

1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Margotviatris 30 0,03 mg/3 mg filmomhulde tabletten

2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

Elke filmomhulde tablet bevat 0,03 mg ethinylestradiol en 3 mg drospirenon.

Hulpstof met bekend effect: Elke filmomhulde tablet bevat 62 mg lactosemonohydraat.

Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

3. FARMACEUTISCHE VORM

Filmomhulde tablet.

Gele, ronde filmomhulde tabletten met een diameter van 5,7 mm.

4. KLINISCHE GEGEVENS

4.1 Therapeutische indicaties

Orale contraceptie.

Bij de beslissing om Margotviatris 30 voor te schrijven moet rekening worden gehouden met de huidige risicofactoren van de individuele vrouw, in het bijzonder met de factoren voor veneuze trombo-embolie (VTE) en hoe het risico op VTE met Margotviatris 30 zich verhoudt tot het risico met andere gecombineerde hormonale anticonceptiva (CHC's) (zie rubrieken 4.3 en 4.4).

4.2 Dosering en wijze van toediening

Dosering

Hoe Margotviatris 30 innemen?

De tabletten moeten elke dag op ongeveer hetzelfde tijdstip worden ingenomen, eventueel met wat vloeistof, in de volgorde die op de blisterverpakking staat aangegeven. Gedurende 21 opeenvolgende dagen moet dagelijks één tablet worden ingenomen. Elke volgende verpakking wordt gestart na een tabletvrij interval van 7 dagen, waarin gewoonlijk een dervingsbloeding optreedt. Die begint meestal op dag 2-3 na de laatste tablet en mogelijk is de bloeding nog niet opgehouden voor de volgende verpakking wordt gestart.

Hoe Margotviatris 30 starten?

- Geen voorafgaand gebruik van hormonale contraceptiva (in de vorige maand)

De inname van de tabletten moet starten op dag 1 van de natuurlijke cyclus van de vrouw (d.w.z. de eerste dag van haar maandstonden).

- Overschakeling vanaf een gecombineerd hormonaal contraceptivum (gecombineerd oraal contraceptivum (COC), vaginale ring of transdermale pleister)

De vrouw moet Margotviatris 30 bij voorkeur starten op de dag na de laatste werkzame tablet (de laatste tablet die de werkzame bestanddelen bevat) van haar vorige COC, maar uiterlijk

op de dag na het gebruikelijke tabletvrije interval of het interval met de placebotabletten van haar vorige COC. Als een vaginale ring of een transdermale pleister is gebruikt, moet de vrouw Margotviatrix 30 bij voorkeur starten op de dag van verwijdering, maar uiterlijk als de volgende ring of pleister zou worden geplaatst.

- Overschakeling vanaf een methode op basis van progestagenen alleen (pil, injectie, implantaat met alleen progestagenen) of van een spiraaltje (IUD) dat progestagenen afgeeft

De vrouw kan op elke dag overschakelen vanaf een pil die alleen progestagenen bevat (overschakeling vanaf een implantaat of een spiraaltje op de dag van verwijdering, vanaf een injecteerbaar product als de volgende injectie moet worden gegeven), maar in al die gevallen moet worden aangeraden om gedurende de eerste 7 dagen van inname van de tabletten tevens een barrièremethode te gebruiken.

- Na een miskraam/abortus in het eerste trimester

De vrouw mag onmiddellijk starten. Ze hoeft dan geen aanvullende contraceptieve maatregelen te nemen.

- Na de bevalling of een miskraam/abortus in het tweede trimester

Vrouwen moeten de raad krijgen om te starten op dag 21 tot dag 28 na de bevalling of een miskraam in het tweede trimester. Als de vrouw later start, moet ze de raad krijgen om de eerste 7 dagen tevens een barrièremethode te gebruiken. Als er echter al geslachtsgemeenschap is geweest, dan moet een eventuele zwangerschap worden uitgesloten of moet de vrouw haar eerste menstruatie afwachten voor ze met een COC mag beginnen.

Voor vrouwen die borstvoeding geven, zie rubriek 4.6.

Beleid bij gemiste tabletten

Als de gebruikster **minder dan 12 uur** te laat is met de inname van haar tablet is de contraceptieve betrouwbaarheid niet verminderd. De vrouw moet de tablet innemen zodra ze eraan denkt en ze moet de volgende tabletten op het gebruikelijke tijdstip innemen.

Als ze een tablet **meer dan 12 uur** te laat heeft ingenomen, kan de contraceptieve bescherming verminderen. Het beleid bij vergeten tabletten kan worden gebaseerd op de volgende twee basisregels:

1. de inname van de tabletten mag nooit meer dan 7 dagen worden onderbroken.
2. de tabletten moeten 7 dagen ononderbroken worden ingenomen voor een adequate onderdrukking van de hypothalamus-hypofyse-ovariumas.

Daardoor kan men in de dagelijkse praktijk het volgende advies geven:

- **Week 1**

De gebruikster moet de vergeten tablet innemen zodra ze eraan denkt, ook al betekent dit dat ze twee tabletten tegelijkertijd neemt. Daarna neemt ze de tabletten verder op het gebruikelijke tijdstip in. Bovendien moet ze gedurende de volgende 7 dagen een barrièremethode zoals een condoom gebruiken. Als er de voorbije 7 dagen betrekkingen hebben plaatsgevonden, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van een zwangerschap. Hoe meer tabletten er werden overgeslagen en hoe dichter dat bij het gebruikelijke tabletvrije interval was, des te hoger is het risico op een zwangerschap.

- **Week 2**

De gebruikster moet de vergeten tablet innemen zodra ze eraan denkt, ook al betekent dit dat ze twee tabletten tegelijkertijd neemt. Daarna neemt ze de tabletten verder op het gebruikelijke tijdstip in. Indien de vrouw tijdens de 7 dagen voor de eerste vergeten tablet haar tabletten correct heeft ingenomen, zijn aanvullende contraceptieve maatregelen niet nodig. Als ze echter meer dan 1 tablet is vergeten in te nemen, moet de vrouw de raad krijgen om gedurende 7 dagen extra voorzorgsmaatregelen te nemen.

- **Week 3**

Er is een risico op verminderde betrouwbaarheid gezien het aankomende tabletvrije interval van 7 dagen. Door het schema van inname van de tabletten aan te passen, kan echter nog worden voorkomen dat de contraceptieve bescherming afneemt. Als een van de volgende twee opties wordt gevolgd, hoeven er geen extra contraceptieve maatregelen te worden gebruikt op voorwaarde dat de vrouw alle tabletten correct heeft ingenomen de laatste 7 dagen voor de eerste gemiste tablet. Is dat niet het geval dan dient ze de eerste van de twee onderstaande mogelijkheden te volgen en daarenboven ook nog extra voorzorgen te nemen tijdens de volgende 7 dagen.

1. De gebruikster moet de vergeten tablet innemen zodra ze eraan denkt, ook al betekent dit dat ze twee tabletten tegelijkertijd neemt. Ze neemt dan de tabletten verder in op het gebruikelijke uur. De volgende verpakking moet worden gestart zodra de huidige blisterverpakking op is, er mag dus geen interval worden gelaten tussen de verpakkingen. De gebruikster zal waarschijnlijk geen dervingsbloeding krijgen voor het einde van de tweede verpakking, maar ze kan wel spotting of doorbraakbloedingen vertonen op de dagen dat ze tabletten inneemt.
2. De vrouw kan ook de raad krijgen om de inname van de tabletten in de lopende verpakking stop te zetten. Ze moet dan een tabletvrij interval inlassen gedurende hoogstens 7 dagen, met inbegrip van de dagen dat ze tabletten heeft gemist, en daarna gaat ze verder met de volgende verpakking.

Als de vrouw tabletten heeft overgeslagen en daarna geen dervingsbloeding heeft gekregen tijdens het eerste normale tabletvrije interval, moet de mogelijkheid van zwangerschap worden overwogen.

Advies in geval van gastro-intestinale stoornissen

In geval van ernstige gastro-intestinale stoornissen (bv. braken of diarree) is het mogelijk dat de absorptie niet volledig is en moeten aanvullende contraceptieve maatregelen worden genomen. Als de vrouw moet braken binnen 3-4 uur na inname van een tablet, moet zo snel mogelijk een nieuwe (vervangings)tablet worden ingenomen. De nieuwe tablet moet zo mogelijk worden ingenomen binnen 12 uur na het gebruikelijke tijdstip van inname van de tablet. Als er meer dan 12 uur zijn verlopen, is het advies betreffende gemiste tabletten van toepassing dat wordt gegeven in rubriek 4.2 "Beleid bij gemiste tabletten". Als de vrouw haar normale schema van tabletinname niet wenst te veranderen, moet ze de extra tablet(ten) van een andere blisterverpakking innemen.

Hoe een dervingsbloeding uitstellen

Om een menstruatie uit te stellen, moet de vrouw verder gaan met een andere blisterverpakking van Margotviatrix 30 zonder een tabletvrij interval. Zo kan ze de menstruatie uitstellen zolang ze dat wil, tot het einde van de tweede verpakking. Tijdens de verlenging kan de vrouw een doorbraakbloeding of spotting vertonen. De normale inname van Margotviatrix 30 wordt dan hervat na het gebruikelijke tabletvrije interval van 7 dagen.

Om haar menstruatie te verschuiven naar een andere dag van de week dan de vrouw gewoon is met haar huidige schema, kan ze de raad krijgen om het volgende tabletvrije interval in te korten met het aantal dagen dat ze wenst. Hoe korter het interval, hoe groter de kans dat er geen doorbraakbloeding zal zijn en hoe groter de kans op doorbraakbloeding en spotting tijdens de volgende verpakking (net zoals bij het uitstellen van de dervingsbloeding).

Bijkomende informatie over speciale patiëntengroepen

Pediatrische patiënten

Margotviatris 30 is uitsluitend geïndiceerd na de menarche. Op basis van epidemiologische gegevens die verzameld werden bij meer dan 2.000 adolescente vrouwen jonger dan 18 jaar, zijn er geen aanwijzingen dat de veiligheid en doeltreffendheid in deze jonge leeftijdsgroep verschillen van wat bekend is bij vrouwen ouder dan 18 jaar.

Ouderen

Margotviatris 30 is niet geïndiceerd na de menopauze.

Patiënten met leverfunctiestoornis

Margotviatris 30 is gecontra-indiceerd bij vrouwen met ernstige leverziektes (zie rubrieken 4.3 en 5.2).

Patiënten met nierfunctiestoornis

Margotviatris 30 is gecontra-indiceerd bij vrouwen met een ernstige nierfunctiestoornis of acuut nierfalen (zie rubrieken 4.3 en 5.2).

Wijze van toediening

Voor oraal gebruik.

4.3 Contra-indicaties

Gecombineerde hormonale contraceptiva (CHC's) mogen niet worden gebruikt in de volgende situaties. Als een van deze aandoeningen voor het eerst optreedt tijdens gebruik van CHC's, moet de inname van het product onmiddellijk worden stopgezet.

- Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen.
- Aanwezigheid van of risico op veneuze trombo-embolie (VTE)
 - Veneuze trombo-embolie – bestaande VTE (bij antistollingsmiddelen) of eerder doorgemaakte VTE (bv. diepe veneuze trombose (DVT) of longembolie (PE))
 - Bekende erfelijke of verworven predispositie voor veneuze trombo-embolie, zoals APC-resistentie, (waaronder factor V-Leiden), antitrombine-III-deficiëntie, proteïne C-deficiëntie, proteïne S-deficiëntie
 - Zware operatie met langdurige immobilisatie (zie rubriek 4.4)
 - Een hoog risico van veneuze trombo-embolie door de aanwezigheid van meerdere risicofactoren (zie rubriek 4.4)
- Aanwezigheid van of risico op arteriële trombo-embolie (ATE)
 - Arteriële trombo-embolie – bestaande arteriële trombo-embolie, eerder doorgemaakte arteriële trombo-embolie (bv. myocardinfarct) of prodromale aandoening (bv. angina pectoris)
 - Cerebrovasculaire ziekte – bestaande beroerte, eerder doorgemaakte beroerte of prodromale aandoening (bv. transient ischaemic attack (TIA))
 - Bekende erfelijke of verworven predispositie voor arteriële trombo-embolie, zoals hyperhomocysteinemie en antifosfolipiden-antistoffen (anticardioline-antistoffen, lupusanticoagulans)
 - Voorgeschiedenis van migraine met focale neurologische symptomen

- Een hoog risico op arteriële trombo-embolie als gevolg van meerdere risicofactoren (zie rubriek 4.4) of door de aanwezigheid van een ernstige risicofactor, zoals:
 - diabetes mellitus met vasculaire symptomen
 - ernstige hypertensie
 - ernstige dislipoproteïnemie
- Bestaan of voorgeschiedenis van ernstige leverziekte zolang de leverfunctiewaarden niet normaal zijn geworden
- Ernstige nierinsufficiëntie of acute nierinsufficiëntie
- Levertumor of voorgeschiedenis van levertumor (goedaardig of kwaadaardig)
- Bekende of vermoede kanker waarop geslachtshormonen een invloed hebben (bv. van de geslachtsorganen of de borsten)
- Vaginale bloeding van onbekende oorsprong

Margotviatris 30 is gecontra-indiceerd voor gelijktijdig gebruik met geneesmiddelen die ombitasvir/paritaprevir/ritonavir en dasabuvir bevatten, geneesmiddelen die glecaprevir/pibrentasvir of sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir bevatten (zie rubriek 4.5).

4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik

Waarschuwingen

Indien één of meer van de hieronder vermelde aandoeningen of risicofactoren aanwezig zijn, moet met de vrouw besproken worden of Margotviatris 30 geschikt is.

In het geval van verergering of eerste optreden van één of meer van deze aandoeningen of risicofactoren dient de vrouw het advies te krijgen om contact op te nemen met haar arts, om te bepalen of het gebruik van Margotviatris 30 moet worden gestaakt.

Indien een VTE of ATE wordt vermoed of bevestigd, moet het gebruik van het CHC worden stopgezet. Indien er een antistollingsbehandeling wordt gestart, moet met een andere adequate vorm van anticonceptie worden begonnen omdat de antistollingsbehandeling (coumarinen) teratogeen is.

Circulatoire aandoeningen

Risico op veneuze trombo-embolie (VTE)

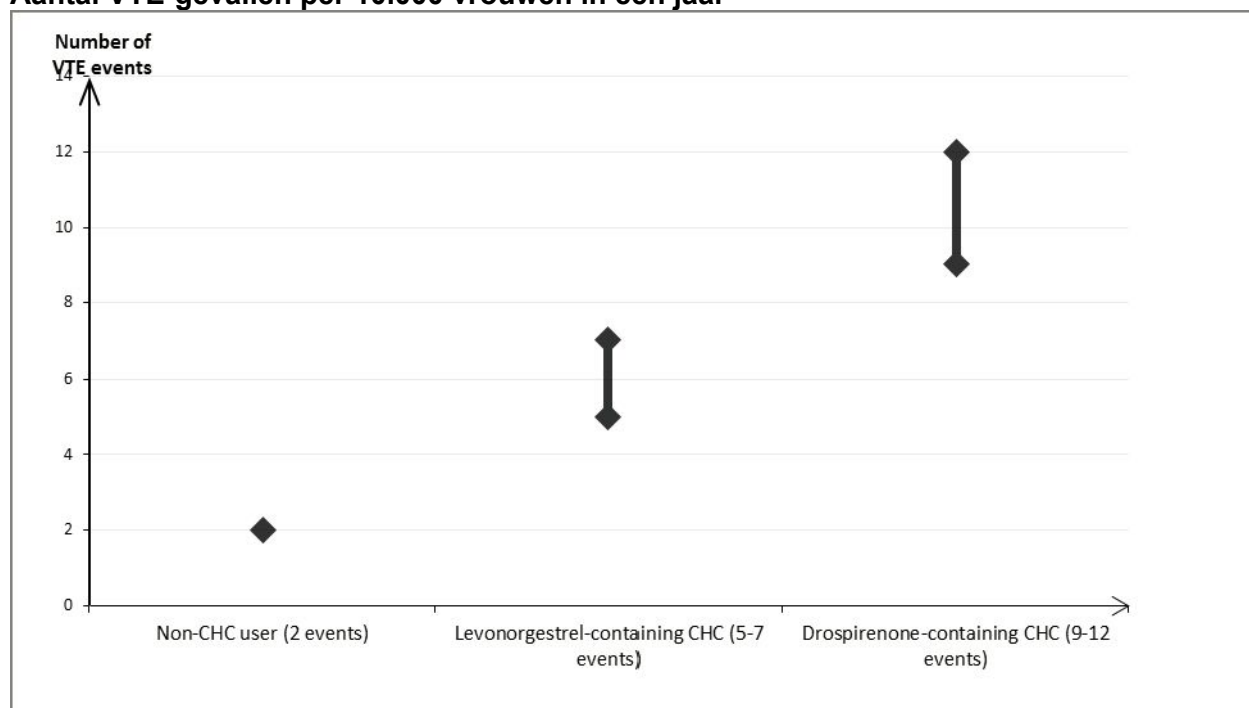
Het gebruik van ieder gecombineerd hormonaal contraceptivum (CHC) verhoogt het risico van veneuze trombo-embolie (VTE), in vergelijking met geen gebruik. **Producten die levonorgestrel, norgestimaat of norethisteron bevatten, zijn geassocieerd met het laagste risico op VTE. Andere producten, zoals Margotviatris 30, kunnen tot twee keer dit risiconiveau hebben. De beslissing om een ander product te gebruiken dan een product met het laagste risico van VTE mag uitsluitend worden genomen nadat dit met de vrouw besproken is, om te verzekeren dat zij begrijpt dat zij risico heeft op VTE met Margotviatris 30, hoe haar huidige risicofactoren dit risico beïnvloeden en dat haar risico op VTE het hoogst is in het allereerste jaar dat zij het product gebruikt. Er zijn ook enige aanwijzingen dat het risico verhoogd is wanneer opnieuw gestart wordt met een CHC nadat het gebruik gedurende 4 weken of langer werd onderbroken.**

Bij vrouwen die geen gecombineerd hormonaal contraceptivum (CHC) gebruiken en niet zwanger zijn, zullen ongeveer 2 van de 10.000 vrouwen over een periode van één jaar VTE ontwikkelen. Bij iedere individuele vrouw kan het risico echter veel hoger zijn, afhankelijk van haar onderliggende risicofactoren (zie hieronder).

Naar schatting¹ zullen ongeveer 9 tot 12 van de 10.000 vrouwen die een drospirenonbevattende CHC gebruiken over een periode van één jaar een VTE ontwikkelen, vergeleken met ongeveer 6² vrouwen die een levonorgestrelbevattende CHC gebruiken.

In beide gevallen is het aantal VTE's per jaar kleiner dan het verwachte aantal bij vrouwen tijdens de zwangerschap of in de periode na de bevalling. VTE kan in 1-2% van de gevallen een dodelijke afloop hebben.

Aantal VTE-gevallen per 10.000 vrouwen in één jaar



In extreem zelden voorkomende gevallen is het optreden van trombose in andere bloedvaten gemeld bij gebruiksters van een CHC, bv. in hepatische, mesenteriale, renale of retinale venen en arteriën.

Risicofactoren voor VTE

Het risico op veneuze trombo-embolische complicaties bij gebruiksters van een CHC kan substantieel verhoogd zijn bij een vrouw met additionele risicofactoren, vooral als er sprake is van meerdere risicofactoren (zie tabel).

Margotviatris 30 is gecontra-indiceerd als een vrouw meerdere risicofactoren heeft waardoor zij een hoog risico op veneuze trombose heeft (zie rubriek 4.3). Als een vrouw meer dan één risicofactor heeft, is het mogelijk dat de stijging van het risico groter is dan de som van de afzonderlijke factoren – in dit geval dient rekening te worden gehouden met haar totale risico op VTE. Indien de balans van voordelen en risico's als negatief wordt beschouwd, mag een CHC niet worden voorgeschreven (zie rubriek 4.3).

¹ Deze incidenties werden geschat op basis van alle epidemiologische onderzoeksgegevens samen, met gebruik van relatieve risico's voor de verschillende producten, vergeleken met levonorgestrelbevattende CHC.

² Middelste punt van het bereik ('mid-point of range') van 5-7 per 10.000 vrouwjaren, op basis van een relatief risico voor levonorgestrelbevattende CHC versus niet-gebruik van ongeveer 2,3 tot 3,6.

Tabel: Risicofactoren voor VTE

Risicofactor	Toelichting
Obesitas (BMI hoger dan 30 kg/m ²)	Risico stijgt substantieel bij stijging van de BMI. Het is vooral belangrijk om te overwegen of er ook andere risicofactoren aanwezig zijn.
Langdurige immobilisatie, zware operatie, elke operatie aan benen of heup, neurochirurgie of groot trauma Opmerking: tijdelijke immobilisatie waaronder > 4 uur reizen per vliegtuig kan ook een risicofactor voor VTE zijn, vooral bij vrouwen met andere risicofactoren	In deze situaties is het aan te bevelen om het gebruik van de pil te staken (in geval van een electieve chirurgische ingreep minimaal vier weken vóór de ingreep) en het gebruik niet eerder dan twee weken na volledige remobilisatie te hervatten. Er dient een andere anticonceptiemethode te worden gebruikt om onbedoelde zwangerschap te voorkomen. Antitrombosebehandeling dient te worden overwogen als het gebruik van Margotviatrix 30 niet vooraf is gestaakt.
Bij een positieve familiegeschiedenis (ooit opgetreden veneuze trombo-embolie, vooral op relatief jonge leeftijd, bijvoorbeeld vóór het 50e jaar, bij broers, zussen of ouders).	Als een erfelijke aanleg wordt vermoed, dient de vrouw te worden doorverwezen naar een specialist voor advies voordat zij een besluit neemt over het gebruik van een CHC.
Andere medische aandoeningen die geassocieerd zijn met VTE	Kanker, systemische lupus erythematosus, hemolytisch-uremisch syndroom, chronische inflammatoire darmziekte (ziekte van Crohn of colitis ulcerosa) en sikkelcelziekte
Toenemende leeftijd	Vooral boven de 35 jaar

Er is geen consensus over de mogelijke rol van spataderen en oppervlakkige tromboflebitis bij het ontstaan of de progressie van veneuze trombose.

Er dient rekening te worden gehouden met het verhoogde risico op trombo-embolie tijdens de zwangerschap en vooral tijdens de 6 weken durende periode van het puerperium (voor informatie over “Zwangerschap en borstvoeding” zie rubriek 4.6).

Symptomen van VTE (diepe veneuze trombose en longembolie)

Vrouwen dienen het advies te krijgen om, als er symptomen optreden, met spoed medische hulp in te roepen en de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg te informeren dat zij een CHC gebruikt.

De volgende symptomen kunnen wijzen op diepe veneuze trombose (DVT):

- unilaterale zwelling van een been en/of voet of langs een ader in het been;
- pijn of gevoeligheid van een been die mogelijk alleen wordt gevoeld bij het staan of lopen,
- verhoogde temperatuur in het aangetaste been, rode of verkleurde huid op het been.

De volgende symptomen kunnen wijzen op longembolie (PE):

- plotseling ontstaan van onverklaarde kortademigheid of snelle ademhaling;

- plotseling hoesten, mogelijk geassocieerd met hemoptoë;
- scherpe pijn op de borst;
- ernstig licht gevoel in het hoofd of duizeligheid;
- snelle of onregelmatige hartslag.

Sommige van deze symptomen (bv. "kortademigheid", "hoesten") zijn niet-specifiek en kunnen ten onrechte worden geïnterpreteerd als gewonere of minder ernstige voorvallen (bv. luchtweginfecties).

Andere verschijnselen die kunnen wijzen op vasculaire occlusie zijn: plotselinge pijn, zwelling en lichte blauwverkleuring van een ledemaat.

Als de occlusie in het oog is gelokaliseerd, kunnen de symptomen variëren van pijnloos wazig zien tot progressie tot verlies van het gezichtsvermogen. Soms kan verlies van het gezichtsvermogen bijna onmiddellijk optreden.

Risico op arteriële trombo-embolie (ATE)

In epidemiologisch onderzoek is het gebruik van CHC geassocieerd met een verhoogd risico op arteriële trombo-embolie (myocardinfarct) of cerebrovasculair accident (bv. transiënte ischemische aanval, beroerte). Arteriële trombo-embolische voorvallen kunnen een dodelijke afloop hebben.

Risicofactoren voor ATE

Het risico op arteriële trombo-embolische complicaties of van een CVA bij gebruiksters van een CHC is verhoogd bij vrouwen met risicofactoren (zie tabel). Margotviatrix 30 is gecontra-indiceerd als een vrouw één ernstige of meerdere risicofactoren voor ATE heeft waardoor zij een hoog risico op arteriële trombose heeft (zie rubriek 4.3). Als een vrouw meer dan één risicofactor heeft, is het mogelijk dat de stijging van het risico groter is dan de som van de afzonderlijke factoren – in dit geval dient rekening te worden gehouden met haar totale risico. Indien de balans van voordelen en risico's als negatief wordt beschouwd, mag een CHC niet worden voorgeschreven (zie rubriek 4.3).

Tabel: Risicofactoren voor ATE

Risicofactor	Toelichting
Toenemende leeftijd	Vooraf boven de 35 jaar
Roken	Vrouwen dienen het advies te krijgen om niet te roken als zij een CHC willen gebruiken. Vrouwen die ouder zijn dan 35 jaar en doorgaan met roken dienen het dringende advies te krijgen om een andere anticonceptiemethode toe te passen.
Hypertensie	
Obesitas (BMI hoger dan 30 kg/m ²)	Het risico stijgt substantieel bij stijging van de BMI. Vooraf belangrijk bij vrouwen met additionele risicofactoren
Positieve familiegeschiedenis (ooit opgetreden arteriële trombo-embolie, vooral op relatief jonge leeftijd, bijvoorbeeld vóór het 50e jaar, bij broers, zussen of ouders).	Als een erfelijke aanleg wordt vermoed, dient de vrouw te worden doorverwezen naar een specialist voor advies voordat zij een besluit neemt over het gebruik van een CHC
Migraine	Een verhoging van de frequentie of ernst van migraine tijdens het gebruik van een CHC (die prodromaal kan zijn voor een CVA) kan een reden zijn om direct te stoppen

Andere medische aandoeningen die geassocieerd zijn met aandoeningen van de bloedvaten	Diabetes mellitus, hyperhomocysteïnemie, hartklepziekte en atriumfibrilleren, dislipoproteïnemie en systemische lupus erythematosus.
---	--

Symptomen van ATE

Vrouwen dienen het advies te krijgen om, als er symptomen optreden, met spoed medische hulp in te roepen en de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg te informeren dat zij een CHC gebruiken.

De volgende symptomen kunnen wijzen op een cerebrovasculair accident (CVA):

- plotseling verdoofd gevoel of zwakte van gezicht, arm of been, vooral aan één zijde van het lichaam;
- plotselinge moeite met lopen, duizeligheid, verlies van evenwicht of coördinatie;
- plotselinge verwardheid, moeite met praten of begrijpen;
- plotselinge moeite met zien in één of beide ogen;
- plotselinge, ernstige of langdurige hoofdpijn zonder bekende oorzaak;
- verminderd bewustzijn, of flauwvallen met of zonder epileptische aanval.

Symptomen van voorbijgaande aard suggereren dat het voorval een transiënte ischemische aanval (TIA) is.

De volgende symptomen kunnen wijzen op een myocardinfarct (MI):

- pijn, ongemak, druk, of een zwaar, beklemd of vol gevoel in de borst, arm of onder het borstbeen;
- ongemak dat uitstraalt naar de rug, kaak, keel, arm, maag;
- vol gevoel, indigestie of naar adem snakken;
- transpireren, misselijkheid, braken of duizeligheid;
- extreme zwakte, angst of kortademigheid;
- snelle of onregelmatige hartslag.

Tumoren

In sommige epidemiologische studies is bij vrouwen die gedurende lange tijd een COC gebruikten (> 5 jaar) een verhoogd risico op cervixkanker gerapporteerd. Er blijft echter discussie bestaan over de mate waarin die bevinding toe te schrijven is aan versturende effecten zoals seksueel gedrag en andere factoren zoals het humaan papillomavirus (HPV).

In een meta-analyse van 54 epidemiologische studies werd een licht verhoogd relatief risico (RR = 1,24) op borstkanker waargenomen bij vrouwen die op dat moment COC gebruiken. Het extra risico verdwijnt geleidelijk over een periode van 10 jaar na het beëindigen van het COC. Aangezien borstkanker bij vrouwen jonger dan 40 jaar zelden voorkomt, is het extra aantal borstkankerdiagnoses bij huidige of vroegere gebruiksters van een gecombineerd oraal contraceptivum klein ten opzichte van het totale borstkankerrisico. Deze studies tonen geen oorzakelijk verband aan. Het waargenomen patroon van verhoogd risico is mogelijk toe te schrijven aan een snellere diagnose van borstkanker bij COC-gebruiksters, de biologische effecten van COC of een combinatie van beide. Borstkankers die gediagnosticeerd werden bij vrouwen die ooit een COC hebben gebruikt, zijn klinisch minder vergevorderd dan kankers gediagnosticeerd bij andere vrouwen.

Bij gebruiksters van een COC zijn in zeldzame gevallen goedaardige levertumoren gerapporteerd en in nog zeldzamere gevallen kwaadaardige levertumoren. In geïsoleerde gevallen hebben die tumoren tot levensbedreigende abdominale bloedingen geleid. Bij hevige pijn in de bovenbuik, leververgroting of tekenen van intra-abdominale bloeding bij gebruiksters van een COC moet men bij de differentiële diagnose aan een levertumor denken.

Bij gebruik van hoger gedoseerde COC (50 µg ethinylestradiol) vermindert het risico op endometrium- en ovariumkanker. Of dat ook zo is met lager gedoseerde COC, moet nog worden bevestigd.

Andere aandoeningen

Het progestine in Margotviatrix 30 is een aldosteronantagonist met kaliumsparende eigenschappen. In de meeste gevallen wordt geen stijging van de kaliumspiegel verwacht. In een klinische studie stegen de serumkaliumspiegels echter licht bij sommige patiënten met lichte tot matige nierinsufficiëntie die drospirenon innamen en tegelijkertijd kaliumsparende geneesmiddelen gebruikten, maar de stijging was niet significant. Daarom wordt aanbevolen om het serumkalium te controleren tijdens de eerste behandelingscyclus bij patiënten die nierinsufficiëntie hebben en voorafgaand aan de behandeling een hoog normaal serumkalium vertonen, en vooral tijdens concomitant gebruik van kaliumsparende geneesmiddelen. Zie ook rubriek 4.5.

Vrouwen met hypertriglyceridemie of een positieve familiale anamnese daarvan kunnen een hoger risico lopen op pancreatitis tijdens gebruik van COC.

Hoewel een geringe verhoging van de bloeddruk gerapporteerd is bij veel vrouwen die COC gebruiken, is er zelden sprake van een klinisch relevante bloeddrukstijging. Alleen in deze zeldzame gevallen is het verantwoord onmiddellijk de COC te stoppen. Indien een gebruikster van een COC met vooraf bestaande hypertensie blijvend verhoogde bloeddrukwaarden heeft of als de significant verhoogde bloeddruk niet reageert op antihypertensieve behandeling, moeten de COC worden stopgezet. Men kan eventueel besluiten opnieuw met een COC te beginnen indien de bloeddrukwaarden met een antihypertensieve behandeling normaliseren.

De volgende aandoeningen kunnen optreden of verslechteren tijdens de zwangerschap en bij gebruik van COC, maar de aanwijzingen voor een verband met het gebruik van COC zijn niet doorslaggevend: geelzucht en/of pruritus gerelateerd aan cholestase; galstenen; porfyrie; systemische lupus erythematosus; hemolytisch uremisch syndroom; chorea van Sydenham; herpes gestationis; otosclerosegerelateerde gehoordaling.

Exogene oestrogenen

kunnen de symptomen van erfelijk en verworven angio-oedeem uitlokken of verergeren. Bij acute of chronische stoornissen van de leverfunctie kan het nodig zijn het gebruik van COC stop te zetten tot de merkers van de leverfunctie weer normaal zijn. Als er opnieuw cholestatische geelzucht en/of pruritus optreedt nadat die eerder tijdens een zwangerschap of tijdens vroeger gebruik van orale geslachtssteroiden is opgetreden, moet het COC worden stopgezet.

Hoewel COC een effect kunnen hebben op de perifere insulineresistentie en de glucosetolerantie, zijn er geen aanwijzingen dat het therapeutische schema moet worden gewijzigd bij diabetespatiënten die laaggedoseerde COC gebruiken (met < 0,05 mg ethinylestradiol). Vrouwen met diabetes moeten echter zorgvuldig worden gevolgd, vooral tijdens de eerste maanden dat ze het COC innemen.

Depressieve stemming en depressie zijn bekende bijwerkingen van het gebruik van hormonale anticonceptiva (zie rubriek 4.8). Depressie kan ernstig zijn en is een bekende risicofactor voor suïcidaal gedrag en zelfmoord. Vrouwen moet worden aanbevolen om contact met hun arts op te nemen in geval van stemmingswisselingen en symptomen van depressie, ook kort na aanvang van de behandeling.

Het verergeren van epilepsie, de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn gerapporteerd tijdens gebruik van COC.

Af en toe kan chloasma optreden, vooral bij vrouwen met een voorgeschiedenis van chloasma gravidarum. Vrouwen met een neiging tot chloasma moeten blootstelling aan zon en ultraviolette straling vermijden tijdens het gebruik van een COC.

Klinisch onderzoek/raadpleging

Voor men Margotviatris 30 start of opnieuw start is een volledig klinisch onderzoek (met inbegrip van familiale anamnese) vereist en moet zwangerschap worden uitgesloten. Men moet de bloeddruk meten en een klinisch onderzoek doen op geleide van de contra-indicaties (zie rubriek 4.3) en waarschuwingen (zie rubriek 4.4). Het is belangrijk om de vrouw attent te maken op de informatie over veneuze en arteriële trombose, met inbegrip van het risico van Margotviatris 30 ten opzichte van andere CHC's, de symptomen van VTE en ATE, de bekende risicofactoren en wat zij moet doen in het geval van een vermoede trombose. De vrouw moet de instructie krijgen de bijsluiter zorgvuldig te lezen en de adviezen op te volgen. Hoe vaak en op welke wijze de vrouw achteraf wordt onderzocht, hangt af van de bestaande praktijkrichtlijnen en moet aan elke vrouw afzonderlijk worden aangepast.

Vrouwen moeten het advies krijgen dat hormonale contraceptiva geen bescherming bieden tegen HIV-infectie (AIDS) of tegen andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

Verminderde betrouwbaarheid

De werkzaamheid van COC kan verminderen als er bv. tabletten worden overgeslagen (zie rubriek 4.2), in geval van gastro-intestinale stoornissen (zie rubriek 4.2) of concomitante medicatie (zie rubriek 4.5).

Verminderde cycluscontrole

Bij alle COC kan onregelmatig bloedverlies (tussentijds vaginaal bloedverlies of doorbraakbloeding) optreden, vooral tijdens de eerste maanden. Een evaluatie van een onregelmatige bloeding heeft dan ook maar zin na een aanpassingsperiode van ongeveer drie cycli.

Als de onregelmatige bloedingen aanhouden of optreden na vroegere regelmatige cycli, moet aan niet-hormonale oorzaken worden gedacht en zijn goede diagnostische maatregelen geïndiceerd om kanker of zwangerschap uit te sluiten. Die kunnen een curettage omvatten.

Bij sommige vrouwen treedt geen dervingsbloeding op tijdens het tabletvrije interval. Als de vrouw het COC heeft ingenomen volgens de aanwijzingen van rubriek 4.2 is een zwangerschap onwaarschijnlijk. Als het COC echter niet volgens deze aanwijzingen is ingenomen in de periode voorafgaand aan de eerste uitgebleven dervingsbloeding of als de dervingsbloeding twee keer uitblijft, dan moet men een zwangerschap uitsluiten voordat het COC verder mag worden gebruikt.

Margotviatris 30 bevat lactose

Dit geneesmiddel bevat 62 mg lactose per tablet. Patiënten met zeldzame hereditaire problemen van galactose-intolerantie, Lapp lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie die een lactosevrij dieet moeten volgen, moeten daar rekening mee houden.

4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie

Opmerking: De voorschrijfinformatie van de concomitante geneesmiddelen moet worden geraadpleegd om mogelijke interacties te identificeren.

Farmacodynamische interacties

Tijdens klinische studies waarin patiënten behandeld werden voor infecties door hepatitis-C-virus (HCV) met geneesmiddelen die ombitasvir/paritaprevir/ritonavir en dasabuvir bevatten, met of zonder ribavirine, kwamen verhogingen van transaminase (ALT) van meer dan 5 keer de bovengrens van de normaalwaarde (ULN) significant vaker voor bij vrouwen die ethinylestradiol-bevattende geneesmiddelen gebruikten, zoals gecombineerde hormonale anticonceptiva (CHC's). Bovendien werden ook bij patiënten die behandeld werden met glecaprevir/pibrentasvir of sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir verhoogde ALT-waarden waargenomen bij vrouwen die ethinylestradiol-bevattende geneesmiddelen gebruikten, zoals CHC's (zie rubriek 4.3).

Daarom moeten gebruiksters van Margotviatris 30 overstappen op een alternatieve methode van anticonceptie (bijv. progestageen-alleen anticonceptie of niet-hormonale methoden) voordat de behandeling met deze combinatiegeneesmiddelen begint. Margotviatris 30 kan weer gestart worden 2 weken na het afronden van de behandeling met deze combinatiegeneesmiddelen.

- Effecten van andere geneesmiddelen op Margotviatris 30

Interacties kunnen optreden met geneesmiddelen die microsomale enzymen induceren, wat kan resulteren in een verhoogde klaring van geslachtshormonen en kan leiden tot doorbraakbloeding en/of mislukken van de contraceptie.

Management

Enzyminductie kan al na enkele dagen behandeling worden waargenomen. Maximale enzyminductie wordt in het algemeen gezien binnen enkele weken. Na stopzetting van de behandeling met het geneesmiddel kan de enzyminductie gedurende ongeveer 4 weken aanhouden.

Kortetermijnbehandeling

Vrouwen die behandeld worden met enzyminducerende geneesmiddelen moeten tijdelijk een barrièremethode of een andere anticonceptiemethode gebruiken naast het COC. De barrièremethode moet worden gebruikt tijdens de hele concomiterende behandeling en gedurende 28 dagen na stopzetting hiervan. Als de behandeling met het geneesmiddel langer duurt dan het moment waarop de laatste actieve tablet in de COC-verpakking moet worden ingenomen, moet er meteen met een nieuwe verpakking van het COC worden gestart zonder tabletvrij interval.

Langetermijnbehandeling

Bij vrouwen die een langetermijnbehandeling krijgen met leverenzyminducerende werkzame stoffen krijgen, wordt een andere betrouwbare niet-hormonale methode van anticonceptie aanbevolen.

De volgende interacties werden in de literatuur gerapporteerd.

Stoffen die de klaring van COC verhogen (verminderde werkzaamheid van COC door enzyminductie), bv.:

barbituraten, bosentan, carbamazepine, fenytoïne, primidon, rifampicine en hiv-medicatie ritonavir, nevirapine en efavirenz en mogelijk ook felbamaat, griseofulvine, oxcarbazepine, topiramaat en producten die de kruidenremedie sint-janskruid (*hypericum perforatum*) bevatten.

Stoffen met variabele effecten op de klaring van COC:

Wanneer ze gelijktijdig worden toegediend met COC kunnen veel combinaties van hiv-proteaseremmers en non-nucleoside reverse transcriptase inhibitoren, met inbegrip van combinaties met HCV-remmers de plasmaconcentraties van oestrogeen of progestine verhogen of verlagen. Het netto effect van deze veranderingen kan in sommige gevallen klinisch relevant zijn.

Daarom moet de voorschrijfinformatie van concomiterende hiv-/HCV-medicatie worden geraadpleegd om mogelijke interacties en desbetreffende aanbevelingen na te gaan. In twijfelgevallen moeten vrouwen die een behandeling krijgen met een proteaseremmers of een non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor aanvullend een anticonceptieve barrièremethode gebruiken.

Stoffen die de klaring van COC's verlagen (enzymremmers):

De klinische relevantie van mogelijke interacties met enzymremmers is nog niet bekend.

Gelijktijdige toediening van sterke CYP3A4-remmers kan de plasmaconcentraties van het oestrogeen of het progestageen of van beide verhogen.

In een study met multiële doses van een combinatie van drospirenon (3 mg/dag) / ethinylestradiol (0,02 mg/dag) verhoogde gelijktijdige toediening van de sterke CYP3A4-remmer ketoconazol gedurende 10 dagen de AUC (0-24u) van drospirenon en ethinylestradiol respectievelijk met een factor 2,7 en 1,4.

Er is aangetoond dat etoricoxib in een dosering van 60 tot 120 mg/dag de plasmaconcentraties van ethinylestradiol met respectievelijk een factor 1,4 tot 1,6 verhoogt als het samen wordt ingenomen met een gecombineerd hormonaal anticonceptivum dat 0,035 mg ethinylestradiol bevat.

- Effecten van Margotviatris 30 op andere geneesmiddelen

Orale contraceptiva kunnen invloed uitoefenen op het metabolisme van bepaalde andere werkzame bestanddelen. De plasma- en weefselconcentraties kunnen dan ook stijgen (bv. ciclosporine) of dalen (bv. lamotrigine).

Op grond van in-vivo-interactiestudies bij vrijwilligsters die omeprazol, simvastatine of midazolam als merkersubstraat gebruikten, is een klinisch relevante interactie van drospirenon in een dosering van 3 mg met het door cytochroom P450 gemedieerde metabolisme van andere werkzame bestanddelen onwaarschijnlijk.

Klinische gegevens geven aan dat ethinylestradiol de klaring van CYP1A2-substraten remt, waardoor hun plasmaconcentratie licht (bv. theofylline) of matig (bv. tizanidine) toeneemt.

- Andere vormen van interactie

Bij patiënten zonder nierinsufficiëntie had concomitant gebruik van drospirenon en ACE-remmers of NSAID's geen significant effect op het serumkalium. Concomitant gebruik van Margotviatris 30 met aldosteronantagonisten of kaliumsparende diuretica werd echter niet onderzocht. In dat geval moet het serumkalium worden gecontroleerd tijdens de eerste behandelingscyclus. Zie ook rubriek 4.4.

- Laboratoriumtests

Het gebruik van contraceptieve steroïden kan invloed hebben op de resultaten van bepaalde laboratoriumtests, waaronder biochemische parameters van de lever-, de schildklier-, de bijnier- en de nierfunctie, de plasmaspiegels van (drager)eiwitten, zoals corticosteroïdbindende globuline en lipiden-/lipoproteïne fracties, parameters van het koolhydraatmetabolisme en parameters van de stolling en de fibrinolyse. De veranderingen blijven doorgaans binnen de normale laboratoriumwaarden. Door zijn lichte antimineralocorticoïde activiteit veroorzaakt drospirenon een stijging van de plasmarenineactiviteit en het plasma-aldosteron.

4.6 Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding

Zwangerschap

Margotviatris 30 is niet geïndiceerd tijdens de zwangerschap.

Als er een zwangerschap optreedt tijdens gebruik van Margotviatris 30, moet het preparaat onmiddellijk worden stopgezet. Uitgebreide epidemiologische studies hebben geen verhoogd risico op aangeboren afwijkingen in het licht gesteld bij kinderen van vrouwen die COC innamen voor de zwangerschap, en evenmin werden teratogene effecten waargenomen als per ongeluk COC werden ingenomen tijdens de zwangerschap.

In dieronderzoeken werden bijwerkingen tijdens de zwangerschap en de borstvoeding waargenomen (zie rubriek 5.3). Op grond van die diergegevens kunnen bijwerkingen als gevolg van de hormonale werking van de werkzame bestanddelen niet worden uitgesloten. De algemene ervaring met COC tijdens de zwangerschap heeft echter geen aanwijzingen opgeleverd van bijwerkingen bij de mens.

De beschikbare gegevens over het gebruik van Margotviatris 30 tijdens de zwangerschap zijn te beperkt om conclusies te trekken over negatieve effecten van Margotviatris 30 op de zwangerschap, de gezondheid van de foetus of de pasgeborene. Tot nog toe zijn er geen relevante epidemiologische gegevens voorhanden.

Er moet rekening gehouden worden met het verhoogde risico op VTE in de periode na de bevalling wanneer het gebruik van Margotviatris 30 hervat wordt (zie rubrieken 4.2 en 4.4).

Borstvoeding

De borstvoeding kan worden beïnvloed door COC aangezien ze de hoeveelheid moedermelk kunnen verminderen en de samenstelling ervan kunnen wijzigen. Daarom wordt het gebruik van COC doorgaans niet aanbevolen tot de moeder die borstvoeding geeft, haar kind volledig heeft gespeend. Kleine hoeveelheden van de contraceptieve steroïden en/of hun metabolieten kunnen in de moedermelk worden uitgescheiden tijdens gebruik van COC. Deze hoeveelheden kunnen invloed op het kind hebben.

4.7 Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen

Er werd geen onderzoek verricht naar de effecten op de rijvaardigheid en het vermogen om machines te gebruiken. Er werden geen effecten op de rijvaardigheid en het vermogen om machines te gebruiken waargenomen bij vrouwen die COC gebruikten.

4.8 Bijwerkingen

Zie rubriek 4.4 voor ernstige bijwerkingen bij COC-gebruiksters.

De volgende bijwerkingen werden gerapporteerd bij gebruik van Margotviatrix 30.

Systeem- /orgaanklasse	Frequentie van bijwerkingen			
	Vaak ≥1/100 tot <1/10	Soms ≥1/1.000 tot <1/100	Zelden ≥1/10.000 tot <1/1.000	Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald)
Immuunsysteem aandoeningen			Overgevoeligheid Astma	Exacerbatie van symptomen van erfelijk en verworven angio-oedeem
Psychische stoornissen	Depressie	Verhoogde libido Verminderde libido		
Zenuwstelselaan- doeningen	Hoofdpijn			
Evenwichtsorgaan- en ooraandoeningen			Hypo-acusis	
Bloedvataandoeningen	Migraine	Hypertensie Hypotensie	Veneuze trombo- embolie (VTE) Arteriële trombo- embolie (ATE)	
Maag- darmstelselaan- doeningen	Nausea	Braken Diarree		
Huid- en onderhuidaandoeningen		Acne Eczeem Jeuk Alopecia	Erythema nodosum Erythema multiforme	
Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen	Menstruatiestoornis Intermenstruele bloeding Pijn in de borsten Gevoelige borsten Vaginale afscheiding Vulvo vaginale candidiase	Borstvergroting Vaginale infectie	Borstsecretie	
Algemene		Vochtretentie		

aandoeningen en toedieningsplaats stoornissen		Gewichtstoename Gewichtsdeling		
--	--	-----------------------------------	--	--

Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen

Er is een verhoogd risico waargenomen op arteriële en veneuze trombotische en trombo-embolische voorvallen, waaronder myocardinfarct, beroerte, transiënte ischemische aanvallen, veneuze trombose en longembolie bij vrouwen die CHC's gebruikten. Hier wordt in rubriek 4.4 dieper op ingegaan.

De volgende ernstige bijwerkingen werden gerapporteerd bij vrouwen die COC gebruikten. Ze worden meer in detail besproken in rubriek 4.4. "Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik":

- Veneuze trombo-embolische aandoeningen;
- Arteriële trombo-embolische aandoeningen;
- Hypertensie;
- Levertumoren;
- Optreden of verslechtering van aandoeningen waarbij een verband met het gebruik van COC niet conclusief is: ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, epilepsie, baarmoedermycroom, porfyrie, systemische lupus erythematosus, herpes gestationis, chorea van Sydenham, hemolytisch uremisch syndroom, cholestatische icterus;
- Melasma;
- Bij acute of chronische leverfunctiestoornissen kan het nodig zijn om het gebruik van COC stop te zetten tot de merkers van de leverfunctie weer normaal worden.

De frequentie van diagnose van borstkanker is zeer licht verhoogd bij vrouwen die COC gebruiken. Aangezien borstkanker zeldzaam is bij vrouwen jonger dan 40 jaar, is het extra aantal gevallen klein in verhouding tot het totale risico op borstkanker. Het oorzakelijke verband met het gebruik van COC is niet bekend. Voor meer informatie, zie rubrieken 4.3 en 4.4.

Interacties

Doorbraakbloeding en/of falende anticonceptie kunnen het gevolg zijn van interacties van andere geneesmiddelen (enzyminduceerders) met orale anticonceptiva (zie rubriek 4.5).

Melding van vermoedelijke bijwerkingen

Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via:

Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

www.fagg.be

Afdeling Vigilantie:

Website: www.eenbijwerkingmelden.be

e-mail: adr@fagg-afmps.be

4.9 Overdosering

Er is nog geen ervaring met overdosering van Margotviatris 30. Op grond van de algemene ervaring met gecombineerde orale contraceptiva kunnen in dat geval de volgende symptomen optreden: nausea, braken en dervingsbloeding. Een dervingsbloeding kan zelfs optreden bij meisjes voor de menarche als ze het geneesmiddel per vergissing innemen. Er zijn geen antidota en de verdere behandeling moet symptomatisch zijn.

5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN

5.1 Farmacodynamische eigenschappen

Farmacotherapeutische categorie (ATC): Progestagenen en oestrogenen, vaste combinaties, ATC-code: G03AA12

Pearlindex voor falen van de methode: 0,09 (bovenste tweezijdige limiet van het 95% betrouwbaarheidsinterval: 0,32),

Totale Pearlindex (falen van de methode + falen van de patiënte): 0,57 (bovenste limiet van het tweezijdige 95% betrouwbaarheidsinterval: 0,90).

Werkingsmechanisme

Het contraceptieve effect van Margotviatris 30 is gebaseerd op een interactie van verschillende factoren. De belangrijkste zijn remming van de ovulatie en veranderingen van het endometrium.

Farmacodynamische effecten

Margotviatris 30 is een gecombineerd oraal contraceptivum met ethinylestradiol en het progestageen drospirenon. In een therapeutische dosering heeft drospirenon ook antiandrogene en lichte antimineralecorticoïde eigenschappen. Het heeft geen oestrogene, glucocorticoïde en antiglucocorticoïde werking. Daardoor heeft drospirenon een farmacologisch profiel dat sterk lijkt op het natuurlijke hormoon progesteron.

Er zijn aanwijzingen in klinische studies dat de lichte antimineralecorticoïde eigenschappen van Margotviatris 30 resulteren in een licht antimineralecorticoïd effect.

5.2 Farmacokinetische eigenschappen

Drospirenon

Absorptie

Per os toegediend drospirenon wordt snel en bijna volledig geabsorbeerd.

Maximumconcentraties van de werkzame stof in het serum van ongeveer 38 ng/ml worden bereikt ongeveer 1-2 uur na een enkele inname. De biologische beschikbaarheid ligt tussen 76 en 85%. Concomitante inname van voedsel heeft geen invloed op de biologische beschikbaarheid van drospirenon.

Distributie

Na orale toediening dalen de serumdrospirenonspiegels met een terminale halfwaardetijd van 31 uur.

Drospirenon bindt zich aan serumalbumine en niet aan sex hormone binding globulin (SHBG) of corticoid binding globulin (CBG). Slechts 3 - 5% van de totale serumconcentratie van het werkzame bestanddeel is aanwezig als vrij steroïd. De door ethinylestradiol veroorzaakte stijging van SHBG heeft geen invloed op de serumeiwitbinding van

drospirenon. Het gemiddelde ogenschijnlijke distributievolume van drospirenon is $3,7 \pm 1,2$ l/kg.

Biotransformatie

Drospirenon wordt sterk gemetaboliseerd na orale toediening. De belangrijkste metabolieten in het plasma zijn de zure vorm van drospirenon, die wordt gevormd door opening van de lactonring, en 4,5-dihydrodrospirenon-3-sulfaat, gevormd door reductie gevolgd door sulfatering. Drospirenon ondergaat ook een oxidatief metabolisme gekatalyseerd door CYP3A4.

In vitro is drospirenon een zwakke tot matige remmer van de cytochroom P450-enzymen CYP1A1, CYP2C9, CYP2C19 en CYP3A4.

Eliminatie

De metabole klaring van drospirenon in serum is $1,5 \pm 0,2$ ml/min/kg. Drospirenon wordt slechts in sporenhoeveelheden in onveranderde vorm uitgescheiden. De metabolieten van drospirenon worden in de feces en de urine uitgescheiden met een excretiesnelheid van ongeveer 1,2 tot 1,4. De halfwaardetijd van de excretie van metabolieten in de urine en de feces is ongeveer 40 u.

Steady-state

Tijdens een behandelingscyclus worden maximale evenwichtsconcentraties van drospirenon in het serum van ongeveer 70 ng/ml bereikt na ongeveer 8 dagen behandeling. De serumconcentraties van drospirenon stegen met ongeveer factor 3 als gevolg van de verhouding tussen de terminale halfwaardetijd en het toedieningsinterval.

Speciale populaties

Effect van nierinsufficiëntie

De serumspiegels van drospirenon in evenwichtstoestand bij vrouwen met lichte nierinsufficiëntie (creatinineklaring CL_{Cr} 50-80 ml/min) waren vergelijkbaar met die bij vrouwen met een normale nierfunctie. De serumspiegels van drospirenon waren gemiddeld 37% hoger bij vrouwen met matige nierinsufficiëntie (CL_{Cr} 30-50 ml/min) dan bij vrouwen met een normale nierfunctie. De behandeling met drospirenon werd ook goed verdragen door vrouwen met lichte of matige nierinsufficiëntie. De behandeling met drospirenon had geen klinisch significant effect op de serumkaliumconcentratie.

Effect op leverinsufficiëntie

In een studie met eenmalige doses was de orale klaring (CL/F) ongeveer 50% lager bij vrijwilligsters met matige leverinsufficiëntie dan bij vrijwilligsters met een normale leverfunctie. De waargenomen daling van de klaring van drospirenon bij vrijwilligsters met matige leverinsufficiëntie resulteerde niet in een duidelijk verschil in de serumkaliumconcentraties. Zelfs in geval van diabetes en concomitante behandeling met spironolacton (twee factoren die een patiënt kunnen predisponeren tot hyperkaliëmie) werd geen stijging van de serumkaliumconcentraties tot boven de bovenste limiet van de normaalwaarden waargenomen. Daaruit kan worden besloten dat drospirenon goed wordt verdragen door patiënten met lichte of matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh B).

Etnische groepen

Er werden geen klinisch relevante verschillen waargenomen in de farmacokinetiek van drospirenon of ethinylestradiol tussen Japanse en blanke vrouwen.

Ethinylestradiol

Absorptie

Ethinylestradiol wordt snel en volledig geabsorbeerd na ingestie. Na toediening van 30 µg worden de piekplasmaconcentraties van ongeveer 100 pg/ml 1-2 uur na inname bereikt. Ethinylestradiol ondergaat een uitgebreid eerstestapagemetabolisme met een grote interindividuele variatie. De absolute biologische beschikbaarheid is ongeveer 45%.

Distributie

Ethinylestradiol heeft een ogenschijnlijk distributievolume van 5 l/kg en de binding aan plasmaproteïnen is ongeveer 98%. Ethinylestradiol induceert de hepatische synthese van SHBG en CBG. Tijdens de behandeling met 30 µg ethinylestradiol stijgt de plasmaconcentratie van SHBG van 70 tot ongeveer 350 nmol/l. Ethinylestradiol gaat in kleine hoeveelheden over in de moedermelk (0,02% van de dosis).

Biotransformatie

Ethinylestradiol ondergaat een belangrijk eerstestapagemetabolisme in de darm en de lever. Ethinylestradiol wordt vooral gemetaboliseerd door aromatische hydroxylering, maar er worden allerhande gehydroxyleerde en gemethyleerde metabolieten gevormd, en die zijn aanwezig als vrije metabolieten of als glucuroniden en sulfaat. De metabole klaring van ethinylestradiol is ongeveer 5 ml/min/kg.

In vitro is ethinylestradiol een reversibele remmer van CYP2C19, CYP1A1 en CYP1A2, evenals een mechanismegebaseerde remmer van CYP3A4/5, CYP2C8 en CYP2J2.

Eliminatie

Ethinylestradiol wordt niet in significante mate geëxcreteerd in onveranderde vorm. De metabolieten van ethinylestradiol worden geëxcreteerd in een urine-galverhouding van 4/6. De halfwaardetijd van de excretie van metabolieten is ongeveer 1 dag. De eliminatiehalfwaardetijd is 20 uur.

Steady-state

De evenwichtstoestand wordt bereikt tijdens de tweede helft van een behandelingscyclus en de serumspiegels van ethinylestradiol accumuleren met een factor 1,4 tot 2,1.

5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheidsonderzoek

Bij proefdieren bleven de effecten van drospirenon en ethinylestradiol beperkt tot de effecten van de bekende farmacologische werking. In onderzoek van reproductietoxiciteit werden in het bijzonder embryotoxische en foetotoxische effecten waargenomen bij proefdieren. Die effecten werden als speciesspecifiek beschouwd. Bij een blootstelling die ge hoger ligt dan het niveau waaraan de mens wordt blootgesteld, werden effecten op de seksuele differentiatie waargenomen bij rattenfoetussen, maar niet bij apen.

6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS

6.1 Lijst van hulpstoffen

Kern van de tablet:

Lactosemonohydraat

Maïszetmeel

Gepregelatiniseerd zetmeel (maïs)

Samenvatting van de productkenmerken

Crospovidon type A
Crospovidon type B
Povidon (E1201)
Polysorbaat 80 (E433)
Magnesiumstearaat (E470b)

Omhuysel:

Polyvinylalcohol, deels gehydrolyseerd
Titaandioxide (E171)
Macrogol
Talk (E553b)
Geel ijzeroxide (E172)

6.2 Gevallen van onverenigbaarheid

Niet van toepassing.

6.3 Houdbaarheid

3 jaar.

6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren

Bewaren beneden 30°C.

6.5 Aard en inhoud van de verpakking

Transparante PVC/PVDC-film in blisterverpakkingen met aluminium doordrukfolie.

Verpakkingsgrootten:

1 x 21 filmomhulde tabletten
2 x 21 filmomhulde tabletten
3 x 21 filmomhulde tabletten
6 x 21 filmomhulde tabletten
13 x 21 filmomhulde tabletten

Niet alle genoemde verpakkingsgrootten worden in de handel gebracht.

6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen en andere instructies

Geen bijzondere vereisten.

7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

Viatrix GX
Terhulpesteenweg 6A
B-1560 Hoeilaart

8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

BE442714

9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/HERNIEUWING VAN DE VERGUNNING

Datum van eerste verlening van de vergunning: 09/2013

Datum van laatste hernieuwing: 06/06/2018

10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST

02/2024

Goedkeuringsdatum: 04/2024