçük bir artış ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

NSAİİ tedavisi ile ilişkili olarak ödem, hipertansiyon ve kalp yetmezliği raporlanmıştır.

- Kan ve lenf sistemi hastalıkları

İbuprofen trombosit agregasyonunu geri dönüşlü olarak baskılayarak kanama zamanının uzamasına neden olabilir.

- Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Boyun tutulması, baş ağrısı, bulantı, kusma, ateş veya oryantasyon bozukluğu semptomları ile birlikte, rinit ve aseptik menenjit (özellikle sistemik lupus eritematozus ve miks bağ dokusu hastalığı gibi mevcut otoimmün bozuklukları olan hastalarda) (bkz. bölüm 4.4).

NSAİİ'lerin kullanımına denk gelen enfeksiyonla ilişkili inflamasyonların alevlenmesi tarif edilmiştir.

İbuprofen kullanımı sırasında enfeksiyon belirtileri ortaya çıkarsa veya kötüleşirse, hastanın vakit kaybetmeden doktora gitmesi önerilir.

Aseptik menenjit bildirilen olguların çoğunda altta yatan bir otoimmün hastalık (özellikle sistemik lupus eritematozus ve ilişkili bağ dokusu hastalıkları) söz konusudur.

İbuprofen kullanımı ile ilişkisi olması olası bulunan yan etkiler, MedDRA sıklık skalası ve sistem organ sınıfı ile aşağıdaki sıklığa göre gösterilmiştir: Çok yaygın ($\geq 1/10$); yaygın ($\geq 1/100$ ila $< 1/10$); yaygın olmayan ($\geq 1/1.000$ ila $< 1/100$); seyrek ($\geq 1/10.000$ ila $< 1/1.000$); çok seyrek ($< 1/10.000$), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

Sistem Organ Sınıfı	Sıklık	İstenmeyen Etki
Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar	Yaygın olmayan	Rinit
	Seyrek	Aseptik menenjit (bkz. Bölüm 4.4)
Kan ve lenf sistemi hastalıkları	Seyrek	Lökopeni, trombositopeni, nütropeni, agranülositoz, aplastik anemi ve hemolitik anemi
Bağışıklık sistemi hastalıkları	Yaygın olmayan	Hipersentivite
	Seyrek	Anafilaktik reaksiyon
Psikiyatrik hastalıklar	Yaygın olmayan	İnsomnia, anksiyete
	Seyrek	Depresyon, konfüzyonal durum
	Yaygın	Baş ağrısı, baş dönmesi
	Yaygın olmayan	Parestezi, somnolans

Merkezi ve periferik sinir sistemi hastalıkları	Seyrek	Optik nevrit
Göz hastalıkları	Yaygın olmayan	Görme bozukluğu
	Seyrek	Toksik optik nöropati
Kardiyak hastalıklar	Çok seyrek	Kardiyak yetmezlik, myokard infarktüsü (bkz. Bölüm 4.4)
Vasküler hastalıklar	Çok seyrek	Hipertansiyon
Kulak ve iç kulak hastalıkları	Yaygın olmayan	Duyuma bozukluğu, tinnitus, vertigo
Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar	Yaygın olmayan	Astım, bronkospazm, dispne
Gastrointestinal hastalıklar	Yaygın	Dispepsi, diyare, bulantı, kusma, abdominal ağrı, flatulans, konstipasyon, melana, hematemez, gastrointestinal hemoraji
	Yaygın olmayan	Gastrit, duodenal ülser, gastrik ülser, oral ülserasyon, gastrointestinal perforasyon
	Çok seyrek	Pankreatit
	Bilinmiyor	Crohn hastalığı ve kolit alevlenmesi
Hepato-biliyer hastalıklar	Yaygın olmayan	Hepatit, sarılık, anormal karaciğer fonksiyonları
	Çok seyrek	Hepatik yetmezlik
Deri ve deri altı doku hastalıkları	Yaygın	Döküntü
	Yaygın olmayan	Ürtiker, kaşıntı, purpura, anjiyoödem, fotosensitivite reaksiyonu
	Çok seyrek	Şiddetli kutanöz advers reaksiyonlar (SCAR'lar) (Erythema multiforme, ekzfoliyatif dermatit, Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz dahil)
	Bilinmiyor	Eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç reaksiyonu (DRESS sendromu), akut jeneralize ekzantematöz püstülozis (AGEP)
Böbrek ve idrar yolu hastalıkları	Yaygın olmayan	Çeşitli formlarda nefrotoksisite (Tubulo interstisyel nefrit, nefrotik sendrom ve renal yetmezlik)
	Bilinmiyor	Renal tübüler asidoz*
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	Yaygın	Yorgunluk
	Seyrek	Ödem
Metabolizma ve beslenme bozuklukları	Bilinmiyor	Hipokalemi*

*Pazarlama sonrası dönemde, tipik olarak ibuprofen bileşeninin önerilen dozlardan daha yüksek dozlarda uzun süreli kullanımını takiben renal tübüler asidoz ve hipokalemi rapor edilmiştir.

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar / risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e- posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99).

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

Toksisite

80-100 mg/kg üzerindeki dozlarda toksisite belirti ve semptomlarının ortaya çıkma riski bulunmaktadır. 200 mg/kg'ın üzerindeki dozlarda kişiden kişiye oldukça değişken olsa da ciddi semptom riski vardır. 15 aylık bir çocukta 560 mg/kg'lık bir doz ciddi intoksikasyona yol açmıştır. 6 yaşında bir çocukta 3,2 gram doz hafif- orta derece intoksikasyona yol açmıştır. 1,5 yaşında bir çocukta 2,8-4 gram doz ve 6 yaşında bir çocukta 6 gram doz ciddi intoksikasyona, bir erişkinde 8 gram doz orta derece intoksikasyona ve bir erişkinde 20 gramdan fazla bir doz çok ciddi intoksikasyona yol açmıştır. 16 yaşındaki bir gençte uygulanan 8 gram doz böbreği etkilemiştir ve bir gence alkolle birlikte verilen 12 gram akut tübüler nekroz ile sonuçlanmıştır.

Semptomlar

Başlıca görülen semptomlar bulantı, karın ağrıları ve kusma (kanlı olabilir) gibi gastrointestinal sistem semptomları ve baş ağrısı, kulak çınlaması, konfüzyon ve nistagmustur. Yüksek dozlarda bilinç kaybı, konvülsyonlar (esasen çocuklarda). Bradikardi, kan basıncında düşüş. Metabolik asidoz, hipernatremi, böbrek etkileri, hematüri, olası karaciğer etkileri. Ciddi zehirlenmelerde metabolik asidoz oluşabilir ve muhtemelen dolaşımdaki pıhtılaşma faktörlerinin eylemlerine müdahale nedeniyle protrombin zamanı/INR uzayabilir. Hipotermi ve erişkin respiratuar distres sendromu nadir olarak bildirilmiştir.

Ciddi zehirlenmelerde metabolik asidoz oluşabilir.

Önerilen dozlardan daha yüksek dozlarda uzun süreli kullanım ciddi hipokalemi ve renal tübüler asidoza neden olabilir. Semptomlar bilinç düzeyinde azalma ve genel zayıflığı içerebilir (bkz. Bölüm 4.4 ve Bölüm 4.8).

Tedavi

Gerekli ise mide yıkanır, aktif karbon verilir. Gastrointestinal problemler varsa antiasidler verilir. Hipotansiyon varsa, intravenöz sıvı ve gerekirse inotropik destek sağlanır. Yeterli diürez sağlanır. Asit-baz ve elektrolit bozuklukları düzeltilir. Diğer semptomatik tedaviler uygulanır.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Anti-inflamatuvar ve anti-romatik ürünler, non-steroidler; propionik asit türevleri

ATC kodu: M01AE01

Etki mekanizması

CİCİFEN, non-steroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) grubuna aittir. Bu ilaç, jenerik ismi ibuprofen olan propionik asit türevi p-isobutil-hidrotropik asit içerir. İbuprofen analjezik, antiinflatuar ve antipiretik aktiviteye sahiptir. Antifilojistik etkisi aspirin ve indometazin ile benzer düzeydedir. İbuprofenin farmakolojik etkisi muhtemelen prostaglandin sentezini inhibe etme yeteneği ile ilişkidir. İbuprofen trombosit agregasyonunu geri dönüşlü olarak baskılayarak kanama zamanını uzatır.

Klinik etkililiği ve güvenliliği

Deneyisel veriler eş zamanlı kullanıldıklarında ibuprofenin düşük doz asetilsalisilik asidin trombosit agregasyonu üzerindeki etkisini kompetitif olarak inhibe edebileceğini göstermektedir. Bazı farmakodinamik çalışmalarda, hızlı salımlı asetilsalisilik asit dozundan (81 mg) önceki 8 saat içinde veya dozdan sonraki 30 dakika içinde tek doz 400 mg ibuprofen alındığında asetilsalisilik asidin tromboksan oluşumunu veya trombosit agregasyonu oluşumunu azalttığı gözlenmiştir.

Klinik duruma bu verilerin uyarlanması ilişkin belirsizlikler olmasına rağmen, ibuprofenin düzenli, uzun süreli kullanımının, düşük doz asetilsalisilik asidin kardiyoprotektif etkisini azaltabileceği olasılığı göz ardı edilemez. Ara sıra kullanılan ibuprofen ile klinik olarak anlamlı bir etki gözlenmesi beklenmemektedir (bkz. Bölüm 4.5).

İbuprofen renal prostaglandin sentezini inhibe eder. Normal böbrek fonksiyonlarına sahip hastalarda bu etkinin anlamlılığı yoktur. Kronik böbrek yetmezliği, dekompanse kalp veya karaciğer yetmezliği olan hastalar ile birlikte plazma hacminde değişikliği içeren koşullarda, inhibe edilmiş prostaglandin sentezi akut böbrek yetmezliğine, sıvı retansiyonuna ve kalp yetmezliğine yol açar (bkz. Bölüm 4.3).

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

Emilim:

İbuprofen, %80-90 oranında biyoyararlanım ile gastrointestinal sistemden hızlıca emilir. Uygulamadan sonra 1-2 saat içerisinde doruk serum konsantrasyonlarına ulaşılır. Yiyecekler

ile birlikte alındığında, aç karnına alındığı duruma göre doruk serum konsantrasyonları daha düşük olur ve bu düzeye daha yavaş ulaşılır. Yiyecekler toplam biyoyararlanımı belirgin düzeyde etkilemez.

Dağılım:

İbuprofen, plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanır (%99) İbuprofenin dağılım hacmi düşüktür ve yetişkinlerde yaklaşık 0,12-0,2 L/kg'dır.

Biyotransformasyon:

İbuprofen karaciğerde, tercihen CYP2C9 olmak üzere sitokrom P450 enzimleri ile metabolize olur ve iki ana inaktif metabolite (2-hidroksiibuprofen ve 3-karboksiibuprofen) dönüşür. Oral uygulamanın ardından oral dozun %90'ından biraz azı idrarda oksidatif metabolit ve glukuronik konjugatlar olarak atılır. İbuprofenin çok az miktarı değişmeden idrarda atılır.

Eliminasyon:

İbuprofenin böbrekler yoluyla atılımı hızlı ve tamdır. Eliminasyon yarılanma ömrü yaklaşık 2 saattir. İbuprofenin atılımı teorik olarak son dozdan sonra 24 saat içinde tamamlanır.

Doğrusallık / doğrusal olmayan durum:

Veri yoktur.

Özel popülasyonlar

Yaşlılar:

Böbrek yetmezliği olmaması halinde genç ve yaşlılar arasında farmakokinetik profil ve üriner atılım açısından sadece küçük ve klinik olarak önemsiz farklar vardır.

Pediyatrik popülasyon:

Bir yaş ve üzerindeki çocuklarda ağırlığa göre ayarlanmış terapötik dozda (5 mg/kg ila 10 mg/kg vücut ağırlığı) uygulanmasını takiben sistemik ibuprofen maruziyetinin erişkinlerdekine benzer olduğu görülmektedir. Üç aylık ila 2,5 yaşındaki çocuklarda, 2,5 ila 12 yaşındaki çocuklardakinden daha yüksek dağılım hacmi (L/kg) ve klerens (L/kg/sa) görülmüştür.

Böbrek yetmezliği:

Hafif böbrek yetmezliğinde serbest (S)-ibuprofen düzeyi, (S)-ibuprofen için EAA düzeyi ve enantiyomerik EAA (S/R) oranının sağlıklı gönüllülere göre artmış olduğu bildirilmiştir.

Diyaliz uygulanan son evre böbrek hastalığı olan hastalarda ibuprofenin ortalama serbest fraksiyonu yaklaşık %3 iken sağlıklı gönüllülerde yaklaşık % 1'dir. Böbrek fonksiyonlarının şiddetli bozulması durumunda ibuprofen metabolitleri birikebilir. Bu etkinin önemi bilinmemektedir. Metabolitler hemodiyaliz ile uzaklaştırılabilir (bkz. Bölüm 4.2, 4.3 ve 4.4).

Karaciğer yetmezliği:

Hafif ve orta şiddette alkolik karaciğer hastalığı, farmakokinetik parametreleri önemli ölçüde değiştirmemiştir.

Orta şiddette karaciğer yetmezliği (Child Pugh puanı 6-10) olan siroz hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre rasemik ibuprofenin yarılanma ömrü yaklaşık 2 kat uzamış ve enantiyomerik EAA oranı (S/R) daha düşük bulunmuştur; (R)-ibuprofenin aktif (S)-enantiyomerine metabolik dönüşümünün bozulduğunu göstermektedir (bkz. Bölüm 4.2, 4.3 ve 4.4).

5.3. Klinik öncesi güvenlilik verileri

Geleneksel klinik olmayan çalışmalar yapılmamıştır, ancak Kısa Ürün Bilgisi metninin diğer bölümlerinde yer alan verilerin ötesinde klinik güvenlilikle ilgili olduğu düşünülen klinik olmayan bir endişe yoktur.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Potasyum sorbat

Sodyum sakkarin dihidrat

Sukroz

Polisorbat 20

Avicel RC 591

Ksantam gum

Gün batımı sarısı (E110)

Portakal esansı

Masking 501522T

Sitrik asit susuz

Saf su

6.2. Geçimsizlikler

Geçerli değildir.

6.3. Raf ömrü

36 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler

25°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklanmalıdır.

6.5. Ambalajın niteliđi ve içeriđi

CİCİFEN 100 mg/5 mL pediatrik süspansiyon, 100 mL’lik amber renkli tip III cam şişelerde, beyaz PE kapak ile kapatılarak, bir adet 5 mL’lik PP kaşık ile birlikte kullanma talimatıyla beraber karton kutuda ambaljanır.

6.6. Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğeri özel önlemler

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliđi” ve “Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliđi”ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

World Medicine İlaç San. ve Tic. A.Ş.

Bağcılar, İstanbul

8. RUHSAT NUMARASI

2019/38

9. İLK RUHSAT TARİHİ/ RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 21.01.2019

Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB’ÜN YENİLENME TARİHİ