

 21. juli 2021

**PRODUKTRESUMÉ**

**for**

**Solifenacin "Stada", filmovertrukne tabletter**

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

 30404

**1. LÆGEMIDLETS NAVN**

 Solifenacin "Stada"

**2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING**

Hver Solifenacin "Stada" 5 mg filmovertrukne tabletter indeholder 5 mg solifenacinsuccinat, svarende til 3,8 mg solifenacin.

Hver Solifenacin "Stada" 10 mg filmovertrukne tabletter indeholder 10 mg solifenacinsuccinat, svarende til 7,5 mg solifenacin

 Hjælpestoffer, som behandleren skal være opmærksom på:

Hver Solifenacin "Stada" 5 mg filmovertrukne tabletter indeholder 107,5 mg lactosemonohydrat

Hver Solifenacin "Stada" 10 mg filmovertrukne tabletter indeholder 102,5 mg lactosemonohydrat

 Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

**3. LÆGEMIDDELFORM**

 Filmovertrukne tabletter

Hver 5 mg tablet er en lysegul, rund, bikonveks, filmovertrukket tablet med 8 mm i diameter.

Hver 10 mg tablet er en lys pink, rund, bikonveks filmovertrukket tablet med 8 mm i diameter.

**4. KLINISKE OPLYSNINGER**

**4.1 Terapeutiske indikationer**

 Solifenacin "Stada" er indiceret til voksne til symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning og imperiøs vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære.

**4.2 Dosering og indgivelsesmåde**

Dosering

 *Voksne, inklusive ældre*

 Den anbefalede dosis er 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Dosis kan øges til 10 mg solifenacinsuccinat én gang daglig, hvis der er behov for det.

 *Nedsat nyrefunktion*

Dosisjustering er ikke nødvendig for patienter med let til moderat nedsat nyrefunktion (kreatininclearance > 30 ml/min). Patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance < 30 ml/min) skal behandles med forsigtighed og dosis må ikke overskride 5 mg én gang daglig (se pkt. 5.2).

 *Nedsat leverfunktion*

Dosisjustering er ikke nødvendig for patienter med let nedsat leverfunktion. Patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7-9) skal behandles med forsigtighed og dosis må ikke overskride 5 mg én gang daglig (se pkt. 5.2).

 *Potente cytochrom P450 3A4 hæmmere*

 Den maksimale Solifenacin "Stada" dosis bør begrænses til 5 mg ved samtidig behandling med ketoconazol eller terapeutiske doser af andre potente CYP3A4 hæmmere f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol (se pkt. 4.5).

 *Pædiatrisk population*

Sikkerhed og virkning af solifenacin hos børn og unge under 18 år er ikke undersøgt. Derfor, bør Solifenacin "Stada" ikke anvendes til børn og unge

 Administration

 Solifenacin "Stada" skal tages oralt og skal synkes hele med vand. Tabletterne kan tages med eller uden mad

**4.3 Kontraindikationer**

* Solifenacin er kontraindiceret hos patienter med urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megacolon), myastenia gravis eller snævervinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser.
* Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.
* Hæmodialysebehandling (se pkt. 5.2).
* Svært nedsat leverfunktion (se pkt. 5.2).
* Patienter med svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion og som er i behandling med og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol ved (se pkt. 4.5).

**4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen**

 Andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges før behandling med Solifenacin "Stada" påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes.

 Solifenacin "Stada" skal anvendes med forsigtighed til patienter med:

* klinisk signifikant blæreobstruktion med risiko for urinretention
* gastrointestinale obstruktive lidelser
* risiko for nedsat gastrointestinal motilitet
* svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance < 30 ml/min, (se pkt. 4.2. og 5.2.). Dosis bør ikke overskride 5 mg én gang daglig
* moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7-9) (se pkt. 4.2. og 5.2.). Dosis bør ikke overskride 5 mg én gang daglig
* samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol (se pkt. 4.2 og 4.5)
* hiatus hernie/gastro-øsofagal refluks og/eller til patienter som samtidig tager medicin som kan forårsage eller forværre øsofagitis (så som biofosfonater)
* autonom neuropati

 QT-forlængelse og Torsade de Pointes er blevet observeret i patienter med risikofaktorer så som allerede eksisterende langt QT-syndrom eller hypokaliæmi

 Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogenisk årsag til detrusor overaktivitet.

 Patienter med sjældne arvelige tilstande som galactose intolerans, Lapp lactase mangel eller glucose-galactose malabsorption bør ikke tage dette lægemiddel.

 Angioødem med luftvejsobstruktion er rapporteret hos nogle patienter i behandling med solifenacin succinat. Såfremt angioødem opstår bør behandling med solifenacinsuccinat seponeres og anden relevant behandling og/eller foranstaltninger igangsættes.

 Anafylatisk reaktion er blevet rapporteret hos nogle patienter i behandling med solifenacinsuccinat. Hos patienter, der udvikler anafylaktiske reaktioner, bør behandling med solifenacinsuccinat seponeres og anden relevant behandling og/eller foranstaltninger igangsættes.

 Den maksimale virkning af Solifenacin "Stada" kan tidligst fastslås efter 4 ugers behandling.

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

Farmakologiske interaktioner

 Samtidig behandling med andre lægemidler, der har anticholinerge egenskaber kan resultere i mere udtalte terapeutisk virkninger og bivirkninger. Der skal gå ca. en uge efter ophør af behandling med Solifenacin "Stada" inden en anden anticholinerg behandling påbegyndes. Den terapeutiske virkning af solifenacin kan nedsættes ved samtidig administration af cholinerge receptoragonister.

 Solifenacin kan reducere virkningen af lægemidler, der stimulerer den gastrointestinale motilitet, f.eks. metoclopramid og cisaprid.

 Farmakokinetiske interaktioner

 *In vitro* studier har vist, at solifenacin ikke hæmmer CYP1A1/2, 2C9, 2C19, 2D6 eller 3A4 fra humane levermicrosomer ved terapeutiske koncentrationer. Det er derfor usandsynligt, at solifenacin ændrer clearance for lægemidler, der metaboliseres af disse CYP enzymer.

Andre lægemidlers virkning på solifenacins farmakokinetik

 Solifenacin metaboliseres af CYP3A4. Samtidig administration af ketoconazol (200 mg/dag), en stærk CYP3A4 hæmmer, resulterede i en fordobling af solifenacins AUC, mens ketoconazol 400 mg/dag resulterede i en tredobbelt stigning. Derfor bør maksimal Solifenacin "Stada" dosis begrænses til 5 mg ved samtidig behandling med ketoconazol eller terapeutiske doser af andre stærke CYP3A4 hæmmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol) (se pkt. 4.2).

 Samtidig behandling med solifenacin og en stærk CYP3A4 hæmmer er kontraindiceret hos patienter med svær nyreinsufficiens eller moderat leverinsufficiens.

 Virkningen af enzyminduktion på solifenacins farmakokinetik og dets metaboliter er ikke undersøgt tillige med effekten af højaffinitet CYP3A4 substrater på solifenacin. Da solifenacin metaboliseres af CYP3A4, er farmakokinetiske interaktioner mulige med andre CYP3A4 substrater med højere affinitet (f.eks. verapamil, diltiazem) og CYP3A4 inducere (f.eks. rifampicin, phenytoin, carbamazepin).

 Solifenacins virkning på andre lægemidlers farmakokinetik

 *Orale kontraceptiva*

 Indtag af Solifenacin "Stada" har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraceptiva (ethinylestradiol/levonorgestrel).

 *Warfarin*

 Indtag af Solifenacin "Stada" ændrede ikke på *R*-warfarins eller *S*-warfarin farmakokinetik eller deres virkning på protrombintiden.

 *Digoxin*

 Indtag af Solifenacin "Stada" viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik.

**4.6 Graviditet og amning**

Graviditet

Der foreligger ingen kliniske data fra kvinder, der blev gravide, mens de tog solifenacin.

Dyreforsøg indikerer ikke direkte skadelige virkninger på drægtighed, embryoets/fosterets udvikling, fødsel (se pkt. 5.3). Den potentielle risiko for mennesker kendes ikke. Bør kun anvendes med forsigtighed til gravide.

Amning

Der er ingen data tilgængelige vedrørende udskillelsen af solifenacin i modermælk hos mennesker. Solifenacin og/eller dets metabolitter udskilles i mælk hos mus og forårsager en dosisafhængig mangel på trivsel hos nyfødte mus (se pkt. 5.3). Solifenacin bør derfor undgås ved amning.

**4.7 Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner**

 Ikke mærkning.

 Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage sløret syn, og i sjældne tilfælde somnolens og træthed (se pkt. 4.8), kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt.

**4.8 Bivirkninger**

Sammendrag af sikkerhedsprofilen

 Som følge af den farmakologiske effekt af solifenacin, kan solifenacin forårsage anticholinerge bivirkninger (generelt) af mild eller moderat grad. Forekomsten af disse bivirkninger er dosisrelateret. Den hyppigst rapporterede bivirkning for solifenacin er mundtørhed. Dette forekom hos 11 % af patienterne behandlet med 5 mg én gang daglig, 22 % af patienterne behandlet med 10 mg én gang daglig og 4 % af patienterne behandlet med placebo. Graden af mundtørhed var generelt mild og førte kun lejlighedsvis til, at behandlingen blev afbrudt. Generelt er compliance meget høj (ca. 99%), og ca. 90% af patienterne gennemførte den fulde behandlingsperiode på 12 uger.

Bivirkningstabel

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hyppighed** | **Meget almindelig ≥1/10** | **Almindelig****≥ 1/100 til <1/10** | **Ikke almindelig ≥1/1.000 til <1/100** | **Sjælden >1/10.000 til <1/1000** | **Meget sjælden <1/10.000** | **Ukendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data)** |
| **Systemorgan-klasser i henhold til MedDRA** |
| **Infektioner og parasitære sygdomme** |  |  | Urinvejs­infektion, blærebe­tændelse |  |  |  |
| **Immunsystemet** |  |  |  |  |  | Anafylaktisk reaktion\* |
| **Metabolisme og ernæring** |  |  |  |  |  | Nedsat appetit\*, Hyperkali­æmi\* |
| **Psykiske forstyrrelser** |  |  |  |  | Hallucina­tio­ner\*Forvirrings­­tilstand\* | Delirium\* |
| **Nervesystemet** |  |  | Somno­lens, ændret smagsopfat­telse | Svimmel­hed\*Hoved­pine\* |  |  |
| **Øjne** |  | Slørret syn | Tørre øjne |  |  | Glaukom\* |
| **Hjerte** |  |  |  |  |  | Torsades de Pointes\*EKG visende QT-forlængelse\*Atrieflimmer\*Palpitationer\*Takykardi\* |
| **Luftveje thorax og mediastinum** |  |  | Nasal tørhed |  |  | Dysfoni\* |
| **Mave-tarm-kanalen**  | Mund­tør­hed | Konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter | Gastro-øsofageal refluks, tør hals | Colon obstruk­tion, påvirk­ning af afføringOpkast­ning\* |  | Ileus\*Abdominalt ubehag\* |
| **Lever og galdeveje** |  |  |  |  |  | Leversyg­dom\*Unormal leverfunk­tionstest\* |
| **Hud og subkutane væv** |  |  | Tør hud | Kløe\*, udslæt\*, | Erythema multiforme\*, nældefeber\*Angioødem\* | Eksfoliativ dermatitis\* |
| **Knogler, led, muskler og bindevæv** |  |  |  |  |  | Muskelsvag­hed\* |
| **Nyrer og urinveje** |  |  | Vandladnings­besvær | Urinre­tention |  | Nedsat nyrefunktion\* |
| **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet** |  |  | Træt­hed, perifere ødemer |  |  |  |

\* Observeret efter markedsføring

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](http://www.meldenbivirkning.dk)

**4.9 Overdosering**

Symptomer

Overdosering med solifenacinsuccinat kan potentielt give alvorlige anticholinerge bivirkninger. Den højeste dosis af solifenacinsuccinat, der ved et uheld blev givet en patient var 280 mg i et tidsrum på 5 timer, hvilket ændrede patientens mentale status, men uden behov for indlæggelse.

 Behandling

 I tilfælde af overdosering med solifenacinsuccinat skal patienten behandles med aktivt kul. Ventrikelskylning er gavnligt, hvis den udføres indenfor 1 time, men opkastning bør ikke induceres.

Som med øvrige anticholinerge midler, kan symptomerne behandles som følger:

* Alvorlige centrale anticholinerge virkninger som hallucinationer eller udtalt excitation behandles med physostigmin eller carbachol.
* Kramper eller udtalt excitation behandles med benzodiazepiner.
* Respirationsinsufficiens behandles med kunstigt åndedræt.
* Tachycardi behandles med beta-blokkere.
* Urinretention behandles med kateterisation.
* Mydriasis behandles med pilocarpin øjendråber og/eller patienten placeres i et mørkt rum.

 Som med øvrige antimuscarine midler bør man i tilfælde af overdosering være ekstra opmærksom på patienter med kendt risiko for QT- forlængelse (dvs. hypokalæmi, bradykardi og samtidig administration af lægemidler, der forlænger QT-intervallet) og relevante hjertelidelser (dvs. myocardie iskæmi, arytmi, hjertesvigt).

**4.10 Udlevering**

 B

**5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER**

**5.0 Terapeutisk klassifikation**

 ATC-kode: G 04 BD 08. Urologiske midler, lægemidler til urinfrekvens og inkontinens.

**5.1 Farmakodynamiske egenskaber**

Virkningsmekanisme

Solifenacin er en kompetitiv, specifik cholinerg-receptorantagonist.

 Urinblæren innerveres af parasympatiske cholinerge nerver. Acetylcholin sammentrækker den glatte detrusor muskel via muscarine receptorer, for hvilke M3 subtypen overvejende er involveret. Farmakologiske in vitro og in vivo undersøgelser viser at solifenacin er en kompetitiv hæmmer af den muscarine M3 subtype receptor. Det er desuden vist at solifenacin er en specifik muscarin receptor antagonist idet det har lav eller ingen affinitet for andre undersøgte receptorer og ionkanaler.

 Farmakodynamisk effekt

 Behandling med solifenacin i doser på 5 mg og 10 mg daglig er blevet undersøgt i adskillige dobbeltblindede randomiserede kontrollerede undersøgelser hos mænd og kvinder med overaktiv blære.

 Som vist i nedenstående tabel giver både 5 mg og 10 mg solifenacin doser statistisk signifikante forbedringer i primære og sekundære endpoints sammenlignet med placebo. Effekten ses inden for en uges behandling og stabiliseres i løbet af de næste 12 uger. Et langtids åbent studie viser, at effekten opretholdes i mindst 12 måneder. Efter 12 ugers behandling var ca. 50 % af patienterne, der før behandling led af inkontinens, fri for inkontinensepisoder, og 35 % af patienterne opnåede en vandladningsfrekvens på mindre end 8 vandladninger per dag. Behandling af symptomerne forbundet med overaktiv blære forbedrer også livskvaliteten (generel sundhedsopfattelse, inkontinensens indvirkning, rolle begrænsninger, fysiske begrænsninger, sociale begrænsninger, følelser, sværhedsgrad af symptomer, sværhedsgradsmålinger, søvn/energi).

**Resultater (poolede data) fra 4 kontrollerede fase 3 studier med 12 ugers behandlingsvarighed**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Placebo** | **Solifenacin5 mg en gang daglig** | **Solifenacin 10 mg en gang daglig** | **Tolterodin 2 mg 2 gange daglig** |
|  |  |  |  |  |
| **Antal vandladninger pr. 24 timer** |   |   |   |   |
| Gennemsnitlig baseline | 11,9 | 12,1 | 11,9 | 12,1 |
| Gennemsnitlig reduktion fra baselinie | 1,4 | 2,3 | 2,7 | 1,9 |
| % ændring fra baseline | (12%) | (19%) | (23%) | (16%) |
| n | 1138 | 552 | 1158 | 250 |
| p-værdi\* |  | <0,001 | <0,001 | 0,004 |
|  |  |  |  |  |
| **Antal urgeepisoder pr. 24 timer** |   |   |   |   |
| Gennemsnitlig baseline | 6,3 | 5,9 | 6,2 | 5,4 |
| Gennemsnitlig reduktion fra baselinie | 2,0 | 2,9 | 3,4 | 2,1 |
| % ændring fra baseline | (32%) | (49%) | (55%) | (39%) |
| n | 1124 | 548 | 1151 | 250 |
| p-værdi\* |  | <0,001 | <0,001 | 0,031 |
|  |  |  |  |  |
| **Antal episoder af inkontinenspr. 24 timer** |   |   |   |   |
| Gennemsnitlig baseline | 2,9 | 2,6 | 2,9 | 2,3 |
| Gennemsnitlig reduktion fra baselinie | 1,1 | 1,5 | 1,8 | 1,1 |
| % ændring fra baseline | (38%) | (58%) | (62%) | (48%) |
| n | 781 | 314 | 778 | 157 |
| p-værdi\* |  | <0,001 | <0,001 | 0,009 |
|  |  |  |  |  |
| Antal episoder af nocturi pr. 24timer |   |   |   |   |
| Gennemsnitlig baseline | 1,8 | 2,0 | 1,8 | 1,9 |
| Gennemsnitlig reduktion fra baselinie | 0,4 | 0,6 | 0,6 | 0,5 |
| % ændring fra baseline | (22%) | (30%) | (33%) | (26%) |
| n | 1005 | 494 | 1035 | 232 |
| p-værdi\* |  | 0,025 | <0,001 | 0,199 |
|  |  |  |  |  |
| **Mængde af udtømning/pr. vandladning** |   |   |   |   |
| Gennemsnitlig baseline | 166 ml | 146 ml | 163 ml | 147 ml |
| Gennemsnitlig øgning fra baselinie | 9 ml | 32 ml | 43 ml | 24 ml |
| % ændring fra baseline | (5%) | (21%) | (26%) | (16%) |
| n | 1135 | 552 | 1156 | 250 |
| p-værdi\* |  | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
|  |  |  |  |  |
| **Antal af bind pr. 24 timer** |   |   |   |   |
| Gennemsnitlig baseline | 3,0 | 2,8 | 2,7 | 2,7 |
| Gennemsnitlig reduktion fra baselinie | 0,8 | 1,3 | 1,3 | 1,0 |
| % ændring fra baseline | (27%) | (46%) | (48%) | (37%) |
| n | 238 | 236 | 242 | 250 |
| p-værdi\* |  | <0,001 | <0,001 | 0,0010 |

 Bemærk: I 4 af de pivotale studier blev der brugt solifenacin filmovertrukne tabletter 10 mg og placebo. I 2 ud af 4 studier blev også solifenacin filmovertrukne tabletter 5 mg brugt og ét af studierne inkluderede tolterodin 2 mg 2 gange daglig.

 Ikke alle parametre og behandlingsgrupper er evalueret for de enkelte studier. Derfor kan antallet af patienter afvige pr. parameter og behandlingsgruppe.

 \*p-værdi for den parvise sammenligning med placebo

**5.2 Farmakokinetiske egenskaber**

Absorption

Efter oral indgift af Solifenacin "Stada" tabletter, nås maksimal solifenacin plasmakoncentration (Cmax) efter 3-8 timer. tmax er uafhængig af dosis. Cmax og areal under kurven (AUC) stiger proportionalt med dosis fra 5 mg til 40 mg. Den absolutte biotilgængelighed er ca. 90%. Cmax og AUC-værdier påvirkes ikke af fødeindtagelse.

Distribution

Solifenacins tilsyneladende fordelingsvolumen er 600 l efter intravenøs administration. En stor del af solifenacin (ca. 98%) er bundet til plasmaproteiner, primært α1-syre glycoprotein.

Biotransformation

Solifenacin metaboliseres hovedsageligt i leveren af cytochrom P450 3A4 (CYP3A4). Der eksisterer dog alternative metaboliseringsveje, som kan bidrage til solifenacins metabolisme. Den systemiske clearance er omkring 9,5 l/t og solifenacins terminale halveringstid er 45-68 timer. Efter oral administration er en farmakologisk aktiv (4R-hydroxy solifenacin) og tre inaktive metabolitter (N-glucuronid, N-oxid og 4R-hydroxy-N-oxid af solifenacin) blevet identificeret i plasma.

Elimination

Efter administration af 10 mg solifenacin (14C-mærket), udskilles ca. 70 % radioaktivitet i urin og 23 % i fæces i løbet af 26 dage. I urinen udskilles ca. 11% radioaktivitet som uomdannet aktiv substans, ca. 18 % som N-oxid metabolit, 9 % som 4R-hydroxy-N-oxid metabolit og 8% som 4R-hydroxy metabolit (aktiv metabolit).

Linearitet/Non-linearitet

Der er lineær farmakokinetik i det terapeutiske dosisinterval.

Andre særlige populationer

*Ældre*

Dosisjustering baseret på alder er ikke nødvendig. Undersøgelser hos ældre har vist, at eksponering med solifenacin, udtrykt som AUC, efter administration af solifenacinsuccinat (5 mg og 10 mg en gang daglig), var ens hos raske ældre patienter (mellem 65 og 80 år) og raske yngre patienter (under 55 år). Den gennemsnitlige absorptionshastighed, udtrykt som tmax; var lidt lavere blandt ældre patienter, og den terminale halveringstid var ca. 20 % højere blandt ældre patienter. Disse mindre forskelle anses ikke for at være klinisk signifikante.

Solifenacins farmakokinetik er ikke fastslået hos børn og unge.

*Køn*

Solifenacins famakokinetik påvirkes ikke af køn.

*Race*

Solifenacins farmakokinetik påvirkes ikke af race.

*Nedsat nyrefunktion*

Solifenacins AUC og Cmax hos patienter med let til moderat nedsat nyrefunktion er ikke signifikant forskellig fra værdierne fundet hos raske frivillige. Hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance < 30 ml/min) er solifenacineksponeringen signifikant højere end i kontrolgruppen med stigninger i Cmax på ca. 30 %, AUC mere end 100 % og t½ mere end 60 %. Der er set en statistisk signifikant sammenhæng mellem kreatininclearance og solifenacinclearance.

Solifenacins farmakokinetik er ikke undersøgt hos patienter i hæmodialyse.

*Nedsat leverfunktion*

Hos patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7-9) påvirkes Cmax ikke, AUC stiger med 60% og t½ fordobles. Solifenacins farmakokinetik er ikke undersøgt hos patienter med svær leverinsufficiens.

**5.3 Prækliniske sikkerhedsdata**

 De prækliniske data viser ingen særlig risiko for mennesker vurderet ud fra konventionelle undersøgelser af sikkerhedsfarmakologi, toksicitet efter gentagne doser, fertilitet, fosterudvikling, genotoksicitet og karcinogenicicitet. I præ- og postnatale udviklingsstudier hos mus, forårsager solifenacinbehandling af moderen ved diegivning et dosisafhængigt fald i overlevelsesratio, nedsat vægt, og nedsat fysisk udvikling ved kliniske relevante niveauer. Dosisrelateret øget dødelighed uden forudgående kliniske tegn forekom hos juvenile mus, som blev behandlet fra dag 10 eller 21 efter fødslen med doser, som gav farmakologisk effekt, og begge grupper havde højere dødelighed i forhold til voksne mus. Hos juvenile mus behandlet fra dag 10 postnatalt, var plasmaeksponeringen højere end hos voksne mus; fra dag 21 postnatalt og fremefter, var den systemiske eksponering sammenlignelig med den hos voksne mus. De kliniske implikationer af den øgede dødelighed hos juvenile mus er ikke kendt.

**6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER**

**6.1 Hjælpestoffer**

Tabletkerne:

Lactosemonohydrat

Majsstivelse

Hypromellose

Magnesiumstearat

Filmovertræk:

Hypromellose

Titandioxid (E171)

Macrogol 8000

Talcum

Gul jernoxid (E172)

Hypromellose

Titandioxid (E171)

Macrogol 8000

Talcum

Rød jernoxid (E172)

**6.2 Uforligeligheder**

 Ikke relevant.

**6.3 Opbevaringstid**

 36 måneder.

**6.4 Særlige opbevaringsforhold**

 Dette lægemiddel kræver ingen særlige forholdsregler vedrørende opbevaringen.

 Opbevares i originalemballagen for at beskytte mod fugt.

**6.5 Emballagetyper og pakningsstørrelser**

 Beholder:

 Tabletterne pakkes alternativt i PVC-aluminium blister, perforerede enkeltdosis PVC-aluminium blistere, PVC/PVdC-aluminiumblister eller OPA/Al/PVC-Aluminiumblister. Blisterpakningerne pakkes i en papæske.

Pakningsstørrelser:

10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 90, 100, 105, 120, 150, 180 og 200 tabletter.

**6.6 Regler for destruktion og anden håndtering**

 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 46A

2730 Herlev

**8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (NUMRE)**

 5 mg: 58132

 10 mg: 58133

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE**

 6. juli 2017

**10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN**

 21. juli 2021