

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

MICROGYNON® 21 draje

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin maddeler: Her bir draje 0.15 mg levonorgestrel ve 0.03 mg etinilestradiol içerir.

Yardımcı maddeler: Her bir draje 32.970 mg laktoz ve 19.371 mg sukroz içerir. Yardımcı maddelerin tam listesi için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Draje.

Bej renkli draje.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

Oral kontrasepsiyon (doğum kontrolü).

MICROGYNON reçete etme kararı, venöz tromboembolizmi (VTE) olan kadınlar başta olmak üzere her kadının mevcut risk faktörleri ve MICROGYNON ile ortaya çıkan VTE riskinin diğer kombine hormonal kontraseptifler (KHK) ile karşılaştırması (bkz. bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar ve bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri) dikkate alınarak verilmelidir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Drajeler, blister ambalajda gösterilen sırada her gün yaklaşık olarak aynı saatte, gerekirse bir miktar sıvıyla birlikte oral yoldan alınmalıdır.

Uygulama şekli:

Oral kullanım

İlk tedavi siklusu: Menstrüel siklusun ilk günü başlayarak 21 gün boyunca günde 1 draje alınır. Kullanıma 1. gün başlanırsa ilave kontraseptif korunma gerekli değildir.

Sonraki sikluslar: Bir sonraki MICROGYNON paketinden draje alımına; draje kullanılmayan 7 günlük aradan sonra, ilk paketle aynı günde başlayarak devam edilir. Draje kullanılmayan dönemde genellikle çekilme kanaması gerçekleşir.

21 günlük kombine oral kontraseptiften geçiş: MICROGYNON'un ilk drajesi bir önceki oral kontraseptif döngüsü bittikten sonraki ilk gün alınmalıdır. Ek kontraseptif önlem alınması gerekmez.

Kombine günlük haptan geçiş (28 günlük tabletler): MICROGYNON'a, günlük hap paketinin son aktif tableti alındıktan sonra başlanmalıdır. İlk MICROGYNON drajesi bir sonraki gün alınır. Bu durumda, ek kontraseptif önlem alınması gerekmez.

Yalnız progesteron içeren bir yöntemden (minipil, enjeksiyon, implant) ya da progesteron salımlı rahim içi sistemden (RİS) geçiş:

Minipilden herhangi bir günde, (implant veya RİS'in çıkarıldığı gün, enjeksiyonda ise bir sonraki enjeksiyonun yapılması gereken gün) geçiş yapılabilir. Ancak tüm bu koşullarda draje alımının ilk 7 günü ek bir bariyer yöntemi kullanılması önerilir.

Doğum veya kürtaj sonrası kullanım: Gebelikten sonra, hastanın tamamen ayağa kalkması ve puerperal komplikasyon olmaması kaydıyla, oral kontrasepsiyon vajinal doğumdan 21 gün sonra başlatılabilir. Drajenin alındığı ilk 7 gün boyunca ek kontraseptif önlemler alınmalıdır. İlk doğum sonrası ovülasyon, ilk kanamadan önce gerçekleşebileceği için doğum ile ilk draje dönemi arasındaki süreçte başka bir doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır. İlk trimesterde gerçekleşen kürtajdan sonra, oral kontrasepsiyon hemen başlatılabilir; bu durumda, ek kontraseptif önlem alınması gerekmez.

Ek kontrasepsiyon gerektiren özel durumlar

Hatalı uygulama: Alımı geciken bir draje mümkün olduğunca kısa sürede alınmalıdır; söz konusu draje, alınması gereken zamandan sonra 12 saat içinde alınırsa kontraseptif koruma etkisini kaybetmez. Daha uzun gecikmelerde ek kontrasepsiyon gerekir. Yalnızca alımı geciken en son draje alınmalı, daha önce unutilan drajeler atlanmalı ve bir sonraki 7 drajenin alındığı sonraki 7 gün boyunca ek hormonal olmayan kontrasepsiyon yöntemleri (ritim veya sıcaklık yöntemleri hariç) kullanılmalıdır. Ayrıca draje alımı paketin son 7 gününde unutulduğu takdirde, bir sonraki pakete başlamadan önce ara verilmemelidir. Bu durumda, ikinci paket bitene kadar çekilme kanaması beklenmemelidir. Draje alınan günlerde bir miktar ani kanama gerçekleşebilir ancak bu kanama klinik olarak anlamlı değildir. Hasta, ikinci paket bittikten sonra draje kullanılmayan dönemde çekilme kanaması yaşamazsa bir sonraki pakete başlamadan önce gebelik olasılığı dışlanmalıdır.

Gastrointestinal rahatsızlıklar durumunda öneriler:

Kusma ve diyare dâhil olmak üzere birçok gastro-intestinal rahatsızlık, tam emilimi önleyerek oral kontraseptiflerin etkililiğini azaltabilir.

Diyarenin kontraseptifin etkililiği ile etkileşimi ilaç emiliminde azalma veya entero-hepatik sirkülasyonda bozulma nedeniyle biyoyararlanımda düşüşe dair teorik bir olasılığa dayanmaktadır. Bununla birlikte kontraseptif steroidler yoğun olarak ince bağırsağın proksimal kısmında emildiğinden, genel diyarenin (kolon kökenli) kontraseptif etkililiği azalttığı düşünülmemektedir.

Doğum kontrol hapı kullanan kişilerde diyareye ilişkin kaza eseri hamileliliğe ilişkin klinik veriler, çoğunlukla hem kusma hem de diyarenin dâhil olduğu genel gastrointestinal bozukluğu içerir. Ayrıca bu çalışmalarda genellikle kayda değer ölçüdeki geri çağırma sapmasıyla ilgili sorun yaşanmaktadır, çünkü bu çalışmalar doğum kontrol hapı kullanan kişilerde kaza eseri hamileliklerin retrospektif analizlerine dayanmaktadır. Öte yandan, farmakokinetik çalışmalar emilim bozukluğu (ör. kistik fibrozis, ülseratif kolit) ile ilişkili hastalıklardan şikayetçi olan kadınlarda kontraseptif steroidlerin biyoyararlanımının ince

bağırsak şikayete katılmadığı sürece klinik olarak önemli ölçüde düşüş yaşamadığını göstermiştir.

Diyareli hastalığın yalnızca ince bağırsağın katıldığı veya artan bağırsak hareketliliği (ör. ince bağırsak diyaresi veya şiddetli ya da uzayan diyare) ile ilişkili vakalarda steroid emilimini aksatması beklenmektedir. Dolayısıyla sıradan diyare için ilave kontraseptif kullanımı uyarıları için bir tavsiyenin dahil edilmesi gerekçelendirilmemiştir, ancak şiddetli diyareli hastalık durumlarında kontraseptif etkililik bozulması hesaba katılmalıdır. Bu durumlarda ilave kontraseptif yöntemlerin yönetimine semptomların süresi ve şiddetine bağlı olarak münferit bazda karar verilmelidir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek yetmezliği: MICROGYNON böbrek yetmezliği olan hastalarda özel olarak araştırılmamıştır. Mevcut veriler bu hasta popülasyonunun tedavisinde bir değişiklik yapılmasını ileri sürmemektedir.

Karaciğer yetmezliği: MICROGYNON şiddetli karaciğer hastalıkları olan kadınlarda kontrendikedir. Ayrıca '4.3 Kontrendikasyonlar' bölümüne bakınız.

Pediyatrik popülasyon: MICROGYNON yalnızca menarştan sonra endikedir.

Geriatrik popülasyon: Uygulanabilir değildir. MICROGYNON menopozdan sonra endike değildir.

4.3. Kontrendikasyonlar

Kombine oral kontraseptifler aşağıda belirtilen durumlarda kullanılmamalıdır. İlk kez KOK kullanırken aşağıdaki durumlardan herhangi birinin görülmesi halinde kullanım derhal durdurulmalıdır.

- VTE varlığı veya riski
 - o Venöz tromboembolizm – mevcut VTE (antikoagülanlar üzerinde) veya öyküsü (örn. derin ven trombozu [DVT] veya pulmoner embolizm [PE])
 - o APC direnci (Faktör V Leiden dahil), antitrombin III eksikliği, protein C eksikliği, protein S eksikliği gibi VTE için bilinen kalıtsal veya kazanılmış yatkınlık
 - o Uzun süreli hareketsizliğe neden olan majör cerrahi müdahale (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri)
 - o Çoklu risk faktörlerinin varlığından kaynaklanan yüksek VTE riski (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri)
- Arteriyel tromboembolizm (ATE) varlığı veya riski
 - o Arteriyel tromboembolizmi – mevcut ATE, ATE öyküsü (örn. miyokard infarktüsü) veya prodromal durum (örn. anjina pectoris)
 - o Serebrovasküler hastalık – mevcut inme, inme veya prodromal durum öyküsü (örn. geçici iskemik atak, TIA)
 - o Hiperhomosisteinemi ve antifosfolipid antikorlar (antikardiyolipin antikorlar, lupus antikoagülanı) gibi ATE için bilinen kalıtsal veya kazanılmış yatkınlık
 - o Fokal nörolojik semptomlu migren öyküsü.

- o Çoklu risk faktörlerinden kaynaklanan yüksek ATE riski (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri) veya aşağıdaki gibi bir ciddi risk faktörü varlığı:
 - vasküler semptomlu diabetes mellitus
 - şiddetli hipertansiyon
 - şiddetli dislipoproteinaemi
- Ağır karaciğer hastalığı varlığı (karaciğer fonksiyon değerleri normale dönmedikçe)
- Karaciğer tümörü varlığı ya da öyküsü (iyi ve kötü huylu)
- Meme kanseri varlığı veya meme kanseri öyküsü
- Tanı konulmamış vajinal kanama
- Bilinen gebelik varlığı ya da gebelik şüphesi
- Etkin ya da yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık

4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Uyarılar

Aşağıda belirtilen durum veya risk faktörlerinden herhangi biri varsa, MICROGYNON'un uygun olup olmadığı kadın ile tartışılmalıdır.

Bu durumlardan veya risk faktörlerinden herhangi birinin şiddetlenmesi veya ilk kez ortaya çıkması halinde, kadının MICROGYNON kullanımının sonlandırılmasının gerekli olup olmadığının belirlenmesi için doktoru ile iletişime geçmesi tavsiye edilmelidir.

Dolaşım bozuklukları

Dolaşım bozuklukları ile ilgili advers etkilerin ortaya çıkma riski özellikle 35 yaş üzeri ve sigara içen kadınlarda yüksektir.

Venöz tromboembolizm (VTE) riski

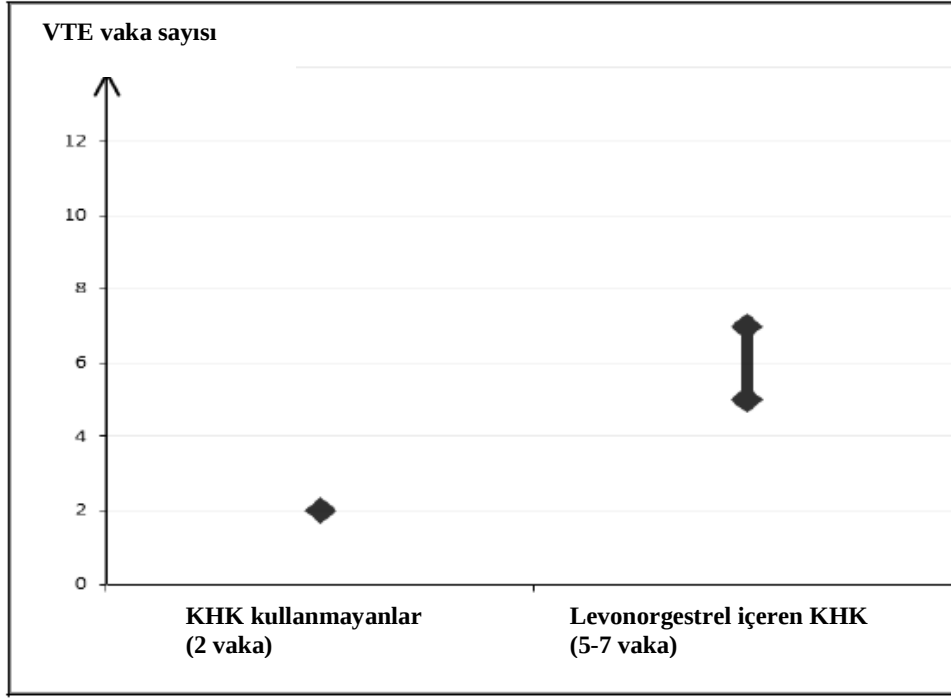
KHK kullanan kadınlarda VTE riski kullanmayanlara göre artar. **MICROGYNON gibi levonorgestrel içeren ürünler, norgestimat veya noretisteron içeren ürünler en düşük VTE riski ile ilişkilendirilmiştir. MICROGYNON kullanma kararı; kadının MICROGYNON ile ilişkili VTE riskini, mevcut risk faktörlerinin bu riski nasıl etkilediğini ve VTE riskinin kullanımın ilk yılında en yüksek olduğunu anladığından emin olduktan sonra verilmelidir. Ayrıca kullanıma 4 hafta veya daha uzun süre ara verildikten sonra KHK kullanımına tekrar başlandığında riskin arttığını gösteren bazı kanıtlar vardır.**

KHK kullanmayan ve gebe olmayan kadınlarda, 10.000 kişiden yaklaşık 2'si bir yıllık süre içinde VTE geliştirir. Bununla birlikte, herhangi bir kadında altta yatan risk faktörlerine bağlı olarak söz konusu risk çok daha yüksek olabilir (aşağı bakınız).

Levonorgestrel içeren bir KHK kullanan 10.000 kadından yaklaşık 6'sının bir yıl içinde VTE geliştireceği tahmin edilmektedir.

Düşük dozlu KHK'ler ile bir yıldaki VTE sayısı gebelikte veya postpartum dönemde kadınlarda beklenen sayıdan düşüktür. VTE, bu vakaların %1-2'sinde ölümcül olabilir.

Bir yıl içinde her 10.000 kadında görülen VTE vakası sayısı



Son derece nadir olarak, KHK kullanıcılarında diğer kan damarlarında (örn. hepatik, mesenter, böbrek veya retinal toplardamarlar ve atardamarlar) tromboz meydana geldiği rapor edilmiştir.

VTE Risk faktörleri

Venöz tromboembolik komplikasyon riski KHK kullanıcılarında özellikle çoklu risk faktörleri olduğunda, ilave risk faktörleri olan kadınlarda ciddi ölçüde artabilir (bkz. Tablo: VTE Risk faktörleri).

Yüksek venöz tromboz riski oluşturan çoklu risk faktörleri mevcut olan kadında MICROGYNON kullanımı kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar). Bir kadın birden fazla risk faktörü varsa, riskteki artışın ayrı ayrı faktörlerin toplamından daha yüksek olması olasılığı vardır. Bu durumda VTE toplam riski dikkate alınmalıdır. Fayda ve risk dengesinin negatif olduğu düşünülüyorsa, KHK reçete edilmemelidir (bkz. Bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar).

Tablo: VTE Risk faktörleri

Risk faktörü:	Açıklama
Obezite (vücut kitle indeksi 30 kg/m ² 'nin üstündeyse)	Vücut kitle indeksi yükseldiğinde risk ciddi ölçüde artar Diğer risk faktörleri mevcutsa özellikle dikkate alınmalıdır
Uzun süreli hareketsizlik, majör cerrahi müdahale, bacaklara ve pelvise cerrahi müdahale, nörocerrahi, veya majör travma Not: 4 saatten fazla hava yolu seyahati dahil geçici hareketsizlik de özellikle diğer risk faktörleri olan kadınlarda VTE için bir risk faktörü olabilir.	Bu durumlarda ilacı kesmek (cerrahi müdahale durumunda en az 4 hafta) ve tamamen iyileştikten iki hafta sonrasına kadar devam etmemek önerilir. İstenmeyen gebeliği önlemek için başka bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır. Önceden MICROGYNON kesilmemişse, antitrombotik tedavi düşünülmelidir.
Pozitif aile geçmişi (herhangi bir ebeveyn ya da kardeşte erken yaşlarda (örn. 50 yaşından genç) VTE görülmüşse.)	Kalıtsal bir eğilimden şüpheleniliyorsa, KHK kullanımından önce mutlaka bir uzmandan tavsiye alınmalıdır.
VTE ile ilişkili diğer tıbbi durumlar	Kanser, sistemik lupus eritematoz, hemolitik üremik sendrom ve kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları (Crohn hastalığı veya ülseratif kolit) ve orak hücre hastalığı.
İlerleyen yaş	Özellikle 35 yaş üstü

Variköz venlerin ve yüzeysel tromboflebitin venöz tromboembolideki olası rolü konusunda görüş birliği yoktur.

Gebelikte ve özellikle 6 haftalık puerperium periyodunda tromboemboli riskindeki artış dikkate alınmalıdır (bkz. 4.6 Gebelik ve laktasyon).

VTE semptomları (Derin ven trombozu ve Pulmoner embolizm)

Semptomlar olması halinde, kadınlara acil tıbbi yardım almaları ve sağlık çalışanlarını KHK aldıkları konusunda bilgilendirmeleri tavsiye edilmelidir.

DVT semptomları aşağıdakileri kapsayabilir:

- bacakta/ayakta tek taraflı ya da bacadaki bir damar boyunca şişme;
- bacakta yalnızca ayakta dururken ya da yürürken hissedilebilen ağrı ya da hassasiyet,
- etkilenen bacakta sıcaklık artışı; bacakta ciltte kızamıklık ya da renk değişmesi.

Pulmoner embolizm (PE) semptomları aşağıdakileri kapsayabilir:

- aniden ortaya çıkan, açıklanamayan nefes darlığı ya da hızlı soluma;
- hemoptizi ile ilişkili ani öksürük;
- keskin göğüs ağrısı;

- şiddetli dengesizlik ya da baş dönmesi;
- hızlı veya düzensiz kalp atışı.

Bu semptomlardan bazıları (ör, “nefes darlığı”, “öksürük”) özgün değildir ve daha yaygın ya da daha az şiddetli olaylar (ör, solunum yolu enfeksiyonları) şeklinde yanlış yorumlanabilir.

Vasküler oklüzyona ilişkin diğer belirtiler; bir ekstremitedeki ani ağrı, şişme ya da mavi tonda hafif renk değişikliği olabilir.

Gözdeki damarlarda tıkanma meydana geldiği takdirde, semptomlar ağrısız bulanık görme ile başlayıp görme kaybına kadar ilerleyebilir. Bazen, görme kaybı aniden meydana gelebilir.

Arteriyel tromboembolizmi (ATE) riski

Epidemiyolojik çalışmalarda, KHK kullanımı ATE (miyokard enfarktüsü) veya serebrovasküler olay (ör. geçici iskemik atak, inme) riskinde artışla ilişkilendirilmiştir. ATE ölümcül olabilir.

ATE Risk faktörleri

Arteriyel tromboembolik komplikasyon veya serebrovasküler olay riski, risk faktörleri olan KHK kullanıcılarında artar (bkz. Tablo: ATE Risk faktörleri).

Yüksek arteriyel tromboz riskine maruz bırakan ciddi ya da çoklu ATE risk faktörleri mevcut olan kadında MICROGYNON kullanımı kontrendikedir (bkz. Bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar). Bir kadında birden fazla risk faktörü varsa, riskteki artışın ayrı ayrı faktörlerin toplamından daha yüksek olması olasılığı vardır. Bu durumda VTE toplam riski dikkate alınmalıdır. Fayda ve risk dengesinin negatif olduğu düşünülüyorsa, KHK reçete edilmemelidir (bkz. Bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar).

Tablo: ATE Risk faktörleri

Risk faktörü:	Açıklama
İlerleyen yaş	Özellikle 35 yaş üstü
Sigara	Kadınlar KHK kullanıyorsa sigara içmemeleri tavsiye edilmelidir. 35 yaşın üzerindeki sigara içmeye devam eden kadınlarda farklı bir kontrasepsiyon yönteminin kullanılması şiddetle tavsiye edilmelidir.
Hipertansiyon	
Obezite (vücut kitle indeksi 30 kg/m ² 'nin üstündeyse)	Vücut kitle indeksi arttığında risk ciddi ölçüde artar Diğer risk faktörleri mevcutsa özellikle dikkate alınmalıdır
Pozitif aile geçmişi (Herhangi bir ebeveyn ya da kardeşte erken yaşlarda (örn. 50 yaşından genç) VTE görülmemiştir.)	Kalıtsal bir eğilimden şüpheleniliyorsa, KHK kullanımından önce mutlaka bir uzmandan tavsiye alınmalıdır.
Migren	KHK kullanımı sırasında migrenin şiddetinde veya

Risk faktörü:	Açıklama
	sıklığında bir artış (serebrovasküler olay için bir ön belirti olabilir) ilacın hemen kesilmesi için bir neden olabilir.
Advers vasküler olaylarla ilişkili diğer tıbbi durumlar	Diabetes mellitus, hiperhomosisteinemi, kalp kapak hastalığı ve atriyal fibrilasyon, dislipoproteinemia ve sistemik lupus eritematoz.

ATE semptomları

Semptomlar görüldüğünde, en kısa sürede tıbbi yardıma başvurmaları ve KHK kullandıklarını sağlık uzmanına bildirmek konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir.

Serebrovasküler bir olaya ilişkin semptomlar şunlardır:

- yüzde, bacak veya kolda, özellikle vücudun bir tarafında ani hissizlik ya da güçsüzlük;
- ani konfüzyon, konuşma ya da kavramada güçlük;
- bir ya da her iki gözde ani görme güçlüğü; ani yürüme güçlüğü,
- baş dönmesi, denge ya da koordinasyon kaybı;
- bilinen nedeni olmayan ani, şiddetli veya uzun süren baş ağrısı;
- bilinç kaybı ya da nöbetin eşlik ettiği ya da tek başına bayılma.

Geçici belirtiler olayın geçici iskemik atak olduğunu göstermektedir.

Miyokard enfarktüsü (MI) semptomları şunları kapsayabilir:

- göğüs, kol ya da göğüs kemiği altında ağrı, rahatsızlık, basınç, ağırlık, sıkışma ya da dolgunluk hissi;
- sırt, çene, boğaz, kol ve mideye yayılan rahatsızlık;
- dolgunluk, hazımsızlık ya da sıkıştırma hissi;
- terleme, bulantı, kusma ya da baş dönmesi;
- aşırı güçsüzlük, anksiyete, nefes darlığı;
- hızlı veya düzensiz kalp atışı.

Tıbbi Muayene

Hastanın oral kontraseptif kullanmaya başlamadan önce ve sonrasında düzenli aralıklarla tıbbi öyküsü (aile öyküsünü de içerecek şekilde) değerlendirilmelidir ve gebelik ekarte edilmelidir. Kan basıncı ölçülmeli ve fiziksel muayene kontrendikasyonlar (bkz. bölüm “4.3 Kontrendikasyonlar”) ile uyarılar (bkz. bölüm “4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri”) doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. VTE ve ATE semptomları, bilinen risk faktörleri ve şüpheli tromboz durumunda ne yapılacağı, MICROGYNON’un diğer KHK’lara kıyasla riski de dahil olmak üzere venöz ve arteriyel tromboz bilgilerine kadının dikkatini çekmek önemlidir.

Ayrıca kadın, kullanma talimatını dikkatle okuması ve yapılan tavsiyelere uyması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Bu değerlendirmelerin içeriği ve sıklığı ilgili kılavuzlar doğrultusunda olmalı ve kadına özgü şekilde uyarlanmalıdır.

Hormonal kontraseptiflerin HIV enfeksiyonu (AIDS) ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olmadığı bilgisi kullanıcılara verilmelidir.

Tanı konmamış altta yatan nedene ilişki şüpheli bulunan vajinal kanama araştırılmalıdır.

Dikkatli tıbbi gözetim gerektiren durumlar

KOK reçete edilmesi konusu klinik karar kullanılarak ve hastanın fikri alınarak kararlaştırılmalıdır. Bu durum veya risk faktörlerinden birinin ilk kez ortaya çıkması veya alevlenmesi oral kontraseptif kullanımının kesilmesi gerektiğine işaret edebilir. Kadın doktoruna danışmalı, doktor da KOK kullanımına son verilip verilmemesine ilişkin karar vermelidir:

- Hafif vasküler hastalık veya hafif nefropati, retinopati veya nöropatinin eşlik ettiği diyabet
- Yeterli kontrol altında olan (sistolik >140 ila 159 mm Hg veya diyastolik >90 ila 94 mm Hg hipertansiyon (Ayrıca bkz. bölüm ‘Oral kontrasepsiyonun derhal kesilmesini gerektiren nedenler:’)
- Porfiri
- Obezite
- Migren
- Kardiyovasküler hastalıklar

Oral kontrasepsiyonun derhal kesilmesini gerektiren nedenler:

Oral kontrasepsiyon alımı kesildiğinde, kontrasepsiyonun devamlılığını sağlamak için hormonal olmayan kontrasepsiyon kullanılmalıdır

1. Migren tipi ya da olağan dışı sıklıkta veya olağan dışı şiddette baş ağrısının ilk kez ortaya çıkması veya alevlenmesi
2. Ani görme veya duyma bozuklukları ya da diğer algısal bozukluklar
3. Tromboz veya kan pıhtılarına ilişkin ilk belirtiler (örn. bacakta/bacaklarda olağan dışı ağrı veya şişme, nefes alırken keskin ağrı ya da nedensiz öksürük). Göğüste ağrı ve darlık hissi
4. Elektif majör operasyondan (örn. abdominal, ortopedik) önceki altı hafta, bacaklarla ilgili herhangi bir ameliyat, variköz venlerle ilgili ilaç tedavisi veya uzun süreli hareketsizlik (örn. kaza veya ameliyat sonrasında). Hasta tam olarak yürümeye başladıktan sonra en az iki 2 hafta geçmeden başlanmamalıdır. Acil ameliyat halinde, genellikle trombotik profilaksi (örn. subkutan heparin) endikedir.
5. Sarılık, hepatit, tüm vücutta kaşıntı başlangıcı
6. Kan basıncında anlamlı yükselme
7. Şiddetli üst karın ağrısı veya karaciğer büyümesi
8. Oral kontrasepsiyon veya gebelik sırasında kötüleşme ihtimali olduğu bilinen durumlara ilişkin belirgin alevlenme (bkz. bölüm ‘4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri/Diğer durumlar/Gebelik veya önceki KOK kullanımı ile kötüleşen durumlar’)

Venöz veya arteriyel trombozun kalıtsal veya edinilmiş predispozisyonunun göstergesi olabilecek biyokimyasal faktörler arasında aktive protein C (APC) rezistansı,

hiperhomosisteinemi, antitrombin-III yetersizliği, protein C yetersizliği, protein S yetersizliği ve antifosfolipid antikorları (antikardiyolipin antikorları, lupus antikoagulanı) vardır.

Risk/yarar karşılaştırmasını yaparken hekim herhangi bir durumun uygun tedavisinin tromboz riskini azaltacağını ve gebelik sırasındaki tromboz riskinin düşük dozlu (<0.05 mg etinilestradiol) kombine oral kontraseptif kullanımı ile birlikte olandan daha yüksek olduğunu göz önüne almalıdır.

Tümörler

Birçok epidemiyolojik çalışma KOK kullanan kadınlarda over, endometrium, serviks ve meme kanseri riskiyle ilgili bilgi sağlamıştır. Kanıtlar yüksek doz kombine oral kontraseptiflerin over ve endometrium kanseri bakımından önemli oranda koruma sağladığını açıkça ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, düşük doz KOK'ların aynı düzeyde koruyucu etki sağlayıp sağlamadığı açık değildir.

Meme kanseri

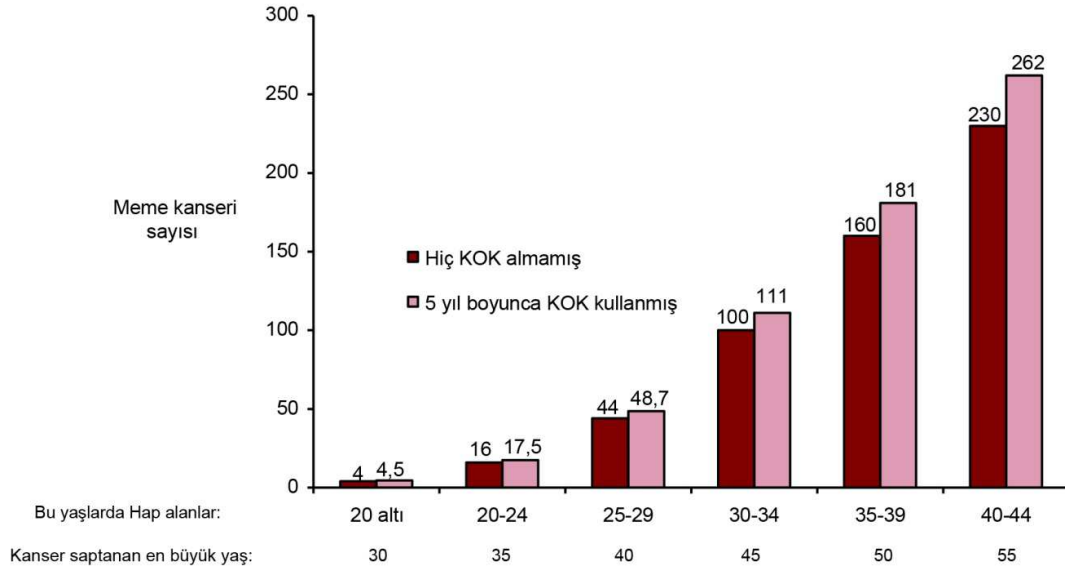
54 epidemiyolojik çalışmanın meta analizleri sonucu, halen KOK kullanan kadınlarda tanı konan meme kanseri relatif riskinde (RR=1,24) hafif artış olduğunu göstermektedir. Gözlenen artmış risk örneğin, KOK kullananlarda meme kanserinin daha erken tanısına, KOK'ların biyolojik etkilerine veya bu ikisinin kombinasyonuna bağlı olabilir. Halen KOK kullanan veya son on yıl içinde KOK kullanmış kadınlarda tanısı konan ek meme kanserleri, KOK kullanmamış kadınlara oranla daha çok memede lokalize olmaktadır.

Meme kanseri 40 yaşın altındaki kadınlarda, KOK kullanmış olsun ya da olmasın seyrek görülür. Arka plandaki riskler yaşla birlikte artarken halen KOK kullanan veya KOK kullanmış kadınlardaki meme kanseri tanılarındaki artış, tüm meme kanseri riski ile karşılaştırıldığında düşüktür. (Bkz. grafik).

KOK kullanıcılarında meme kanseri için en önemli risk faktörü kadının KOK'u bırakma yaşıdır; bırakma yaşı daha büyük kadınlarda, daha fazla meme kanseri tanısı konmaktadır. Kullanım süresi daha az önemlidir ve aşırı risk KOK kullanmayı bıraktıktan sonra 10 yıl boyunca kaybolur, öyle ki 10 yıl boyunca da aşırı görülmez.

Meme kanseri riskindeki olası artış KOK kullanan kadınlara anlatılmalı, KOK'ların diğer kanser riski oluşumlarına (over ve endometrium kanseri) karşı önemli koruma sağlıyor olması göz önüne alınarak yarar ve risk değerlendirilmelidir.

Grafik: Hiç KOK kullanmamış 10.000 kadında teşhis edilen meme kanseri sayısına kıyasla, 5 yıllık kullanım sonunda ve KOK kullanımı bırakıldıktan sonra 10 yıla kadar tanı konulmuş 10.000 kadın başına tahmini kümülatif meme kanseri sayısı



Serviks kanseri

Serviks kanseriyle ilgili en önemli risk faktörü kalıcı HPV enfeksiyonudur. Bazı epidemiyolojik çalışmalar uzun süreli KOK kullanımının bu risk artışını daha da artırabileceğini göstermiş olmakla birlikte, bu bulgunun etki karışımı yapan faktörlere, örn. servikal tarama ve bariyer kontraseptif kullanımı dahil cinsel davranışı ne ölçüde atfedilebileceği tartışmalı bir konudur.

Karaciğer kanseri

Seyrek olguda benign ve daha seyrek olguda malign olmak üzere izole olgularda yaşamı tehdit eden intraabdominal kanamaya neden olan karaciğer tümörler MICROGYNON'da bulunanlar gibi hormonal maddelerin kullanımından sonra gözlenmiştir. Üst abdomende şiddetli şikayetler, karaciğer büyümesi veya intraabdominal kanama belirtileri meydana gelirse, ayırıcı tanı karaciğer tümörünü de içermelidir.

Maligniteler hayatı tehdit edebilir ya da ölümcül seyredebilir.

Diğer durumlar

MICROGYNON kullanımı sırasında birtakım kronik hastalıkların zaman zaman kötüleşmesi olasılığı göz ardı edilemez.

Bilinen hiperlipidemiler

Hipertrigliseridemi varlığı ya da aile öyküsü KOK kullanımı sırasında pankreatit bakımından risk artışı olabilir.

Hiperlipidemisi olan kadınlar arteriyel hastalık bakımından artmış risk altındadır (bkz. bölüm 4.4 'ATE Risk faktörleri'). Bununla birlikte, KOK kullanan kadınlarda rutin tarama yapılması uygun değildir.

Kan basıncı

Hipertansiyon inme ve miyokard enfarktüsüyle ilgili bir risk faktörüdür (bkz. Bölüm 4.4 ‘Arteriyel tromboembolizm (ATE) riski’). KOK östrojen/progesteron kombinasyonları kullanan birçok kadında kan basıncında hafif artış bildirilmiş olmasına karşın, klinik açıdan anlamlı artış nadiren gözlenmektedir. Bununla birlikte, KOK kullanımı sırasında kalıcı hipertansiyon gelişmesi halinde, antihipertansif tedavi komplike olmayan hastalar için 160/100 mm Hg düzeyinde, hedef organ hasarı, tanı almış kardiyovasküler hastalık, diyabet ya da kardiyovasküler risk faktörlerinde artış olanlarda ise 140/90 mm Hg düzeyinde başlatılmalıdır. KOK kullanımına devam edilip edilmemesi konusu daha düşük kan basıncı düzeylerinde kararlaştırılmalıdır ve alternatif kontrasepsiyon tavsiye edilmelidir.

Gebelikle veya önceki KOK kullanımı ile kötüleşen durumlar:

Aşağıdaki koşulların hem gebelikte hem de bir KOK kullanımı ile bozulduğu bildirilmiştir, Aşağıdakilerin herhangi birinin kullanım sırasında meydana gelmesi halinde, MICROGYNON bırakılması değerlendirilmelidir.

- Kolestaz ile ilişkili sarılık ve/veya kaşıntı
- KOK'lar safra kesesi taşı oluşumu riskini artırabilir veya mevcut hastalığı kötüleştirebilir.
- Sistemik lupus eritematozus;
- Herpes gestasyones
- Otokleroza bağlı işitme kaybı;
- Orak hücre anemisi
- Renal disfonksiyon;
- Herediter anjiyoödem
- Gebelik sırasında veya önceki KOK kullanımı sırasında kadının kötüleşme yaşadığı herhangi bir diğer durum.

Karaciğer fonksiyonlarında bozulma

Karaciğer fonksiyonlarının akut veya kronik bozulmaları, karaciğer fonksiyon testlerinin normale dönmesine kadar KOK kullanımının kesilmesini gerektirebilir. İlk kez gebelikte ya da daha önce seks steroidlerinin kullanımı sırasında oluşmuş olan kolestatik sarılığın tekrarlaması KOK kullanımının sonlandırılmasını gerektirir.

Diyabet (Vasküler tutulum olmayan)

Vasküler hastalığı olmayan, insüline bağlı kullanan diyabetik hastalar KOK kullanabilir. Ancak tüm diyabetiklerin arteriyel hastalık bakımından artmış risk altında olduğu unutulmamalı ve KOK reçete edilirken bu durum dikkate alınmalıdır. Mevcut vasküler hastalığı olan diyabetiklerin KOK kullanması kontrendikedir (bkz. bölüm ‘4.3 Kontrendikasyonlar’)

KOK'lar periferik insülin direnci ve glukoz toleransı üzerinde etkili olabiliyorsa da, düşük dozlu (<0.05 mg etinilestradiol) KOK kullanan bir diyabetik hastada tedavi rejiminde değişiklikler yapma gerekliliğini gösteren bir kanıt yoktur. Ancak, KOK kullanan diyabetik kadınlar dikkatle gözlenmelidir.

Kloazma

Kloazma, özellikle kloazma gravidarum öyküsü olan kadınlarda bazen gelişebilir. Kloazmaya eğilimi olan kadınlar KOK kullandıkları sürece güneşe veya ultraviyole ışınlarına maruz kalmaktan kaçınılmalıdır.

Menstrual değişiklikler

Menstrual akışın azalması: Bu durum olağan dışı değildir ve bazı hastalarda olması beklenir. Elbette önceden şiddetli periyod geçirenlerde bu durum yararlı olabilir.

Menstruasyon atlaması: Bazen çekilme kanaması hiç olmaz. Drajeler doğru olarak alındıysa hamilelik muhtemel değildir. Çekilme kanamasında aksama drajeye ara verilen dönemde gerçekleşirse, gebelik olasılığı diğer pakete başlanmadan önce ortadan kaldırılmalıdır.

Intermenstrual kanama: Düzensiz kanama (lekelenme veya ara kanama) özellikle kullanımın ilk aylarında ortaya çıkabilir. Bu nedenle, düzensiz kanamaların oluşumu ancak yaklaşık üç döngü süren adaptasyon döneminden sonra önem kazanmaktadır. Önceden düzenli olan döngüler sonrasında kanama düzensizlikleri ortaya çıktığı veya var olan düzensizlikler devam ettiği takdirde, hormonal olmayan nedenler değerlendirilmeli ve malignite veya gebeliğin dışlanması için uygun tanı amaçlı yöntemler kullanılmalıdır. Buna kürtaj da dahildir.

Bazı kadınlarda oral kontraseptifler kesildikten sonra amenore veya oligomenore (özellikle önceden bu tip sorunları olanlarda) gelişebilir. Kadınlar bu olasılık konusunda bilgilendirilmelidir.

Azalmış etkinlik

KOK'ların etkinliği draje alımı unutulduğunda, kusma veya diyare olması halinde (ya da eş zamanlı ilaç tedavilerinde azalabilir.

Laktoz:

Her bir draje 32.970 mg laktoz içerir. Nadir kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktoz yetmezliği ya da glukoz galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmaması gerekir.

Sukroz:

Her bir draje 19.371 mg sukroz içerir. Nadir kalıtsal fruktoz intoleransı, glikoz-galaktoz malabsorpsiyon veya sükras-izomaltaz yetmezliği problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

¹ KHK kullanılmamasına göre levonorgestrel içeren KHK kullanımı için belirlenen yaklaşık 2,3 - 3,6 düzeyindeki bağıl riske dayalı olarak, 10.000 kadın-yıl başına aralığın orta noktası 5-7."

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

- Etkileşimler

Enzim indükleyiciler

Mikromozal enzimleri indükleyen ilaçlar (özellikle sitokrom P450 3A4) ile arasındaki etkileşimler seks hormonu klirensinde artışa neden olabilir, bu durum da kırılma kanamalarına ve/veya kontraseptif başarısızlığa yol açabilirler.

Bu ilaçlardan herhangi biriyle kısa süreli tedavi alan kadınların geçici olarak KOK'a ilave olarak bir bariyer yöntemi kullanmaları veya diğer bir kontrasepsiyon yöntemi seçmeleri gerekmektedir. Bariyer yöntemi, eşzamanlı ilaç tedavisi ve bunu takip eden 28 gün süresince kullanılmalıdır. Bariyer yönteminin kullanıldığı dönem bir paketin içeriğini geçecek olursa, draje alınmayan herhangi bir ara verilmeksizin sonraki kutuya başlanmalıdır. Bu durumda, ikinci kutunun sonuna kadar geri çekilme kanaması beklenmemelidir. Hastada ikinci kutunun bitiminden sonraki draje kullanılmayan aralıkta geri çekilme kanaması olmadığı takdirde, sıradaki kutuya devam edilmeden önce gebelik olasılığı dışlanmalıdır.

Hepatik enzim uyarıcılarla indükleyicilerle uzun süreli tedavi gören kadınlarda farklı bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır.

Aşağıdakilerin KOK'lar ile klinik olarak önemli etkileşimler gösterdiği görülmüştür:

Antiretroviral ajanlar

- Ritonavir
- Nelfinavir
- Nevirapin

Antikonvülzanlar

- Barbitüratlar (fenobarbital dahil)
- Primidon
- Fenitoin
- Karbamazepin
- Okskarbazepin
- Topiramat

Antibiyotikler/antifungaller

- Griseofulvin
- Rifampisin

Bitkisel ilaçlar

- Sarı kantaron otu (Hypericum perforatum)

KOK klirensini artıran maddeler (enzimlerin uyarılmasıyla KOK etkililiğinin azalması), örn.: Fenitoin, barbitüratlar, primidon, karbamazepin, rifampisin ve muhtemelen oksakarbazepin, topiramat, felbamat, griseofulvin ve sarı kantaron (St John's wort) içeren ürünler.

KOK klirensi üzerine değişken etkilere sahip maddeler; örn;

KOK ile birlikte uygulandığında birçok HIV/HCV proteaz inhibitörü ve nükleozid olmayan ters transkriptaz inhibitörleri plazma östrojen veya progesteron konsantrasyonlarını azaltabilmekte ya da artırabilmektedir. Bu değişiklikler bazı olgularda klinik açıdan anlamlı olabilir.

KOK klirensini azaltan maddeler (enzim inhibitörleri):

Azol antifungaller (ör. itrakonazol, vorikonazol, flukonazol), verapamil, makrolidler (ör. klaritromisin, eritromisin), diltiazem ve grefurt suyu gibi kuvvetli ve orta düzeyde CYP3A4 inhibitörleri östrojen veya progesteron veya her ikisinin de plazma konsantrasyonunu artırabilir.

60 - 120 mg/gün etorikoksib dozlarının 0,035 mg etinilestradiol içeren KHK ile eş zamanlı olarak alındığı takdirde etinilestradiolün plazma konsantrasyonlarını sırasıyla 1,4 - 1,6 kat artırdığı görülmüştür.

KOK'ların diğer tıbbi ürünler üzerine etkisi

KOK'lar diğer bazı ilaçların metabolizmasını etkileyebilir. Bunun sonucu olarak, plazma ve doku konsantrasyonları artabilmekte (örn. siklosporin) veya azalabilmektedir (örn. lamotrijin).

In vitro etinilestradiol hem CYP2C19, CYP1A1 ve CYP1A2'nin geri döndürülebilir inhibitörü, hem de CYP3A4/5, CYP2C8, ve CYP2J2'nin mekanizma temelli inhibitörüdür. Klinik çalışmalarda etinilestradiol içeren hormonal kontraseptifin uygulanması CYP3A4 substratlarının (ör. midazolam) plazma konsantrasyonlarında herhangi bir artışa yol açmaz ya da sadece zayıf bir artışa yol açarken, CYP1A2 substratlarının plazma konsantrasyonları hafif (ör. teofilin) veya orta düzeyde (ör. melatonin ve tizanidin) artabilmektedir

Not: Olası etkileşimlerin tanımlanması için eşzamanlı ilaçların reçeteleme bilgilerine bakılmalıdır.

Laboratuvar testleri

Oral kontraseptif kullanımı karaciğer, tiroid, adrenal ve renal fonksiyonlara ilişkin biyokimyasal parametreleri, plazma taşıyıcı protein ve lipid/lipoprotein fraksiyonu düzeyleri, karbonhidrat metabolizması parametreleri ve pıhtılaşma ile fibrinolitik parametreleri gibi bazı laboratuvar testlerinin bulgularını etkileyebilir. Dolayısıyla, laboratuvar personeli laboratuvar testleri talep edildiğinde oral kontraseptif kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Pediyatrik popülasyon: MICROGYNON yalnızca menarştan sonra endikedir.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye:

Gebelik kategorisi X'dir.

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

MICROGYNON doğum kontrolü amacıyla kullanılmaktadır. Kullanıldığı sürece fertilitayı engeller.

Gebelik dönemi:

MICROGYNON'un gebelikte kullanımı kontrendikedir. MICROGYNON kullanımı sırasında gebelik meydana gelmesi durumunda kullanım durdurulmalıdır. Ancak, yaygın epidemiyolojik çalışmalar ne gebeliğinden önce KOK kullanmış olan kadınların çocuklarında doğumsal kusur riskinde herhangi bir artışı ne de erken gebeliği süresince yanlışlıkla KOK kullanıldığında oluşan bir teratojenik etkiyi göstermemiştir.

MICROGYNON kullanımına yeniden başlarken postpartum dönem sırasında artan VTE riski dikkate alınmalıdır (bkz. bölüm 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli ve bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

Laktasyon dönemi:

Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı süt miktarında azalmaya ve sütün bileşiminde değişikliğe yol açabileceğinden dolayı laktasyon etkilenebilir. Bu yüzden emziren anne bebeğini süten kesinceye kadar KOK kullanımı genellikle önerilmemelidir. Kontraseptif steroidler ve metabolitleri küçük miktarlarda süte geçebilir.

Üreme yeteneği / Fertilitate:

Tekrarlanan doz toksisitesi, genotoksisite, karsinojenik potansiyel ve üreme toksisitesi üzerine yapılan geleneksel çalışmalara dayanan prelinik veriler, insanda özel bir risk olduğunu göstermemiştir. Ancak, yine de seksüel steroidlerin hormona bağlı dokuların ve tümörlerin büyümesini uyurabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

Araç ve makine kullanma becerileri üzerinde etkisi ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır. KOK kullanımının araç ve makine kullanma becerileri üzerinde herhangi bir etkisi gözlenmemiştir.

4.8. İstenmeyen etkiler

MICROGYNON ile en yaygın olarak bildirilen advers reaksiyonlar mide bulantısı, abdominal ağrı, kilo artışı, baş ağrısı, depresif ruh hali, duyu durum bozukluğu, meme ağrısı, meme hassasiyetidir. Kullanıcıların $\geq 1\%$ 'inde meydana gelir.

Ciddi advers reaksiyonlar ATE ve VTE'dir.

Advers reaksiyonlar, aşağıda sistem-organ sınıfı (MedDRA) ve sıklık derecesine göre listelenmektedir. Sıklık dereceleri şu şekilde tanımlanmaktadır; çok yaygın ($\geq 1/10$), yaygın

($\geq 1/100$, $< 1/10$), yaygın olmayan ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), seyrek ($\geq 1/10.000$ ila $< 1/1.000$), çok seyrek ($< 1/10.000$), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

Etinilestradiol/levonorgestrel kullanımı sırasında aşağıdaki advers etkiler bildirilmiştir:

Bağıışıklık sistemi hastalıkları

Seyrek: Aşırı duyarlılık

Metabolizma ve beslenme hastalıkları

Yaygın olmayan: Sıvı tutulumu

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın: Depresif duygu durumu, duygu durum değışiklikleri

Yaygın olmayan: Libido azalması

Seyrek: Libido artışı

Sinir sistemi hastalıkları

Yaygın: Baş ağrısı

Yaygın olmayan: Migren

Göz hastalıkları

Seyrek: Kontakt lense toleranssızlık

Vasküler hastalıkları

Seyrek: Venöz tromboembolik bozukluklar*, arteriyel tromboembolik bozukluklar*

Gastrointestinal hastalıklar

Yaygın: Bulantı, karın ağrısı

Yaygın olmayan: Kusma, diyare

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Yaygın olmayan: Döküntü, ürtiker

Seyrek: Eritema nodozum, eritema multiforme

Araştırmalar

Yaygın: Kiloda artış

Seyrek: Kiloda azalma

Üreme sistemi ve meme hastalıkları

Yaygın: Meme ağrısı, meme hassasiyeti

Yaygın olmayan: Memede hipertrofi

Seyrek: Vajinal akıntı, memede akıntı

* -Bir grup KOK'u kapsayan epidemiyolojik çalışmalardan gelen tahmini sıklık.

- 'Venöz ve arteriyel tromboembolik olaylar' aşağıda belirtilen tıbbi kayıtları özetler:

Periferik derin venöz oklüzyonu, tromboz ve embolizm/Pulmoner vasküler oklüzyon, tromboz, embolizm ve enfarktüs/Miyokard enfarktüsü/Serebral enfarktüs ve hemorajik olarak belirtilmeyen inme

Seçilmiş advers reaksiyonların tanımı

Çok düşük sıklıkta görülen ya da KOK grubuyla ilişkili kabul edilen gecikmiş başlangıçlı semptomları olan advers reaksiyonlar aşağıda sıralanmıştır (Ayrıca bkz. Bölümler “4.3 Kontrendikasyonlar” ve “4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri”):

KOK kullanan kadınlarda, bölüm 4.4 "Özel kullanım uyarıları ve önlemleri" başlığı altında açıklanan aşağıdaki ciddi advers olaylar bildirilmiştir:

- Venöz tromboembolik bozukluklar
- Arteriyel tromboembolik bozukluklar
- İnme (ör. geçici iskemik atak, iskemik inme, hemorajik inme)
- Hipertansiyon
- Karaciğer tümörleri (benign ve malign)

KOK kullanıcılarında meme kanseri tanısının sıklığı çok hafif bir artış göstermiştir. Meme kanseri 40 yaş altı kadınlarda seyrek görüldüğünden, rakamdaki artış genel meme kanseri riskiyle kıyaslandığında düşüktür. KOK kullanımı ile nedensel ilişkisi bilinmemektedir. Daha fazla bilgi için bkz. bölüm “4.3 Kontrendikasyonlar” ve “4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri”.

Aşağıdaki durumların ortaya çıkışı veya kötüleşmesinde KOK kullanımının ilişkisi sonuçlanmamıştır:

Kolestazla ilgili sarılık ve/veya kaşıntı; safra taşı oluşumu; sistemik lupus eritematozus; herpes gestasyonis; otoskleroza bağlı duyma kaybı; orak hücreli anemi; porfiri; serviks kanseri.

Kalıtsal anjiyoödem izlenen kadınlarda ekzojen östrojenler anjiyoödem semptomlarını uyurabilmekte veya şiddetlendirebilmektedir.

KOK kullanan kadınlarda, glukoz toleransında değişiklik veya periferik insülin direnci üzerinde etki bildirilmiştir (bkz. bölüm “4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri”).

Diğer koşullar

- Hipertrigliseridemili kadınlar (KOK’ları kullanılırken pankreatit riski artışı)
- Hipertansiyon
- Aşağıdaki durumların ortaya çıkışı veya kötüleşmesinde KOK kullanımının ilişkisi sonuçlanmamıştır: kolestazla ilgili sarılık ve/veya kaşıntı; safra taşı oluşumu; porfiri; sistemik lupus eritematozus; hemolitik üremik sendrom; Sydenham koresi; herpes gestasyonis; duyma kaybıyla ilişkili otoskleroz
- Kalıtsal anjiyoödem izlenen kadınlarda ekzojen östrojenler anjiyoödem semptomlarını uyurabilmekte veya şiddetlendirebilmektedir.
- Karaciğer fonksiyonu bozuklukları

- Glikoz toleransında değişiklik veya periferik insülin direnci üzerindeki etkisi
- Crohn hastalığı, ülseratif kolit
- Kloazma

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

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

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

Doz aşımına bağlı bildirilen ciddi yan etki yoktur. Görülebilecek belirtiler, bulantı, kusma ve gençlerde hafif vajinal kanamadır. Antidodu yoktur ve tedavisi semptomatik olmalıdır.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Progestojenler ve östrojenler, fiks kombinasyonlar

ATC kodu: G03AA07

Kombine oral kontraseptiflerin etkisi, başlıca ovülasyon inhibisyonu ve servikal salgılamadaki değişiklikler gibi faktörlerin etkileşimine dayanmaktadır.

MICROGYNON luteinizan hormonun siklus ortasındaki artışını baskılayarak ovulasyonu inhibe etmek, servikal mukusu koyulaştırıp spermilere karşı bir bariyer oluşturmak ve endometriumun implantasyona yanıtı kalmasını sağlamak suretiyle etki gösteren bir östrojen-progesteron kombinasyonudur.

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel Özellikler

Levonorgestrel

Emilim:

Levonorgestrel, hızla ve tamamen absorbe edilir. MICROGYNON alındıktan yalnızca bir saat sonra serumda yaklaşık 3 ng/ml olan maksimum etkin madde düzeylerine ulaşılır. Ardından, serum konsantrasyonları yarılanma ömrü yaklaşık 0,5 saat ve 20 saat olarak 2 aşamada düşer. Plazmadan metabolik klirens hızı yaklaşık 1,5 ml/dk./kg'dır

Dağılım:

Levonorgestrel, serum albümine ve SHBG'ye bağlıdır. İlgili toplam konsantrasyonun yalnızca %1,5'u bağlı olmayan formda bulunur, yaklaşık %65 ise SHBG'ye bağlıdır. İlgili oranlar (serbest, albümine bağlı, SHBG'ye bağlı), SHBG konsantrasyonuna bağlıdır.

Etinilestradiol ile indüksiyonuna bağlı olarak SHBG artışından sonra, SHBG'ye bağlanan kısım artarken, serbest kısım ve albümine bağlanan kısım azalır.

Biyotransformasyon:

Levonorgestrel büyük ölçüde metabolize olur. Plazmadaki ana metabolitler konjüge ve konjüge olmayan 3 α , 5 β -tetrahidrolevonorgestrelin formlarıdır. *In vitro* ve *in vivo* çalışmalara göre CYP3A4, levonorgestrel metabolizmasına dahil olan ana enzimdir. Plazmadan klerens hızı yaklaşık 1.3 – 1.6 ml/dak./kg'dır.

Eliminasyon:

Serum konsantrasyonları yarılanma ömrü yaklaşık 0,5 saat ve 20 saat olarak 2 aşamada düşer.

Levonorgestrel değişmemiş formda değil, yaklaşık bir günlük yarılanma ömrü olan metabolitler formunda, böbrek ve safra üzerinden neredeyse eşit oranlarda elimine edilir.

Maternal dozun yaklaşık %0,1'i anne sütüyle aracılığıyla bebeğe geçebilir.

Doğrusallık / doğrusal olmayan durum:

Tekrarlanan günlük uygulama sonrası, levonorgestrel yaklaşık 2 faktör oranında birikir. Kararlı duruma, tedavi siklusunun ikinci yarısında erişilir.

Levonorgestrelin farmakokinetikleri, plazmadaki SHBG konsantrasyonuna bağlıdır. MICROGYNON tedavisi sırasında SHBG düzeylerindeki (yaklaşık 1,7 kat) artış, spesifik bağlanma kapasitesinde eş zamanlı artışa ve dolayısıyla levonorgestrel serum düzeylerinde artışa yol açar.

MICROGYNON tedavisiyle, SHBG seviyelerindeki bir artış spesifik bağlanma kapasitesindeki eşzamanlı bir artışı, dolayısıyla levonorgestrel serum seviyelerindeki bir artışı etkiler.

Levonorgestrel serum seviyeleri, SHBG indüksiyonunun sona ermiş olması nedeniyle 1 – 3 kullanım döngüsünden sonra daha fazla değişmez. Levonorgestrelin mutlak biyoyararlanımı neredeyse %100'e ulaşır.

Etinilestradiol

Emilim:

Oral yolla uygulanan etinilestradiol hızla ve tamamen absorbe edilir. MICROGYNON alındıktan 1 - 2 saat sonra yaklaşık 100 pg/ml'lik maksimum plazma düzeylerine ulaşılır. Ardından, etkin madde konsantrasyonu yarılanma ömrü yaklaşık 1 - 2 saat ve yaklaşık 20 saat olarak belirlenen 2 aşamada düşer. Teknik nedenlerle, bu veriler yalnızca yüksek dozlarda hesaplanabilmektedir.

Etinilestradiolün mutlak biyoyararlanımı bireyler arasında büyük oranda değişiklik gösterir. Oral uygulamadan sonra dozun yaklaşık %40 - 60'ına karşılık gelir.

Dağılım:

Etinilestradiolün sanal dağılım hacmi yaklaşık 5 l/kg ve plazmadan metabolik klirens hızı yaklaşık 5 ml/dk./kg olarak belirlenmiştir. Etinilestradiol, serum albümine spesifik olmayan şekilde %98 oranında bağlanır.

Biyotransformasyon:

Etinilestradiolün emilim aşamasında ve ilk karaciğer geçişi sırasında dahi metabolize olması, oral biyoyararlanımın azalmasına ve bireysel değişkenlik göstermesine yol açar.

Diğer ilaçlar, etinilestradiolün sistemik yararlanımı üzerinde negatif veya pozitif etki yaratabilir. C vitamini ile etkileşimi yoktur. Sürekli kullanılan etinilestradiol, CBG ve SHBG'nin hepatik sentezini indüklerken, SHBG indüksiyonunun kapsamı eş zamanlı uygulanan progesteronun tipine ve dozuna bağlıdır.

Eliminasyon:

Etinilestradiol değişmemiş formda değil, yaklaşık bir günlük yarılanma ömrü olan metabolitler formunda elimine edilir. Atılım oranı 40 (idrar) : 60 (safra) olarak tespit edilmiştir.

Emzirmenin tamamen yerleşik bir uygulama haline geldiği kadınlarda, maternal dozun yaklaşık %0,02'si anne sütüyle aracılığıyla bebeğe geçebilir.

Doğrusallık / doğrusal olmayan durum:

Plazmadan terminal eliminasyon aşamasının yarılanma ömrü nedeniyle, yaklaşık 5 - 6 günlük uygulamadan sonra %30 - %40 daha yüksek plazma madde düzeyiyle karakterize olan kararlı duruma erişilir.

Etinilestradiol, absorpsiyon evresinde ve ilk karaciğer geçişi sırasında dahi metabolize olur azalan ve bireyden bireye değişen oral biyoyararlanıma yol açar.

Etinilestradiolün mutlak biyoyararlanımında bireyler arası değişkenliği önemli ölçüdedir. Oral alımdan sonra, dozun yaklaşık %40 ila %60'ına karşılık gelir.

5.3. Klinik öncesi güvenlilik verileri

Tekrarlanan doz toksisitesi, genotoksisite, karsinojenik potansiyel ve üreme toksisitesi üzerine yapılan geleneksel çalışmalara dayanan prelinik veriler, insanda özel bir risk olduğunu göstermemiştir. Ancak, yine de, seksüel steroidlerin hormona bağlı dokuların ve tümörlerin büyümesini uyurabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Laktoz monohidrat

Mısır nişastası

Povidon 25

Talk

Magnezyum stearat

Sukroz

Povidon 90

Makragol 6000

Kalsiyum karbonat

Montanglikol mumu

Sarı demir oksit (E172)

Titanyum dioksit (E171)

Gliserol %85

6.2. Geçimsizlikler

Herhangi bir geçimsizlik yoktur.

6.3. Raf ömrü

60 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler

30°C'nin altında oda sıcaklığında saklayınız.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

PVC/Aluminyum folyo blister. 21 drajelik takvimli ambalaj

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

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

7. RUHSAT SAHİBİ

Bayer Türk Kimya San. Ltd. Şti.
Fatih Sultan Mehmet Mah. Balkan Cad. No:53
34770 Ümraniye – İstanbul
Tel: (0216) 528 36 00
Faks: (0216) 645 39 50

8. RUHSAT NUMARASI

2014/32

9. İLK RUHSAT TARİHİ / RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 29.01.2014
Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ