

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

▼ Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonları TÜFAM'a bildirmeleri beklenmektedir. Bakınız Bölüm 4.8 Advers reaksiyonlar nasıl raporlanır?

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

KAPRAZDİ 1,5 mg sert kapsül

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Kariprazin1,5 mg

Yardımcı maddeler:

Sodyum nişasta glikolat.....122,875 mg

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Sert kapsül

İçi beyaz veya sarımsı beyaz renkli granüler toz ile dolu, beyaz-beyaz renkli sert kapsüller.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

KAPRAZDİ aşağıdaki durumlarda endikedir:

- Yetişkin hastalarda şizofreni tedavisinde
- Yetişkinlerde bipolar I bozukluğu (bipolar depresyon) ile ilişkili depresif epizotların tedavisinde

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Şizofreni tedavisinde:

KAPRAZDİ'nin önerilen başlangıç dozu günde bir kez 1,5 mg'dır. Sonradan doz ihtiyaç duyulduğunda 1,5 mg'lık artışlarla en fazla 6 mg/gün'e kadar artırılabilir. En düşük etkili doz tedavi eden hekimin klinik değerlendirmesine göre idame ettirilmelidir. Kariprazin ve aktif metabolitlerinin uzun yarı ömrü nedeniyle dozda yapılacak herhangi bir değişiklik, plazma düzeylerine birkaç hafta süreyle tam olarak yansımaz. Hastalar advers reaksiyonlar ve tedavi yanıtı açısından kariprazine başladıktan sonra ve her bir doz değişikliğinin ardından birkaç hafta boyunca takip edilmelidir (bkz. Bölüm 5.2).

Bipolar I bozukluğu (bipolar depresyon) ile ilişkili depresif epizotların tedavisinde: KAPRAZDİ'nin önerilen başlangıç dozu günde bir kez 1,5 mg'dır. Klinik yanıt ve tolere edilebilirliğe bağlı olarak doz 15. günde, günde bir kez 3 mg'a artırılabilir. Tavsiye edilen maksimum doz günde bir kez 3 mg'dır.

Diğer antipsikotiklerden kariprazine geçiş

Diğer bir antipsikotikten kariprazine geçerken tedrici olarak çapraz-titrasyon düşünülmeli, önceki tedaviyi tedricen keserken kariprazin tedavisine başlanmalıdır.

Kariprazinden diğer bir antipsikotiğe geçiş

Kariprazinden diğer bir antipsikotiğe geçerken, tedrici çapraz-titrasyon gerekmez, yeni antipsikotik kariprazin kesilirken en düşük dozda başlanmalıdır. Kariprazinin ve aktif metabolitlerinin plazma konsantrasyonlarının yaklaşık 1 hafta içinde %50 oranında azalacağı göz önünde bulundurulmalıdır (bkz. Bölüm 5.2).

Atlanan doz:

Eğer hasta bir dozu almayı atlarsa, hasta mümkün olan en kısa sürede bu atlanan dozu almalıdır. Ancak bir sonraki doza yakın bir zaman varsa, unutulmuş doz atlanmalı ve bir sonraki doz, normal doz programına göre alınmalıdır. Unutulan dozu telafi etmek için çift doz alınmamalıdır.

Uygulama şekli:

KAPRAZDİ oral kullanım içindir ve günde bir kez her gün aynı saatte yemekle birlikte veya aç karnına alınmak üzere uygulanır.

Kariprazin kullanılırken alkol almaktan kaçınılmalıdır (bkz. Bölüm 4.5).

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek yetmezliği

Hafif ila orta derecede böbrek yetmezliği olan hastalarda (Kreatinin Klerensi (CrCl) ≥ 30 mL/dk ve < 89 mL/dk) doz ayarlamasına gerek yoktur. Kariprazinin ciddi böbrek yetmezliği olan hastalardaki (CrCl < 30 mL/dk) güvenlik ve etkililiği değerlendirilmemiştir. Şiddetli böbrek yetmezliği olan hastalarda kariprazin kullanılması önerilmez (bkz. Bölüm 5.2).

Karaciğer yetmezliği

Hafif ila orta şiddette karaciğer yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekmez (Child-Pugh skoru 5-9 arasında). Şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda kariprazinin güvenlik ve etkililiği değerlendirilmemiştir (10 ila 15 arasında olan Child-Pugh skoru). Şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda kariprazin kullanımı önerilmez (bkz. Bölüm 5.2).

Geriatrik popülasyon:

Kariprazin ile tedavi edilen 65 yaş ve üzeri yaşlı hastalarda mevcut veriler, bu hasta grubunun genç hastalardan farklı yanıt verip vermediklerini belirlemek için yeterli değildir (bkz. Bölüm 5.2). Yaşlı bir hasta için doz seçimi daha dikkatli yapılmalıdır.

Pediatric popülasyon

18 yaşından küçük çocuk ve adolesanlarda kariprazinin güvenliliği ve etkililiği belirlenmemiştir. Veri mevcut değildir.

4.3. Kontrendikasyonlar

Etkin maddeye veya Bölüm 6.1’de listelenen yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık.

Güçlü veya orta dereceli CYP3A4 inhibitörleri ile birlikte kullanım (bkz. Bölüm 4.5).

Güçlü veya orta dereceli CYP3A4 indükleyicileri ile birlikte kullanım (bkz. Bölüm 4.5) kontrendikedir.

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri**İntihar düşüncesi ve davranışı**

İntihar eğilimi olasılığı (intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar) psikotik hastalıkların doğasında vardır ve genellikle antipsikotik tedavinin başlamasından veya değiştirilmesinden hemen sonra rapor edilir. İntihar riski yüksek olan hastaların yakın takibi antipsikotik tedaviye eşlik etmelidir.

Akatizi, huzursuzluk

Akatizi ve huzursuzluk antipsikotikler ile sık görülen advers reaksiyonlardır. Akatizi, iç huzursuzluk hissi ve sürekli hareket halinde olunması için zorlayıcı bir ihtiyaç duyulması; aynı zamanda ayakta dururken veya otururken sallanmak, ayakları yerinde yürüyormuş gibi kaldırmak ve otururken bacak-bacak üstüne atmak veya çözmek şeklinde karakterize bir hareket bozukluğudur. Kariprazin akatiziye ve huzursuzluğa neden olabileceğinden, akatiziye meyilli veya zaten akatizi belirtileri gösteren hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Akatizi tedavinin başlarında gelişir. Bu nedenle tedavinin ilk aşamasında yakın izleme önemlidir. Bu durumun önlenmesi doz artırım titrasyonunun yavaş olarak yapılmasını içermektedir; tedavisi ise kariprazinin hafif doz- azaltım titrasyonunu veya anti-ekstrapiramidal semptomlar (EPS) tıbbi ürünlerin uygulanmasını kapsar. Doz, bireysel yanıt ve tolere edilebilirliğe göre değiştirilebilir (bkz. Bölüm 4.8).

Tardif diskinezi

Tardif diskinezi, antipsikotiklerle tedavi edilen hastalarda ortaya çıkabilecek potansiyel olarak geri dönüşümsüz, özellikle dil ve/veya yüzde ritmik, istemsiz hareketlerden oluşan bir sendromdur. Kariprazin ile tedavi edilen bir hastada tardif diskinezinin belirti ve bulguları ortaya çıkarsa, ilacın kesilmesi düşünülmelidir.

Parkinson hastalığı

Parkinson hastalığı olan hastalara reçete edildiğinde, antipsikotik tıbbi müstahzarlar altta yatan hastalığı şiddetlendirebilir ve parkinson hastalığı semptomlarını kötüleştirebilir. Bu nedenle hekimlerin, kariprazini parkinson hastalarına reçetelerken riskleri elde edilecek yararlar karşılığında iyi değerlendirmeleri gerekir.

Oküler semptomlar/katarakt

Kariprazinin klinik öncesi çalışmalarında köpeklerde lens opasiteleri/katarakt saptanmıştır (bkz. Bölüm 4.8 ve 5.3). Bununla birlikte, insan çalışmalarında gözlenen lens değişiklikleri/katarakt ve kariprazin kullanımı arasında nedensel bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, katarakt ile ilişkili potansiyel semptomlar geliştirebilecek olan hastalara oftalmolojik muayene tavsiye edilmeli ve bu hastalar tedavinin devamı için yeniden değerlendirilmelidir.

Nöroleptik malign sendrom (NMS)

Antipsikotik tedavi ile ilişkili olarak, NMS olarak adlandırılan potansiyel olarak fatal bir semptom kompleksi bildirilmiştir. NMS'nin klinik belirtileri hiperpireksi, kaslarda rijidite, serum kreatin fosfokinaz düzeylerinde artma, değişen zihinsel durum ve otonomik instabilite belirtileridir (nabızda veya kan basıncında düzensizlik, taşikardi, diyaforez ve kardiyak ritim bozukluğu). Ek belirtiler arasında, miyoglobülinüri (rabdomiyoliz) ve akut böbrek yetmezliği sayılabilir. Bir hasta NMS'yi gösteren belirti ve semptomlar geliştirirse veya ilave NMS klinik belirtileri olmadan açıklanamayan yüksek ateş ile başvurursa, kariprazin derhal kesilmelidir.

Nöbet ve konvülsiyonlar

Kariprazin, nöbet öyküsü olan hastalarda veya nöbet eşliğini potansiyel olarak düşüren durumlarda dikkatle kullanılmalıdır.

Demansı olan yaşlı hastalar

Konvansiyonel ve atipik antipsikotik ilaçlar demansa bağlı psikozu olan yaşlı hastaların tedavisinde kullanıldığında ölüm riskinde artışa neden olmaktadır.

Kariprazin, demansı olan yaşlı hastalarda çalışılmamış olup genel mortalite riskindeki artış nedeniyle demansı olan yaşlı hastaların tedavisi önerilmemektedir.

Serebrovasküler olay (SVO) riski

Demans popülasyonundaki randomize plasebo kontrollü klinik çalışmalarda bazı atipik antipsikotiklerle yaklaşık 3 kat artmış SVO riski görülmüştür. Bu artmış riskin mekanizması bilinmemektedir. Diğer antipsikotikler veya diğer hasta popülasyonları için artan risk göz ardı edilemez. İnme için risk faktörleri olan hastalarda kariprazin dikkatle kullanılmalıdır.

Kardiyovasküler rahatsızlıklar

Kan basıncı değişiklikleri

Kariprazin ortostatik hipotansiyonun yanı sıra hipertansiyona da neden olabilir (bkz. Bölüm 4.8). Kariprazin, kan basıncı değişikliklerine yatkınlığı olduğu bilinen kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Kan basıncı izlenmelidir.

Elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri

Antipsikotiklerle tedavi edilen hastalarda QT uzaması gelişebilir.

Kariprazin ile QT uzamasını değerlendirmek için tasarlanmış bir klinik çalışmada, kariprazin ile plaseboya kıyasla QT aralığı uzaması saptanmamıştır (bkz. Bölüm 5.1). Klinik çalışmalarda, kariprazin ile sadece birkaç ciddi olmayan QT uzaması bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Bu nedenle kariprazin, bilinen kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda veya ailesinde QT uzaması öyküsü olan hastalarda ve QT uzamasına neden olabilecek tıbbi ürünlerle tedavi edilen hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (bkz. Bölüm 5.1).

Venöz tromboembolizm (VTE)

Antipsikotik ilaçlar ile VTE vakaları bildirilmiştir. Antipsikotiklerle tedavi edilen hastalar genellikle VTE için edinilmiş risk faktörleri de gösterdiğinden, VTE için olası tüm risk faktörleri kariprazin tedavisi öncesi ve sırasında tanımlanmalı ve tüm önleyici tedbirler alınmalıdır.

Hiperglisemi ve diabetes mellitus

Diabetes mellitus tanısı konmuş hastalar veya atipik antipsikotiklerle tedaviye başlayan diabetes mellitus için risk faktörleri olan hastalar (örn. obezite, aile diyabet öyküsü) serum glukoz düzeyleri açısından izlenmelidir. Klinik çalışmalarda, kariprazin ile glukozla bağlı advers reaksiyonlar bildirilmiştir (bkz. Bölüm 5.1).

Vücut ağırlığında değişiklik

Kariprazin kullanımı ile önemli kilo artışı gözlenmiştir. Hastaların kiloları düzenli olarak izlenmelidir (bkz. Bölüm 4.8).

Uyku apnesi sendromu:

KAPRAZDİ gibi atipik antipsikotikleri kullanan hastalarda uyku apnesi sendromu rapor edilmiştir. Eş zamanlı olarak santral sinir sistemi depresanı kullanan hastalar ile uyku apnesi öyküsü olan ya da uyku apnesi riski taşıyan (örn; aşırı kilolu/obezler veya erkekler) hastalarda KAPRAZDİ kullanılırken dikkatli olunmalıdır.

Orta dereceli CYP3A4 inhibitörleriyle eş zamanlı tedavi

Kariprazinin CYP3A4'ün orta dereceli inhibitörleriyle eş zamanlı uygulanması toplam kariprazin maruziyetinin artmasına yol açabilir. Bireysel yanıt ve tolere edilebilirliğin izlenmesi

önerilir ve gerekirse, maruziyetteki potansiyel artışı hesaba katmak için kariprazin dozu (geçici olarak) azaltılmalıdır (bkz. Bölüm 4.5).

Yardımcı madde:

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

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Diğer tıbbi ürünlerin kariprazini etkileme potansiyeli

Kariprazinin ve ana aktif metabolitleri, desmetil kariprazin (DCAR) ve didesmetil kariprazinin (DDCAR) metabolizmasına, CYP2D6'nın küçük bir katkısıyla esas olarak CYP3A4 aracılık eder.

CYP3A4 inhibitörleri

Güçlü bir CYP3A4 inhibitörü olan ketokonazol, toplam kariprazin (kariprazin ve aktif metabolitlerinin toplamı) plazma maruziyetinde bağlı olmayan veya bağlı olmayan + bağlı kısımlar göz önüne alındığında kısa süreli (4 gün) birlikte uygulama sırasında iki kat artışa neden olmuştur. Kariprazinin aktif bileşenlerinin uzun yarılanma ömrü nedeniyle, uzun süre birlikte uygulama sırasında toplam kariprazinin plazma maruziyetinde daha fazla bir artış beklenebilir. Bu nedenle, güçlü CYP3A4 inhibitörleri (örn. boseprevir, klaritromisin, kobisistat, indinavir, itrakonazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinavir, posakonazol, ritonavir, sakonavir, telaprevir, telitromisin, vorikonazol) ile birlikte kariprazinin birlikte kullanılması kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3).

Eritromisin (günde iki kez 500 mg), orta düzeyde bir CYP3A4 inhibitörüdür ve 3 haftalık eş zamanlı uygulama sonrasında kariprazinin toplam plazma maruziyetinde ortalama 1,4 kat (aralığı 1,03-2,32 kat) artışa neden olmuştur. Bu nedenle, kariprazinin orta düzeyde bir CYP3A4 inhibitörü (örn. eritromisin, flukonazol, diltiazem, verapamil) ile eş zamanlı uygulandığı sırada, bireysel yanıt ve tolere edilebilirliğin izlenmesi önerilir ve gerekirse, maruziyetteki potansiyel artışı hesaba katmak için kariprazin dozu (geçici olarak) azaltılmalıdır. Kariprazinin ve aktif metabolitlerinin uzun yarı ömrü nedeniyle, orta düzeyde bir CYP3A4 inhibitörü ile tedaviye başlanması veya tedavinin durdurulması ya da dozun değiştirilmesi, birkaç hafta sonrasına kadar plazma ilaç seviyelerine tam olarak yansımayacaktır. Hastalar, etkileşime giren bir ilaca başladıktan veya ilacı bıraktıktan sonra ya da her kariprazin dozu değişikliğinden sonra birkaç hafta boyunca advers reaksiyonlar ve tedavi yanıtı açısından izlenmelidir.

Greyfurt suyu tüketiminden kaçınılmalıdır.

CYP3A4 indükleyicileri

Kariprazinin güçlü ve orta dereceli CYP3A4 indükleyicileri ile birlikte uygulanması, toplam kariprazin maruziyetinde önemli bir azalmaya neden olur ve bu nedenle kariprazinin güçlü veya orta dereceli CYP3A4 indükleyicileri (örn. karbamazepin, fenobarbital, fenitoin, rifampisin, St.

John's wort (*Hypericum perforatum*), bosentan, efavirenz, etravirin, modafinil, nafsilin) ile birlikte uygulanması kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3).

CYP2D6 inhibitörleri

CYP2D6 aracılı yolak, kariprazin metabolizmasında minör bir rol oynar; ana yolak CYP3A4 aracılıdır (bkz. Bölüm 5.2). Bu nedenle CYP2D6 inhibitörlerinin kariprazin metabolizması üzerindeki etkilerinin klinik olarak anlamlı olması muhtemel değildir.

Kariprazinin diğer tıbbi ürünleri etkileme potansiyeli

P-glikoprotein (P-gp) substratları

Kariprazin, teorik olarak bağırsakta ulaşacağı maksimum konsantrasyonda, *in vitro* bir P-gp inhibitörüdür. Bu etkinin klinik sonuçları tam olarak anlaşılamamıştır, ancak terapötik indeksi dar olan P-gp substratlarının, örn. dabigatran ve digoksin gibi, kullanımı, ekstra bir monitörizasyon ve doz ayarlamasını gerektirebilir.

Hormonal kontraseptifler

Bir ilaç etkileşim çalışmasında, günde 6 mg kariprazin ile 28 günlük tedavinin, oral kontraseptiflerin (etinil estradiol ve levonorgestrel) farmakokinetiği üzerinde klinik olarak anlamlı bir etkisi olmamıştır.

Farmakodinamik etkileşimler

Kariprazinin birincil merkezi sinir sistemi etkileri göz önüne alındığında, KAPRAZDİ'nin merkezi olarak etkili diğer tıbbi ürünler ve alkol ile birlikte dikkatli kullanılması gerekir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Pediyatrik popülasyon

Etkileşim çalışmaları sadece yetişkinlerde gerçekleştirilmiştir.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi: C

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon):

Çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlara KAPRAZDİ kullanırken hamilelikten kaçınmaları tavsiye edilmelidir. Çocuk doğurma potansiyeli olan kadın hastalar, tedavi sırasında ve son KAPRAZDİ dozunu takip eden en az 10 hafta boyunca yüksek etkili kontraseptif yöntemler kullanmalıdır.

Gebelik dönemi

Gebe kadınlarda kariprazin kullanımıyla ilgili veri yoktur veya sınırlı sayıdadır. Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar, sıçanlarda gelişimsel malformasyonlar dahil üreme toksisitesinin bulunduğunu göstermiştir (bkz. Bölüm 5.3).

KAPRAZDİ hamilelik sırasında ve etkili bir kontrasepsiyon uygulamayan çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlarda önerilmez. Kariprazin tedavisinin kesilmesinden sonra kontrasepsiyon, aktif bileşenlerin yavaş eliminasyonu nedeniyle, en az 10 hafta boyunca uygulanmalıdır.

Gebeliğin üçüncü trimesterinde antipsikotiklere (kariprazin dahil) maruz kalan yenidoğanlar, doğumdan sonra şiddeti ve süresi değişebilen ekstrapiramidal belirtiler ve/veya yoksunluk belirtileri dahil olmak üzere advers reaksiyon riski altındadırlar. Ajitasyon, hipertoni, hipotoni, tremor, somnolans, solunum güçlüğü veya beslenme bozukluğu bildirilmiştir. Bu komplikasyonlar farklı şiddetlerde ortaya çıkar; bazı durumlarda semptomlar kendi kendini sınırlarken, diğer durumlarda yenidoğanlara yoğun bakım ünitesi desteği ve uzun süreli hastaneye yatış gerektirmiştir. Sonuç olarak, yenidoğanlar dikkatle izlenmelidir.

Laktasyon dönemi

Kariprazinin veya ana aktif metabolitlerinin anne sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Kariprazin ve metabolitleri emzirme döneminde sığanlarda süte geçmiştir (bkz. Bölüm 5.3). Yeni doğanlar/bebekler için bu risk göz ardı edilemez. Kariprazin tedavisi esnasında emzirmeye devam edilmemelidir.

Üreme yeteneği/Fertilite

Kariprazinin insan fertilitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmemiştir. Sığan çalışmalarında daha düşük dişi doğurganlığı ve gebe kalma indeksleri gözlenmiştir (bkz. Bölüm 5.3).

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

Kariprazinin araç ve makine kullanma yeteneği üzerinde çok az veya orta derecede bir etkisi vardır. Hastalar, KAPRAZDİ ile tedavinin onları olumsuz etkilemediğinden emin oluncaya kadar motorlu taşıtlar da dahil olmak üzere tehlikeli makine kullanımı konusunda uyarılmalıdır.

4.8. İstenmeyen etkiler

Güvenlilik profilinin özeti

Doz aralığında (1,5-6 mg) kariprazin ile en sık bildirilen advers ilaç reaksiyonları (ADR'ler) akatizi (%19) ve parkinsonizm (%17,5) olmuştur. Olayların çoğu hafif ila orta şiddettedir.

Advers reaksiyon tablosu

Kariprazin ile ilgili şizofreni ve bipolar depresyon ile ilişkili depresif epizotların çalışmalarından toplanmış verilere dayalı ADR'ler sistem organ sınıfı ve tercih edilen terime göre sırasıyla Tablo 1 ve Tablo 2'de listelenmiştir.

Advers reaksiyonlar, aşağıdaki kural kullanılarak, en sık olan birinci, olmak üzere aşağıda sıklık derecelerine göre sıralanmıştır: 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). Her bir sıklık gruplamasında, advers reaksiyonlar, azalan ciddiyet sırasına göre sunulmaktadır.

Tablo 1 Şizofreni hastalarında görülen advers ilaç reaksiyonları

MedDRA Sistem Organ Sınıfı	Çok yaygın	Yaygın	Yaygın olmayan	Seyrek	Bilinmiyor
Kan ve lenf sistemi hastalıkları			Anemi Eozinofili	Nötropeni	
Bağışıklık sistemi hastalıkları				Aşırı duyarlılık	
Endokrin hastalıklar			Kanda tiroid stimulan hormon azalması	Hipotiroidizm	
Metabolizma ve beslenme hastalıkları		Dislipidemi Kilo artışı İştah azalması İştah artışı	Anormal kan sodyum düzeyi Diabetes mellitus Kan glukoz düzeyinde artış		
Psikiyatrik Hastalıklar		Uyku bozuklukları ¹ Anksiyete	İntihar davranışı Delirium Depresyon Azalmış libido Artmış libido Eretil disfonksiyon		
Sinir sistemi hastalıkları	Akatizi ² Parkinsonizm ³	Sedasyon Baş dönmesi Distoni ⁴ Diğer ekstrapiramidal bozukluklar ve anormal hareket bozuklukları ⁵	Tardif diskinezi Diskinezi ⁶ Dizestezi Letarji	Nöbetler/ Konvülsiyon Amnezi Afazi	Nöroleptik malign sendrom
Göz hastalıkları		Bulanık görme	Göz içi basıncında artma Akomodasyon bozukluğu Görsel netlikte azalma Göz irritasyonu	Katarakt Fotofobi	

Kulak ve iç kulak hastalıkları			Vertigo		
Kardiyak hastalıklar		Taşiaritmi	Kardiyak ileti bozuklukları Bradiaritmi Elektrokardiyo-gram uzamış QT Elektrokardiyo-gram anormal T dalgası		
Vasküler hastalıklar		Hipertansiyon	Hipotansiyon		
Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar			Hıçkırık		Uyku apnesi sendromu ⁷
Gastrointestinal hastalıklar		Kusma Bulantı Konstipasyon	Gastro-özofajiyal reflü hastalığı	Disfaji	
Hepatobiliyer hastalıklar		Karaciğer enzimlerinde artış	Kan bilirubin değerlerinde artış		Toksik hepatit
Deri ve deri altı doku hastalıkları			Kaşıntı Döküntü		
Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları		Kan kreatinin fosfokinaz değerlerinde artış		Rabdomiyoliz	
Böbrek ve idrar yolu hastalıkları			Dizüri Pollaküri		

Gebelik, puerperiyum durumları ve perinatal durumlar					Neonatal ilaç yoksunluk sendromu (bkz. Bölüm 4.6)
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar		Yorgunluk	Susama		

¹Uyku bozuklukları: Uykusuzluk, anormal rüyalar/kabus, sirkadiyen ritim uyku bozukluğu, dissomnia, hypersomnia, uykuya dalmama, uykunun ortasında uyanma, kabus, uyku bozukluğu, somnambulizm, terminal uykusuzluk hastalığı

²Akatizi: Akatizi, psikomotor hiperaktivite, huzursuzluk

³Parkinsonizm: Akinezi, bradikinezi, bradifreni, parkinson hastalığında görülen kas gerginliği, ekstrapiramidal bozukluk, yürüyüş bozukluğu, hipokinezi, eklem sertliği, tremor, maske yüz, kas sertliği, kas-iskelet sertliği, ense sertliği, parkinsonizm

⁴Distoni: Blefarospazm, distoni, kas gerginliği, oromandibular distoni, tortikolis, trismus

⁵Diğer ekstrapiramidal hastalıklar ve anormal hareket bozuklukları: Denge bozukluğu, bruksizm, salya akıtma, dizatri, yalpalayarak yürüme, anormal glabellar refleks, hiporefleksi, hareket bozukluğu, huzursuz bacak sendromu, tükürük hipersekresyonu, dil hareket bozukluğu

⁶Diskinezi: Koreoatetoz, diskinezi, yüz ekşitme, okülojirik kriz, dilin dışarı çıkması.

⁷Uyku apnesi sendromu: Uyku apnesi vakaları diğer atipik antipsikotiklerle seyrek sıklık kategorisinde raporlanmıştır.

Tablo 2 Bipolar depresyon hastalarında görülen advers ilaç reaksiyonları

MedDRA Sistem Organ Sınıfı	Çok yaygın	Yaygın	Yaygın olmayan	Seyrek	Bilinmiyor
Metabolizma ve beslenme hastalıkları		İştah artışı Kilo artışı			
Psikiyatrik Hastalıklar	İnsomnia ^{d,*}	Huzursuzluk			
Sinir sistemi hastalıkları	Akatizi*	Ekstrapiramidal semptomlar ^a Baş dönmesi Somnolans ^b			

Gastrointestinal hastalıklar		Bulantı			
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar		Yorgunluk ^c			

^aEkstrapiramidal semptom terimleri: Akinezi, salya akması, diskinezi, distoni, ekstrapiramidal bozukluk, hipokinezi, kas gerginliği, kas-iskelet sistemi sertliği, miyoklonus, okülojirik kriz, tükürük hipersekresyonu, tardif diskinezi, tremor

^bSomnolans terimleri: Hipersomni, sedasyon, somnolans

^cYorgunluk terimleri: Asteni, yorgunluk, halsizlik

^dİnsomnia terimleri: Başlangıç insomniası, insomnia, başka bir ruhsal durumla ilişkili insomnia, orta uykusuzluk, uyku bozukluğu, terminal insomnia

*Kariprazin ile klinik çalışmalarda 1,5 mg/gün ile tedavide yaygın, 3 mg/gün ile çok yaygın olarak görülmüştür.

Seçilmiş advers reaksiyonların tanımları

Lens opasitesi/Katarakt

Kariprazin ile klinik dışı çalışmalarda katarakt gelişimi gözlenmiştir (bkz. Bölüm 5.3). Bu nedenle klinik çalışmalarda slit (kesikli) lamba muayeneleri ile katarakt oluşumu yakından izlenmiş ve halihazırda kataraktı olan hastalar çalışma dışı bırakılmışlardır. Kariprazinin şizofreni klinik gelişim programı sırasında, görme bozukluğu olmayan küçük lens opasiteleri ile karakterize birkaç katarakt vakası bildirilmiştir (13/3192; %0,4). Bu hastaların bazılarında etkileşimde bulunan faktörler mevcuttur. En sık bildirilen oküler advers olay bulanık görme olmuştur (plasebo: 1/683; %0,1, kariprazin: 22/2048; %1,1).

Ekstrapiramidal semptomlar (EPS) ve akatizi

Kısa dönemli şizofreni çalışmalarında EPS insidansı kariprazin, plasebo, risperidon ve aripiprazol ile tedavi edilen hastalarda sırasıyla %27; %11,5; %30,7 ve %15,1 olarak tespit edilmiştir. Kariprazin, plasebo, risperidon ve aripiprazol ile tedavi edilen hastalarda akatizi sırasıyla %13,6; %5,1; %9,3 ve %9,9 olarak tespit edilmiştir. Kariprazin, plasebo, risperidon ve aripiprazol ile tedavi edilen hastalarda parkinsonizm sırasıyla %13,6; %5,7; %22,1 ve %5,3'ünde görülmüştür. Distoni, kariprazin, plasebo, risperidon ve aripiprazol hastalarında sırasıyla %1,8; %0,2; %3,6 ve %0,7 oranında gözlenmiştir.

Şizofreni hastalarında yürütülen uzun süreli etkililik çalışmasının plasebo kontrollü bölümünde EPS, kariprazin grubunda %13,7 iken plasebo ile tedavi edilen hastalarda %3 olarak tespit edilmiştir. Akatizi, kariprazin ile tedavi edilen hastalarda %3,9, plasebo grubunda %2 olarak bildirilmiştir. Parkinsonizm, kariprazin ve plasebo grubunda sırasıyla %7,8 ve %1 oranında görülmüştür.

Kariprazin ile şizofreni hastalarında yapılan klinik çalışmada EPS, kariprazin grubunda %14,3 ve risperidon ile tedavi edilen hastalarda %11,7 oranında bildirilmiştir. Akatizi, kariprazin ile tedavi edilen hastalarda %10, risperidon grubunda %5,2 olarak bildirilmiştir. Parkinsonizm kariprazin ve risperidon ile tedavi edilen hastalarda sırasıyla %5,2 ve %7,4 oranında tespit edilmiştir. Çoğu EPS vakaları hafif ila orta şiddette olup bilinen anti-EPS müstahzarlarla tedavi edilebilmiştir. EPS ile ilgili ADR'ler nedeniyle tedavinin kesilme oranı düşüktür.

İki 6 haftalık ve bir 8 haftalık bipolar depresyon çalışmasında, akatizi ve huzursuzluk hariç EPS ile ilişkili bildirilen advers reaksiyonların insidansı, kariprazin ile tedavi edilen hastalarda %4 iken plasebo ile tedavi edilen hastalarda %2 olarak tespit edilmiştir. Bu reaksiyonlar, kariprazin ile tedavi edilen hastaların %0,4'ünde, plasebo ile tedavi edilen hastaların ise %0'ında tedavinin kesilmesine yol açmıştır. Akatizi insidansı, kariprazin ile tedavi edilen hastalarda %8 iken plasebo ile tedavi edilen hastalarda %2 olarak tespit edilmiştir. Bu reaksiyonlar, kariprazin ile tedavi edilen hastaların %1,5'inde, plasebo ile tedavi edilen hastaların ise %0'ında tedavinin kesilmesine yol açmıştır.

Venöz tromboembolizm (VTE)

Antipsikotiklerle, pulmoner emboli vakaları ve derin ven trombozu vakalarını da içeren, VTE vakaları bildirilmiştir- Sıklığı bilinmemektedir.

Yükselmiş karaciğer transaminazları

Antipsikotik tedavi ile yükselmiş karaciğer transaminaz değerleri [Alanin Aminotransferaz (ALT), Aspartat Aminotransferaz (AST)] sıklıkla gözlenir. Şizofreni hastalarında yürütülen kariprazin klinik çalışmalarında ALT, AST yükselmelerine bağlı ADR'lerin insidansı kariprazin ile tedavi edilen hastaların %2,2, risperidon ile tedavi edilen hastaların %1,6 ve plasebo ile tedavi edilen hastaların %0,4'ünde oluşmuştur. Kariprazin ile tedavi edilen hastaların hiçbirinde karaciğer hasarı bulunmamıştır.

6 haftalık ve 8 haftalık bipolar depresyon çalışmalarında, transaminaz yüksekliği normal referans aralığının üst sınırının ≥ 3 katı olan hastaların oranları, uygulanan doz grubuna bağlı olarak kariprazin ile tedavi edilen hastalarda %0 ile %0,5 arasında ve plasebo ile tedavi edilen hastalarda %0,4 arasında değişmiştir.

Vücut ağırlığında değişiklikler

Kısa süreli çalışmalarda, kariprazin grubunda plasebo grubuna göre vücut ağırlığı ortalama artışı bir miktar daha fazla bulunmuştur; sırasıyla 1 kg ve 0,3 kg. Uzun dönem etki-ikame çalışmasında başlangıçtan tedavinin sonuna kadar vücut ağırlıklarında klinik olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir; kariprazin 1,1 kg ve plasebo 0,9 kg. Çalışmanın açık etiket fazında 20 hafta boyunca kariprazin tedavisi alan hastaların %9'unda potansiyel olarak klinik olarak anlamlı (PCS) kilo artışı (artış $> \%7$ olarak tanımlanmıştır) gözlenirken, çift kör faz sırasında kariprazine devam eden hastaların %9,8'ine karşı, 20 haftalık açık etiketli kariprazin tedavisinden sonra plaseboya randomize edilen hastaların %7,1'inde PCS kilo artışları gözlenmiştir. Kariprazin ile yapılan bir diğer klinik çalışmada, ortalama vücut ağırlığı değişimi

kariprazin için -0,3 kg ve risperidon için +0,6 kg ve PCS kilo artışları kariprazin grubunun %6'sında ve risperidon grubunun %7,4'ünde gözlenmiştir.

QT-uzaması

Kariprazin ile QT uzamasını değerlendirmek üzere tasarlanmış bir klinik çalışmada plaseboya kıyasla kariprazin ile QT aralığı uzaması saptanmamıştır (bkz. Bölüm 5.1). Diğer klinik çalışmalarda, kariprazin ile sadece birkaç ciddi olmayan QT uzamaları bildirilmiştir. Uzun süreli, açık etiketli tedavi süresi içinde, 3 hastada (%0,4) QTcB>500 ms olmuş ve bu hastalardan birinde ayrıca QTcF>500 ms olmuştur. QTcB için 7 hastada (%1) ve QTcF için 2 hastada (%0,3) başlangıçtan >60 ms'lik bir artış gözlenmiştir. Uzun dönem etki-ikame çalışmasında, açık etiket fazı sırasında, QTcB için 12 hastada (%1,6) ve QTcF için 4 hastada (%0,5) başlangıçtan >60 ms'lik bir artış gözlenmiştir. Çift-kör tedavi döneminde, kariprazin ile tedavi edilen 3 hastada (%3,1) ve plasebo ile tedavi edilen 2 hastada (%2) QTcB'de başlangıçtan >60 ms'lik artışlar gözlenmiştir.

Kariprazinin pazarlama öncesi değerlendirmesi sırasında gözlenen diğer advers reaksiyonlar

Aşağıda listelenen advers reaksiyonlar, kariprazin ile tedavi edilen 5.763 hastadan oluşan pazarlama öncesi veri tabanında günde bir kez $\geq 1,5$ mg dozda kariprazin ile tedavi edilen hastalar tarafından bildirilmiştir. Listelenen reaksiyonlar, klinik öneme sahip olabilecek reaksiyonların yanı sıra farmakolojik veya diğer gerekçelerle makul şekilde ilaçla ilişkili olan reaksiyonlardır. Diğer advers reaksiyonlar dahil edilmemiştir.

Reaksiyonlar ayrıca sistem organ sınıfına göre kategorilere ayrılmış ve aşağıdaki tanıma göre azalan sıklığa göre listelenmiştir: en az 1/100 hastada görülenler (yaygın) [bu listede, sadece plasebo kontrollü çalışmalardan elde edilen tablolanmış sonuçlarda henüz listelenmemiş reaksiyonlar yer almaktadır]; 1/100 ila 1/1.000 hastada görülenler (yaygın olmayan); ve 1/1.000 hastadan daha azında görülenler (seyrek).

Gastrointestinal hastalıklar

Yaygın olmayan: Gastroözofageal reflü hastalığı, gastrit

Hepatobiliyer hastalıklar

Seyrek: Hepatit

Metabolizma ve beslenme hastalıkları

Yaygın: İştah azalması

Seyrek: Hiponatremi

Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları

Seyrek: Rabdomiyoliz

Sinir sistemi hastalıkları

Seyrek: İskemik inme

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın olmayan: İntihar düşüncesi

Seyrek: Tamamlanmış intihar, intihar girişimleri

Böbrek ve idrar yolu hastalıkları

Yaygın olmayan: Pollakiüri

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Yaygın olmayan: Hiperhidroz

Pazarlama sonrası deneyim

Aşağıdaki advers reaksiyon kariprazinin onay sonrası kullanımı sırasında tanımlanmıştır. Bu reaksiyonlar belirsiz büyüklükteki bir popülasyondan gönüllü olarak bildirildiği için, sıklıklarını tahmin etmek veya ilaç maruziyetiyle nedensel bir ilişki kurmak her zaman mümkün değildir.

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Bilinmiyor: Stevens-Johnson sendromu

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 tedavisiSemptomlar

Bir hastada kazara akut aşırı doz (48 mg/gün) bildirilmiştir. Bu hastada ortostaz ve sedasyon gelişmiştir. Hasta aynı gün tamamen iyileşmiştir.

Doz aşımı tedavisi:

Aşırı dozun tedavisi hava yollarının yeterince açık tutulması, oksijenasyon ve ventilasyon ve semptomların kontrol altına alınması dahil destekleyici tedaviye odaklanmalıdır. Olası aritmiler için sürekli elektrokardiyografik monitörizasyon da dahil olmak üzere, kardiyovasküler monitörizasyona derhal başlanmalıdır. Şiddetli ekstrapiramidal semptomların ortaya çıkması durumunda antikolinergik ilaçlar uygulanmalıdır. Kariprazin plazma proteinlerine yüksek oranda bağlandığından, hemodiyalizin, aşırı doz tedavisinde yararlı olması olası değildir. Hasta iyileşene kadar yakın tıbbi gözetim ve izleme devam etmelidir.

Kariprazinin spesifik bir antidotu yoktur.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Psikoleptikler, diğer antipsikotikler

ATC kodu: N05AX15

Etki mekanizması:

Kariprazinin etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte, kariprazinin terapötik etkisinin, dopamin D₃, D₂ (K_i değerleri sırasıyla 0,085-0,3 nM'ye karşı 0,49-0,71 nM) ve serotonin 5-HT_{1A} reseptörlerindeki parsiyel agonist aktivite (K_i değerleri 1,4-2,6 nM) ile serotonin 5-HT_{2B}, 5-HT_{2A} ve histamin H₁ reseptörleri (sırasıyla (K_i değerleri 0,58-1,1 nM, 18,8 nM ve 23,3 nM) üzerindeki antagonist aktivitenin bir kombinasyonuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Kariprazin serotonin 5-HT_{2C} ve adrenerjik α -1 reseptörlerine (sırasıyla K_i değerleri 134 nM ve 155 nM) düşük afiniteye sahiptir. Kariprazinin kolinerjik muskarinik reseptörlere (IC₅₀>1000 nM) karşı kayda değer bir afinitesi yoktur. Kariprazinin iki ana aktif metaboliti olan desmetil-kariprazin ve didesmetil-kariprazin, ana etkin madde ile benzer *in vitro* reseptör bağlanma ve fonksiyonel aktivite profiline sahiptir.

Farmakodinamik etkiler:

In vivo yapılan klinik dışı çalışmalar, kariprazinin farmakolojik olarak etkili dozlarda D₃ reseptör doluluk oranının D₂ reseptörlerine benzer olduğunu göstermiştir. 15 gün boyunca terapötik doz aralığı içinde şizofreni hastalarında beyin dopamin D₃ ve D₂ reseptörlerinin doza bağlı bir doluluk oranı söz konusudur (daha yüksek D₃ ekspresyonu olan bölgelerde tercihli doluluk).

Şizofreni veya şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda kariprazinin QT aralığı üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Başlangıçta ve kararlı durumda on iki saatlik bir süre içinde 129 hastadaki elektrokardiyografik değerlendirmeler Holter monitöründen türetilen verilerle sağlanmıştır. Supraterapötik dozlarda (9 mg/gün veya 18 mg/gün) QT aralığında herhangi bir uzama tespit edilmemiştir. Kariprazin ile tedavi edilen hiçbir hastada QTc, başlangıçtan itibaren ≥ 60 ms'yi aşmamış veya herhangi bir hastada >500 ms'den fazla bir QTc tespit edilmemiştir.

Klinik etkililik ve güvenlilik

Uzun süreli kullanımda etkililik

Kariprazinin antipsikotik etkiyi sürdürmedeki etkililiği, uzun süreli bir randomize geri-çekme klinik çalışmada araştırılmıştır. Toplamda, akut şizofreni semptomları olan 751 hastaya 20 hafta boyunca 3-9 mg/gün dozda kariprazin verilmiştir; bu hastaların 337'si 3 veya 6 mg/gün doz aralığında kariprazin kullanmıştır. Stabilize hastalar daha sonra çift kör bir şekilde 72 haftaya kadar sabit dozlarda 3 veya 6 mg kariprazin (n=51) veya plasebo (n=51) alacak şekilde randomize edilmişlerdir. Çalışmanın birincil sonlanım noktası nüksetme zamanı olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonunda, plasebo ile tedavi edilen hastaların %49'una karşı, kariprazin ile tedavi edilen hastaların %21,6'sında şizofrenik semptom nüksü görülmüştür. Bu nedenle kariprazin grubunda nüks süresi (92'ye karşı 326 gün-25. persentile göre) plasebo grubuna göre anlamlı ölçüde daha uzun bulunmuştur (p = 0,009).

Bipolar I bozukluğuyla ilişkili depresif epizotlar (bipolar depresyon):

Kariprazinin bipolar I bozukluğuyla ilişkili depresif epizotların (bipolar depresyon) tedavisindeki etkililiği, DSM-IV-TR veya DSM-5 bipolar I bozukluğuyla ilişkili depresif epizot kriterlerini karşılayan hastalarda (ortalama yaş 43 yıl, yaş aralığı 18 ila 65 yıl; %61'i kadın; %75'i beyaz ırk) yapılan bir 8 haftalık ve iki 6 haftalık plasebo kontrollü çalışmada belirlenmiştir.

Tüm çalışmalarda birincil sonlanım noktası 6. haftanın sonunda Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADRS) toplam puanında başlangıca göre değişim olarak belirlenmiştir. MADRS, toplam puanı 0 (depresif özellik yok) ile 60 (en yüksek puan) arasında değişen, klinisyen tarafından derecelendirilen 10 maddelik bir ölçektir. Kariprazin ile başlangıca göre plaseboya kıyasla MADRS toplam puanında elde edilen değişim Tablo 3'te gösterilmektedir. Çalışma 2'nin etkililik sonuçlarının zaman seyri Şekil 1'de gösterilmektedir. Tüm çalışmalarda kariprazinin 1,5 mg dozunun plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde üstün olduğu gösterilmiştir. İkincil sonlanım noktası, CGI-S puanında başlangıçtan 6. haftaya kadar olan değişimdir. CGI-S, hastanın mevcut hastalık durumunu ve genel klinik durumunu 1 (normal, hiç hasta değil) ile 7 puan (aşırı hasta) arasında ölçen, geçerliliği kanıtlanmış, klinisyen tarafından puanlanan bir ölçektir.

Çalışma 1: Kariprazinin üç sabit dozda (0,75 mg/gün, 1,5 mg/gün ve 3 mg/gün) kullanıldığı 8 haftalık plasebo kontrollü bir çalışmada (N = 571), kariprazin 1,5 mg, 6. haftanın sonunda MADRS toplam puanı ve CGI-S puanı bakımından plaseboya üstün gelmiştir.

Çalışma 2: Kariprazinin iki sabit dozda (1,5 mg/gün ve 3 mg/gün) kullanıldığı 6 haftalık plasebo kontrollü bir çalışmada (N = 474), kariprazin 1,5 mg ve 3 mg, 6. haftanın sonunda MADRS toplam puanı bakımında plaseboya üstün gelmiştir.

Çalışma 3: Kariprazinin iki sabit dozda (1,5 mg/gün ve 3 mg/gün) kullanıldığı 6 haftalık plasebo kontrollü bir çalışmada (N = 478), kariprazin 1,5 mg, 6. haftanın sonunda MADRS toplam puanı ve CGI-S puanı bakımından plaseboya üstün gelmiştir.

Yaşa (55 yaş üstü hasta sayısı azdır), cinsiyete ve ırka göre nüfus alt gruplarının incelenmesinde, farklı yanıtlara ilişkin net bir kanıt bulunmamıştır.

Tablo 3. Bipolar depresyon çalışmalarının birincil analiz sonuçları

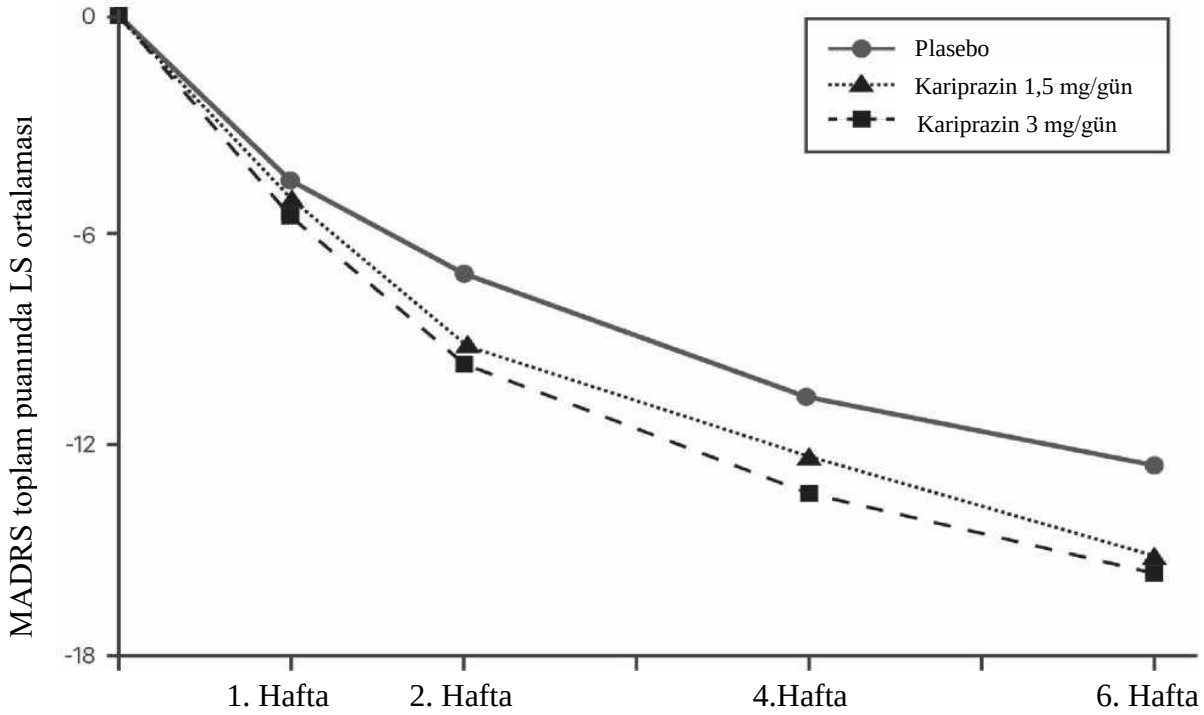
Çalışma numarası	Tedavi grubu (ITT hasta sayısı)	Birincil etkililik sonlanım noktası: MADRS toplam		
		Ortalama başlangıç puanı (SS)	Başlangıca göre LS ortalaması değişimi (SH)	Plasebo çıkartılmış fark ^a (%95 GA)
Çalışma 1	Kariprazin (1,5 mg/gün)* (n=145)	30,3 (4,4)	-15,1 (0,8)	-4,0 (-6,3; -1,6)
	Kariprazin (3 mg/gün) (n=145)	30,6 (4,7)	-13,7 (0,9)	-2,5 (-4,9; -0,1)
	Plasebo (n=141)	30,4 (4,6)	-11,1 (0,9)	
Çalışma 2	Kariprazin (1,5 mg/gün)* (n=154)	30,7 (4,3)	-15,1 (0,8)	-2,5 (-4,6; -0,4)
	Kariprazin (3 mg/gün)* (n=164)	31 (4,9)	-15,6 (0,8)	-3,0 (-5,1; -0,9)
	Plasebo (n=156)	30,2 (4,4)	-12,6 (0,8)	
Çalışma 3	Kariprazin (1,5 mg/gün)* (n=162)	31,5 (4,3)	-14,8 (0,8)	-2,5 (-4,6; -0,4)
	Kariprazin (3 mg/gün) (n=153)	31,5 (4,8)	-14,1 (0,8)	-1,8 (-3,9; 0,4)
	Plasebo (n=163)	31,4 (4,5)	-12,4 (0,8)	

ITT: Tedavi amaçlı; SS: Standart sapma; SH: Standart hata; LS Ortalaması: En küçük kareler ortalaması; GA: güven aralığı

^a Başlangıca göre en küçük kareler ortalamasındaki değişimde fark (ilaç eksi plasebo)

* Plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede üstün olan dozlar

Şekil 1. Vizitlerde MADRS Toplam Puanında Başlangıca Göre LS Ortalamasında* Değişim (Çalışma 2)



*LS Ortalaması: En küçük kareler ortalaması

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

Kariprazinin farmakolojik olarak aktif ve kariprazin ile benzer etkililiğe sahip iki metaboliti vardır, desmetil kariprazin (DCAR) ve didesmetil kariprazin (DDCAR). Toplam kariprazin (kariprazin + metabolitleri/DCAR ve DDCAR) maruziyeti, günlük dozun ~1 haftasında kararlı durum maruziyetinin %50'sine yaklaşırken, 3 haftada kararlı durumun %90'ına ulaşmıştır. Kararlı durumda DDCAR'a maruz kalma, kariprazine göre yaklaşık iki ila üç kat daha yüksek iken DCAR'a maruziyet, kariprazin maruziyetinin yaklaşık %30'udur.

Emilim:

Kariprazinin mutlak biyoyararlanımı bilinmemektedir. Kariprazin oral uygulamadan sonra iyi emilir. Çok dozlu uygulamayı takiben, kariprazin ve ana aktif metabolitler için pik plazma konsantrasyonları genellikle dozdan yaklaşık 3-8 saat sonra ortaya çıkar.

Yüksek yağlı bir yemekle (900 ila 1000 kalori) tek doz 1,5 mg kariprazin uygulanması, kariprazinin veya ana aktif metabolitlerinin C_{maks} veya EAA'sını önemli ölçüde etkilememiştir. (EAA_{0-∞} %12 artmış, C_{maks} tok karnına alımda aç karnına alım karşısında <%5 azalmıştır). Yiyeceklerin DCAR ve DDCAR metabolitlerinin maruziyeti üzerindeki etkisi de minimaldir.

Kariprazin, yiyeceklerle birlikte veya yemekten bağımsız olarak uygulanabilir.

Dağılım:

Bir popülasyon farmakokinetik analizine dayanarak, zahiri merkezi dağılım hacmi (V/F), kariprazin için 916 L, DCAR için 475 L ve DDCAR için 1568 L olarak tespit edilmiş olup kariprazin ve ana aktif metabolitlerinin geniş bir şekilde dağıldığını göstermektedir. Kariprazin ve ana aktif metabolitleri plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanmaktadır (kariprazin %96-%97, DCAR %94-%97 ve DDCAR için %92-%97).

Biyotransformasyon:

Kariprazinin metabolizması demetilasyon (DCAR ve DDCAR), hidroksilasyon (hidroksi kariprazin, HCAR) ve bir demetilasyon ve hidroksilasyon (hidroksi desmetil kariprazin, HDCAR ve hidroksi didesmetil kariprazin, HDDCAR) kombinasyonunu içerir. HCAR, HDCAR ve HDDCAR metabolitleri daha sonra bunlara karşılık gelen sülfat ve glukuronid konjugatlarına biyotransforme edilir. İlave bir metabolit, desdiklorofenil piperazin kariprazin (DDCPPCAR) asidi, kariprazinin dealkilasyonu ve bunu takip eden oksidasyonu ile üretilir.

Kariprazin, CYP3A4 ve daha az bir ölçüde CYP2D6 ile DCAR ve HCAR'a metabolize olur. DCAR, CYP3A4 tarafından ve daha az bir ölçüde CYP2D6 tarafından DDCAR ve HDCAR'a metabolize edilir. DDCAR, CYP3A4 tarafından HDDCAR'a metabolize edilir.

Kariprazin ve ana aktif metabolitleri, P-glikoprotein (P-gp), organik anyon taşıyan polipeptit 1B1 ve 1B3'ün (OATP1B1 ve OATP1B3) ve meme kanseri direnç proteini (BCRP) substratları değildir. Bu, kariprazinin; P-gp, OATP1B1, OATP1B3 ve BCRP inhibitörleri ile etkileşiminin olası olmadığını göstermektedir.

Eliminasyon:

Kariprazinin ve ana aktif metabolitlerinin eliminasyonu esas olarak hepatik metabolizma ile gerçekleşmektedir. Şizofreni hastalarına 12,5 mg/gün kariprazin verilmesinden sonra, dozun %20,8'i kariprazin ve metabolitleri şeklinde idrarla atılmıştır.

Değişmemiş kariprazin, idrarda dozun %1,2'si ve dışkıda dozun %3,7'si ile atılır.

Ortalama terminal yarılanma ömrü (kariprazin ve DCAR için 1 ila 3 gün ve DDCAR için 13 ila 19 gün), kararlı durum plazma konsantrasyonuna ulaşma veya tedavinin kesilmesinden sonra plazmadaki düşüşe ulaşma süresinin belirleyicisi değildir. Kariprazin ile tedavi edilen hastaların yönetimi için, işlevsel yarı ömür terminal yarı ömürden daha önemlidir. İşlevsel (fonksiyonel) yarı ömür, kariprazin ve DCAR için ~2 gün, DDCAR için 8 gün olup toplamda kariprazin için ~1 hafta olarak kabul edilir. Toplam kariprazin plazma konsantrasyonu, doz kesildikten veya kesintiye uğratıldıktan sonra tedricen azalacaktır. Kariprazinin toplam plazma konsantrasyonu ~1 hafta içinde %50 azalır ve toplam kariprazin konsantrasyonunda %90'dan fazla düşüş ~3 hafta içinde ortaya çıkar.

Doğrusallık/doğrusal olmayan durum:

Tekrarlı dozlardan sonra kariprazinin ve iki ana aktif metaboliti olan desmetil kariprazin (DCAR) ve didesmetil kariprazinin (DDCAR) plazma maruziyeti, 1,5 ila 6 mg terapötik doz aralığında dozla orantılı bir şekilde artmaktadır.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Böbrek yetmezliği

Popülasyon farmakokinetik modelleme, normal böbrek fonksiyonu (kreatinin klerensi, $CrCl \geq 90$ mL/dk) ve hafif ($CrCl$ 60 ila 89 mL/dk) ve orta derecede ($CrCl$ 30 ila 59 mL/dk) böbrek yetmezliği dahil olmak üzere farklı böbrek fonksiyon seviyelerine sahip kariprazin tedavisindeki şizofreni klinik programına kayıtlı hastalardan alınan veriler kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmalarda kariprazinin plazma klerensi ile kreatinin klerensi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kariprazin şiddetli ($CrCl < 30$ mL/dk) böbrek yetmezliği olan hastalarda değerlendirilmemiştir (bkz. Bölüm 4.2).

Karaciğer yetmezliği

Değişen derecelerde karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda (Child-Pugh Sınıf A ve B) 2 kısımdan oluşan (tek doz 1 mg kariprazin [Kısım A] ve 14 gün süresince günlük 0,5 mg doz kariprazin [Kısım B]) bir çalışma yapılmıştır. Sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında, hafif veya orta şiddette karaciğer yetmezliği olan hastalarda gerek 1 mg tek doz ve gerekse 14 gün süresince günde bir defa 0,5 mg doz alımını takiben kariprazin için %25'e kadar daha yüksek maruziyet (C_{maks} ve EAA) değerleri elde edilirken, majör aktif metabolitleri desmetil kariprazin ve didesmetil kariprazin için %45 daha düşük maruziyet verileri elde edilmiştir.

Toplam aktif bileşenlere (CAR+DCAR+DDCAR) maruz kalma (EAA ve C_{maks}), bağlanmamış + bağlı konsantrasyonlar göz önünde bulundurulduğunda sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında sırasıyla hafif veya orta şiddette karaciğer yetmezliğinde %21-22 ve %13-15 azalmış; bağlı olmayan toplam bileşen için çoklu doz kariprazin sonrasında hafif derecede ve orta derecede karaciğer yetmezliği olan hastalarda sırasıyla %12-13 oranında düşüş ile %20-25 oranında bir artış hesaplanmıştır.

Kariprazin ciddi karaciğer yetmezliği olan hastalarda (Child-Pugh Sınıf C) değerlendirilmemiştir (bkz. Bölüm 4.2).

Yaş, cinsiyet ve ırk

Popülasyon farmakokinetik (FK) analizinde, FK parametrelerinde (kariprazin ve ana aktif metabolitlerinin toplamının EAA ve C_{maks} değerleri) yaş, cinsiyet ve ırka dayalı klinikte anlamlı herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Bu analiz yaşları 50-65 arasında 536 hastanın da dahil olduğu farklı ırktan 2.844 hastayı kapsamıştır. Bu 2.844 hastanın 933'ünü kadınlar oluşturmuştur (bkz. Bölüm 4.2). 65 yaş üzeri yaşlı hastalarda veriler sınırlıdır.

Sigara kullanımı

Kariprazin bir CYP1A2 substratı olmadığından sigara içmenin kariprazinin farmakokinetiği üzerinde bir etkisinin olması beklenmemektedir.

Kariprazinin diğer tıbbi ürünleri etkileme potansiyeli

Kariprazin ve ana aktif metabolitleri CYP1A2, CYP2B6 ve CYP3A4 enzimlerini indüklememiş ve *in vitro* olarak CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP219, CYP2D6, CYP2E1 ve CYP3A4 inhibitörü gibi davranmamıştır. Kariprazin ve ana aktif metabolitleri, *in vitro* OATP1B1, OATP1B3, BCRP, organik katyon taşıyıcı 2 (OCT2) ve organik anyon taşıyıcıları 1 ve 3'ün (OAT1 ve OAT3) inhibitörü değildir. DCAR ve DDCAR taşıyıcı P-gp inhibitörü olmazken, kariprazinin bağırsaklarda bir P-gp inhibitörü olduğu belirlenmiştir (bkz. Bölüm 4.5).

5.3. Klinik öncesi güvenlik verileri

Kariprazin, köpekte bilateral katarakt ve sekonder retinal değişikliklere (retina yırtılması ve kistik dejenerasyon) neden olmuştur. Oküler toksisite için gözlenmeyen-advers etki düzeyinde (NOAEL) maruziyet (toplam kariprazinin EAA'sı) 6 mg/gün olan önerilen maksimum insan dozunda klinik EAA maruziyetinin 4,2 katıdır. Klinik olarak anlamlı maruziyetlerde 2 yıllık çalışmada albino sıçanlarda artmış retinal dejenerasyon/atrofi insidansı görülmüştür.

Fosfolipidoz, sıçan, köpek ve farelerin akciğerlerinde (enflamasyonlu veya enflamasyonsuz) ve köpeklerin adrenal bez kortekslerinde klinik olarak anlamlı maruziyetlerde gözlemlenmiştir. Önerilen maksimum insan dozunda klinik maruziyetin 2,7 (erkek) ve 1,7 (kadın) katında NOAEL ile 1 yıl boyunca dozlanan köpeklerin akciğerlerinde enflamasyon gözlenmiştir. Önerilen maksimum insan dozunda klinik maruziyetin 4,2 katı bir maruziyette 2 aylık ilaçsız sürenin sonunda enflamasyon gözlenmemiştir; bununla birlikte, enflamasyon yüksek dozlarda hala tespit edilmiştir.

Adrenal bez korteks hipertrofisi, sıçanlarda (sadece dişiler) maksimum önerilen insan dozunda klinik maruziyetin 4,1 katı bir maruziyette ve farelerde klinik olarak anlamlı total kariprazin plazma konsantrasyonlarında gözlenmiştir.

Köpeklerde adrenal bez korteksinin geri dönüşümlü hipertrofi/hiperplazisi ve vakuolizasyon/vezikülasyonu, maksimum önerilen insan dozunda klinik maruziyetten 4,2 kat daha fazla olan NOAEL ile gözlenmiştir.

Dişi sıçanlarda, mg/m² vücut yüzey alanına dayalı klinik olarak anlamlı maruziyetlerde daha düşük doğurganlık ve gebe kalma endeksleri gözlenmiştir. Maksimum önerilen insan dozundaki klinik maruziyetin 4,3 katına kadar maruziyetlerde, erkek fertilitesi üzerinde hiçbir etki kaydedilmemiştir.

Organogenez döneminde sıçanlara 6 mg/gün olan maksimum önerilen insan dozunda insan maruziyetinden daha az ilaç maruziyetinde kariprazin uygulanması, malformasyonlara,

yavruların düşük düzeyde hayatta kalmalarına ve gelişimsel gerilemeye neden olmuştur. Tavşanlarda, kariprazin maternal toksisiteye neden olmuştur, ancak maksimum önerilen insan dozundaki klinik maruziyetin 5,8 katında fetal toksisite görülmemiştir.

Klinik olarak anlamlı maruziyet düzeyleri ile gebe sıçanlara organogenez sırasında, gebelik süresinde ve emzirme dönemlerinde kariprazin uygulanması, ilk nesil yavruların doğum sonrası hayatta kalmada, doğum ağırlığında ve sütten kesilme sonrası vücut ağırlığında azalmaya yol açmıştır. Ayrıca maternal toksisite olmadan soluk, soğuk gövde ve gelişimsel gecikmeler (gelişmemiş/az gelişmiş renal papillalar ve erkeklerde işitsel irkilme tepkisinde azalma) gözlenmiştir. Birinci nesil yavruların üreme performansı etkilenmezken, ikinci kuşak yavrularda da benzer klinik semptomlarla birlikte düşük vücut ağırlıkları gözlenmiştir.

Kariprazin ve metabolitleri laktasyon esnasında sıçan sütüne geçmektedir.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Sodyum nişasta glikolat

Magnezyum stearat

Sert jelatin kapsül (no: 4):

Titanyum dioksit (E171)

Saf su

Jelatin (sığır jelatini)

6.2. Geçimsizlikler

Geçerli değildir

6.3. Raf ömrü

24 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler

30°C altındaki oda sıcaklığında, ışıktan korumak için dış ambalajında saklanmalıdır.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

Ürünümüz için primer ambalaj malzemesi olarak şeffaf PVC/PCTFE ve alüminyum folyo kullanılmaktadır. Blisterler karton kutular içerisine yerleştirilir. Bir kutu içerisinde 30 adet kapsül içeren blister ambalajlarda kullanma talimatı ile birlikte sunulmaktadır.

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

Kullanılmış olan ürünler ya da atık materyaller ‘Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği’ ve ‘Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği’ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

DEVA Holding A.Ş.

Halkalı Merkez Mah. Basın Ekspres Cad.

No:1 34303 Küçükçekmece/İSTANBUL

Tel: 0212 692 92 92

Faks: 0212 697 00 24

E-mail: deva@devaholding.com.tr

8. RUHSAT NUMARASI(LARI)

2024/140

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 30.04.2024

Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ