

**8. december 2023**

**PRODUKTRESUMÉ**

**for**

**Apixaban "Stada", filmovertrukne tabletter 5 mg**

**0. D.SP.NR.**

31832

**1. LÆGEMIDLETS NAVN**

Apixaban "Stada"

**2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING**

Hver filmovertrukket tablet indeholder 5 mg apixaban.

Hjælpestof, som behandleren skal være opmærksom på

Hver 5 mg filmovertrukket tablet indeholder 1,60 mg lactose.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

**3. LÆGEMIDDELFORM**

Filmovertrukne tabletter (tabletter)

Lyserøde, ovale, filmovertrukne tabletter med en delekærv på den ene side og med en gennemsnitlig tykkelse på 4,4 mm ± 0,4 mm, en længde på 11 mm og en diameter på 6 mm.

Tabletten kan deles i to lige store dele.

**4. KLINISKE OPLYSNINGER**

**4.1 Terapeutiske indikationer**

Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attak (TIA) i anamnesen, alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ II).

Behandling af dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE) samt forebyggelse af recidiverende DVT og LE hos voksne (se pkt. 4.4 vedrørende hæmodynamisk ustabile LE‑patienter).

**4.2 Dosering og administration**

**Dosering**

Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF)

Den anbefalede dosis apixaban er 5 mg indtaget oralt to gange daglig.

*Dosisreduktion*

Den anbefalede dosis apixaban er 2,5 mg indtaget oralt to gange daglig hos patienter med NVAF og med mindst to af følgende karakteristika: alder ≥ 80 år, kropsvægt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 mikromol/l).

Behandlingen bør være langvarig.

Behandling af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt)

Den anbefalede dosis af apixaban til behandling af akut DVT og behandling af LE er 10 mg oralt to gange daglig de første 7 dage efterfulgt af 5 mg oralt to gange daglig. Ifølge gældende kliniske retningslinjer bør kort behandlingsvarighed (mindst 3 måneder) baseres på forbigående risikofaktorer (f.eks. nyligt operativt indgreb, traume, immobilisering).

Den anbefalede dosis af apixaban til forebyggelse af recidiverende DVT og LE er 2,5 mg oralt to gange daglig. Hvis forebyggelse af recidiverende DVT og LE er indiceret, bør behandlingen med en dosis på 2,5 mg oralt to gange daglig initieres efter afsluttet 6 måneders behandling med apixaban 5 mg to gange daglig eller med et andet antikoagulans, som anvist i tabel 1 (se også pkt. 5.1).

**Tabel 1: Dosisanbefaling (VTEt)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Doseringsskema** | **Maksimal daglig dosis** |
| Behandling af DVT eller LE | 10 mg to gange daglig de første  7 dage | 20 mg |
| efterfulgt af 5 mg to gange daglig | 10 mg |
| Forebyggelse af recidiverende DVT og/eller LE efter afsluttet 6 måneders behandling af DVT eller LE | 2,5 mg to gange daglig | 5 mg |

Den samlede behandlingsvarighed skal tilpasses individuelt efter omhyggelig afvejning af fordele ved behandling mod risikoen for blødning (se pkt. 4.4).

Glemt dosis

Hvis patienten glemmer en dosis af Apixaban "Stada", skal patienten straks tage denne, og derefter fortsætte med at tage dosis to gange daglig som før.

Skift til anden medicin

Skift fra parenterale antikoagulantia til Apixaban "Stada" (og omvendt) kan gøres ved næste planlagte dosis (se pkt. 4.5). Disse lægemidler bør ikke administreres samtidigt.

*Skift fra vitamin K-antagonist- (VKA) behandling til Apixaban "Stada"*

Når patienter skifter fra behandling med vitamin K-antagonist (VKA) til Apixaban "Stada", skal warfarin eller anden VKA-behandling seponeres og behandling med Apixaban "Stada" påbegyndes, når INR (international normaliseret ratio) er < 2.

*Skift fra Apixaban "Stada" til VKA behandling*

Når patienter skifter fra Apixaban "Stada" til VKA-behandling, skal administration af Apixaban "Stada" fortsættes i mindst 2 dage efter VKA-behandlingen er påbegyndt. Efter 2 dages samtidig behandling med Apixaban "Stada" og VKA skal INR indhentes inden den næste planlagte dosis af Apixaban "Stada". Samtidig behandling med Apixaban "Stada" og VKA skal fortsættes, indtil INR er ≥ 2.

Ældre

VTEt - Dosisjustering er ikke nødvendig (se pkt. 4.4 og 5.2).

NVAF – Dosisjustering er ikke nødvendig, medmindre kriterierne for dosisreduktion er opfyldt (se *Dosisreduktion* i starten af pkt. 4.2).

Nedsat nyrefunktion

Hos patienter med let eller moderat nedsat nyrefunktion gælder følgende anbefalinger:

* til behandling af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt) er dosisjustering ikke nødvendig (se pkt. 5.2)
* til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF og serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 mikromol/l) og alder ≥ 80 år eller kropsvægt ≤ 60 kg er dosisreduktion nødvendig, som beskrevet ovenfor. Ved manglende dosisreduktionskriterier (alder, kropsvægt) er dosisjustering ikke nødvendig (se pkt. 5.2)

Hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15‑29 ml/min) gælder følgende anbefalinger (se pkt. 4.4 og 5.2):

* til forebyggelse af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt) skal apixaban anvendes med forsigtighed
* til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF, skal patienten have den lave apixabandosis på 2,5 mg to gange daglig

Der foreligger ingen klinisk erfaring for patienter med kreatininclearance < 15 ml/min og for patienter, som er i dialyse, og derfor bør apixaban ikke anvendes hos disse patienter (se pkt. 4.4 og 5.2).

Nedsat leverfunktion

Apixaban er kontraindiceret hos patienter med leversygdom, som er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko (se pkt. 4.3).

Apixaban anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion (se pkt. 4.4 og 5.2).

Apixaban kan anvendes med forsigtighed til patienter med let til moderat nedsat leverfunktion (Child Pugh A eller B). Der kræves ingen dosisjustering hos patienter med let til moderat nedsat leverfunktion (se pkt. 4.4 og 5.2).

Patienter med forhøjede leverenzymer alanin‑aminotransferase (ALAT)/aspartat‑aminotransferase (ASAT) > 2 gange øvre normalværdi eller total‑bilirubin ≥ 1,5 x øvre normalværdi blev ekskluderet fra de kliniske studier. Derfor bør Apixaban "Stada" anvendes med forsigtighed til denne patientgruppe (se pkt. 4.4 og 5.2). Før behandling med Apixaban "Stada" indledes, bør der udføres leverfunktionstest.

Legemsvægt

VTEt – Dosisjustering er ikke nødvendig (se pkt. 4.4 og 5.2).

NVAF – Dosisjustering er ikke nødvendig, medmindre kriterierne for dosisreduktion er opfyldt (se Dosisreduktioni starten af pkt. 4.2).

Køn

Dosisjustering er ikke nødvendig (se pkt. 5.2).

Patienter, der får foretaget kateterablation (NVAF)

Patienterne kan fortsætte med at bruge apixaban, mens de får foretaget kateterablation (se pkt. 4.3, 4.4 og 4.5).

Patienter, der gennemgår kardiovertering

Behandling med apixaban kan påbegyndes eller fortsættes hos patienter med NVAF, som kan få brug for kardiovertering.

For patienter, som ikke tidligere er behandlet med antikoagulantia, skal udelukkelse af trombe i venstre atrium vha. billeddiagnostik (f.eks. transøsofageal ekkokardiografi (TEE) eller CT-scanning) før kardiovertering overvejes i overensstemmelse med de etablerede medicinske retningslinjer.

For patienter, der påbegynder behandling med apixaban, skal der gives 5 mg to gange daglig i mindst 2,5 dage (5 enkeltdoser) før kardiovertering for at sikre tilstrækkelig antikoagulation (se pkt. 5.1).

Dosisregimet skal reduceres til en dosis på 2,5 mg apixaban to gange daglig i mindst 2,5 dage (5 enkeltdoser), hvis patienten opfylder kriterierne for dosisreduktion (se Dosisreduktion og Nedsat nyrefunktionovenfor).

Hvis der er behov for kardiovertering, før der kan indgives 5 doser apixaban, skal der indgives en støddosis på 10 mg efterfulgt af 5 mg to gange daglig. Dosisregimet skal reduceres til en støddosis på 5 mg efterfulgt af 2,5 mg to gange daglig, hvis patienten opfylder kriterierne for dosisreduktion (se Dosisreduktion og Nedsat nyrefunktionovenfor). Støddosis skal indgives mindst 2 timer før kardiovertering (se pkt. 5.1).

For alle patienter, der gennemgår kardiovertering, skal det bekræftes før kardiovertering, at patienten har taget apixaban som foreskrevet. Når der træffes beslutning om påbegyndelse og varighed af behandlingen, skal der tages højde for de fastsatte anbefalede retningslinjer for behandling med antikoagulantia hos patienter, der gennemgår kardiovertering.

Patienter med NVAF og akut koronarsyndrom (AKS) og/eller perkutan koronar intervention (PCI)

Der er begrænset erfaring med behandling med apixaban ved den anbefalede dosis for NVAF-patienter, når det anvendes i kombination med thrombocythæmmende midler til patienter med AKS og/eller til patienter, der har fået foretaget PCI, efter at hæmostase er opnået (se pkt. 4.4 og 5.1).

Pædiatrisk population

Apixabans sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år er ikke klarlagt. Der foreligger ingen data.

**Administration**

Oral anvendelse.

Apixaban "Stada" skal synkes med vand, med eller uden føde.

Tabletten kan deles i to lige store dele.

Til patienter, som ikke er i stand til at synke hele tabletter, kan Apixaban "Stada"‑tabletter knuses og røres ud i vand, 5 % glucose i vand (G5W) eller æblejuice, eller de kan blandes med æblemos og indtages umiddelbart efter (se pkt. 5.2). Alternativt kan Apixaban "Stada"‑tabletterne knuses og røres ud i 60 ml vand eller G5W og straks administreres via en nasogastrisk sonde (se pkt. 5.2).

Knuste Apixaban "Stada"‑tabletter er stabile i vand, G5W, æblejuice og æblemos i op til 4 timer.

**4.3 Kontraindikationer**

* overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i pkt. 6.1
* aktiv klinisk signifikant blødning
* leversygdom, som er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko (se pkt. 5.2)
* læsioner eller tilstande, hvor det anses som en signifikant risikofaktor for større blødninger.

Dette kan indbefatte aktiv eller nylig gastrointestinal ulceration, tilstedeværelse af maligne tumorer med høj blødningsrisiko, nylig hjerne- eller rygskade, nylig hjerne-, ryg- eller øjenkirurgi, nylig intrakraniel blødning, kendte eller mistænkte esofagale varicer, arteriovenøse misdannelser, vaskulære aneurismer eller svære intraspinale eller intracerebrale vaskulære abnormaliteter

* Samtidig behandling med andre antikoagulantia f.eks. ufraktioneret heparin (UFH), lavmolekulære hepariner (enoxaparin, dalteparin osv.), heparinderivater (fondaparinux osv.), orale antikoagulantia (warfarin, rivaroxaban, dabigatran osv.) undtagen i særlige tilfælde i forbindelse med skift af antikoagulationsbehandling (se pkt. 4.2), når UFH administreres i doser, der er nødvendige for at opretholde et åbent centralt vene- eller arteriekateter, eller når UFH administreres under kateterablation for atrieflimren (se pkt. 4.4 og 4.5).

**4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen**

Blødningsrisiko

Som for andre antikoagulantia skal patienter, der tager apixaban, kontrolleres omhyggeligt for tegn på blødning. Det anbefales, at apixaban anvendes med forsigtighed til patienter med øget risiko for blødning. Hvis der forekommer alvorlig blødning, skal apixaban seponeres (se pkt. 4.8 og 4.9).

Selvom behandling med apixaban ikke kræver rutinemæssig overvågning af eksponeringen, kan en kalibreret kvantitativ test for anti‑faktor Xa være nyttig i ekstraordinære situationer, hvor viden om apixaban-eksponering kan være en hjælp til at tage kliniske beslutninger, f.eks. ved overdosering og akut kirurgi (se pkt. 5.1).

Et middel til at reversere anti-faktor Xa-aktiviteten af apixaban er tilgængeligt.

Interaktion med andre lægemidler, der påvirker hæmostasen

På grund af forhøjet blødningsrisiko er samtidig behandling med andre antikoagulantia kontraindiceret (se pkt. 4.3).

Samtidig anvendelse af apixaban og thrombocythæmmende midler øger blødningsrisikoen (se pkt. 4.5).

Der skal udvises forsigtighed, hvis patienten samtidig bliver behandlet med selektive

serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI'er) eller serotonin- og noradrenalingenoptagelses­hæmmere (SNRI'er) eller non-steroide antiinflammatoriske lægemidler (NSAID’er), herunder acetylsalicylsyre.

Efter kirurgi frarådes anvendelse af andre trombocytaggregationshæmmere sammen med apixaban (se pkt. 4.5).

Hos patienter med atrieflimren og tilstande, der berettiger enkelt- eller dobbelt

trombocythæmmerbehandling, bør der foretages omhyggelig vurdering af de potentielle fordele og risici, inden denne type behandling kombineres med apixaban.

I et klinisk studie af patienter med atrieflimren forhøjede samtidig brug af ASA blødningsrisiko ved apixaban fra 1,8 % pr. år til 3,4 % pr. år og forhøjede blødningsrisikoen ved warfarin fra 2,7 % pr. år til 4,6 % pr. år. I dette kliniske studie var brugen af samtidig behandling med to trombocythæmmere begrænset (2,1 %) (se pkt. 5.1).

I et klinisk studie blev der inkluderet patienter med atrieflimren med AKS, og/eller som havde fået foretaget PCI, og en planlagt behandlingsperiode med en P2Y12-hæmmer, med eller uden ASA, og oral antikoagulant (enten apixaban eller VKA) i 6 måneder. Samtidig brug af ASA øgede risikoen for ISTH (*International Society on Thrombosis and Hemostasis)* alvorlig blødning eller CRNM (*Clinically Relevant Non-Major*) blødning hos forsøgspersoner behandlet med apixaban fra 16,4 % pr. år til 33,1 % pr. år (se pkt. 5.1).

I et klinisk studie med høj risiko patienter med post akut koronarsyndrom uden atrieflimren, karakteriseret ved flere hjerterelaterede eller ikke-hjerterelaterede komorbiditeter, som fik ASA eller en kombination af ASA og clopidogrel, blev der rapporteret om signifikant stigning i risikoen for ISTH alvorlig blødning ved apixaban (5,13 % pr. år) sammenlignet med placebo (2,04 % pr. år).

Brug af trombolytika til behandling af akut iskæmisk apopleksi

Der er meget begrænset erfaring med brug af trombolytiske lægemidler til behandling af akut iskæmisk apopleksi hos patienter, der får apixaban (se pkt. 4.5).

Patienter med hjerteklapproteser

Apixabans sikkerhed og virkning er ikke blevet undersøgt hos patienter med hjerteklapproteser, med eller uden atrieflimren. Apixaban frarådes derfor i disse tilfælde.

Patienter med antifosfolipidsyndrom

Direkte virkende orale antikoagulantia (DOAK), herunder apixaban, anbefales ikke til patienter med tidligere trombose, som er diagnosticerede med antifosfolipidsyndrom. Navnlig for patienter, der er tredobbelt positive (for lupus antikoagulans, anticardiolipin-antistoffer og anti-beta 2-glykoprotein I-antistoffer), kan behandling med DOAK være forbundet med øget forekomst af recidiverende trombotiske hændelser i forhold til behandling med vitamin K-antagonister.

Kirurgi og invasive indgreb

Apixaban skal seponeres mindst 48 timer inden elektiv kirurgi eller invasive indgreb med moderat eller høj blødningsrisiko. Dette inkluderer alle indgreb hvor sandsynligheden for klinisk signifikant blødning ikke kan udelukkes, eller hvor risiko for blødning er uacceptabel.

Apixaban skal seponeres mindst 24 timer inden elektiv kirurgi eller invasive indgreb med en lav risiko for blødning. Dette inkluderer indgreb hvor blødninger, hvis de skulle forekomme, vil være minimale, have en ikke‑kritisk placering eller være lette at behandle.

Hvis kirurgi eller invasive indgreb ikke kan udsættes, skal der udvises passende forsigtighed, idet den øgede blødningsrisiko tages i betragtning. Blødningsrisikoen bør afvejes imod vigtigheden af indgrebet.

Behandling med apixaban bør genoptages så hurtigt som muligt efter det invasive indgreb eller kirurgiske indgreb, forudsat at den kliniske situation tillader det og ædakvat hæmostase er opnået (se pkt. 4.2 vedr. kardiovertering).

For patienter, der får foretaget kateterablation for atrieflimren, er det ikke nødvendigt at seponere behandlingen med apixaban (se pkt. 4.2, 4.3 og 4.5).

Midlertidig seponering

Ved seponering af antikoagulantia, herunder apixaban, i forbindelse med aktiv blødning, elektiv kirurgi eller invasive indgreb har patienten øget risiko for trombose. Ændringer i behandlingen bør undgås, og hvis antikoagulering med apixaban skal seponeres midlertidigt uanset årsag, bør behandlingen genstartes så hurtigt som muligt.

Hæmodynamisk ustabile LE‑patienter og patienter med behov for trombolyse eller lungeembolektomi

Apixaban bør ikke anvendes som alternativ til ufraktioneret heparin hos patienter med lungeemboli som er hæmodynamisk ustabile, eller som måske får behov for trombolyse eller lungeembolektomi, da apixabans sikkerhed og virkning ikke er undersøgt i disse kliniske situationer.

Patienter med aktiv cancer

Patienter med aktiv cancer kan have høj risiko for både venøs tromboembolisme og blødnings-hændelser.

Når apixaban overvejes til DVT- eller LE-behandling hos kræftpatienter, skal der

foretages en omhyggelig vurdering af fordelene mod risiciene (se også pkt. 4.3).

Patienter med nedsat nyrefunktion

Begrænsede kliniske data indikerer, at apixabans plasmakoncentration er forhøjet hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15‑29 ml/min), hvilket kan medføre øget blødningsrisiko. Til forebyggelse af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt) skal apixaban anvendes med forsigtighed hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15‑29 ml/min) (se pkt. 4.2 og 5.2).

Til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF skal patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15‑29 ml/min) og patienter med serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 mikromol/l) forbundet med alder ≥ 80 år eller kropsvægt ≤ 60 kg have den lave apixabandosis på 2,5 mg to gange daglig (se pkt. 4.2).

Der foreligger ingen klinisk erfaring for patienter med kreatininclearance < 15 ml/min og for patienter, som er i dialyse, og derfor bør apixaban ikke anvendes hos disse patienter (se pkt. 4.2 og 5.2).

Ældre patienter

Stigende alder kan medføre øget blødningsrisiko (se pkt. 5.2).

Ligeledes bør samtidig administration af apixaban og ASA til ældre patienter anvendes med forsigtighed på grund af potentielt øget risiko for blødning.

Legemsvægt

Lav legemsvægt (< 60 kg) kan medføre øget blødningsrisiko (se pkt. 5.2).

Patienter med nedsat leverfunktion

Apixaban er kontraindiceret hos patienter med leversygdom, som er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko (se pkt. 4.3).

Apixaban frarådes til patienter med svært nedsat leverfunktion (se pkt. 5.2).

Apixaban kan anvendes med forsigtighed hos patienter med let til moderat nedsat leverfunktion (Child Pugh A eller B) (se pkt. 4.2 og 5.2).

Patienter med forhøjede leverenzymer (ALAT/ASAT > 2 gange øvre normalværdi) eller

total‑bilirubin ≥ 1,5 gange øvre normalværdi blev ekskluderet fra de kliniske studier. Derfor bør apixaban anvendes med forsigtighed til denne patientgruppe (se pkt. 5.2). Før behandling med apixaban indledes, bør der udføres leverfunktionstest.

Interaktion med hæmmere af både cytokrom P4503A4 (CYP3A4) og P-glykoprotein (P-gp)

Brugen af apixaban frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med potente CYP3A4- og P-gp-hæmmere, herunder azolantimykotika (f.eks. ketoconazol, itraconazol, voriconazol og posaconazol) og HIV‑proteasehæmmere (f.eks. ritonavir). Disse lægemidler kan øge eksponering af apixaban (se pkt. 4.5) med en faktor 2 eller mere, ved tilstedeværelsen af andre faktorer, der også øger eksponeringen af apixaban (f.eks. alvorligt nedsat nyrefunktion).

Interaktion med både CYP3A4- og P-gp-induktorer

Samtidig brug af apixaban med kraftige CYP3A4- og P-gp‑induktorer (f.eks. rifampicin, phenytoin, carbamazepin, phenobarbital eller perikon (hypericum perforatum)) kan føre til ca. 50 % reduktion i eksponering til apixaban. I et klinisk studie hos patienter med atrieflimren, blev virkningen reduceret og der blev observeret en højere blødningsrisiko, når apixaban blev administreret sammen med både stærke CYP3A4- og P-gp-induktorer sammenlignet med, når det blev administreret alene.

Hos patienter, der får samtidig systemisk behandling med potente induktorer af både CYP3A4 og P‑gp, gælder følgende anbefalinger (se pkt. 4.5):

* til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF og til forebyggelse af recidiverende DVT og LE, bør apixaban anvendes med forsigtighed
* til behandling af DVT og behandling af LE bør apixaban ikke anvendes, da virkningen kan være kompromitteret

Laboratorieparametre

Koagulationstest [f.eks. protrombintid (PT), INR og aktiveret partiel tromboplastintid (aPTT)] påvirkes som forventet af apixabans virkningsmekanisme. Ændringer i koagulationparametrerne ved en given terapeutisk dosis er små og har en høj grad af variabilitet (se pkt. 5.1).

Hjælpestoffer

Bør ikke anvendes til patienter med hereditær galactoseintolerans, total lactasemangel eller glucose/galactose-malabsorption.

Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. tablet, dvs. det er i det væsentlige "natriumfrit".

**4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion**

CYP3A4- og P-gp‑hæmmere

Samtidig indtagelse af apixaban og ketoconazol (400 mg 1 gang daglig), som er en kraftig hæmmer af både CYP3A4 og P-gp, førte til en fordobling af det gennemsnitlige AUC for apixaban og en stigning på 1,6 gange i den gennemsnitlige Cmax for apixaban.

Brugen af apixaban frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med kraftige hæmmere af både CYP3A4 og P-gp såsom azolantimykotika (f.eks. ketokonazol, itraconazol, voriconazol og posaconazol) og HIV‑proteasehæmmere (f.eks. ritonavir) (se pkt. 4.4).

Aktive stoffer, der ikke anses for at være stærke hæmmere af både CYP3A4 og P-gp

(f.eks. amiodaron, clarithromycin, diltiazem, fluconazol, naproxen, quinidin, verapamil) forventes I mindre grad at øge plasmakoncentrationen af apixaban. Dosisjustering for apixaban er ikke nødvendig ved samtidig behandling med stoffer, der ikke er potente hæmmere af både CYP3A4 og P-gp.

Diltiazem (360 mg 1 gang daglig), som betragtes som en moderat hæmmer af CYP3A4 og en svag hæmmer af P-gp, medførte f.eks. en stigning i middel-AUC for apixaban med en faktor 1,4 og Cmax med en faktor 1,3. Naproxen (500 mg, enkeltdosis) hæmmer af P-gp, men ikke af CYP3A4, øgede henholdsvis det gennemsnitlige apixaban AUC og Cmax med en faktor 1,5 og 1,6. Clarithromycin (500 mg to gange daglig), som er en hæmmer af P-gp og en stærk hæmmer af CYP3A4, førte til en henholdsvis faktor 1,6 og 1,3 stigning i middel apixaban AUC og Cmax.

CYP3A4- og P-gp-induktorer

Samtidig indtagelse af apixaban og rifampicin, en kraftig CYP3A4 og P-gp-induktor, medførte et fald i det gennemsnitlige AUC og Cmax for apixaban på henholdsvis ca. 54 % og 42 %. Samtidig brug af apixaban og andre kraftige CYP3A4- og P-gp-induktorer (f.eks. phenytoin, carbamazepin, phenobarbital eller perikon) kan også medføre et fald i apixabans plasmakoncentrationer.

Justering af apixabandosis er ikke nødvendig ved samtidig behandling med disse lægemidler, men hos patienter der får samtidig systemisk behandling med potente induktorer af både CYP3A4 og P‑gp bør apixaban anvendes med forsigtighed til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF og til forebyggelse af recidiverende DVT og LE.

Apixaban anbefales ikke til behandling af DVT og LE hos patienter, der får samtidig systemisk behandling med potente induktorer af både CYP3A4 og P-gp, da virkningen kan være kompromitteret (se pkt. 4.4).

Antikoagulantia, trombocytaggregationshæmmere, SSRI’er/SNRI’er og NSAID’er

På grund af øget blødningsrisiko er samtidig behandling med andre antikoagulantia kontraindiceret, undtagen i særlige tilfælde i forbindelse med skift af antikoagulationsbehandling, når UFH administreres i doser, der er nødvendige for at opretholde et åbent centralt vene- eller arteriekateter, eller når UFH administreres under kateterablation for atrieflimren (se pkt. 4.3).

Efter samtidig indgivelse af enoxaparin (enkeltdosis på 40 mg) og apixaban (enkeltdosis på 5 mg) blev der observeret additiv virkning på anti‑faktor Xa‑aktiviteten.

Der blev ikke observeret klinisk signifikante farmakokinetiske eller farmakodynamiske interaktioner ved samtidig indtagelse af apixaban og 325 mg ASA 1 gang daglig.

Ved samtidig behandling med apixaban og clopidogrel (75 mg 1 gang daglig), kombinationen af clopidogrel 75 mg og ASA 162 mg 1 gang daglig eller med prasugrel (60 mg efterfulgt af 10 mg en gang daglig), blev der i et fase I studie ikke set relevant forlængelse af standardiseret blødningstid eller yderligere hæmning af trombocytaggregation sammenlignet med administration af thrombocythæmmere uden apixaban. Stigninger i koagulationstests (PT, INR og aPTT) svarede til apixabans effekt alene.

Naproxen (500 mg), en hæmmer af P-gp, medførte en øgning af det gennemsnitlige AUC og Cmax for apixaban på henholdsvis 1,5 gange og 1,6 gange. Tilsvarende stigninger i koagulationstests blev set for apixaban. Naproxens virkning på arachidonsyre-induceret trombocytaggregation var ikke ændret, og der var ingen klinisk relevant forlængelse af blødningstiden efter samtidig indtagelse af apixaban og naproxen.

Til trods for disse fund kan nogle individer have et mere udtalt farmakodynamisk respons, når thrombocythæmmere gives samtidig med apixaban. Apixaban bør anvendes med forsigtighed ved samtidig behandling med SSRI’er/SNRI’er, NSAID, ASA og/eller P2Y12-hæmmere, da disse lægemidler typisk øger blødningsrisikoen (se pkt. 4.4).

Der er begrænset erfaring med samtidig administration med andre trombocyt­aggregationshæmmere (såsom GPIIb/IIIa-receptor antagonister, dipyridamol, dextran eller sulfinpyrazon) eller trombolytika. Da disse midler øger risikoen for blødning, anbefales det ikke at administrere disse lægemidler samtidig med apixaban (se pkt. 4.4).

Anden samtidig behandling

Der blev ikke observeret klinisk signifikante farmakokinetiske eller farmakodynamiske interaktioner, når apixaban blev givet samtidigt med atenolol eller famotidin. Samtidig behandling med apixaban 10 mg og atenolol 100 mg viste ingen klinisk relevant effekt på farmakokinetikken for apixaban.

Efter samtidig administration af de to lægemidler var det gennemsnitlige AUC og Cmax for

apixaban 15 % og 18 % lavere end, når det blev administreret alene. Administration af

apixaban 10 mg og famotidin 40 mg havde ingen effekt på AUC og Cmax for apixaban.

Apixabans virkning på andre lægemidler

*In vitro* apixaban studier viste ingen hæmmende effekt på aktiviteten af CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6 eller CYP3A4 (IC50 > 45 μM) og svag hæmmende effekt på aktiviteten af CYP2C19 (IC50 > 20 μM) ved koncentrationer, der er signifikant højere end maksimal plasmakoncentration observeret hos patienter. Apixaban inducerer ikke CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4/5 ved en koncentration på op til 20 μM. Derfor forventes apixaban ikke at ændre den metaboliske clearance af samtidigt indgivede lægemidler, som metaboliseres af disse enzymer. Apixaban er ikke en signifikant hæmmer af P-gp.

I nedenstående studier med raske forsøgspersoner sås ingen betydelig ændring i farmakokinetikken af digoxin, naproxen eller atenolol.

*Digoxin*

Samtidig indgivelse af apixaban (20 mg 1 gang daglig) og digoxin (0,25 mg 1 gang daglig), et P-gp substrat, påvirkede ikke digoxins AUC eller Cmax. Derfor hæmmer apixaban ikke P-gp‑medieret substrattransport.

*Naproxen*

Samtidig indgivelse af en enkelt dosis apixaban (10 mg) og naproxen (500 mg), som er et almindelig anvendt NSAID, påvirkede ikke naproxens AUC eller Cmax.

*Atenolol*

Samtidig indgivelse af en enkeltdosis apixaban (10 mg) og atenolol (100 mg), som er en almindelig beta-blokker, påvirkede ikke atenolols farmakokinetikf.

Aktivt kul

Administration af aktivt kul nedsætter apixaban-eksponering (se pkt. 4.9).

**4.6 Fertilitet, graviditet og amning**

Graviditet

Der foreligger ingen data om brugen af apixaban hos gravide kvinder. Dyreforsøg har hverken vist direkte eller indirekte skadelige virkninger med hensyn til reproduktionstoksicitet (se pkt. 5.3). For en sikkerheds skyld bør apixaban undgås under graviditeten.

Amning

Det vides ikke om apixaban eller dets metabolitter udskilles i modermælken. Tilgængelige data fra dyreforsøg har vist, at apixaban udskilles i mælk (se pkt. 5.3). En risiko for det ammende barn kan ikke udelukkes.

Der bør træffes beslutning om, hvorvidt amning skal ophøre eller om at ophøre/fravælge apixaban-behandling, idet der tages højde for fordelene ved amning for barnet i forhold til den terapeutiske fordel for moderen.

Fertilitet

Forsøg på dyr der blev doseret med apixaban viste ingen effekt på fertiliteten. (se pkt. 5.3).

**4.7 Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner**

Ikke mærkning.

Apixaban påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner.

**4.8 Bivirkninger**

Sammendrag af sikkerhedsprofilen

Sikkerheden ved apixaban er undersøgt i 4 kliniske fase-III-studier med flere end 15.000 patienter: Flere end 11.000 patienter i NVAF‑studierne og flere end 4.000 patienter i VTE‑behandlingsstudierne (VTEt) med en gennemsnitlig total eksponering på henholdsvis 1,7 år og 221 dage (se pkt. 5.1).

Almindelige bivirkninger var blødning, blodudtrædning, epistaxis og hæmatom (se tabel 2 for bivirkningsprofil og hyppighed efter indikation).

I NVAF‑studierne var den samlede bivirkningsfrekvens relateret til blødning pga. apixaban 24,3 % i apixaban versus warfarin studiet og 9,6 % i apixaban- *versus* acetylsalicylsyrestudiet. I apixaban versus warfarinstudiet var incidensen af ISTH major gastrointestinal blødning (inklusive øvre gastrointestinal, nedre gastrointestinal og rektal blødning) 0,76 %/år med apixaban. Incidensen af ISTH major intraokulær blødning var 0,18 %/år med apixaban.

I VTEt‑studierne var den samlede bivirkningsfrekvens relateret til blødning pga. apixaban 15,6 % i apixaban- *versus* enoxaparin/warfarinstudiet og 13,3 % i apixaban- *versus* placebostudiet (se pkt. 5.1).

Bivirkningstabel

Tabel 2 viser bivirkningerne anført under systemorganklasse og hyppighed under anvendelse af følgende kategorier: Meget almindelig (≥ 1/10); almindelig (≥ 1/100 til < 10); ikke almindelig (≥ 1/1.000 til < 1/100); sjælden (≥ 1/10.000 til < 1/1.000); meget sjælden (< 1/10.000); ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data) for henholdsvis NVAF og VTEt.

**Tabel 2: Bivirkningstabel**

| **Systemorganklasse** | **Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med NVAF, med en eller flere risikofaktorer (NVAF)** | **Behandling af DVT og LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt)** |
| --- | --- | --- |
| ***Blod og lymfesystem*** | | |
| Anæmi | Almindelig | Almindelig |
| Trombocytopeni | Ikke almindelig | Almindelig |
| ***Immunsystemet*** | | |
| Overfølsomhed, allergisk ødem og anafylaksi | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Pruritus | Ikke almindelig | Ikke almindelig \* |
| Angioødem | Ikke kendt | Ikke kendt |
| ***Nervesystemet*** | | |
| Hjerneblødning † | Ikke almindelig | Sjælden |
| ***Øjne*** | | |
| Blødning I øjet (herunder konjunktival blødning) | Almindelig | Ikke almindelig |
| ***Vaskulære sygdomme*** | | |
| Blødning, hæmatom | Almindelig | Almindelig |
| Hypotension (herunder hypotension i forbindelse med indgrebet) | Almindelig | Ikke almindelig |
| Intra-abdominal blødning | Ikke almindelig | Ikke kendt |
| ***Luftveje, thorax og mediastinum*** | | |
| Epistaxis | Almindelig | Almindelig |
| Hæmoptyse | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Blødning fra respirationsveje | Sjælden | Sjælden |
| ***Mave-tarmkanalen*** | | |
| Kvalme | Almindelig | Almindelig |
| Gastrointestinal blødning | Almindelig | Almindelig |
| Blødning fra hæmorider | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Blødning i munden | Ikke almindelig | Almindelig |
| Hæmatokeksi | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Rektal blødning, gingival blødning | Almindelig | Almindelig |
| Retroperitoneal blødning | Sjælden | Ikke kendt |
| ***Lever og galdeveje*** |  | |
| Abnorme leverfunktionsprøver, forhøjet aspartataminotransferase, stigning i basisk phosphatase, forhøjet bilirubin i blodet | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Forhøjet gamma-glutamyltransferase | Almindelig | Almindelig |
| Forhøjet alaninaminotransferase | Ikke almindelig | Almindelig |
| ***Hud og subkutane væv*** | | |
| Hududslæt | Ikke almindelig | Almindelig |
| Alopeci | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Erythema multiforme | Meget sjælden | Ikke kendt |
| Kutan. vaskulitis | Ikke kendt | Ikke kendt |
| ***Knogler, led, muskler og bindevæv*** | | |
| Muskelblødning | Sjælden | Ikke almindelig |
| ***Nyre og urinveje*** | | |
| Hæmaturi | Almindelig | Almindelig |
| ***Det reprdoduktive system og mammae*** | | |
| Abnorm vaginal blødning, urogenittal blødning | Ikke almindelig | Almindelig |
| ***Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet*** | | |
| Blødning fra administrationsstedet | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| ***Undersøgelser*** | | |
| Okkult positive blodprøve | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| ***Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer*** | | |
| Blodudtrædning | Almindelig | Almindelig |
| Blødning efter operation (herunder hæatom efter operation, blødning i operationssår, hamatom efter karpunktur og blødning omkring kateter), sårsekretion, blødning fra operationsstedet (herunder hamatom ved operationsstedet), opreativ blødning | Ikke almindelig | Ikke almindelig |
| Traumatisk blødning | Ikke almindelig | Ikke almindelig |

\* Der forekom ingen tilfælde af generaliseret pruritus i CV185057 (langsigtet forebyggelse af VTE)

†Udtrykket ”hjerneblødning” omfatter alle intrakranielle eller intraspinale blødninger (dvs. hæmoragisk apopleksi eller putaminel-, cerebellar-, intraventrikulær- eller subdural blødning).

Brugen af apixaban kan være forbundet med øget risiko for okkult eller synlig blødning fra væv eller organer, hvilket kan forårsage posthæmoragisk anæmi. Tegn, symptomer og sværhedsgrad vil variere alt efter stedet og graden eller omfanget af blødningen (se pkt. 4.4 og pkt. 5.1).

Indberetning af formodede bivirkninger

Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via:

Lægemiddelstyrelsen

Axel Heides Gade 1

DK-2300 København S

Websted: www.meldenbivirkning.dk

**4.9 Overdosering**

Overdosering af apixaban kan resultere i højere risiko for blødning. I tilfælde af hæmoragiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Påbegyndelse af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase, transfusion med frisk frosset plasma eller administration af en antidot mod faktor Xa-hæmmere, bør overvejes.

I kontrollerede kliniske studier med oralt indgivet apixaban til raske personer i doser op til 50 mg daglig i 3-7 dage (25 mg 2 gange daglig i 7 dage eller 50 mg 1 gang daglig i 3 dage) blev der ikke set klinisk relevante bivirkninger.

Hos raske forsøgspersoner reducerede administration af aktivt kul 2 og 6 timer efter indtagelse af en 20 mg apixaban‑dosis gennemsnitlig apixaban AUC med henholdsvis 50 % og 27 % og påvirkede ikke Cmax. Apixabans gennemsnitlige halveringstid mindskedes fra henholdsvis 13,4 timer, når apixaban blev administreret alene, til 5,3 timer og 4,9 timer, når aktivt kul blev administreret 2 og 6 timer efter apixaban. Derfor kan administration af aktivt kul være hensigtsmæssig til behandling af overdosering med apixaban eller efter utilsigtet indtagelse.

For situationer, hvor reversering af antikoagulering er nødvendig på grund af livstruende eller ukontrolleret blødning, er en antidot mod faktor Xa-hæmmere tilgængelig (se pkt. 4.4). Indgivelse af protrombin‑kompleks‑koncentrat (PCC) eller rekombinant faktor VIIa kan også overvejes. Ophævelse af apixabans farmakodynamiske effekt, påvist ved ændringer i analysen for trombindannelse, var evident i slutningen af infusionen og nåede baseline‑værdier inden for 4 timer efter påbegyndelse af 4 faktor PCC‑infusion over 30 minutter hos raske forsøgspersoner. Der er dog ingen klinisk erfaring med brug af 4 faktor PCC-præparater til at stoppe blødning hos personer, som har fået apixaban. Der er aktuelt ingen erfaring med brugen af rekombinant faktor VIIa til personer i behandling med apixaban. Det bør overvejes at redosere og titrere rekombinant faktor VIIa afhængigt af responset på behandlingen af blødningen.

Hvor det er muligt, bør det overvejes at konsultere en koagulationsekspert i tilfælde af major blødninger.

Hæmodialyse reducerede apixabans AUC med 14 % hos forsøgspersoner med terminal nyresygdom (ESRD), når 5 mg apixaban som enkeltdosis blev administreret oralt. Derfor er hæmodialyse sandsynligvis ikke en effektiv metode til behandling af overdosering med apixaban.

**4.10 Udlevering**

B

**5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER**

**5.1 Farmakodynamiske egenskaber**

Farmakoterapeutisk klassifikation: Antitrombotiske midler, direkte faktor Xa-hæmmere.

ATC‑kode: B 01 AF 02.

Virkningsmekanisme

Apixaban er en potent, oral, reversibel, direkte og yderst selektiv faktor Xa‑hæmmer. Antitrombin III er ikke nødvendig for antitrombotisk aktivitet. Apixaban hæmmer frit og fibrinbundet faktor Xa samt protrombinaseaktivitet. Apixaban har ingen direkte effekt på trombocytaggregationen, men hæmmer indirekte trombocytaggregationen induceret af trombin. Ved at hæmme faktor Xa forhindrer apixaban dannelsen af trombin og udviklingen af tromber. Prækliniske studier med apixaban i dyremodeller har

vist en antitrombotisk effekt som led i forebyggelsen af arteriel- og venøs trombose ved doser der bevarede hæmostase.

Farmakodynamiske virkning

De farmakodynamiske virkninger af apixaban afspejler virkningsmekanismen (FXa‑hæmning). Som et resultat af FXa-hæmningen forlænger apixaban koagulationstiden (protrombintiden (PT), INR og den aktiverede partielle tromboplastintid (aPPT)). Ændringer i koagulationstests ved en given terapeutisk dosis er små og har en høj grad af variabilitet. De anbefales ikke til vurdering af apixabans farmakodynamiske effekt. I analysen for trombindannelse reducerede apixaban endogent trombinpotentiale, som er en målestok for trombindannelse i humant plasma.

Apixaban udviser også anti-faktor Xa-aktivitet, afspejlet ved reduktion i faktor Xa enzymaktiviteten i adskillige kommercielle anti-faktor Xa-prøvesæt; resultaterne var imidlertid forskellige for de forskellige prøvesæt. Der foreligger kun data fra kliniske studier for Rotachrom Heparin kromogen analysen. Anti-faktor Xa-aktivitet viser en tæt direkte lineær sammenhæng med plasmakoncentrationen af apixaban, som når de maksimale værdier på tidspunktet for apixabans maksimale plasmakoncentrationer. Sammenhængen mellem apixabans plasmakoncentration og anti‑faktor Xa-aktivitet er tilnærmelsesvis lineær over et bredt dosisinterval for apixaban.

Tabel 3 viser den forventede eksponering ved steady state og anti-faktor Xa-aktivitet. Hos patienter med non‑valvulær atrieflimren, der tager apixaban til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli, viser resultaterne et udsving på mindre end 1,7 gange mellem højeste og laveste serumkoncentration. Hos patienter, der tager apixaban til behandling af DVT og LE eller forebyggelse af recidiverende DVT og LE, viser resultaterne et udsving på mindre end 2,2 gange mellem højeste og laveste serumkoncentration.

**Tabel 3: Forventet eksponering ved steady state og anti-faktor Xa‑aktivitet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apix.**  **Cmax (ng/ml)** | **Apix.**  **Cmin (ng/ml)** | **Apix. anti-Faktor Xa aktivitet max (IE/ml)** | **Apix. anti-Faktor Xa aktivitet min (IE/ml)** |
|  | Median [5., 95. percentil] | | | |
| *Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli: NVAF* | | | | |
| 2,5 mg to gange  daglig\* | 123 [69; 221] | 79 [34; 162] | 1,8 [1,0; 3,3] | 1,2 [0,51; 2,4] |
| 5 mg to gange  daglig | 171 [91; 321] | 103 [41; 230] | 2,6 [1,4; 4,8] | 1,5 [0,61; 3,4] |
| *Behandling af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt)* | | | | |
| 2,5 mg to gange  daglig | 67 [30; 153] | 32 [11; 90] | 1,0 [0,46; 2,5] | 0,49 [0,17; 1,4] |
| 5 mg to gange  daglig | 132 [59; 302] | 63 [22; 177] | 2,1 [0,91; 5,2] | 1,0 [0,33; 2,9] |
| 10 mg to gange  daglig | 251 [111; 572] | 120 [41; 335] | 4,2 [1,8; 10,8] | 1,9 [0,64; 5,8] |

\*Dosisjusteret population baseret på 2 af 3 dosisreduktionskriterier i ARISTOTLE‑studiet.

Selv om behandling med apixaban ikke kræver rutinemæssig kontrol af eksponeringen, kan en kalibreret kvantitativ test for anti‑faktor Xa være nyttig i særlige situationer, hvor kendskabet til eksponeringen til apixaban kan være en hjælp til at tage kliniske beslutninger, f.eks. ved overdosering og akut kirurgi.

Klinisk virkning og sikkerhed

*Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF)*

I alt blev 23.799 patienter randomiseret i det kliniske program (ARISTOTLE: apixaban versus warfarin, AVERROES: apixaban versus ASA) herunder 11.927 randomiseret til apixaban.

Programmet var tilrettelagt med henblik på at påvise apixabans virkning og sikkerhed til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF) og en eller flere risikofaktorer såsom:

• tidligere apopleksi eller transitorisk iskæmisk attak (TIA)

• alder ≥ 75 år

• hypertension

• diabetes mellitus

• symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ II)

*ARISTOTLE-studiet*

I ARISTOTLE-studiet blev i alt 18.201 patienter randomiseret til dobbeltblind behandling med apixaban 5 mg to gange daglig (eller 2,5 mg to gange daglig til udvalgte patienter [4,7 %], se pkt. 4.2) eller warfarin (ønsket INR-område 2,0-3,0), patienter fik det aktive stof i studiet i 20 måneder gennemsnitligt. Gennemsnitsalderen var 69,1 år, gennemsnitlig CHADS2 score var 2,1 og 18,9 % af patienterne havde haft forudgående apopleksi eller TIA.

I studiet var apixaban statistisk signifikant overlegen på det primære endepunkt for forebyggelse af apopleksi (hæmoragisk eller iskæmisk) og systemisk emboli (se tabel 4) sammenlignet med warfarin.

**Tabel 4: Effektresultater hos patienter med atrieflimren i ARISTOTLE‑studiet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban**  **N=9.120**  **n (%/år)** | **Warfarin**  **N=9.081**  **n (%/år)** | **Hazard ratio**  **(95 % CI)** | **p-værdi** |
| Apopleksi eller systemisk emboli | 212 (1,27) | 265 (1,60) | 0,79 (0,66; 0,95) | 0,0114 |
| Apopleksi |  |  |  |  |
| Iskæmisk eller uspecificeret | 162 (0,97) | 175 (1,05) | 0,92 (0,74; 1,13) |  |
| Hæmoragisk | 40 (0,24) | 78 (0,47) | 0,51 (0,35; 0,75) |  |
| Systemisk emboli | 15 (0,09) | 17 (0,10) | 0,87 (0,44; 1,75) |  |

Hos patienter randomiseret til warfarin var gennemsnitstid i terapeutisk interval (TTI) (INR 2-3) 66 %.

Apixaban gav en reduktion af apopleksi og systemisk emboli sammenlignet med warfarin på tværs af de forskellige niveauer af center TTI; i den højeste kvartil af TTI i forhold til center var hazard ratio for apixaban versus warfarin 0,73 (95 % CI, 0,38, 1,40).

Sekundære endepunkter for major blødning og død uanset årsag blev testet i en præspecificeret hierarkisk teststrategi for at kontrollere for den generelle type 1-fejl i studiet. Der blev også opnået statistisk signifikant fordel på de sekundære endepunkter for både major blødning og død uanset årsag (se tabel 5). Med forbedret monitorering af INR mindskes de observerede fordele ved apixaban i forhold til warfarin med hensyn til død uanset årsag.

**Tabel 5: Sekundære endepunkter hos patienter med atrieflimren i ARISTOTLE‑studiet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban**  **N=9.088**  **n (%/år)** | **Warfarin**  **N=9.052**  **n (%/år)** | **Hazard ratio**  **(95 % CI)** | **p-værdi** |
| Blødningsresultater | | | | |
| Major \* | 327 (2,13) | 462 (3,09) | 0,69 (0,60; 0,80) | < 0,0001 |
| Dødelig | 10 (0,06) | 37 (0,24) |  |  |
| Intrakraniel | 52 (0,33) | 122 (0,80) |  |  |
| Major + CRNM | 613 (4,07) | 877 (6,01) | 0,68 (0,61; 0,75) | < 0,0001 |
| Alle | 2356 (18,1) | 3060 (25,8) | 0,71 (0,68; 0,75) | < 0,0001 |
| Andre endepunkter | | | | |
| Mortalitet  uanset årsag | 603 (3,52) | 669 (3,94) | 0,89 (0,80; 1,00) | 0,0465 |
| Myokardieinfarkt | 90 (0,53) | 102 (0,61) | 0,88 (0,66; 1,17) |  |

\* Major blødning defineret iht. International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) kriterier.

† Klinisk relevant ikke-alvorlig blødning

Den samlede frekvens af afbrudt behandling på grund af bivirkninger relateret til behandlingen var 1,8 % for apixaban og 2,6 % for warfarin i ARISTOTLE‑studiet.

Effekten på præspecificerede undergrupper, inklusiv CHADS2 score, alder, legemsvægt, køn, nyrefunktionsstatus, tidligere apopleksi eller TIA og diabetes, var sammenlignelig med resultaterne for den samlede population, der deltog i forsøget.

Incidensen af ISTH større gastrointestinal blødning (inklusiv øvre gastrointestinal, nedre

gastrointestinal og rektal blødning) var 0,76 %/år med apixaban og 0,86 %/år med warfarin.

Resultaterne for major blødning i de præspecificerede undergrupper herunder CHADS2 score, alder, legemsvægt, køn, nyrefunktionsstatus, tidligere apopleksi eller TIA og diabetes var sammenlignelig med resultatet for den samlede population i dette forsøg.

*AVERROES-studiet*

I AVERROES studiet blev i alt 5.598 patienter, som af investigatorerne blev bedømt som uegnede til VKA, randomiseret til behandling med apixaban 5 mg to gange daglig (eller 2,5 mg to gange daglig hos udvalgte patienter [6,4 %], se pkt. 4.2) eller ASA. ASA blev givet som én daglig dosis på 81 mg (64 %), 162 (26,9 %), 243 (2,1 %) eller 324 mg (6,6 %) efter investigatorernes skøn. Patienter fik det aktive stof i studiet i 14 måneder gennemsnitlig. Gennemsnitsalderen var 69,9 år, gennemsnitlig CHADS2-score var 2,0, og 13,6 % af patienterne havde tidligere haft apopleksi eller TIA.

De mest almindelige årsager til uegnethed til VKA‑behandling i AVERROES studiet omfattede: Ude af stand til/vil sandsynligvis ikke kunne opnå INR’er med nødvendige intervaller (42,6 %), patient afslog behandling med VKA (37,4 %), CHADS2 score = 1 og lægen frarådede VKA (21,3 %), patient vil muligvis ikke være i stand til at følge patientvejledningen for VKA‑lægemidler (15,0 %) og problemer/forventede problemer med at komme i kontakt med patienten i tilfælde af akut dosisændring (11,7 %).

AVERROES blev afbrudt tidligt i forløbet efter anbefaling af den uafhængige

datamonitoreringskomite (the Independent Data Monitoring Committee) på grund af klar evidens for reduktion af apopleksi og systemisk emboli med en acceptabel sikkerhedsprofil.

Den samlede frekvens af afbrudt behandling på grund af bivirkninger relateret til behandlingen var 1,5 % for apixaban og 1,3 % for ASA i AVERROES studiet.

I studiet var apixaban statistisk signifikant overlegen på det primære endepunkt for forebyggelse af apopleksi (hæmoragisk, iskæmisk eller uspecificeret) og systemisk emboli (se tabel 6) sammenlignet med ASA.

**Tabel 6: Vigtigste effektparametre hos patienter med atrieflimren i AVERROES-studiet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban**  **N=2.807**  **n (%/år)** | **ASA**  **N=2.791**  **n (%/år)** | **Hazard ratio**  **(95 % CI)** | **p-værdi** |
| Apopleksi eller systemisk  emboli\* | 51 (1,62) | 113 (3,63) | 0,45 (0,32; 0,62) | < 0,0001 |
| Apopleksi |  |  |  |  |
| Iskæmisk eller uspecificeret | 43 (1,37) | 97 (3,11) | 0,44 (0,31; 0,63) |  |
| Hæmoragisk | 6 (0,19) | 9 (0,28) | 0,67 (0,24; 1,88) |  |
| Systemisk emboli | 2 (0,06) | 13 (0,41) | 0,15 (0,03; 0,68) |  |
| Apopleksi, systemisk emboli,  MI eller vaskulær død**\***† | 132 (4,21) | 197 (6,35) | 0,66 (0,53; 0,83) | 0,003 |
| Myokardieinfarkt | 24 (0,76) | 28 (0,89) | 0,86 (0,50; 1,48) |  |
| Vaskulær død | 84 (2,65) | 96 (3,03) | 0,87 (0,65; 1,17) |  |
| Død uanset årsag† | 111 (3,51) | 140 (4,42) | 0,79 (0,62; 1,02) | 0,068 |

\* Vurderet ved sekventiel teststrategi udviklet for at kontrollere for den generelle type I-fejl i studiet.

† Sekundært endepunkt.

Der var ingen statistisk signifikant forskel i incidensen af major blødning mellem apixaban og ASA (se tabel 7).

**Tabel 7: Blødningshændelser hos patienter med atrieflimren i AVERROES-studiet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban**  **N=2.798**  **n (%/år)** | **ASA**  **N=2.780**  **n (%/år)** | **Hazard ratio**  **(95 %CI)** | **p-værdi** |
| Major \* | 45 (1,41) | 29 (0,92) | 1,54 (0,96; 2,45) | 0,0716 |
| Dødelig, n | 5 (0,16) | 5 (0,16) |  |  |
| Intrakraniel, n | 11 (0,34) | 11 (0,35) |  |  |
| Major + CRNM † | 140 (4,46) | 101 (3,24) | 1,38 (1,07; 1,78) | 0,0144 |
| Alle | 325 (10,85) | 250 (8,32) | 1,30 (1,10; 1,53) | 0,0017 |

\* Major blødning defineret ifølge International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) kriterier.

† Klinisk relevant ikke-alvorlig blødning

*NVAF-patienter med AKS og/eller som har fået foretaget PCI*

I AUGUSTUS, et åbent, randomiseret, kontrolleret forsøg med et 2 x 2 faktorielt design, blev der inkluderet 4.614 patienter med NVAF, som havde AKS (43 %) og/eller fik foretaget PCI (56 %). Alle patienter fik baggrundsbehandling med en P2Y12-hæmmer (clopidogrel: 90,3 %) ordineret i henhold til lokal standardbehandling.

Patienterne blev randomiseret op til 14 dage efter AKS og/eller PCI til enten apixaban 5 mg to gange daglig (2,5 mg to gange daglig, hvis to eller flere af kriterierne for dosisreduktion var opfyldt; 4,2 % fik lavere dosis) eller VKA og til enten ASA (81 mg en gang daglig) eller placebo.

Gennemsnitsalderen var 69,9 år, 94 % af de randomiserede patienter havde en CHA2DS2-VASc-score > 2, og 47 % havde en HAS-BLED-score > 3. For patienter randomiseret til VKA var andelen af tid i terapeutisk interval (TTI) (INR 2-3) 56 %, med 32 % af tiden under TTI og 12 % over TTI.

Det primære formål med AUGUSTUS var at vurdere sikkerheden, med det primære endepunkt ISTH alvorlig blødning eller CRNM-blødning. I sammenligningen mellem apixaban og VKA forekom det primære sikkerhedsendepunkt ISTH alvorlig blødning eller CRNM-blødning måned 6 hos 241 (10,5 %) og 332 (14,7 %) patienter i henholdsvis apixabangruppen og VKA-gruppen (HR=0,69, 95 % CI: 0,58; 0,82; 2-sidet p<0,0001 for non-inferioritet og p<0,0001 for superioritet). For VKA viste yderligere analyser, der brugte undergrupper ud fra TTI, at den højeste forekomst af blødning var forbundet med den laveste kvartil af TTI. Forekomsten af blødning var sammenlignelig for apixaban

og den højeste kvartil af TTI.

I sammenligningen mellem ASA og placebo forekom det primære sikkerhedsendepunkt ISTH alvorlig blødning eller CRNM-blødning måned 6 hos 367 (16,1 %) og 204 (9,0 %) patienter i henholdsvis ASA-gruppen og placebogruppen (HR=1,88, 95 % CI: 1,58; 2,23; 2-sidet p<0,0001).

Specifikt forekom alvorlig blødning eller CRNM-blødning hos 157 (13,7 %) og 84 (7,4 %) apixaban-behandlede patienter i henholdsvis ASA-gruppen og placebogruppen. Hos VKA-behandlede patienter forekom alvorlig blødning eller CRNM-blødning hos 208 (18,5 %) og 122 (10,8 %) patienter i henholdsvis ASA-gruppen og placebogruppen.

Andre effekter af behandlingen blev vurderet som et sekundært studieformål med sammensatte endepunkter.

I sammenligningen mellem apixaban og VKA forekom det sammensatte endepunkt af dødsfald eller genindlæggelse hos 541 (23,5 %) og 632 (27,4 %) patienter i henholdsvis apixaban- og VKA-gruppen.

Det sammensatte endepunkt af dødsfald eller iskæmisk hændelse (apopleksi, myokardieinfarkt, stenttrombose eller akut revaskularisering) forekom hos 170 (7,4 %) og 182 (7,9 %) patienter i henholdsvis apixaban- og VKA-gruppen.

I sammenligningen mellem ASA og placebo forekom det sammensatte endepunkt af dødsfald eller genindlæggelse hos 604 (26,2 %) og 569 (24,7 %) patienter i henholdsvis ASA- og placebogruppen.

Det sammensatte endepunkt af dødsfald eller iskæmisk hændelse (apopleksi, myokardieinfarkt, stenttrombose eller akut revaskularisering) forekom hos 163 (7,1 %) og 189 (8,2 %) patienter i henholdsvis ASA- og placebogruppen.

*Patienter, der gennemgår kardiovertering*

EMANATE, et åbent multicenterstudie, inkluderede 1.500 patienter, som enten var oral antikoagulantnaive eller forudbehandlet mindre end 48 timer og med planlagt kardiovertering for NVAF. Patienterne blev randomiseret 1:1 til apixaban eller til heparin og/eller VKA til forebyggelse af kardiovaskulære hændelser. Der blev udført elektrisk og/eller farmakologisk kardiovertering efter mindst 5 doser af 5 mg apixaban to gange daglig (eller 2,5 mg to gange daglig til udvalgte patienter (se pkt. 4.2)) eller mindst 2 timer efter en støddosis på 10 mg (eller en støddosis på 5 mg til udvalgte patienter (se pkt. 4.2)), hvis tidligere kardiovertering var nødvendig. I apixaban-gruppen fik 342 patienter en støddosis (331 patienter fik en dosis på 10 mg, og 11 patienter fik en dosis på 5 mg).

Der var ingen slagtilfælde (0 %) i apixaban-gruppen (n = 753), og 6 (0,80 %) slagtilfælde i heparin- og/eller VKA-gruppen (n = 747; RR 0,00; 95 % CI 0,00; 0,64). Død uanset årsag forekom hos 2 patienter (0,27 %) i apixaban-gruppen og 1 patient (0,13 %) i heparin- og/eller VKA-gruppen. Der blev ikke rapporteret hændelser om systemisk emboli.

Major blødning og CRNM-blødningshændelser opstod hos henholdsvis 3 (0,41 %) og 11 (1,50 %) patienter i apixaban-gruppen sammenlignet med 6 (0,83 %) og 13 (1,80 %) patienter i heparin- og/eller VKA-gruppen.

Dette eksplorative studie viste sammenlignelig effekt og sikkerhed mellem apixaban- og heparin og/eller VKA-behandlingsgrupperne i forbindelse med kardiovertering.

*Behandling af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt)*

Det kliniske program (AMPLIFY: apixaban versus enoxaparin/warfarin, AMPLIFY-EXT: apixaban versus placebo) var designet til at påvise apixabans virkning og sikkerhed ved behandling af DVT og/eller LE (AMPLIFY), og ved langvarig behandling til forebyggelse af recidiverende DVT og/eller LE efter 6 til 12 måneders antikoagulationsbehandling ved DVT og/eller LE (AMPLIFY-EXT). Begge studier var randomiserede, parallel-gruppe, dobbeltblinde, multinationale forsøg med patienter med symptomatisk proksimal DVT eller symptomatisk LE. Alle de vigtigste sikkerhed- og virkningsendepunkter blev vurderet af en uafhængig, blindet komite.

*AMPLIFY-studiet*

I AMPLIFY-studiet blev i alt 5.395 patienter randomiseret til behandling med apixaban 10 mg oralt to gange daglig i 7 dage efterfulgt af apixaban 5 mg oralt to gange daglig i 6 måneder eller til enoxaparin 1 mg/kg subkutant to gange daglig i mindst 5 dage (indtil INR≥ 2) og warfarin (målinterval for INR 2,0-3,0) oralt i 6 måneder.

Gennemsnitsalderen var 56,9 år, og 89,8 % af de randomiserede patienter havde uprovokerede VTE‑hændelser.

Patienter randomiseret til warfarin var gennemsnitligt 60,9 % af tiden i terapeutisk interval

(INR 2,0‑3,0). Apixaban viste en reduktion af recidiverende symptomatisk VTE eller VTE‑relateret død på tværs af de forskellige niveauer af center-TTI; for centre i den højeste kvartil af TTI var den relative risiko for apixaban versus enoxaparin/warfarin 0,79 (95 % CI 0,39-1,61).

I studiet blev apixaban vist non-inferior til enoxaparin/warfarin i det sammensatte primære endepunkt af bekræftet recidiverende symptomatisk VTE (ikke‑dødelig DVT eller ikke‑dødelig LE) eller VTE‑relateret død (se tabel 8).

**Tabel 8: Effektresultater i AMPLIFY‑studiet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban**  **N=2.609**  **n (%)** | **Enoxaparin/Warfarin**  **N=2.635**  **n (%)** | **Relativ risiko (95 % CI)** |
| VTE eller VTE-relateret død | 59 (2,3) | 71 (2,7) | 0,84 (0,60; 1,18)\* |
| DVT | 20 (0,7) | 33 (1,2) |  |
| LE | 27 (1,0) | 23 (0,9) |  |
| VTE-relateret død | 12 (0,4) | 15 (0,6) |  |
| VTE eller død uanset årsag | 84 (3,2) | 104 (4,0) | 0,82 (0,61; 1,08) |
| VTE eller kardiovaskulær-  relateret død | 61 (2,3) | 77 (2,9) | 0,80 (0,57; 1,11) |
| VTE, VTE-relateret død, eller major blødninger | 73 (2,8) | 118 (4,5) | 0,62 (0,47; 0,83) |

\*Non-inferior sammenlignet med enoxaparin/warfarin (p < 0,0001)

Apixabans virkning ved initial behandling af VTE var sammenlignelig for patienter, som blev behandlet for LE [relativ risiko 0,9; 95 % CI (0,5-1,6)] og DVT [relativ risiko 0,8; 95 % CI (0,5-1,3)]. Virkningen på tværs af undergrupper, herunder alder, køn, body mass index (BMI), nyrefunktion, omfang af LE‑indeks, placering af DVT‑trombose og tidligere parenteral heparin, var generelt ens.

Det primære sikkerhedsendepunkt var major blødning. I studiet var apixaban statistisk superior til enoxaparin/warfarin i det primære sikkerhedsendepunkt [relativ risiko 0,31; 95 % konfidensinterval (0,17-0,55), p < 0,0001] (se tabel 9).

**Tabel 9: Blødningsresultater i AMPLIFY-studiet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban**  **N=2.676**  **n (%)** | **Enoxaparin/ Warfarin**  **N=2.689**  **n (%)** | **Relativ risiko (95 % CI)** |
| Major | 15 (0,6) | 49 (1,8) | 0,31 (0,17; 0,55) |
| Major + CRNM | 115 (4,3) | 261 (9,7) | 0,44 (0,36; 0,55) |
| Minor | 313 (11,7) | 505 (18,8) | 0,62 (0,54; 0,70) |
| Alle | 402 (15,0) | 676 (25,1) | 0,59 (0,53; 0,66) |

Bekræftet major blødning og CRNM‑blødning på ethvert anatomisk sted var generelt lavere i apixaban‑gruppen sammenlignet med enoxaparin/warfarin gruppen. Bekræftet ISTH major gastrointestinal blødning forekom hos 6 (0,2 %) af de apixaban‑behandlede patienter og hos 17 (0,6 %) af de enoxaparin/warfarin‑behandlede patienter.

*AMPLIFY-EXT-studiet*

I AMPLIFY‑EXT‑studiet blev i alt 2.482 patienter randomiseret til behandling med apixaban 2,5 mg oralt to gange daglig, apixaban 5 mg oralt to gange daglig eller placebo i 12 måneder efter at have afsluttet 6 til 12 måneders initial antikoagulationsbehandling. Af disse deltog 836 patienter (33,7 %) i AMPLIFY‑studiet, inden de indgik i AMPLIFY‑EXT‑studiet. Gennemsnitsalderen var 56,7 år, og 91,7 % af de randomiserede patienter havde uprovokerede VTE‑hændelser.

I studiet var begge apixaban doser statistisk bedre end placebo i det primære endepunkt

symptomatisk, recidiverende VTE (ikke‑dødelig DVT eller ikke‑dødelig LE) eller død uanset årsag (se tabel 10).

**Tabel 10: Effektresultater i AMPLIFY‑EXT‑studiet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban** | **Apixaban** | **Placebo** | **Relativ risiko (95 % CI)** | |
|  | **2,5 mg (N=840)** | **5,0 mg (N=813)** | **(N=829)** | **Apix 2,5 mg versus placebo** | **Apix 5,0 mg versus placebo** |
|  | n (%) | | |  |  |
| Recidiverende  VTE eller død  uanset årsag | 19 (2,3) | 14 (1,7) | 77 (9,3) | 0,24  (0,15; 0,40) ¥ | 0,19  (0,11; 0,33) ¥ |
| DVT\* | 6 (0,7) | 7 (0,9) | 53 (6,4) |  |  |
| LE \* | 7 (0,8) | 4 (0,5) | 13 (1,6) |  |  |
| Død uanset årsag | 6 (0,7) | 3 (0,4) | 11 (1,3) |  |  |
| Recidiverende  VTE eller  VTE-relateret  død | 14 (1,7) | 14 (1,7) | 73 (8,8) | 0,19  (0,11; 0,33) | 0,20  (0,11; 0,34) |
| Recidiverende  VTE eller  kardiovaskulær  relateret død | 14 (1,7) | 14 (1,7) | 76 (9,2) | 0,18  (0,10; 0,32) | 0,19  (0,11; 0,33) |
| Ikke‑dødelig  DVT† | 6 (0,7) | 8 (1,0) | 53 (6,4) | 0,11  (0,05; 0,26) | 0,15  (0,07; 0,32) |
| Ikke‑dødelig  LE† | 8 (1,0) | 4 (0,5) | 15 (1,8) | 0,51  (0,22; 1,21) | 0,27  (0,09; 0,80) |
| VTE-relateret  død | 2 (0,2) | 3 (0,4) | 7 (0,8) | 0,28  (0,06; 1,37) | 0,45  (0,12; 1,71) |

¥ p-værdi < 0,0001

\* For patienter med mere end én hændelse, som bidrog til det sammensatte endepunkt, blev kun den første hændelse rapporteret (f.eks. hvis en forsøgsperson oplevede både DVT og herefter LE, blev kun DVT rapporteret)

† De enkelte forsøgspersoner kunne opleve mere end én hændelse og være repræsenteret i begge klassifikationer

Apixabans effekt ved forebyggelse af recidiv af VTE blev opretholdt på tværs af undergrupperne, herunder alder, køn, BMI og nyrefunktion.

Det primære sikkerhedsendepunkt var major blødning i behandlingsperioden. I studiet var incidensen af major blødning for begge apixabandoser ikke statistisk forskellig fra placebo. Der var ingen statistisk signifikant forskel i incidensen af major + CRNM, minor og alle blødninger mellem behandlingsgrupperne, der fik apixaban 2,5 mg 2 gange daglig og placebo (se tabel 11).

**Tabel 11: Blødningsresultater i AMPLIFY‑EXT‑studiet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apixaban** | **Apixaban** | **Placebo** | **Relative risk (95 % CI)** | |
|  | **2,5 mg**  (N=840) | **5,0 mg**  (N=811) | (N=826) | **Apix 2,5 mg**  versus placebo | **Apix 5,0 mg**  versus placebo |
|  |  | n (%) |  |  |  |
| Major | 2 (0,2) | 1 (0,1) | 4 (0,5) | 0,49  (0,09; 2,64) | 0,25  (0,03; 2,24) |
| Major + CRNM | 27 (3,2) | 35 (4,3) | 22 (2,7) | 1,20  (0,69; 2,10) | 1,62  (0,96; 2,73) |
| Minor | 75 (8,9) | 98 (12,1) | 58 (7,0) | 1,26  (0,91; 1,75) | 1,70  (1,25; 2,31) |
| Alle | 94 (11,2) | 121 (14,9) | 74 (9,0) | 1,24  (0,93; 1,65) | 1,65  (1,26; 2,16) |

Bekræftet ISTH større gastrointestinal blødning forekom hos 1 (0,1 %) af de apixaban‑behandlede patienter, som fik dosen på 5 mg 2 gange daglig, hos ingen af patienterne, som fik dosen på 2,5 mg 2 gange daglig, og hos 1 (0,1 %) af patienterne, som fik placebo.

Pædiatrisk population

Det Europæiske Lægemiddelagentur har udsat forpligtelsen til at fremlægge resultaterne af studier med referencelægemidlet, der indeholder apixaban i en eller flere undergrupper af den pædiatriske population for venøs og arteriel emboli og trombose (se pkt. 4.2 for oplysninger om pædiatrisk anvendelse).

**5.2 Farmakokinetiske egenskaber**

Absorption

Den absolutte biotilgængelighed for apixaban er ca. 50 % ved en dosis på op til 10 mg. Apixaban absorberes hurtigt, og den maksimale koncentration (Cmax) opnås 3‑4 timer efter indtagelsen af tabletten. Indtagelse af føde påvirker ikke apixabans AUC eller Cmax efter en dosis på 10 mg.

Apixaban kan tages sammen med eller uden føde.

Apixabans farmakokinetik er tilnærmelsesvis lineær med dosis proportionale stigninger i

eksponeringen til apixaban ved orale doser op til 10 mg. Ved doser på ≥ 25 mg apixaban ses en faldende biotilgængelighed forårsaget af opløsningsbegrænset absorption. Variationen i apixabans eksponeringsparameter er lav til moderat på ca. 20 % CV og ca. 30 % CV for henholdsvis den intraindividuelle og inter‑individuelle variation.

Efter oral administration af 10 mg apixaban som 2 knuste 5 mg tabletter opløst i 30 ml vand var eksponeringen sammenlignelig med eksponeringen efter oral administration af 2 hele 5 mg tabletter.

Efter oral administration af 10 mg apixaban som 2 knuste 5 mg tabletter med 30 g æblemos var Cmax og AUC henholdsvis 21 % og 16 % lavere sammenlignet med administration af 2 hele 5 mg tabletter.

Den nedsatte eksponering anses ikke for klinisk relevant.

Efter administration af en knust 5 mg apixaban tablet opløst i 60 ml G5W og indgivet via nasogastrisk sonde var eksponeringen sammenlignelig med eksponeringen observeret i andre kliniske studier med raske forsøgspersoner, der fik en 5 mg apixaban‑tablet som oral enkeltdosis.

På grund af apixabans forudsigelige dosisproportionelle farmakokinetiske profil er resultaterne for biotilgængelighed fra de udførte studier også gældende ved lavere apixaban‑doser.

Fordeling

Plasmaproteinbindingen hos mennesker er ca. 87 %. Fordelingsvolumen (Vss) er ca. 21 l.

Biotransformation and elimination

Apixaban har flere udskillelsesveje. Af en apixabandosis administreret til mennesker bliver ca. 25 % udskilt som metabolitter, hvoraf det meste bliver udskilt med fæces. Den renale udskillelse af apixaban er på ca. 27 % af total clearance. I kliniske og non-kliniske studier er det endvidere set at apixaban udskilles via galden og gennem intestinalekskretion.

Apixaban har en total clearance på ca. 3,3 liter/time og en halveringstid på ca. 12 timer.

Biotransformationen finder hovedsageligt sted ved O‑demethylering og hydroxylering

af 3‑oxopiperidinyl-delen. Apixaban metaboliseres hovedsageligt via CYP3A4/5 og i mindre grad via CYP1A2, 2C8, 2C9, 2C19 og 2J2. Uomdannet apixaban er den primære aktive substans i humant plasma, idet der ikke findes nogen aktive cirkulerende metabolitter. Apixaban er et substrat for transportproteinerne P‑gp og brystcancer‑resistensprotein (BCRP).

Ældre

Ældre patienter (over 65 år) udviste højere plasmakoncentrationer end yngre patienter, idet deres gennemsnitlige AUC‑værdier var cirka 32 % højere uden nogen forskel i Cmax.

Nedsat nyrefunktion

Der var ingen påvirkning af nedsat nyrefunktion på den maksimale koncentration af apixaban.

Stigning i eksponeringen til apixaban var korreleret til reduktionen i nyrefunktionen (vurderet ved måling af kreatininclearance). Hos personer med mild (kreatininclearance 51‑80 ml/min.), moderat (kreatininclearance 30‑50 ml/min.) og svært (kreatininclearance 15‑29 ml/min.) nedsat nyrefunktion sås en stigning i plasmakoncentrationerne af apixaban (AUC) på henholdsvis 16, 29 og 44 % sammenlignet med personer med normal kreatininclearance. Nedsat nyrefunktion havde ingen indflydelse på forholdet mellem apixabans plasmakoncentrationer og anti‑FXa‑aktiviteten.

Hos forsøgspersoner med terminal nyresygdom (ESRD) blev apixabans AUC øget med 36 %, når 5 mg apixaban som enkeltdosis blev administreret umiddelbart efter hæmodialyse, sammenlignet med AUC hos forsøgspersoner med normal nyrefunktion. Hæmodialyse, som blev påbegyndt to timer efter administration af en enkelt dosis apixaban på 5 mg, reducerede apixabans AUC med 14 % hos forsøgspersoner med terminal nyresygdom, hvilket svarer til en dialyseclearance for apixaban på 18 ml/min. Derfor er hæmodialyse sandsynligvis ikke en effektiv metode til behandling af overdosering med apixaban.

Nedsat leverfunktion

I et studie, hvor 8 patienter med let nedsat leverfunktion, Child Pugh A score 5 (n = 6) og score 6 (n = 2), og 8 patienter med moderat nedsat leverfunktion, Child Pugh B score 7 (n = 6) og score 8 (n = 2), blev sammenlignet med 16 raske forsøgspersoner, blev der ikke set nogen ændring i farmakokinetik og farmakodynamik ved engangsdosering af apixaban 5 mg hos patienter med nedsat leverfunktion. Ændringer i anti-faktor Xa-aktivitet og INR var sammenlignelige mellem gruppen af patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion og gruppen af raske forsøgspersoner.

Køn

Eksponering til apixaban var ca. 18 % højere hos kvinder end hos mænd.

Etnisk oprindelse og race

Resultater fra fase I-studier viste ingen tydelige forskelle mellem hvide/kaukasiske, asiater og sorte/afroamerikanske patienter, hvad angår apixabans farmakokinetik. Fund fra en

populationsfarmakokinetisk analyse af patienter, som fik apixaban stemmer generelt overens med resultater fra fase I‑studiet.

Legemsvægt

Sammenlignet med eksponering til apixaban hos personer med legemsvægt på 65‑85 kg, sås en ca. 30 % lavere eksponering hos personer med legemsvægt på > 120 kg, og ved legemsvægt på < 50 kg sås en ca. 30 % højere eksponering.

Farmakokinetiske/farmakodynamiske forhold

Det farmakokinetiske/farmakodynamiske forhold (PK/PD) mellem apixabans plasmakoncentrationer og forskellige PD-endepunkter (anti-FXa-aktivitet, INR, PT, aPTT) er blevet evalueret efter indgivelse i et bredt dosisinterval (0,5 ‑ 50 mg). Forholdet mellem plasmakoncentrationen af apixaban og anti-Faktor Xa-aktiviteten blev bedst beskrevet ved en lineær model. Resultaterne af PK/PD‑forholdet hos patienter er i overensstemmelse med resultatet hos raske forsøgspersoner.

**5.3 Non-kliniske sikkerhedsdata**

Prækliniske data viser ingen speciel risiko for mennesker vurderet ud fra konventionelle studier af sikkerhedsfarmakologi, toksicitet efter gentagne doser, genotoksicitet, karcinogent potentiale, reproduktionstoksicitet og udvikling og toksicitet hos unge.

De mest betydningsfulde effekter i undersøgelser af toksicitet efter gentagne doser var relateret til apixabans farmakodynamiske virkning på blodkoagulationsparametre. I toksicitetsstudier blev der påvist ringe eller ingen øget blødningstendens. Da dette imidlertid kan skyldes en lavere sensitivitet hos de prækliniske arter sammenlignet med mennesker, bør dette resultat tolkes med forsigtighed, når det ekstrapoleres til mennesker.

I rottemælk blev der set et højt mælk/maternal plasma‑ratio (Cmax omkring 8, AUC omkring 30), hvilket muligvis skyldes aktiv transport til modermælken.

**6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER**

**6.1 Hjælpestoffer**

Tabletkerne

Cellulose, mikrokrystalinsk

Croscarmellosenatrium

Docusatnatrium

Copolymer af polyvinylcaprolactam-polyvinylacetat-polyethylenglycol

Magnesiumstearat

Filmovertræk (opadry II lyserød)

Hypromellose 2910, 15mPas

Lactosemonohydrat

Titandioxid (E171)

Macrogol 3350

Rød jernoxid (E172)

Gul jernoxid (E172)

**6.2 Uforligeligheder**

Ikke relevant.

**6.3 Opbevaringstid**

3 år.

**6.4 Særlige opbevaringsforhold**

Dette lægemiddel kræver ingen særlige forholdsregler vedrørende opbevaringen.

**6.5 Emballagetype og pakningsstørrelser**

Alu‑PVC/PE/PVdC blisterpakning

Pakningsstørrelser: 14, 20, 28, 30, 56, 60, 100, 168 og 200 filmovertrukne tabletter.

Alu-PVC/PE/PVdC perforeret enkeltdosisblister

Pakningsstørrelser: 14×1, 20×, 28×1, 30×1, 56×1, 60×1, 100×1, 168×1 og 200×1 filmovertrukne tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

**6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering**

Ingen særlige forholdsregler ved bortskaffelse.

Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

**7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2-18  
61118 Bad Vilbel  
Tyskland

**Repræsentant**

Stada Nordic ApS

Marielundvej 46 A

2730 Herlev

**8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)**

63562

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE**

2. februar 2022

**10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN**

8. december 2023