

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

THOMAPYRIN® Tablet

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin maddeler:

Her tablet, 250 mg asetilsalisilik asit, 200 mg parasetamol ve 50 mg kafein içerir.

Yardımcı maddeler:

Her tablet, 16 mg laktoz içerir.

Yardımcı maddelerin tam bir listesi için, bölüm 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Oral kullanım için tablet.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1 Terapötik endikasyonlar

THOMAPYRIN®, 16 yaş üstü adolesanlar ve yetişkinlerde; hafif ve orta dereceli akut ağrılarda ve ateşli durumlarda endikedir.

4.2 Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji ve uygulama sıklığı

Doktor tarafından başka bir şekilde tavsiye edilmediği takdirde aşağıdaki dozlar önerilir:

16 yaş üstü adolesanlar ve yetişkinler:

Günde 1-2 tablettten 6 tablete kadar (maksimum günlük doz 1500 mg asetilsalisilik asit, 1200 mg parasetamol ve 300 mg kafein).

Dozlar arasında en az 4 saat geçmelidir.

Uygulama süresi

THOMAPYRIN®, doktora danışılmadan, ağrılı durumlarda 10 günden fazla süreyle, ateşli durumlarda ise 3 günden fazla süreyle kullanılmamalıdır.

Uygulama şekli

THOMAPYRIN® bir bardak su ile alınmalıdır.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler

Böbrek yetmezliği:

Böbrek yetmezliği olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. Ağır böbrek yetmezliğinde kullanılmamalıdır.

Karaciğer yetmezliği:

Karaciğer yetmezliği olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. Ağır karaciğer yetmezliğinde kullanılmamalıdır.

Pediyatrik popülasyon:

16 yaşın altındaki çocuklarda ve ergenlerde kullanılmamalıdır.

Geriatrik popülasyon:

THOMAPYRIN®'in yaşlı kişilerde kullanımıyla ilgili özel bir veri bulunmamaktadır.

4.3 Kontrendikasyonlar

THOMAPYRIN® aşağıdaki durumlarda kullanılmamalıdır:

- Salisilatlar, parasetamol, kafein veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı olan hastalar,
- Salisilatlar ya da diğer NSAİİ'ler verildikten sonra astım belirtileri, nazal polipler, anjiyoödem veya ürtiker gelişmiş olan hastalar,
- Aktif gastrik ya da duodenal ülser vakaları,
- Kanama bozuklukları (örn. hemofili) olan hastalar,
- Gebeliğin üçüncü üç aylık dönemi,
- Reye sendromu riski nedeniyle, suçiçeği ya da grip-benzeri hastalığı olan çocuklar ya da ergenler,
- 16 yaşın altındaki çocuklar ve ergenler,
- Ağır karaciğer yetmezliği (Child-Pugh C),
- Ağır böbrek yetmezliği,
- Kontrol altında olmayan şiddetli kalp yetmezliği,
- Haftada 15 mg ya da üzeri dozlarda metotreksat tedavisi (bkz. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri).

İlacın içindeki yardımcı maddelerden birisiyle uyuşmayabilecek ender kalıtsal tabloların varlığında ürünün kullanılması kontrendikedir (bkz. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

THOMAPYRIN® aşağıdaki durumlarda sadece doktor tavsiyesiyle kullanılmalıdır:

- Glukoz-6-fosfat-dehidrojenaz eksikliği,
- Astım, alerjik rinit ve nazal polipler,
- Kronik veya tekrarlayan gastrik veya duodenal şikayetler,
- Gastrointestinal ülser ya da gastrointestinal ülser öyküsü, kanama ya da perforasyon,
- NSAİİ'lere karşı aşırı duyarlılık,

- Hepatik disfonksiyon (örn. kronik alkol bağımlılığına, hepatite bağlı) (Child-Pugh A/B),
- Renal fonksiyon bozukluğu,
- Gilbert sendromu,
- Oral antikoagülanlar, antitrombositer ilaçlar, sistemik etkili heparin, trombolitikler ve SSRI'lar ile birlikte kullanım (bkz. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri ve Yan etkiler),
- Cerrahi prosedürlerden önce.

Doktor tarafından aksi önerilmedikçe, THOMAPYRIN ağrı için 10 günden fazla veya ateş için 3 günden fazla süreyle kullanılmamalıdır. Eğer, ağrı veya ateş devam eder ya da kötüleşirse, yeni semptomlar ortaya çıkarsa veya kızarıklık ya da şişlik görülürse doktora başvurulmalıdır, çünkü bunlar ciddi bir tablonun işaretleri olabilir.

Eğer önerilen dozaj aşılsa karaciğer harabiyeti oluşabilir (bkz. Doz aşımı). Doz aşımından korunmak için, parasetamol içeren diğer ilaçlar ile birlikte uygulanmasından kaçınılmalıdır.

Uzun süreli kullanımdan sonra hemogloblin sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyonları izlenmelidir.

Analjeziklerin yoğun olarak kullanılması, özellikle yüksek dozlarda olmak üzere, ilaç dozu artırılarak tedavi edilmemesi gereken baş ağrılarını indükleyebilir.

Analjeziklerin uzun süreler boyunca yüksek dozlarda kullanıldıktan sonra aniden bırakılması, çekilme semptomlarını indükleyebilir (örn. baş ağrısı, yorgunluk, sinirlilik); bu durum tipik olarak birkaç gün içerisinde ortadan kalkar. Analjeziklerin yeniden alınması doktor tavsiyesine bağlı olmalıdır ve çekilme semptomları iyileşmiş olmalıdır.

Şiddetli akut aşırı duyarlılık reaksiyonları (örn. anafilaktik şok) oluşabilir. THOMAPYRIN® uygulamasını izleyen bir aşırı duyarlılık reaksiyonunun ilk bulguları ortaya çıktığında tedavi kesilmelidir.

Asetilsalisilik asit, ürik asidin atılımını azaltabilir ve duyarlı bireylerde gut hastalığını presipite edebilir.

Asetilsalisilik asit kullanımı, enfeksiyon bulgularını maskeleyebilir.

THOMAPYRIN®, ergenler ve çocuklardaki ateşli hastalık tablolarında sadece doktor tavsiyesi üzerine ve sadece diğer önlemler etkisiz kaldığında kullanılmalıdır. Bu hastalarda, ender ama yaşamı tehdit edici bir tablo olan Reye sendromu gelişme riski vardır. Reye sendromu enfeksiyöz olmayan ensefalopati ve karaciğer yetmezliği ile karakterizedir ve tipik olarak ateşli bir hastalığın (suçiçeği, grip-benzeri hastalık) akut bulguları ortadan kalktıktan sonra belirir. Klinik özellikleri arasında uzun süreli ve aşırı kusma, baş ağrısı ve bilinç bozukluğu bulunur.

Bütün NSAİİ'ler ile ölümcül olabilen gastrointestinal kanama, ülserasyon ya da perforasyon bildirilmiş olduğu için, hastalar özellikle tedavinin başlangıç evrelerinde ve özellikle de yaşlı iseler, olağandışı herhangi bir gastrointestinal semptom (örn. abdominal ağrı, melena, hematemez) ortaya çıkması halinde doktora başvurulmalıdır. Gastrointestinal kanama ya da ülserasyon ortaya çıktığında tedavi kesilmelidir (bkz. Yan etkiler).

Bu ürün, önerilen maksimum günlük dozda 96 mg laktoz içermektedir. Nadir kahtımsal galaktoz intoleransı, Lapp laktaz yetmezliği ya da glukoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

4.5 Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Asetilsalisilik asit

Asetilsalisilik asit aşağıdaki ilaçların etkisini ve toksisite riskini artırabilir.

- NSAİİ'ler, kortikosteroidler ya da alkol: Gastrointestinal yan etki riskinde artış (örn. gastrointestinal kanama),
- Digoksin, lityum,
- Antitrombositler ilaçlar, antikoagülanlar, trombolitikler, SSRI'lar: Kanama riskinde artış (bkz. Özel kullanım uyarıları ve önlemler ve Yan etkiler),
- Hipoglisemik ajanlar, valproik asit, metotreksat.

Asetilsalisilik asit diüretikler ve antihipertansiflerin etkisini azaltabilir.

THOMAPYRIN® aynı zamanda, spironolaktunun natriüretik etkisini azaltabilir ve ürikozürik ajanların etkisini (örn. probenesid, sülfipirazon) inhibe edebilir.

Parasetamol

- Probenesid, salisilamid: Parasetamol eliminasyonunda gecikme, toksisite artışı,
- Kolestiramin parasetamol emilimini azaltır.

Parasetamol ile varfarin ve kumarin türevleri arasındaki etkileşimlerin klinik önemi değerlendirilememektedir. Bu nedenle oral antikoagülanlarla tedavi görmekte olan hastalarda uzun dönemli parasetamol kullanımının yalnızca tıbbi gözetim altında uygulanması önerilir.

Diğer türlü zararsız olan parasetamol dozları, bazı hipnotikler ve anti-epileptikler (örn. glutetimid, fenobarbital, fenitoin, karbamazepin) ve rifampisin gibi enzim induksiyonu yapan ilaçlarla birlikte alındığı takdirde, karaciğer harabiyetine yol açabilir. Aynı durum hepatotoksik potansiyel taşıyan maddeler ve alkol kötüye kullanımı için de geçerlidir.

Mide boşalmasını yavaşlatan ilaçlarla birlikte uygulandığında parasetamolün absorpsiyon hızı azalabilir ve sonuç olarak etkisinin başlaması gecikebilir. Mide boşalmasının hızlandırılması (örn. metoklopramid uygulamasından sonra) absorpsiyon hızının artmasına ve etki başlangıcının hızlanmasına yol açar.

Kloramfenikol ile kombinasyon, kloramfenikolün yarı ömrünü uzatabilir ve bu durum toksisite riskinde artış ile birliktedir.

Parasetamol ve AZT'nin (zidovudin) eşzamanlı olarak kullanılması nötropeni riskini artırır. Bu nedenle, THOMAPYRIN ile AZT sadece doktor önerisiyle birlikte alınmalıdır.

Laboratuvar değerleri üzerindeki etkiler:

Parasetamol alınması, laboratuarda fosfotungstik asit yöntemiyle ürik asit tayinini ve glukoz oksidaz peroksidaz yöntemiyle kan glukozu tayinini etkileyebilir.

Kafein

Kafein çeşitli ilaçların (örn. barbitüratlar, antihistaminikler) sedatif etkisini antagonize edebilir. Ayrıca, diğer ilaçların neden olduğu taşikardi yapıcı etkiyi artırabilir (örn. sempatomimetikler, tiroksin). Oral kontraseptifler, simetidin, fluvoksamin ve disülfiram karaciğerde kafein metabolizmasını azaltırken, barbitüratlar ve sigara içilmesi artırır.

Kafein, teofilin atılımını azaltır.

Birlikte kullanılan analjeziklerin olası bağımlılık potansiyeli yükselmez.

Kinolon grubu antibiyotiklerin kullanımı kafein eliminasyonunu geciktirebilir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Özel bir veri bulunmamaktadır.

Pediyatrik popülasyon:

Özel bir veri bulunmamaktadır.

4.6 Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye: Gebelik kategorisi D'dir.

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

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar, tedavi süresince tıbben etkili olduğu kabul edilen doğum kontrol yöntemleri kullanmalıdır.

Gebelik dönemi:

Prostaglandin sentezinin inhibisyonu gebeliği ve/veya embriyo-fetal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilir. Epidemiyolojik çalışmalardan edinilen veriler, gebeliğin erken dönemlerinde bir prostaglandin sentez inhibitörü kullanımından sonra düşük, kardiyak malformasyon ve gastroşizi riskinin arttığı izlenimini vermektedir. Kardiyak malformasyon için mutlak risk, %1'in altından yaklaşık %1.5'e çıkmıştır. Riskin doz ve tedavi süresiyle birlikte arttığına inanılmaktadır.

Hayvanlarda prostaglandin sentez inhibitörü uygulamasının implantasyon öncesi ve sonrası kayıpları ve embriyo-fetal letaliteyi artırdığı gösterilmiştir. Buna ek olarak, organogenetik dönemde prostaglandin sentez inhibitörü verilen hayvanlarda, kardiyovasküler olanlar da dahil çeşitli malformasyonların insidansında artış bildirilmiştir.

Gebeliğin birinci ve ikinci üç aylık dönemlerinde, kesinlikle gerekli olmadığı sürece THOMAPYRIN® verilmemelidir. Gebe kalmaya çalışan bir kadında ya da gebeliğin birinci ve ikinci üç aylık dönemlerinde THOMAPYRIN® kullanılıyorsa, doz olabildiğince düşük tutulmalı ve tedavi süresi mümkün olduğu kadar kısa olmalıdır.

Gebeliğin üçüncü üç ayında bütün prostaglandin sentez inhibitörleri, fetusta kardiyopulmoner toksisite (duktus arteriyozusun zamanından önce kapanması ve pulmoner hipertansiyon da dahil), ve oligo-hidramniyos ile böbrek yetmezliğine gidebilen böbrek fonksiyon bozukluğuna sebebiyet verebilir. Bu maddeler gebeliğin sonunda anne ve yenidoğanda ise, kanama zamanında muhtemel bir uzamaya (çok düşük dozlarda bile ortaya çıkabilen bir anti-agregan etki) ve uterus kontraksiyonlarında, doğum eyleminde gecikme ya da uzamayla sonuçlanan bir azalmaya neden olabilmektedir.

Sonuç olarak THOMAPYRIN® gebeliğin üçüncü üç aylık döneminde kontrendikedir.

Uzun süreyle yüksek miktarlarda kafein alınması, gebe kadınlarda spontan düşük ya da prematüre doğuma öncülük edebilir.

Laktasyon dönemi:

Parasetamol ve salisilatlar anne sütüne geçerler. Kafein de anne sütüne geçer ve bebeğin durumunu ya da davranışlarını etkileyebilir.

THOMAPYRIN®'in uzun süreli kullanılması ya da yüksek dozlarda alınması durumunda emzirmeye son verilmelidir.

Üreme yeteneği/Fertilite:

Siklooksijenaz/prostaglandin sentezini inhibe eden ilaçların, ovülasyon üzerindeki bir etkiyle dişi fertilitesinde bozulmaya neden olabileceğine yönelik bazı veriler bulunmaktadır. Bu durum tedavinin sonlandırılmasıyla geri dönüşebilir niteliktedir.

4.7 Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

Araç ve makine kullanma becerileri üzerindeki etkilerine yönelik çalışma yürütülmemiştir.

Ancak hastalar, tedavi sırasında somnolans ve görme bozuklukları gibi istenmeyen etkilerin ortaya çıkabileceği ve klinik araştırmalar sırasında baş dönmesi ve vertigo bildirildiği konusunda uyarılmalıdır. Bu nedenle, araç kullanırken ya da makine işletirken dikkatli olunması önerilmelidir. Eğer hastalarda bu gibi semptomlar ortaya çıkarsa, araç kullanma ya da makine işletme gibi tehlike potansiyeli taşıyan işlerden uzak durmalıdırlar.

4.8 İstenmeyen etkiler

Sabit dozlarda parasetamol, asetilsalisilik asit ve kafein kombinasyonu ile yürütülen plasebo kontrollü klinik çalışmalarda tedavi edilen hastalarda, 1143 hastadaki deneyim temelinde, aşağıdaki yan etkiler bildirilmiştir:

MedDRA konvansiyonuna göre yaygınlık dereceleri aşağıdaki gibidir:

Çok yaygın: $\geq 1/10$

Yaygın: $\geq 1/100$ ilâ $< 1/10$

Yaygın olmayan: $\geq 1/1,000$ ilâ $< 1/100$

Seyrek: $\geq 1/10,000$ ilâ $< 1/1,000$

Çok seyrek: $< 1/10,000$

Bilinmiyor: Eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor.

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın: Sinirlilik
Seyrek: Ajitasyon

Sinir sistemi hastalıkları

Yaygın: Baş dönmesi
Seyrek: Tremor

Kulak ve iç kulak hastalıkları

Seyrek: Vertigo

Kardiyak hastalıklar

Yaygın olmayan: Palpitasyonlar
Seyrek: Taşikardi

Gastrointestinal hastalıklar

Yaygın: Abdominal ağrı, dispepsi, bulantı
Yaygın olmayan: Kusma
Seyrek: Diyare, özofajit

Deri ve derialtı dokusu hastalıkları

Seyrek: Hiperhidroz

Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar

Seyrek: Bitkinlik

THOMAPYRIN® içinde bulunan tekil etkin bileşenler için, yukarıda söz edilmeyen ek advers reaksiyonlar aşağıda verilmektedir:

Asetilsalisilik asit

Asetilsalisilik asit için verilen yan etki listesi, romatizmal tablolar nedeniyle uzun dönemli ve yüksek doz ile tedavi edilen hastalardaki gözlemleri de kapsamaktadır.

Kan ve lenf sistemi hastalıkları

Bilinmiyor: Özellikle kontrol altında olmayan hipertansiyonlu hastalarda ve/veya eşzamanlı antikoagülan tedavi görmekte olan hastalarda olmak üzere, bireysel olgularda yaşamı tehdit edici olabilen ağır kanama, örn. serebral kanama (bkz. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri ve Özel kullanım uyarıları ve önlemler) kanama, örn. burun kanaması, diş eti kanaması (tedavi bittikten sonra birkaç gün daha kalıcı olan anti-agregan etki nedeniyle kanama riski artabilir).

Bağışıklık sistemi hastalıkları

Seyrek: Aşırı duyarlılık (anaflaktik şok, anjiyoödem, bronkospazm, hipotansiyon, dispne, ve deri reaksiyonları dahil)

Endokrin hastalıklar

Çok seyrek: Hipoglisemi

Sinir sistemi hastalıkları

Bilinmiyor: Konfüzyonal durum, somnolans, baş ağrısı

Göz hastalıkları

Bilinmiyor: Vizüel bozukluklar

Kulak ve içkulak hastalıkları

Bilinmiyor: İşitmede bozukluk, tinnitus

Gastrointestinal hastalıklar

Seyrek: Uzun süreli kullanımda demir eksikliği anemisiyle sonuçlanabilen gastrointestinal kanama (bkz. Özel kullanım uyarıları ve önlemler), gastrointestinal ülserler

Çok seyrek: Gastrointestinal perforasyon

Bilinmiyor: Eroziv gastrit, epigastrik huzursuzluk

Hepatobilyer hastalıklar

Çok seyrek: Karaciğer fonksiyonlarında anormallik, transaminazlarda artış

Deri ve derialtı dokusu hastalıkları

Seyrek: Şiddetli deri reaksiyonları (eritema multiforme dahil)

Böbrek ve idrar hastalıkları

Çok seyrek: Böbrek yetersizliği

Parasetamol**Kan ve lenf sistemi hastalıkları**

Çok seyrek: Agranülositoz, pansitopeni, lökopeni ve trombositopeni

Bağışıklık sistemi hastalıkları

Çok seyrek: Aşırı duyarlılık (anaflaktik şok, anjiyoödem, dispne, eritem, ürtiker, bulantı ve aşırı terleme dahil)

Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar

Çok seyrek: NSAİİ'lere alerjik olan kişilerde bronkospazm

Hepatobilyer hastalıklar

Seyrek: Transaminazlarda artış

Deri ve derialtı dokusu hastalıkları

Bilinmiyor: İlaç döküntüsü

Kafein**Sinir sistemi hastalıkları**

Bilinmiyor: Uykusuzluk, huzursuzluk

4.9 Doz aşımı ve tedavisi

Yaşlı kişiler, küçük çocuklar, karaciğer bozuklukları olan, kronik olarak alkol tüketen ya da kronik malnutrisyonu olan hastalarda, ayrıca birlikte enzim indükleyici ilaçlarla tedavi edilen hastalarda, fatal sonuçlanım da dahil olmak üzere, intoksikasyon riski artmaktadır.

Semptomlar

Parasetamol:

Semptomlar normal olarak ilk 24 saat içinde ortaya çıkar ve solukluk, bulantı, kusma, anoreksi ve abdominal ağrıyı içerir. Hastalarda geçici bir subjektif iyileşme görülebilir, ama muhtemelen karaciğer harabiyetinin göstergesi olan hafif abdominal ağrı kalıcı olabilir.

Erişkinlerde yaklaşık 6 g ya da daha fazla, çocuklarda 140 mg/kg tek parasetamol dozları hepatoselüler nekroza neden olabilir. Bu durum geri dönüşümsüz tam bir nekroza dönüşebilir; daha sonrasında hepatoselüler yetersizlik, metabolik asidoz ve ensefalopati gelişebilir ve nihayetinde koma ve ölümlerle sonuçlanabilir. Alımdan 12-48 saat sonra ortaya çıkmak üzere, karaciğer transaminazları (AST, ALT), laktat dehidrogenaz ve bilirubinde yükselme ve protrombin zamanında artışlar gözlenmiştir. Karaciğer harabiyetinin klinik semptomları olağan halde 2 gün sonra belirginleşir ve 4-6 gün sonra maksimuma ulaşır.

Şiddetli karaciğer harabiyetinin bulunmadığı durumlarda bile, akut tübüler nekrozla birlikte akut böbrek yetmezliği gelişebilir. Parasetamol doz aşımından sonra, myokardiyal anormallikler ve pankreatit gibi başka non-hepatik semptomlar da bildirilmiştir.

Asetilsalisilik asit:

Hafif akut asetilsalisilik asit toksisitesi semptomları şunlardır; uzun ve derin soluma, kulak çınlaması, bulantı, kusma, görme ve işitme bozuklukları, baş dönmesi ve konfüzyonel durumlar. Ağır zehirlenme durumlarında ise, delirium, tremor, konvülsiyonlar, dispne, terleme, kanamalar, dehidratasyon, plazmanın asit-baz dengesinde ve elektrolit bileşiminde bozukluklar, hipertermi ve koma görülebilir.

Kafein:

Toksisite semptomları, eğer doz kısa bir süre içerisinde alınırsa, 1 g (15 mg/kg) ve üzerindeki kafein dozlarında ortaya çıkabilir.

Akut kafein zehirlenmesinin erken semptomları, genellikle tremor ve huzursuzluktur. Bunları bulantı, kusma, taşikardi ve konfüzyon izler. Ciddi intoksikasyonda, delirium, nöbetler, supraventriküler ve ventriküler taşiaritmiler, hipokalemi ve hiperglisemi ortaya çıkabilir.

Tedavi

Parasetamol:

Parasetamol intoksikasyonundan kuşkulandığında, ilaç alımından sonraki ilk 10 saat içerisinde, N-asetilsistein gibi SH grubu verici ajanların intravenöz yoldan uygulanması endikedir. N-asetilsistein bu süre içinde başlatıldığında en etkili olmakla birlikte, ilaç alımından 48 saat sonra gibi geç bir zamanda verildiğinde de, bir dereceye kadar koruma sağlayabilir; böyle bir durumda daha uzun süreyle alınmalıdır. Plazmadaki parasetamol konsantrasyonu diyaliz ile azaltılabilir.

Plazma parasetamol konsantrasyonlarının belirlenmesi ve karaciğer fonksiyon testlerinin yapılması tavsiye edilmektedir.

Daha ileri önlemler parasetamol intoksikasyonunun klinik semptomlarının şiddeti, niteliği ve seyrine bağlı olacaktır ve standart yoğun bakım protokolleri izlenmelidir.

Asetilsalisilik asit:

Tedaviye genel önlemlerle başlanmalıdır (örn. aktif tıbbi kömür, gastrik lavaj). Zorlu diürez yöntemi kullanılmamalıdır, çünkü salisilat atılımını hızlandırmaz ve pulmoner ödeme neden olabilir. Sodyum bikarbonat ve potasyum klorür çözeltileri infüze edilebilir.

Asetilsalisilik asidin plazma konsantrasyonları diyalizle azaltılabilir.

Kafein:

MSS semptomları ve konvülsiyonlar benzodiazepinler ile tedavi edilebilir; supraventriküler taşikardi intravenöz yoldan uygulanan propranolol gibi beta-blokerler kullanılarak kontrol altına alınabilir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1 Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup:

Diğer analjezikler ve antipiretikler

ATC kodu:

N02 BA51

Asetilsalisilik asit:

Asetilsalisilik asit analjezik, antipiretik ve antiinflamatuvar etkilere sahiptir. Bu özellikler esas olarak prostaglandin biyosentezi üzerindeki etkisinin sonucudur. Asetilsalisilik asit ağrıyı, büyük oranda periferik etkisi sayesinde azaltmaktadır. Asetilsalisilik asidin antipiretik etkisi ise, beyindeki ısı kontrol merkezi üzerindeki etkisi sonucunda ortaya çıkar. Asetilsalisilik asit aynı zamanda, trombositlerdeki siklooksijenaz üzerindeki inhibitör etkisiyle, trombosit agregasyonunu da inhibe eder.

Parasetamol:

Parasetamol analjezik ve antipiretik etkilere ve yanı sıra çok zayıf bir antiinflamatuvar etkiye sahiptir. Etki mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Merkezi prostaglandin sentezini kuvvetli bir şekilde inhibe eder; ancak periferik prostaglandin sentezini yalnızca zayıf bir şekilde inhibe etmektedir. Aynı zamanda endojen pirojenlerin hipotalamustaki ısı regülasyon merkezi üzerindeki etkisini de inhibe eder.

Kafein:

Kafein hafif bir uyarıcıdır ve analjezik özellikleri vardır.

Kombinasyon:

Asetilsalisilik asit ve parasetamol bütünleyici etki mekanizmalarına sahiptir ve sonuçta aditif analjezik etkiler ortaya çıkar. Kafeinin eklenmesi, asetilsalisilik asit+parasetamolün analjezik etkisini yaklaşık % 40 oranında artırır.

5.2 Farmakokinetik özellikler

Asetilsalisilik asit:

Emilim: Oral uygulamadan sonra, non-iyonize asetilsalisilik asidin Emilimi midede ve bağırsakta gerçekleşir. Asetilsalisilik asidin bir kısmı bağırsak duvarında salisilata hidrolize olur. Asetilsalisilik asit emildikten sonra hızla salisilata dönüşür, fakat oral uygulamadan sonraki ilk 20 dakikada plazmada ilacın hakim formudur.

Dağılım: Asetilsalisilik asit plazma proteinlerine bağlanır ve geniş bir dağılım gösterir. Plazmada asetilsalisilik asit konsantrasyonları hızla azalırken, salisilat konsantrasyonları artar. Asetilsalisilik asidin plazma yarı ömrü yaklaşık 15 dakikadır; salisilatın plazma yarı ömrü ise, düşük dozlarda 2-3 saattir. Salisilatlar plazma proteinlerine büyük ölçüde bağlanır ve vücudun bütün bölümlerine hızla dağılırlar.

Salisilatlar anne sütüne ve plasentaya geçerler.

Biyotransformasyon: Asetilsalisilik asidin hızla parçalanmasıyla oluşan salisilatlar esas olarak karaciğer metabolizmasıyla elimine edilir. Metabolitler arasında salisilürik asit, salisil fenolik glukuronid, salisilik açıl glukuronid, gentizik asit ve gentizürik asit yer alır. Başlıca metabolitler olan salisilürik asit ile salisilik fenolik glukuronidin oluşumu kolayca satüre edilir niteliktedir ve Michaelis-Menten kinetiğini izlerler; diğer metabolik yollar birinci-derece proseslerdir. Sonuç olarak, kararlı durum plazma salisilat konsantrasyonları doz ile orantısız bir şekilde artar.

Eliminasyon: 325 mg'lık bir asetilsalisilik asit dozunu izleyerek, eliminasyon bir birinci-derece prosesdir ve serum salisilat yarı ömrü yaklaşık 2 ile 3 saattir; yüksek asetilsalisilik asit dozlarında yarı ömür 15 ile 30 saate çıkar.

250 mg'lık bir asetilsalisilik asit dozunu takiben plazma yarı ömrü 2,8 saattir; 1 g'lık bir dozda yarı ömür 5 saate, 2 g'lık bir dozda 9 saate çıkar.

Salisilatlar da idrarla değişmeden atılır; bu yolla atılan miktar doz artışıyla birlikte artar ve aynı zamanda idrar pH'sına da bağımlıdır; alkali idrarla dozun yaklaşık %30'u, buna karşılık asidik idrarla %2'si atılır.

Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:

Asetilsalisilik asit doğrusal olmayan bir farmakokinetik profil gösterir.

Parasetamol:

Emilim: Oral uygulamadan sonra parasetamol ince bağırsakta hızla ve hemen hemen tamamen emilir ve doruk plazma konsantrasyonları alındıktan yaklaşık 0.5-2 saat sonra ortaya çıkar.

Dağılım: Parasetamol dokulara hızla ve eşit bir şekilde dağılır ve kan beyin bariyerini geçer. Mutlak biyoyararlanım %65 ile %89 arasında değişir ve bu da yaklaşık %20-40'lık bir ilk geçiş etkisine işaret eder. Açlık Emilimi hızlandırır, ama biyoyararlanım üzerindeki etkisi orta derecededir.

Biyotransformasyon: Parasetamol, karaciğerde yoğun bir şekilde metabolize olur ve esas olarak, idrar yoluyla 24 saat içinde tamamen atılan inaktif glukuronik (yaklaşık %60) ve sülfürik asit (yaklaşık %35) konjugatlarına dönüşür.

Eliminasyon: Dozun %5'ten daha azı değişmemiş ana bileşik olarak atılır. Total klerens yaklaşık 350 mL/dakikadır. Terapötik dozlarda plazma yarı ömrü 1.5-3 saattir. Küçük çocuklarda yarı ömür daha uzundur ve sülfat konjügasyonu hakim metabolik yoldur. Plazma parasetamol yarı ömrü, kronik karaciğer hastalığı olan kişilerde ve anormal plazma albumin ve/veya protrombin zamanı oranı durumlarında da uzar. Terapötik dozlarda plazma proteinlerine bağlanma düşüktür (yaklaşık %5 ile %20).

Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:

Özel veri bulunmamaktadır.

Kafein:

Emilim: Kafein, yaklaşık 10 dakikalık bir absorpsiyon yarılanma ömrü ile hızla ve tamamen absorbe olur. Doruk konsantrasyonlara yaklaşık 30-40 dakikada ulaşılır.

Dağılım: Kafein dokuların büyük bir kısmına yayılır, kan-beyin bariyeri, plasenta ve anne sütüne geçer. Proteine bağlanması göreceli olarak düşüktür (%30-%40).

Biyotransformasyon: Ksantin ve ürik asit türevlerine metabolize olur.

Eliminasyon: Eliminasyon yarılanma ömrü, relatif olarak değişkendir (3-11 saat). Kafein ve metabolitleri (ksantin ve ürik asit türevleri) başlıca renal yolla atılır (48 saat içinde dozun %86'sı).

Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:

Özel veri bulunmamaktadır.

Kombinasyon:

Üç etkin maddenin kombine edilmesinden dolayı, her bir bileşiğin miktarı düşüktür. Böylelikle, eliminasyon süreçlerinde, uzamış yarılanma ömrü ya da toksisite riskleriyle birlikte olabilecek bir satürasyon görülmez. Her bir bileşenin absorpsiyonu hızlıdır ve farmakokinetik özellikleri yönüyle uyumludur. Önemli farmakokinetik etkileşmeler gözlenmemiştir.

5.3 Klinik öncesi güvenlilik verileri

Tekil bileşenlerin kemirgenlerde ve kemirgen olmayanlardaki akut oral toksisitesi (LD₅₀), asetilsalisilik asit için 920 ile 4000 mg/kg arasında, parasetamol için 760 ile 3700 mg/kg arasında ve kafein için 155-265 mg/kg arasında değişmiştir. Majör toksisite bulguları kanama ve gastrik ülserler (asetilsalisilik asit), karaciğerde sentrilobüler nekroz (parasetamol) ve, kardiyovasküler ve santral sinir sisteminde değişiklikler (kafein) olmuştur. Asetilsalisilik asit/parasetamol kombinasyonu sıçanlara uygulandığında, akut toksisitede sinerjik etki ile sonuçlanmamıştır. Asetilsalisilik asit/parasetamol/kafein üçlü kombinasyonu (oran: 5/4/1) için sıçanlardaki LD₅₀ ≥1600 mg/kg olmuştur.

İnsanlarda, asetilsalisilik asit, parasetamol ve kafein ile akut intoksikasyon gözlenmiştir. Asetilsalisilik asit için letal doz 10 g, parasetamol için yaklaşık 10 g'dır (hepatotoksisite).

Uzun süreli olarak yüksek dozlarda asetilsalisilik asit ve/veya parasetamol uygulamasının laboratuvar hayvanlarında papiller veya tübüler epitelyal nekroz gibi böbrek lezyonlarına, gastrointestinal ülserler ve kanamalara (asetilsalisilik asit) ve yanı sıra interstisyel nefrit ve

hepatotoksik etkilere (parasetamol) yol açtığı bildirilmiştir. Ancak, sıçanlarda asetilsalisilik asit, parasetamol ve kafein (oran: 5/4/1) ile yapılan 26 haftalık bir toksisite çalışmasında, asetilsalisilik asit kaynaklı, mortalite dahil belirgin gastrointestinal toksisite belirtileri (erozyonlar) ortaya konulmuş, fakat nefrotoksisite artışı verisi bulunmamıştır. Üçlü kombinasyon ile temas, tekil bileşiklere kıyasla daha yüksek bir organ toksisitesiyle sonuçlanmamıştır. Asetilsalisilik asit ve parasetamol kinetikleri, iki ilacın kombine edilmesinden ya da kafeinin eklenmesinden etkilenmemiştir.

Asetilsalisilik asit ile genotoksisiteye yönelik bazı veriler elde edilmiş, ancak uzun dönemli karsinogenisite taylorlerinde negatif sonuç alınmıştır. Sıçanlar ve farelerdeki NTP biyolojik taylorlerinden edinilen veriler temelinde, ancak çeşitli başka genotoksisite ve karsinogenisite çalışmalarının çelişkili sonuçlarına zıt olarak, parasetamol non-genotoksik ve non-karsinogen olarak sınıflandırılmıştır. Parasetamol aynı zamanda IARC tarafından da karsinogen olarak sınıflandırılmamıştır. Kafein çeşitli önemli *in vitro* genotoksisite testlerinde ve kısıtlı *in vivo* verilerde mutajenik değil, ama klastojenik ve/veya anöjenik bulunmuştur. Deney hayvanlarında ve insanlarda karsinogenisite konusundaki veriler yetersizdir.

Asetilsalisilik asit sıçanlar ve tavşanlarda teratojendir. İnsanlarda yapılan geriye dönük araştırmalar çelişkili sonuçlar göstermiştir. Çeşitli araştırmacılar asetilsalisilik asit kullanımı ile malformasyon riskinde artış arasında herhangi bir bağıntı gözlemlememekle birlikte, ayrıntılı bir literatür incelemesinin verileri, gebeliğin ilk trimesterinde asetilsalisilik asit temasının gastroşizi riskinde artış ile bağıntılı olduğu izlenimini vermektedir. Parasetamolün hayvanlarda ve insanlarda teratojen olmadığı bildirilmiştir. Kafeinin maternotoksik dozlarda, laboratuvar hayvanlarında iskelet sisteminde gelişim inhibisyonu ve gros malformasyonlara yol açtığı, ve bu duruma annedeki hemodinamik bozuklukların neden olduğu bildirilmiştir. Ancak kafeinin insanlarda teratojen etkisini destekleyen hiç veri bulunmamaktadır. Çok yüksek oral asetilsalisilik asit ve parasetamol dozlarında, sıçanlarda testisler, epididim ve spermatogenez üzerinde etkiler ve implantasyon sonrası mortalite gözlenmiştir. Kafein çok yüksek oral dozlarda, sıçanlar ve farelerde implantasyon sonrası mortalite ve fertilitate indeksini etkilemiştir. Bu etkilerin fertilitate parametreleri üzerindeki etkileri bilinmemektedir.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1 Yardımcı maddelerin listesi

Mısır nişastası
Laktoz
Stearik asit

6.2 Geçimsizlikler

THOMAPYRIN®'in bilinen bir geçimsizliği yoktur.

6.3 Raf ömrü

THOMAPYRIN® Tablet'in raf ömrü 36 aydır.

6.4 Saklamaya yönelik özel tedbirler

25 °C'nin altında oda sıcaklığında, serin ve kuru bir yerde, ışıktan koruyarak saklanmalıdır.

6.5 Ambalajın niteliği ve içeriği

THOMAPYRIN® Tablet, Alu/PVC blister ambalajlarda ve 10, 20 tablet içeren karton kutularda piyasaya sunulmaktadır.

Bütün ambalaj büyüklükleri pazara verilmeyebilir.

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

Özel bir gereklilik söz konusu değildir.

Kullanılmamış olan ürün ya da atık materyaller, "Tıbbi Atıkların Kontrolü" ve "Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü" yönetmeliklerine uygun olarak imha edilmelidir.

Madde 4.2'ye bakınız.

7. RUHSAT SAHİBİ

Boehringer Ingelheim İlaç Ticaret A.Ş.
Büyükdere Cad. USO Center
No: 245, K: 13-14
34398 Maslak - İSTANBUL

Tel: (0 212) 329 1100 Faks: (0 212) 329 1101

8. RUHSAT NUMARASI

110 / 48

9. İLK RUHSAT TARİHİ / RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 23.07.2001

Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ