

## KISA ÜRÜN BİLGİSİ

### 1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

DEPREKS 20 mg kapsül

### 2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

#### **Etkin madde:**

Her kapsül 20 mg fluoksetin'e eşdeğer miktarda fluoksetin hidroklorür içerir.

#### **Yardımcı maddeler:**

Yardımcı maddeler için bkz. bölüm 6.1

### 3. FARMASÖTİK FORM

Kapsül

Kapsüller yeşil ve bej renktedir.

### 4. KLİNİK ÖZELLİKLER

#### **4.1. Terapötik endikasyonlar**

DEPREKS depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, bulimia nervoza ve pre-menstrüel disforik bozukluk tedavisinde endikedir.

#### **4.2. Pozoloji ve uygulama şekli**

##### **Pozoloji:**

##### *Depresyon*

*Erişkinler ve yaşlılarda:* Günde 20 mg'lık doz önerilmektedir. Doz, tedavi başlangıcından sonraki 3-4 hafta içinde değerlendirilmeli ve eğer gerekliyse ayarlanmalı ve bundan sonra klinik olarak uygun doza karar verilmelidir. Daha yüksek dozlarda yan etki olasılığı artsa da 20 mg'lık dozun yeterli olmadığı bazı hastalarda doz kademeli olarak maksimum 60 mg'a kadar artırılabilir (bkz. bölüm 5.1). Doz ayarlaması bireysel hasta bazında, hastanın minimum etkin dozu alacağı şekilde dikkatlice yapılmalıdır.

Depresyon tedavisi gören hastalar semptomlardan tamamen kurtulmak için en az 6 ay tedavi edilmelidir.

##### *Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB):*

Erişkinler ve yaşlılarda: Günde 20 mg'lık doz önerilmektedir. Daha yüksek dozlarda yan etki olasılığı artsa da, iki hafta sonunda 20 mg'lık dozun yeterli olmadığı bazı hastalarda doz kademeli olarak maksimum 60 mg'a kadar artırılabilir.

Eğer 10 hafta içinde hiç iyileşme görülmezse, fluoksetin ile tedavi tekrar değerlendirilmelidir.

Eğer uygun terapötik etki sağlanırsa bireysel bazda doz ayarlaması ile tedaviye devam edilebilir.

Fluoksetin tedavisine ne kadar süre devam edileceğine cevap verecek sistematik çalışma bulunmazken, OKB kronik bir hastalıktır ve 10 haftaya kadar tedaviye devam edildiğinde hastalarda cevap alınması olasıdır. Doz ayarlaması hasta minimum etkin dozu alacak şekilde dikkatlice yapılmalı ve tedavinin gerekliliği periyodik olarak tekrar gözden geçirilmelidir. Bazı doktorlar ilaçla tedavi ile iyileşmiş hastalarda tedaviye davranış psikoterapisinin de eşlik etmesini savunmaktadır. OKB'ta uzun süreli etkililik (24 haftadan fazla) kanıtlanmamıştır.

*Bulimia nervoza:*

Erişkin ve yaşlılarda: Günde 60 mg'lık doz önerilmektedir. Bulimia nervoza'da uzun süreli etkililik (3 aydan fazla) kanıtlanmamıştır.

*Pre-menstrüel disforik bozukluk (PMDB):*

Menstrüel siklus boyunca her gün 20 mg doz ya da aralıklı olarak menstrüasyonun başlangıcından 14 gün önce başlayarak adet ilk gününe kadar ve her siklusta tekrarlayacak şekilde doz önerilmektedir.

**Uygulama sıklığı ve süresi:**

*Erişkinler - Tüm endikasyonlar:* Günde tek doz ya da bölünmüş dozlar halinde uygulanır, hastalığa bağlı olarak uygulama süresi değişmektedir (bkz. pozoloji). Günde 80 mg'ın üzerindeki dozlar sistematik olarak değerlendirilmemiştir.

İlaç kesildikten sonra etkin madde vücutta haftalar boyu kalır. Tedaviye başlarken ya da sonlandırırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

**Uygulama şekli:**

Fluoksetin tek başına ya da bölünmüş dozlar halinde, aç ya da tok karına yalnız erişkin hastalarda oral yoldan uygulanabilir.

Kapsül ve likit dozaj formları biyoeşdeğerdir.

**Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:**

**Karaciğer yetmezliği:** Karaciğer bozukluğu (bkz. bölüm 5.2) veya beraber kullandıkları ilaçların DEPREKS ile etkileşime girme olasılığı olan hastalarda (bkz. bölüm 4.5) dozun ya da doz sıklığının azaltılması (örn. gün aşırı 20 mg) düşünülmelidir.

**Pediyatrik popülasyon:** Çocuklarda ve ergenlerde (18 yaşın altındaki) DEPREKS kullanımı önerilmez.

**Geriatrik popülasyon:** Dozu artırırken dikkat edilmesi ve günlük dozun genelde 40 mg'ı aşmaması tavsiye edilir. Maksimum tavsiye edilen doz günde 60 mg'dır.

*DEPREKS tedavisi kesildiğinde görülen yoksunluk semptomları:* Tedavinin aniden kesilmesinden kaçınılmalıdır. DEPREKS tedavisi kesileceği zaman yoksunluk reaksiyonu riskini azaltmak için doz kademeli olarak en az 1-2 haftalık sürede azaltılmalıdır (bkz. bölüm 4.4 ve 4.8). Eğer dozun azaltılması ya da tedavinin kesilmesinden sonra tolere edilemeyen semptomlar gelişirse, devamında önceden reçetelenen doz ile devam etmek düşünülmelidir. Sonrasında doktor dozu kademeli olarak azaltmaya devam edebilir.

**4.3. Kontrendikasyonlar**

Fluoksetin'e ya da yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık gösteren hastalarda kontrendikedir.

Monoamin oksidaz inhibitörleri: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) bir monoamin oksidaz inhibitörü (MAOI) ile birlikte kullanıldığında ve SSRI tedavisinin kesilmesinden hemen sonra MAOI tedavisine geçen hastalarda ağır ve bazen ölümlü sonuçlanabilen reaksiyonlar görüldüğü bildirilmiştir. İrreversibl MAOI kullanımına son verildikten en az 2 hafta ve reversibl MAOI-A kullanımına son verildikten en az 1 gün sonra fluoksetin tedavisine başlanmalıdır.

Bazı vakalarda serotonin sendromuna benzer (nöroleptik malign sendromuna benzer ve teşhis edilebilen) özellikler görülmüştür. Siproheptadin veya dantrolen bu tür reaksiyon geçiren hastalar için yararlı olabilir. MAOI'lerle ilaç etkileşim semptomları: hipertermi, rijidite, miyoklonus, yaşamsal belirtilerde olası hızlı dalgalanmalarla birlikte otonomik instabilite, deliryum ve koma yönünde ilerleyen konfüzyon, iritabilite ve aşırı ajitasyon dahil mental durum değişiklikleridir.

Bu nedenle, fluoksetin'in seçici olmayan MAOI'lerle birlikte kullanımı kontrendikedir. Benzer olarak fluoksetin tedavisinin durdurulup MAO inhibitörü tedavisine başlanacağı zaman en az 5 haftalık bir süre geçmelidir. Eğer fluoksetin kronik ve/veya yüksek dozda reçetelendirilecekse daha uzun zaman aralığı dikkate alınmalıdır.

Fluoksetin'in bir reversibl MAOI(örn. moklobemid, linezolid, metiltiyoninyum klorür (metilen mavisi olarak da bilinen geri dönüşümlü seçici olmayan MAOI)) ile birlikte kullanımı önerilmemektedir. Reversibl MAO inhibitör kullanımına son verildikten 1 gün sonra fluoksetin tedavisi başlatılabilir.

İstisnai durumlarda, serotonin sendromu semptomlarının yakın gözlemi ve kan basıncının izlenmesinin mümkün olduğu tesislerde linezolid (geri dönüşümlü selektif olmayan MAOI olan bir antibiyotik) fluoksetin ile kombine olarak verilebilir.

Pimozid: Hastalarda pimozid ile birlikte fluoksetin kullanımı kontrendikedir.

Tiyoridazin: Tiyoridazin DEPREKS ile birlikte kullanılmamalıdır ya da DEPREKS kullanımı bırakıldıktan en az 5 hafta sonra kullanılmalıdır.

#### 4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

**Antidepresan ilaçların çocuklar ve 24 yaşına kadar olan gençlerdeki kullanımlarının, intihar düşünce ya da davranışlarını arttırma olasılığı bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle tedavinin başlangıcı ve ilk aylarda, ilaç dozunun artırılma/azaltılma ya da kesilme dönemlerinde hastanın gösterebileceği huzursuzluk, aşırı hareketlilik gibi beklenmedik davranış değişiklikleri ya da intihar olasılığı gibi nedenlerle hastanın gerek ailesi gerekse tedavi edicilerce yakinen izlenmesi gereklidir. 18 yaşın altındaki ergenlerde ve çocuklarda DEPREKS kullanımı önerilmez.**

Çocuklar ve ergenler: SSRI'lar (sertralin, sitalopram, paroksetin, fluoksetin, fluvoksamin gibi) ve diğer yeni antidepresanların (venlafaksin, mirtazapin) gerek yetişkin gerekse çocuklarda kullanımlarında, tedavinin özellikle ilk haftalarında ajitasyon şeklinde zarar verici davranış değişikliklerine neden olabilir. Plaseboyla karşılaştırmalı olarak antidepresanlarla tedavi olan çocuklar ve ergenlerde yapılan klinik çalışmalarda en yaygın olarak intiharla ilişkili davranışlar (intihara teşebbüs ve intihar düşüncesi) ve saldırgan tutum ve davranışlar (ağırlıklı olarak agresyon, karşı gelme ve öfke) gözlenmiştir. Eğer klinik ihtiyaca dayanarak, tedavi

kararı yine de alınmışsa, hasta intihar semptomlarının ortaya çıkmasına karşı dikkatle izlenmelidir. Bunun yanı sıra, çocuklar ve ergenlerdeki büyüme, cinsel olgunlaşma, bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişime ait etkilerin dahil olduğu uzun-süreliliğe ilişkin çok sınırlı kanıt bulunmaktadır (bkz. bölüm 5.3).

19 haftalık klinik çalışmada fluoksetin'le tedavi edilen çocuklar ve ergenlerin boyunda kısılma ve kilosunda azalma gözlenmiş (bkz. bölüm 5.1) ancak bunun normal yetişkin boyuna ulaşmada bir etkisinin olduğu tespit edilmemiştir. Pubertedeki gecikme olasılığı göz ardı edilmemelidir (bkz. bölüm 5.3 ve 4.8). Fluoksetin'le tedavi sırasında ve tedavi sonrasında büyüme ve pubertal gelişim (boy, kilo ve TANNER derecelendirmesi) izlenmelidir. Eğer her ikisinde de yavaşlama olursa, bir çocuk hastalıkları uzmanına danışılmalıdır.

Pediyatrik çalışmalarda, mani ve hipomani yaygın olarak rapor edilmiştir (bkz. bölüm 4.8). Bu nedenle, mani/hipomani oluşumu yönünden düzenli izleme tavsiye edilir. Manik faza giren hastalarda fluoksetin kullanımı sonlandırılmalıdır.

Doktorların tedavinin riskleri ve yararlarını çocuk/ergen ve/veya onların aileleri ile dikkatli bir şekilde tartışması çok önemlidir.

Döküntü ve alerjik reaksiyonlar: Döküntü, anafilaktoid olaylar ve kimi zaman ciddi olabilen progresif sistemik olaylar (deri, böbrek, karaciğer ya da akciğerleri etkileyen) bildirilmiştir. Döküntü ya da diğer alerjik durumlar için başka bir etiyoloji belirlenemediğinde, DEPREKS tedavisi kesilmelidir.

Epileptik nöbetler: Antidepresan ilaçların potansiyel risklerinden birisi de nöbetlerdir. Bu nedenle diğer antidepresanlarda olduğu gibi, epilepsi öyküsü bulunan hastalarda fluoksetin dikkatle kullanılmalıdır. Nöbet geçiren ya da nöbet sıklığında artış olan hastalarda tedavi kesilmelidir. Stabil olmayan nöbet bozukluğu/epilepsisi bulunan hastalarda fluoksetin kullanımından kaçınılmalı ve hastalığı kontrol altında olan epilepsi vakaları, fluoksetin kullanımı sırasında yakından izlenmelidir.

Mani: Mani/hipomani öyküsü bulunan hastalarda antidepresan kullanımı sırasında dikkatli olunmalıdır. Tüm antidepresanlarda olduğu gibi, manik faza giren hastalarda fluoksetin tedavisi kesilmelidir.

Karaciğer/Böbrek fonksiyonu: Fluoksetin büyük ölçüde karaciğer tarafından metabolize edilir ve böbrekler tarafından atılır. Belirgin karaciğer fonksiyon bozukluğu bulunan hastalarda daha düşük doz (örn. gün aşırı) önerilir. Hemodiyaliz gerektirecek derecede ağır böbrek yetersizliği (GFR (Glomerüler Filtrasyon Hızı) <10 ml/dak) olan ve 2 ay boyunca günde 20 mg fluoksetin verilen hastalardaki plazma fluoksetin ya da norfluoksetin düzeyleri, böbrek fonksiyonları normal olanlardan farklı bulunmamıştır.

Tamoksifen: CYP2D6'nın potent inhibitörü olan fluoksetin, tamoksifen'in en önemli etkin metaboliti olan endoksifen'in konsantrasyonlarında azalmaya yol açabilir. Bu nedenle fluoksetin'in tamoksifen tedavisi sırasında kullanımından kaçınılmalıdır (bkz. bölüm 4.5).

Kardiyovasküler etkiler: Pazarlama sonrası dönemde QT aralığı uzaması ve Torsade de Pointes'i de içeren ventriküler aritmi vakaları bildirilmiştir (bkz. bölüm 4.5, 4.8 ve 4.9).

Fluoksetin, konjenital uzun QT sendromu olan, ailesinde QT uzaması öyküsü veya aritmilere yatkınlığa neden olabilecek başka klinik durumu olan (örn. hipokalemi, hipomagnezemi,

bradikardi, akut miyokardiyal enfarktüs ya da kompanse edilemeyen kalp yetmezliği) veya artmış fluoksetin maruziyeti (ör. hepatik yetmezlik) olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Eğer stabil kardiyak hastalığı olan hastalar tedavi edilirse, tedaviye başlamadan önce EKG değerlendirmesi dikkate alınmalıdır. Eğer fluoksetin ile tedavi esnasında kardiyak aritmi belirtileri oluşursa, tedavi durdurulmalı ve EKG çekilmelidir.

Kilo kaybı: DEPREKS kullanan hastalarda kilo kaybı gözlenirse de, bu kayıp genellikle başlangıçtaki vücut ağırlığıyla orantılıdır.

Diyabet: Diyabetik hastalarda SSRI tedavisi glisemik kontrolü etkileyebilmektedir. Fluoksetin tedavisi sırasında hipoglisemi oluşabilir ya da fluoksetin tedavisinin kesilmesinden sonra hiperglisemi gelişebilir. Bu nedenle fluoksetin uygulanan diyabetli hastalarda insülin ve/veya oral hipoglisemik dozunun ayarlanması gerekebilir.

İntihar/intihar düşüncesi: Depresyon doğası gereği intihar düşüncesi, kendine zarar verme ve intihar (intiharla ilgili olaylar) riskini artırır. Belirgin remisyona kadar bu risk devam eder. İyileşme, tedavinin ilk birkaç haftası ve sonrasında ortaya çıkmayabilir, o nedenle hasta iyileşinceye kadar yakından izlenmelidir. Klinik deneyimler depresyon tedavilerinin erken evrelerinde intihar riskinin artabileceğini göstermektedir.

DEPREKS reçetelendirildiğinde görülebilecek diğer psikiyatrik durumlar intihar ile ilgili olaylarda artan risktir. Bununla birlikte bu durum majör depresyon nedeniyle de olabilir. Aynı durum depresyon tedavisi gören hastalarda da olabildiğinden diğer psikiyatrik bozukluklar için tedavi gören hastalar yakından izlenmelidir.

İntihar öyküsü olan hastalarda tedavi öncesi ve tedavi tamamlanana kadar intihar fikrini gerçekleştirme olasılığı, intihar düşüncesi ya da intihar girişimi riski anlamlı derecede daha fazladır ve bu hastalar tedavi süresince yakından izlenmelidir. Psikiyatrik bozukluğu olan yetişkin hastalarda yapılan plasebo-kontrollü klinik çalışmaların meta analizinde, 25 yaşın altındaki hastalarda plaseboya göre antidepresan kullananlarda intihar davranışlarında artan bir risk oluşmuştur.

Hastalar yakından izlenmeli ve özellikle risk altında olanlarda tedavinin başlangıcı ve takip eden doz değişikliklerinde ilaç tedavisine devam edilmelidir. Hastalar (ve hastaların bakımların yapanlar), herhangi bir klinik kötüleşme, intihar niteliğinde davranış veya düşüncelerde ve davranışta olağandışı değişikliklerle ilgili olarak gözlem ihtiyacı konusunda uyarılmalı ve eğer bu belirtiler varsa derhal doktora başvurmalarıdır.

Akatizi/psikomotor bozukluk: Fluoksetin kullanımı kişisel huzursuzluk ya da sıkıntı ve sakin biçimde oturamama ya da ayakta duramama durumuna eşlik eden sıkça hareket etme ile karakterize akatizi gelişimi ile sonuçlanabilir. Bu durum büyük çoğunlukla tedavinin ilk birkaç haftasında görülür. Bu semptomları gösteren hastalarda dozun artırılması zararlı olabilir.

SSRI tedavisi kesildiğinde görülen yoksunluk semptomları: Özellikle tedavide aniden ilaç bırakımında görülen yoksunluk semptomları yaygındır (bkz. bölüm 4.8.). Klinik çalışmalarda tedavi kesildiğinde fluoksetin ve plasebo hasta gruplarının yaklaşık %60'ında advers olaylar görülmüştür. Bu advers olayların fluoksetin grubunda %17'si ve plasebo grubunda ise %12'si ciddi yapıdadır.

Yoksunluk semptomları görülme riski tedavi dozu ve süresi ve doz azaltma hızı gibi çeşitli faktörlere bağlı olabilir. Sersemlik hali, duyuşal rahatsızlıklar (parestezi dahil), uyku bozuklukları (insomnia ve yoğun rüyalar dahil), asteni, ajitasyon ya da anksiyete, bulantı ve/veya kusma, titreme ve baş ağrısı en sık bildirilen olaylardır. Bazı hastalarda ciddi olsa da bu semptomlar genellikle hafif ila orta şiddettedir. Bunlar genellikle tedavi kesildikten sonra ilk birkaç gün içinde görülür. Semptomlar bazı bireylerde uzun sürmesine rağmen (2-3 ay ya da daha fazla) genellikle kendiliğinden iyileşir ve 2 hafta içinde ortadan kalkar. Bu nedenle DEPREKS tedavisi hastanın ihtiyacına göre en az bir iki haftalık sürede kademeli olarak azaltılmalıdır (bkz. bölüm 4.2).

Kanama: SSRI'ların kullanımı sırasında ekimoz ve purpura gibi kutanöz kanama bozuklukları bildirilmiştir. Fluoksetin tedavisi sırasında ekimoz ender olarak görülür. Diğer hemorajik olaylar da (örn. jinekolojik kanama, gastrointestinal kanama ve diğer kutanöz ya da muköz kanamalar) nadiren bildirilmiştir. SSRI'ların özellikle oral antikoagülanlarla birlikte kullanımı, trombosit fonksiyonlarını etkilediği bilinen ilaçlarla (örn. klozapin, fenotiyazinler, trisiklik antidepresanların çoğu, aspirin ve Non Steroidal Antienflematuar İlaçlar (NSAİİ'ler)) veya kanama riskini artıran diğer ilaçlarla ve kanama bozukluğu öyküsü bulunan hastalarda kullanımı sırasında dikkatli olunması gerekir.

Midriyazis: Fluoksetinle birlikte midriyazis rapor edilmiştir; o nedenle intraoküler basıncı artmış ya da akut dar açılı glokom riski olan hastalarda reçete edilirken dikkat edilmelidir.

Elektrokonvülf tedavi (EKT): Fluoksetin kullanımı sırasında EKT uygulanan hastalarda nadiren de olsa nöbetlerde uzama bildirilmiştir. Bu nedenle dikkatli olunması önerilir.

Hiponatremi: Hiponatremi vakaları (bazılarında serum sodyum 110 mmol/L'den düşük) rapor edilmiştir. Bu vakaların çoğunluğu yaşlı hastalarda ve diüretik ya da bir başka deyimle sıvı kaybına uğramış hastalarda meydana gelir.

St. John's Wort bitkisi: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve bitkisel kökenli bir ilaç olan St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) birlikte kullanıldığında serotonin sendromu gibi serotonerjik etkilerde artış görülebilir.

Özellikle diğer serotonerjik (L-triptofan gibi) ve/veya nöroleptik ilaçlarla birlikte fluoksetin kullanımı ile nadiren serotonin sendromu ya da nöroleptik malign sendrom benzeri olayların geliştiği bildirilmiştir. Bu sendromlar hayatı tehdit edici durumlarla sonuçlandığından, bu olaylar (hipertermi, rijidite, miyoklonus, yaşamsal belirtilerde olası ani dalgalanmalarla birlikte otonomik instabilite, deliryum ve koma yönünde ilerleyen konfüzyon, iritabilite, aşırı ajitasyon dahil mental durum değişiklikleri gibi değişik semptomlarla karakterize) görüldüğünde tedavi kesilmeli ve destekleyici semptomatik tedavi başlatılmalıdır.

Torsades de Pointes ve/veya QT uzaması: Uzun QT sendromu / Torsades de Pointes'e neden olabilen ilaçlar ile birlikte kullanıldığında uzun QT sendromu/Torsades de Pointes oluşma riski artabilir. Bu nedenle, eğer fluoksetin bu tür ilaçları kullanan hastaların tedavi rejimine eklenirse, önceden kullanılmakta olan ilaçlarda dozun azaltılmasına ihtiyaç duyulabileceği dikkate alınmalıdır.

#### **4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri**

Etkileşim çalışmaları yalnız yetişkinler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Yarılanma ömrü: Farmakokinetik ya da farmakodinamik ilaç etkileşimleri değerlendirilirken fluoksetin ve norfluoksetin'in uzun eliminasyon yarılanma ömürleri (bkz. bölüm 5.2) dikkate alınmalıdır (örn. Fluoksetin'den diğer antidepresanlara geçerken).  
Monoamin oksidaz inhibitörleri: (bkz. bölüm 4.3)

Önerilmeyen kombinasyonlar: MAOI-A (bkz. bölüm 4.3)

Birlikte kullanılırken önlem alınması gereken kombinasyonlar: MAOI-B (selegelin): serotonin sendromu riski vardır. Klinik durumun izlenmesi önerilir.

Fenitoin: Fluoksetin'le birlikte kullanıldığında kan düzeylerinde değişiklik gözlenmektedir. Bazı vakalarda toksisite belirtileriyle karşılaşmıştır. Eş zamanlı ilacın dozu konservatif titrasyon programıyla azaltılmalı ve hastanın klinik durumu izlenmelidir.

Serotonerjik ilaçlar: Serotonerjik ilaçlarla (örn. tramadol ve triptan'lar gibi migren tedavisinde kullanılan ilaçlar) birlikte kullanım serotonin sendromu riskini artırabilir. Triptan'larla birlikte kullanımları ayrıca koroner vazokonstriksiyon ve hipertansiyon riski taşır. SNRI ilaçlarla birlikte kullanımda da sözü edilen riskler bulunur.

Lityum ve triptofan: SSRI'lar lityum ya da triptofan ile birlikte kullanıldıklarında serotonin sendromu bildirilmiştir. Bu nedenle fluoksetin'in bu ilaçlarla birlikte kullanımı sırasında dikkatli olunmalıdır. Fluoksetin lityum'la birlikte kullanılacağı zaman yakın ve daha sık klinik takip gereklidir.

CYP2D6 izoenzimi: Fluoksetin'in metabolizmasından hepatic sitokrom grubu CYP2D6 izoenzim sistemi sorumlu olduğu için (trisiklik antidepresanlarda ve diğer SSRI grubu antidepresanlarda olduğu gibi) aynı enzim sistemiyle metabolize edilen ilaçlarla beraber alınır, ilaç etkileşimlerine yol açabilir. Metabolizmaları önemli ölçüde bu enzim aracılığıyla gerçekleşen ve dar bir terapötik indekse sahip olan ilaçlarla (örn. flekainid, enkainid, vinblastin, karbamazepin ve trisiklik antidepresanlar) birlikte kullanım sırasında, tedaviye başlarken ya da doz ayarlanacağı zaman doz aralığının alt sınırına yakın dozlar kullanılmalıdır. Son 5 hafta içerisinde fluoksetin kullanmış olan hastalar için de aynı kural geçerlidir.

CYP2D6 inhibitörlerine tamoksifen'in farmakokinetik etkileşmesi, tamoksifen'in en etkili formu olan endoksifen'in plazma düzeylerinde %65-75 azalma sonucu literatürde bildirilmiştir. Bazı SSRI antidepresanlarla birlikte kullanımında tamoksifen'de etkililik azalması olduğu bazı çalışmalarda rapor edilmiştir. Tamoksifen'in etki azalması ihtimali nedeniyle, CYP2D6'nın güçlü inhibitörleriyle (fluoksetin dahil) birlikte kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (bkz. bölüm 4.4).

MSS'ni etkileyen ilaçlar: Fenitoin, karbamazepin, haloperidol, klozapin, diazepam, alprazolam, lityum, imipramin ve desipramin ile bazı vakalarda klinik toksisite belirtileri gözlenebilmektedir.

Proteine bağlanma: Fluoksetin'in plazma proteinlerine güçlü bağlanması nedeniyle proteine güçlü bağlanan bir başka ilacı kullanan hastaya fluoksetin uygulanması her iki ilacın plazma konsantrasyonlarında değişikliğe neden olabilir.

Oral antikoagülanlar: Fluoksetin oral antikoagülanlarla birlikte uygulandığında nadiren de olsa antikoagülan etkilerinde (laboratuvar değerleri ve/veya klinik bulgu ve semptomlar) belirli bir

kalıba uymayan ancak kanamada artışın da dahil olduğu değişiklikler gözlenmiştir. Varfarin kullanan hastalarda fluoksetin tedavisi başlatıldığında ya da durdurulduğunda koagülasyon yakından dikkatle izlenmelidir (bkz. bölüm 4.4).

Elektrokonzülif tedavi (EKT): Fluoksetin kullanımı sırasında EKT uygulanan hastalarda nadiren de olsa nöbetlerde uzama bildirilmiştir. Bu nedenle dikkatli olunması önerilir.

QT aralığı uzaması: Fluoksetin ve QT aralığını uzatan diğer ilaçlar arasında farmakokinetik ve farmakodinamik çalışmalar yapılmamıştır. Fluoksetin'in ve diğer bu ilaçların aditif etkisi göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle fluoksetin, Sınıf IA ve III antiaritmikler, antipsikotikler (ör. fenotiyazin türevleri, pimozid, haloperidol), trisiklik antidepresanlar, bazı antimikrobiyal ajanlar (örneğin sparfloksasin, moksifloksasin, eritromisin IV, pentamidin) antimalaryal tedavi özellikle halofantrin, belli antihistaminikler (astemizol, mizolastin) gibi QT aralığını uzatan ilaçlarla birlikte uygulanırken dikkatli olunmalıdır.

Alkol: Klinik çalışmalarda fluoksetin kandaki alkol düzeylerini ya da alkolün etkilerini artırmamıştır. Ancak SSRI'larla birlikte alkol kullanımı önerilmez.

St. John's Wort bitkisi: Diğer SSRI'larda olduğu gibi fluoksetin ve bitkisel kökenli bir ilaç olan St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) birlikte kullanıldığında aralarındaki farmakodinamik etkileşimden dolayı istenmeyen etkilerde artış görülebilir. Birlikte kullanılmamalıdır.

### **Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler**

Herhangi bir etkileşim çalışması yapılmamıştır.

### **Pediyatrik popülasyon**

Herhangi bir etkileşim çalışması yapılmamıştır.

## **4.6. Gebelik ve laktasyon**

### **Genel tavsiye**

Gebelik Kategorisi: C

### **Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/ Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)**

Tedavi sırasında gebe kalan ya da gebe kalmayı planlayan hastaların bu durumu hekimlerine bildirmeleri önerilmelidir.

### **Gebelik dönemi**

Fluoksetin'in bu grup hasta üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar, gebelik / ve-veya / embriyonal/fetal gelişim/ve-veya/ doğum/ve-veya/ doğum sonrası gelişim üzerindeki etkiler bakımından yetersizdir (bkz. kısım 5.3). İnsanlara yönelik potansiyel risk bilinmemektedir. Ancak, fluoksetin'in plasentayı geçtiği ve yeni doğan üzerinde advers etki olasılığı olduğundan fluoksetin gebelik döneminde, ancak potansiyel yararlar fetusun maruz kalabileceği potansiyel risklerden fazla olduğu sürece kullanılmalıdır. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda gebeliğin birinci trimesterinde fluoksetin kullanımının kardiyovasküler defekt riskini artırdığı belirtilmektedir. Mekanizma bilinmemektedir. Veriler gebelik sırasında annenin fluoksetin maruziyeti sonrası, kardiyovasküler defekt oluşması riski 2/100 iken, bu durum, genel popülasyonda yaklaşık 1/100'dür.

Epidemiyolojik veriler selektif SSRI grubu ilaçların, gebeliklerde, özellikle gebeliğin son evresinde kullanımında yeni doğanda potansiyel dirençli pulmoner hipertansiyon riskini



artırabilmektedir. Gözlenen risk yaklaşık 1000 gebelik başına 5 vakadır. Genel popülasyonda 1000 gebelik başına 1-2 dirençli pulmoner hipertansiyon vakası oluşur.

Ayrıca, fluoksetin gebelik sırasında kullanılmasına karşın, özellikle gebeliğin son evresinde ya da doğum başlamadan hemen önce kullanımında bebeklerde iritabilite, tremor, hipotoni, sürekli ağlama, emmekte veya uyumada zorluk gibi bazı etkiler görüldüğünden dikkat edilmelidir. Bu belirtiler ya serotonerjik etkileri ya da yoksunluk sendromunu işaret eder. Oluşma zamanı ve bu belirtilerin süresi fluoksetin'in (4-6 gün) ve etkin metaboliti olan norfluoksetin'in (4-16 gün) uzun yarı ömrü ile ilişkili olabilir.

### **Laktasyon dönemi**

Fluoksetin ve metaboliti olan norfluoksetin anne sütüne geçer. Tedavi sırasında emzirilen bebeklerde yan etki bildirilmiştir. Eğer fluoksetin tedavisi gerekli görülüyorsa, emzirmenin kesilmesi düşünülmelidir, ancak emzirmeye devam edilecekse fluoksetin'in en düşük etkili dozu kullanılmalıdır.

### **Üreme yeteneği / Fertilite**

Hayvan verileri fluoksetin'in sperm kalitesini etkileyebildiğini göstermiştir (bkz. bölüm 5.3). Bazı SSRI'larla ilgili insan vaka raporları sperm kalitesi üzerine olan etkinin geri dönüşümlü olduğunu göstermiştir.

İnsan fertilitesi üzerine etkisi şu ana kadar gözlenmemiştir.

### **4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler**

Sağlıklı gönüllülerde fluoksetin'in psikomotor performansı etkilemediği gösterilmiş olsa da, her türlü psikoaktif ilacın karar verme kabiliyetini ya da el becerilerini etkileyebileceği unutulmamalıdır. Hastalar performanslarının etkilenmediğinden emin olana kadar araç ya da tehlikeli makine kullanımından kaçınılmalıdır.

### **4.8. İstenmeyen etkiler**

Fluoksetin'le tedavi edilen hastalarda en sık rapor edilen advers reaksiyonlar baş ağrısı, bulantı, insomnia, yorgunluk ve diyaredir. İstenmeyen etkilerin yoğunluğu ve sıklığı tedavi sürdürüldüğünde azalabilir ve genellikle tedavinin kesilmesine yol açmaz.

Aşağıda, klinik araştırmalarda gözlenen (n=9297) spontan advers reaksiyonlar verilmektedir. Advers reaksiyonlar diğer SSRI grubu ilaçlarla görülenlerle aynıdır.

İstenmeyen etkiler, aşağıda MedDRA sistem-organ sınıfına göre ve mutlak sıklık olarak verilmiştir. Çok yaygın ( $\geq 1/10$ ); yaygın ( $\geq 1/100$  ila  $< 1/10$ ); yaygın olmayan ( $\geq 1/1.000$  ila  $< 1/100$ ); seyrek ( $\geq 1/10.000$  ila  $< 1/1.000$ ); çok seyrek ( $< 1/10.000$ ), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

### **Kan ve lenf sistemi hastalıkları**

Çok seyrek: Trombositopeni

### **Bağışıklık sistemi hastalıkları**

Seyrek: Anafilaktoid reaksiyon, serum hastalığı

### **Endokrin hastalıkları**

Bilinmiyor: Uygun olmayan antidiüretik hormon salgılanması

### **Metabolizma ve beslenme hastalıkları**

Yaygın: İştah azalması<sup>1</sup>  
Seyrek: Hiponatremi

### **Psikiyatrik hastalıklar**

Çok yaygın: İnsomnia<sup>2</sup>  
Yaygın: Anksiyete, sinirlilik, rahatsızlık, gerginlik, anormal rüyalar<sup>3</sup>, libido azalması<sup>4</sup>, uyku bozuklukları  
Yaygın olmayan: Depersonalizasyon, keyifli hal, öforik hal, anormal düşünceler, anormal orgazm<sup>5</sup>, bruksizm  
Seyrek: Hipomani, mani, halusinasyonlar, ajitasyon, panik ataklar  
Bilinmiyor: İntihar düşünce ve davranışları<sup>14</sup>, konfüzyon, disfemi

### **Sinir sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Baş ağrısı  
Yaygın: Dikkat bozukluğu, sersemlik hali, tat almada bozukluk, yorgunluk, uyku hali<sup>6</sup>, tremor  
Yaygın olmayan: Diskinezi, ataksi, denge bozukluğu, miyoklonus, psikomotor hiperaktivite  
Seyrek: Konvülziyon, akatizi, bukkoglossal sendrom  
Bilinmiyor: Serotonin sendromu, hafıza bozukluğu

### **Göz hastalıkları**

Yaygın: Bulanık görme  
Yaygın olmayan: Midriyazis

### **Kulak ve iç kulak hastalıkları**

Bilinmiyor: Tinnitus

### **Kardiyak hastalıklar**

Yaygın: Palpitasyonlar  
Seyrek: Torsade de Pointes'i de içeren ventriküler aritmi, elektrokardiyogramda uzamış QT

### **Vasküler hastalıklar**

Yaygın: Yüzde kızarma<sup>7</sup>  
Yaygın olmayan: Hipotansiyon  
Seyrek: Vaskülit, vazodilatasyon

### **Solunum, göğüs ve mediastinal hastalıklar**

Yaygın: Esneme  
Yaygın olmayan: Dispne  
Seyrek: Farenjit  
Bilinmiyor: Pulmoner olaylar (çeşitli histopatoloji ve/veya fibrozisin enflamatuvar prosesleri), epistaksis

### **Gastrointestinal hastalıklar**

Çok yaygın: Diyare, bulantı  
Yaygın: Kusma, dispepsi, ağız kuruluğu  
Yaygın olmayan: Disfaji

Seyrek: Özofagus ağrısı  
Bilinmiyor: Gastrointestinal kanama<sup>15</sup>

### **Hepatobilyer hastalıklar:**

Bilinmiyor: Çok seyrek idiyosenkratik hepatit

### **Deri ve deri altı doku hastalıkları**

Yaygın: Döküntü<sup>8</sup>, ürtiker, pruritis, hiperhidroz  
Yaygın olmayan: Alopesi, berelenme eğiliminde artış, soğuk terleme  
Seyrek: Anjiyoödem, ekimoz, ışığa duyarlılık reaksiyonu, purpura  
Bilinmiyor: Eritema multiforme<sup>13</sup>, toksik epidermal nekroliz

### **Kas-iskelet, bağ doku ve kemik hastalıkları**

Yaygın: Artralji  
Yaygın olmayan: Kas seğirmesi  
Bilinmiyor: Miyalji

### **Böbrek ve idrar hastalıkları**

Yaygın: Sık idrara çıkmak<sup>9</sup>  
Yaygın olmayan: Disüri  
Seyrek: İdrar retansiyonu  
Bilinmiyor: İşeme bozukluğu

### **Üreme sistemi ve meme hastalıkları**

Yaygın: Jinekolojik kanamalar<sup>11</sup>, erektil disfonksiyon, ejakülasyon bozukluğu<sup>10</sup>  
Yaygın olmayan: Seksüel disfonksiyon  
Seyrek: Galaktore, hiperprolaktinemi  
Bilinmiyor: Priapizm

### **Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar**

Çok yaygın: Yorgunluk<sup>12</sup>  
Yaygın: Çok gergin hissetme, üşüme  
Yaygın olmayan: Halsizlik, anormal hissetme, soğuk hissetme, sıcak hissetme  
Bilinmiyor: Mukozal kanama

### **Araştırmalar**

Yaygın: Kilo azalması  
Bilinmiyor: Anormal karaciğer fonksiyon testleri

<sup>1</sup>Anoreksiyi içerir

<sup>2</sup>Sabah erken uyanma, başlangıç insomnia, orta insomnia'yı içerir

<sup>3</sup>Kabus görmeyi içerir

<sup>4</sup>Libido kaybını içerir

<sup>5</sup>Anorgazmiyi içerir

<sup>6</sup>Hipersomni ve sedasyonu içerir

<sup>7</sup>Sıcak basmasını içerir

<sup>8</sup>Eritem, soyulan döküntü, sıcak döküntü, döküntü, eritematoz döküntü, folliküler döküntü, jeneralize döküntü, maküler döküntü, maküler-papüler döküntü, morbilliform döküntü, papüler döküntü, pruritik döküntü, vesiküler döküntü, umbilikal eritem döküntüyü içerir

<sup>9</sup>Pollakiüriyi içerir

<sup>10</sup>Ejakülasyon başarısızlığı, ejakülasyon disfonksiyonu, prematür ejakülasyon, gecikmiş ejakülasyon, retrograd ejakülasyonu içerir

<sup>11</sup>Serviks hemoraji, uterin disfonksiyonu, uterin kanaması, genital hemoraji, menometroraji, menoraji, metroraji, polimenoraji, postmenopozal hemoraji, uterin hemoraji, vajinal hemorajiyi içerir.

<sup>12</sup>Asteniyi içerir

<sup>13</sup>Stevens-Johnson sendromu veya toksik epidermal nekrolizi (Lyell Sendromu) kötüleştirilebilir.

<sup>14</sup>Bu semptomlar altta yatan hastalıkla ilgili olabilir.

<sup>15</sup>En sık görülenler: dış eti kanaması, hematemez, hematokezi, rektal hemoraji, hemorajikdiyare, melena ve gastrik ülserhemoraji

İntihar düşüncesi ve intihar davranışı vakaları fluoksetin'le tedavi sırasında veya tedavinin kesilmesinden hemen sonra rapor edilmiştir (bkz. bölüm 4.4).

Kemik kırıkları: SSRI ve trisiklik antidepresanları kullanan daha çok 50 yaş ve üzeri hastalarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kemik kırıklarında artma riski gösterilmiştir. Riske yol açan mekanizma bilinmemektedir.

**Fluoksetin tedavisi kesildiğinde görülen yoksunluk semptomları:** Fluoksetin'in kesilmesi genellikle yoksunluk semptomlarına neden olur. Sersemlik hali, duyuusal rahatsızlıklar (parestezi dahil), uyku bozuklukları (insomnia ve yoğun rüyalar dahil), asteni, ajitasyon ya da anksiyete, bulantı ve/veya kusma, titreme ve baş ağrısı en yaygın bildirilen olaylardır. Bu semptomlar genellikle hafif ila orta şiddettedir ve kendiliğinden iyileşir, ancak bazı hastalarda şiddetli ve/veya uzun süreli olabilir (bkz. bölüm 4.4). Bunun için DEPREKS tedavisinin sürdürülmesinin gerekmediği durumlarda doz kademeli olarak azaltılarak tedavi kesilmelidir (bkz. bölüm 4.2 ve 4.4).

**Çocuklar ve ergenler (bkz. bölüm 4.4 ve 5.1):** Özellikle bu popülasyonda ilave advers reaksiyonlar gözlenmekte olup bunların ayrıntıları aşağıda verilmiştir.

Plaseboyla karşılaştırmalı olarak antidepresanlarla tedavi olan çocuklar ve ergenlerde yapılan pediatrik klinik çalışmalarda en yaygın olarak intiharla ilişkili davranışlar (intihara teşebbüs ve intihar düşüncesi) ve saldırgan tutum ve davranışlar gözlenmiştir. Mani ve hipomaniyi içeren rapor edilen manik reaksiyonlar (fluoksetin'le tedavi edilen hastaların %2.6'sına karşılık plasebo kontrollerde %0) vakaların çoğunluğunda tedavinin kesilmesine yol açmaktadır. Bu hastaların daha önce hipomani/mani vakaları bulunmamaktadır.

Klinik kullanım sonucu izole vakalarda büyüme geriliği de rapor edilmiştir (Ayrıca bkz. bölüm 5.1).

Pediatrik klinik çalışmalarda burun kanaması yaygın olarak rapor edilmiş ve fluoksetin tedavisi de alkalin fosfataz düzeylerindeki azalma ile ilişkili bulunmuştur.

Pediatrik klinik kullanım sonucu rapor edilen izole advers olaylar potansiyel olarak cinsel olgunlaşmada gecikme ya da cinsel işlev bozukluğunu işaret etmektedir (bkz. bölüm 5.3).

#### Süpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonların 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](http://www.titck.gov.tr); e-posta:[tufam@titck.gov.tr](mailto:tufam@titck.gov.tr); tel:0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99)

#### 4.9. Doz aşımı ve tedavisi

Fluoksetin tek başına aşırı dozda kullanıldığında genellikle hafif yan etkiler gözlenir. Doz aşımı semptomları arasında bulantı, kusma, nöbetler, asemptomatik aritmilerden (nodal ritim ve ventriküler aritmiler dahil) veya QTc uzamasının göstergesi olan EKG değişikliklerinden kalp durmasına kadar olan (çok nadir Torsade de Pointes vakaları dahil) kardiyovasküler fonksiyon bozuklukları, pulmoner bozukluklar ve eksitasyondan komaya kadar MSS durum değişiklikleri bulunmaktadır. Tek başına fluoksetin doz aşımından kaynaklandığı bildirilen ölümlerin sayısı son derece düşüktür. Genel semptomatik ve destekleyici tedavi ile birlikte kardiyak ve vital bulguların izlenmesi önerilir. Bilinen spesifik bir antidot bulunmamaktadır.

Zorlu diürez, diyaliz, hemoperfüzyon ve değişim transfüzyonun yararlı olma olasılıkları düşüktür. Aktif kömür, sorbitol ile birlikte kullanılabilir ve kusturma ya da lavaj kadar ya da onlardan daha etkili olabilir. Doz aşımının tedavisinde, hastanın birden fazla ilaç almış olma olasılığı unutulmamalıdır. Aşırı miktarda trisiklik antidepresan almış olan ve aynı zamanda fluoksetin kullanan ya da kısa süre önce fluoksetin kullanmış olan hastaların uzun süre yakından tıbbi gözetim altında bulundurulması gerekebilir.

### 5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

#### 5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri  
ATC kodu: N06A B03

Fluoksetin bir selektif serotonin geri alım inhibitörüdür ve etki mekanizması muhtemelen bu özelliğinden kaynaklanmaktadır. Fluoksetin  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ - ve B- adrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik, histaminerjik<sub>1</sub>, muskarinik ve GABA reseptörlerine neredeyse hiç afinite göstermez.

*Majör depresyon:* Depresyonlu hastalarda plasebo ve aktif kontrollü çalışmalar yürütülmüştür. Hamilton Depresyon Oranı Skalası (HAM-D) ile ölçüldüğünde DEPREKS'in plasebodan belirgin ölçüde daha etkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarda DEPREKS plaseboyla karşılaştırıldığında belirgin olarak daha yüksek oranda yanıt (HAM-D değerinde %50 azalma ile tanımlanan) ve remisyon sağlamıştır.

*Doz-cevap:* Majör depresyon hastalarında sabit doz uygulanarak yapılan çalışmalarda önerilen dozdan fazla doz kullanıldığında etkililik bakımından avantaj sağlamaksızın düz bir doz-cevap eğrisi elde edilmiştir, ancak dozu artırmak bazı hastalara faydalı olabilir.

*Obsesif-kompulsif bozukluk:* Kısa dönem çalışmalarda (24 haftanın altında) fluoksetin plasebodan anlamlı ölçüde daha fazla etkililik göstermiştir. Terapötik etkili doz günde 20 mg'dır fakat daha yüksek dozlarda (günde 40-60 mg) yanıt oranında artış saptanmıştır. Uzun dönem çalışmalarda (üç kısa dönem uzun faz çalışması ve relaps önlem çalışmasında) etkililik görülmemiştir.

*Bulimia nervoza:* Kısa dönem çalışmalarda (16 haftanın altında) bulimia nervoza için DSM-III-R (Mental Bozuklukların Diyagnostik ve İstatistiksel Kılavuzu) kriterine uygun

ayaktan tedavi gören hastalarda günde 60 mg uygulanan fluoksetin aşırı yeme ve kusma aktivitelerini azaltmada plasebodan anlamlı derecede etkili bulunmuştur. Ancak uzun dönem etkililik çalışmalarında sonuç alınamamıştır.

*Pre-menstrüel disforik bozukluk (PMDB):* Pre-Menstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) diyagnostik kriteri DMS-IV'e uygun hastalarda iki plasebo kontrollü karşılaştırma çalışması düzenlenmiştir. Çalışmaya başkalarıyla iletişim kurma yetersizliği olan ve sosyal veya çalışma hayatında sorun yaşatan şiddette semptomları olan hastalar dahil edilmiştir. Oral kontraseptif kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. 6 siklus süren günde 20 mg doz uygulanan ilk çalışmada birincil etkililik parametrelerinde (iritabilite, anksiyete ve disfori) düzelme sağlanmıştır. İkinci çalışmada periyodik 3 siklus için luteal dozda (14 gün boyunca günde 20 mg) birincil etkinlik parametrelerinde düzelme görülmüştür (Ciddi Problemler Günlük Kaydı skoru). Ancak bu çalışmalardan tedavinin etkililik ve süresi üzerine bir sonuca varılamayabilir.

*Majör depresyon vakaları (çocuklar ve ergenler):* Çocuklar ve ergenlerde (8 yaş ve üzeri) yapılan klinik çalışmalar plaseboyla paralel gerçekleştirilmiştir. DEPREKS, 20 mg dozda, 2 kısa süreli pivotal çalışmada plasebodan anlamlı olarak daha etkili olduğu Revize Edilmiş Çocukluk Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Childhood Depression Rating Scale - Revised /CDRS-R)) toplam skoru ve Klinik Global Gelişmenin İzlenimi (Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I) skorlarındaki azalma ile ölçülerek gösterilmiştir. Her iki çalışmada çocuk psikiyatristlerinin üç değişik değerlendirmesiyle orta ile ağır depresif bozukluğu (DSM-III veya DSM-IV) olan hastalar kriterleri karşılamaktadır. Fluoksetin çalışmalarında etkililik seçici hasta popülasyonu onunun (3-5 haftalık süre içinde spontan olarak iyileşen veya depresyonu önemli ölçüde ilgilenilmesine karşın devam eden) ilavesine bağlı olabilir. 9 haftadan sonraki güvenilirlik ve etkililiğe ait sınırlı veri bulunmaktadır. Genelde, fluoksetin'in etkililiği azdır. Cevap oranları (primer sonlanım noktası, CDRS-R skorlarında %30 azalma olara tanımlanır) 2 pivotal çalışmanın (%58 fluoksetin'e karşı %32 plasebo,  $p=0.013$  ve %65 fluoksetin'e karşı %54 plasebo,  $p=0.093$ ) birisinde istatistiksel olarak farklılık göstermiştir. Bu iki çalışmada, başlangıçtan sonlanım noktasına kadar olan CDRS-R'deki ortalama mutlak değişiklikler fluoksetin için 20 iken plasebo için 11 ( $p=0.002$ ) ve fluoksetin için 22 iken plasebo için 15 ( $p<0.001$ ) olmuştur.

### **Büyüme üzerine etkisi (çocuklar ve ergenler), bkz. Bölüm 4.4 ve 4.8**

Bir klinik çalışmada 19 hafta boyunca fluoksetin'le tedavi olan pediatrik hastaların boy ölçülerinde plasebo ile tedavi olan hastalara oranla ortalama 1.1 cm kısalma ( $p=0.004$ ) ve vücut ağırlığında 1.1 kg azalma ( $p=0.008$ ) meydana gelmiştir.

Retrospektif eşleştirilmiş kontrollü gözlemsel bir çalışmada ortalama olarak 1.8 yıllık fluoksetin'e maruz kalma sonucu, fluoksetin ile tedavi edilen pediatrik hastalarda boyda beklenen büyüme, eşleşmiş ve tedavi edilmemiş kontrollerle (0.0 cm,  $p = 0,9673$ ) kıyaslandığında hiçbir fark bulunmamıştır.

### **5.2. Farmakokinetik özellikler Genel özellikler**

Emilim: Fluoksetin oral uygulamadan sonra gastrointestinal sistemden yüksek oranda emilir. Biyoyararlanımı gıdalardan etkilenmez.

Dağılım: Fluoksetin plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanır (yaklaşık %95) ve yaygın dağılım gösterir (Dağılım Hacmi: 20-40 L/kg). Birkaç haftalık tedaviden sonra kararlı durum plazma konsantrasyonlarına ulaşılır. Uzun süreli tedavideki kararlı durum konsantrasyonları 4-5 haftalık tedavideki konsantrasyonlara yakındır.

**Biyotransformasyon:** Fluoksetin karaciğerde ilk geçiş etkisi dolayısıyla doğrusal olmayan bir farmakokinetik profile sahiptir. Doruk plazma konsantrasyonlarına genellikle 6-8 saat içerisinde ulaşılır. Fluoksetin polimorfik CYP2D6 enzimleri tarafından yüksek oranda metabolize olur. Fluoksetin başlıca karaciğerde metabolize olarak demetilasyonla aktif metaboliti olan norfluoksetin'e (desmetilfluoksetin'e) dönüşür.

**Eliminasyon:** Fluoksetin'in eliminasyon yarılanma ömrü 4-6 gün ve norfluoksetin'in eliminasyon yarılanma ömrü 4-16 gündür. Bu uzun yarılanma ömrü tedavi kesildikten sonra da 5-6 hafta etkinin devam etmesini sağlar. Başlıca (yaklaşık %60) böbreklerle atılır. Fluoksetin anne sütüne geçer.

**Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:** Veri bulunmamaktadır.

### **Hastalardaki karakteristik özellikler**

**Böbrek yetersizliği:** Hafif, orta ve ağır (anüri) böbrek yetmezliği olan hastalarda tek doz fluoksetin uygulandığında, kinetik parametreler sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında değişmemiştir. Ancak tekrarlanan uygulamalarda, kararlı durum plazma konsantrasyonlarında artış görülebilir.

**Karaciğer yetersizliği:** Karaciğer yetmezliği durumlarında (alkolik siroz), fluoksetin ve norfluoksetin yarılanma ömürleri sırasıyla 7 ve 12 güne uzamıştır. Dozun ya da doz sıklığının azaltılması düşünülmelidir.

**Pediyatrik popülasyon:** Çocuklardaki ortalama fluoksetin konsantrasyonu ergenlerde görülenlere göre yaklaşık iki katı, ortalama norfluoksetin konsantrasyonu ise 1.5 katı yüksektir. Kararlı plazma konsantrasyonları vücut ağırlığına bağlıdır ve daha düşük ağırlıklı çocuklarda daha yüksektir (bkz. bölüm 4.2). Yetişkinlerde olduğu gibi, çoklu oral doz uygulamasını takiben fluoksetin ve norfluoksetin geniş ölçüde birikmiştir; kararlı durum konsantrasyonları, günlük doz uygulamasının 3 ila 4 haftası içinde elde edilmiştir.

**Geriatrik popülasyon:** Kinetik parametreler gençlerle karşılaştırıldığında sağlıklı yaşlılarda değişmemiştir.

### **Farmakokinetik/farmakodinamik özellikler**

Veri bulunmamaktadır.

### **5.3. Klinik öncesi güvenlilik verileri**

*In vitro* ya da hayvan çalışmalarında karsinojenite ya da mutajeniteye neden olduğuna dair bir kanıt bulunamamıştır.

Yetişkin hayvan çalışmaları:

2-jenerasyonlu sıçan üreme çalışmasında, fluoksetin sıçanların çiftleşme veya fertilitesinde hiçbir advers etki oluşturmamıştır, teratojenik değildir ve büyüme, gelişim veya yavru üreme parametreleri üzerinde bir etkisi olmamıştır. Diyetle verilen doz konsantrasyonları yaklaşık olarak 1.5, 3.9 ve 9.7 mg fluoksetin/kg vücut ağırlığına eşdeğerdir. Diyetlerinde üç ay boyunca günlük yaklaşık olarak 31mg/kg'a eşdeğer dozda fluoksetin'le tedavi edilen erkek farelerde, testis ağırlığında düşüş ve hipospermatogenez tespit edilmiştir. Ancak bu doz seviyeleri maksimum tolere edilen dozu (MTD) aştığı için anlamlı toksisite belirtileri gözlenmiştir.

Juvenil hayvan alışmaları:

Sıçanlarda yapılan bir juvenil toksikoloji çalışmasında postnatal 21 ila 90. günlerde uygulanan 30 mg/kg/gün fluoksetin hidroklorür geri dönüşsüz testiküler dejenerasyon ve nekroz, epididimal epitelyal vakuolasyon, dişi üreme sisteminde immatürite ve inaktivite ve doğurulanlıkta azalmayla sonuçlanmıştır. Erkeklerde (10 ve 30 mg/kg/gün) ve dişilerde (30 mg/kg/gün) cinsel olgunlaşmada gecikmeler ortaya çıkmıştır. Bu bulguların insanlardaki anlamı bilinmemektedir. 30 mg/kg uygulanan sıçanlarda kontrollerle karşılaştırıldığında femur boyunun azaldığı görülmüş, iskelet kası dejenerasyonu, nekrozu ve rejenerasyonu saptanmıştır. 10 mg/kg/gün ile hayvanlarda ulaşılan plazma düzeyleri, pediyatrik hastalarda genellikle gözlemlenen düzeylerin yaklaşık olarak 0.8 ila 8.8 katı (fluoksetin) ve 3.6 ila 23.2 katı (norfluoksetin) olmuştur. 3 mg/kg/gün ile hayvanlarda ulaşılan plazma düzeyleri, pediyatrik hastalarda genellikle ulaşılan düzeylerin yaklaşık olarak 0.04 ila 0.5 katı (fluoksetin) ve 0.3 ila 2.1 katı (norfluoksetin) olmuştur.

Juvenil farelerde yapılan bir çalışma serotonin taşıyıcısı inhibisyonunun kemik oluşumundaki ilerlemeyi önlediğini ortaya koymuştur. Bu bulgu klinik bulgularla destekleniyor gibi görünmektedir. Bu etkinin geri, dönüşlü olduğu belirlenmemiştir.

Juvenil farelerle yapılan başka bir çalışma (postnatal 4 ila 21. günlerde tedavi edilmiştir), serotonin taşıyıcısı inhibisyonunun faredeki davranış üzerinde uzun süreli etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgunun klinik anlamı belirlenmemiştir.

## **6.FARMASÖTİK ÖZELLİKLER**

### **6.1.Yardımcı maddelerin listesi**

Prejelatinize nişasta

Dimetikon 350 CS

Kapsül boyar maddesi: FDC Blue No:1, Demir oksit, Titanyum dioksit

### **6.2.Geçimsizlikler**

Geçerli değildir.

### **6.3.Raf mr**

36 ay

### **6.4.Saklamaya yönelik özel uyarılar**

30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız. Işıktan koruyunuz.

### **6.5.Ambalajın niteliği ve içeriği**

PVC/PE/PVDC aluminyum folyo blister

16 ve 24 kapsül içeren blister ambalaj

### **6.6.Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel nlemler**

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**

Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş.  
Reşitpaşa Mah. Eski Büyükdere Cad. No:4 34467  
Maslak/Sarıyer/İstanbul  
0212 366.84 00  
0212 276 20 20

## **8. RUHSAT NUMARASI**

166/41

## **9. İLK RUHSAT TARİHİ / RUHSAT YENİLEME TARİHİ**

İlk ruhsat tarihi: 05.11.1993  
Ruhsat yenileme tarihi:

## **10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ**