

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Avodart 0,5 mg capsule molli.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni capsula contiene 0,5 mg di dutasteride.

Eccipiente con effetto noto

Ogni capsula contiene lecitina (che può contenere olio di soia). Per l'elenco completo degli eccipienti vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Capsula molle

Le capsule di gelatina molle sono opache, di colore giallo, oblunghe, con impresso GX CE2.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento dei sintomi da moderati a gravi dell'iperplasia prostatica benigna (IPB).

Riduzione del rischio di ritenzione urinaria acuta e dell'intervento chirurgico in pazienti con sintomi da moderati a gravi dell'iperplasia prostatica benigna.

Per informazioni sugli effetti del trattamento e sulle popolazioni analizzate durante gli studi clinici vedere paragrafo 5.1.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Avodart può essere somministrato da solo o in combinazione con l'alfa bloccante tamsulosina (0,4 mg) (vedere paragrafi 4.4, 4.8 e 5.1).

Adulti (inclusi gli anziani)

La dose raccomandata di Avodart è una capsula (0,5 mg) al giorno per via orale. Le capsule devono essere deglutite intere e non devono essere masticate o aperte poiché il contatto con il contenuto della capsula può provocare un'irritazione della mucosa orofaringea. Le capsule possono essere assunte con o senza cibo. Sebbene sia possibile osservare un precoce miglioramento, possono essere richiesti fino a 6 mesi prima di ottenere una risposta al trattamento. Non è richiesto aggiustamento della dose negli anziani.

Compromissione renale

L'effetto della compromissione renale sulla farmacocinetica di dutasteride non è stato studiato. Non è previsto aggiustamento della dose in pazienti con compromissione renale (vedere paragrafo 5.2).

Compromissione epatica

L'effetto della compromissione epatica sulla farmacocinetica di dutasteride non è stato studiato pertanto si deve usare attenzione nei pazienti con compromissione epatica da lieve a moderata (vedere paragrafo 4.4 e paragrafo 5.2). L'uso di dutasteride è controindicato nei pazienti con grave compromissione epatica (vedere paragrafo 4.3).

4.3 Controindicazioni

Avodart è controindicato in:

- donne, bambini ed adolescenti (vedere paragrafo 4.6)
- pazienti con ipersensibilità a dutasteride, ad altri inibitori della 5-alfa reduttasi, alla soia, alle arachidi o ad uno qualsiasi degli altri eccipienti elencati al paragrafo 6.1
- pazienti con grave compromissione epatica.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

La terapia di combinazione deve essere prescritta dopo un'attenta considerazione del rischio beneficio a causa del potenziale aumento del rischio di eventi avversi (inclusa l'insufficienza cardiaca) e dopo la considerazione di opzioni terapeutiche alternative incluse le monoterapie (vedere paragrafo 4.2).

Cancro alla prostata e tumori di grado elevato

Lo studio REDUCE, uno studio di 4 anni, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo ha valutato gli effetti di dutasteride 0,5 mg al giorno in confronto al placebo in pazienti ad elevato rischio di cancro alla prostata (comprendente uomini di età compresa tra 50 e 75 anni con livelli di PSA tra 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL e con una biopsia negativa per il cancro alla prostata 6 mesi prima dell'arruolamento nello studio). I risultati di questo studio hanno rilevato un'incidenza maggiore di cancro alla prostata con punteggio Gleason 8-10 negli uomini trattati con dutasteride (n=29, 0,9%) rispetto a quelli trattati con placebo (n=19, 0,6%). La relazione tra dutasteride e cancro alla prostata Gleason 8-10 non è chiara. Pertanto, gli uomini che assumono Avodart devono essere regolarmente valutati per il cancro alla prostata (vedere paragrafo 5.1).

Antigene specifico prostatico (PSA)

La concentrazione sierica dell'antigene specifico prostatico (PSA) è un importante componente per rilevare la presenza di un cancro alla prostata. Avodart determina una diminuzione della concentrazione media dei livelli sierici di PSA di circa il 50% dopo 6 mesi di trattamento.

I pazienti in trattamento con Avodart devono avere una nuova valutazione del PSA basale stabilita dopo 6 mesi di trattamento con Avodart. In seguito si raccomanda di controllare i valori di PSA regolarmente. Qualsiasi aumento confermato rispetto al livello più basso di PSA durante il trattamento con Avodart può segnalare la presenza di cancro alla prostata o la mancata *compliance* alla terapia con Avodart e deve essere attentamente valutato, anche se tali valori sono ancora all'interno dell'intervallo normale per gli uomini che non assumono un inibitore della 5-alfa reduttasi (vedere paragrafo 5.1). Nell'interpretazione di un valore di PSA per un paziente che assume Avodart, devono essere valutati per il confronto i valori di PSA precedenti.

Il trattamento con Avodart non interferisce con l'uso del PSA come strumento per supportare la diagnosi di un cancro alla prostata dopo che un nuovo valore basale è stato stabilito.

I livelli sierici totali di PSA tornano al valore di base entro 6 mesi dall'interruzione del trattamento.

Il rapporto tra frazione libera e PSA totale rimane costante anche sotto l'effetto di Avodart. Se il medico sceglie di usare la percentuale libera di PSA per diagnosticare il cancro alla prostata in uomini trattati con Avodart, non è necessario nessun aggiustamento dei valori.

Nei pazienti deve essere eseguita un' esplorazione rettale come pure altre valutazioni per il cancro alla prostata prima di iniziare il trattamento con Avodart e in seguito periodicamente.

Eventi avversi cardiovascolari

In due studi clinici di 4 anni, l'incidenza di insufficienza cardiaca (un termine composito degli eventi segnalati, principalmente insufficienza cardiaca e insufficienza cardiaca congestizia) è stata lievemente superiore tra i soggetti trattati con la combinazione di Avodart e un alfa bloccante, soprattutto tamsulosina, rispetto a quella riscontrata tra i soggetti non trattati con l'associazione. Tuttavia, l'incidenza di insufficienza cardiaca in questi studi era più bassa in tutti i gruppi con trattamento attivo rispetto al gruppo trattato con placebo, e altri dati disponibili per dutasteride o alfa bloccanti non supportano una conclusione su un incremento di rischi cardiovascolari (vedere paragrafo 5.1).

Neoplasia alla mammella

Ci sono state rare segnalazioni di cancro alla mammella maschile riportate negli uomini trattati con dutasteride negli studi clinici e durante il periodo successivo alla commercializzazione. Tuttavia, gli studi epidemiologici non hanno mostrato alcun aumento del rischio di sviluppo di cancro alla mammella maschile con l'uso di inibitori della 5-alfa reduttasi (vedere paragrafo 5.1). I medici devono istruire i loro pazienti a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione del tessuto della mammella come noduli o secrezione del capezzolo.

Capsule non integre

Dutasteride viene assorbita attraverso la pelle, pertanto donne, bambini ed adolescenti devono evitare il contatto con capsule non integre (vedere paragrafo 4.6). In caso di contatto con capsule non integre, l'area interessata deve essere immediatamente lavata con acqua e sapone.

Compromissione epatica

Dutasteride non è stata studiata in pazienti con malattia epatica. Si deve prestare attenzione nella somministrazione di dutasteride a pazienti con compromissione epatica da lieve a moderata (vedere paragrafo 4.2, paragrafo 4.3 e paragrafo 5.2).

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

Vedere paragrafo 4.4 per informazioni sulla diminuzione dei livelli sierici di PSA durante il trattamento con dutasteride e per indicazioni per rilevare la presenza di un cancro alla prostata.

Effetti degli altri farmaci sulla farmacocinetica di dutasteride

Uso concomitante di inibitori del CYP3A4 e/o inibitori della glicoproteina P

Dutasteride è eliminata principalmente tramite metabolismo. Studi *in vitro* indicano che questo metabolismo è catalizzato da CYP3A4 e CYP3A5. Non sono stati effettuati studi formali di interazione con potenti inibitori del CYP3A4. Tuttavia, nel corso di uno studio di farmacocinetica, in un piccolo numero di pazienti trattati contemporaneamente con verapamil o diltiazem (moderati inibitori del CYP3A4 ed inibitori della glicoproteina P) le concentrazioni sieriche di dutasteride risultavano mediamente aumentate da 1,6 a 1,8 volte in confronto agli altri pazienti.

L'associazione a lungo termine di dutasteride con farmaci che sono potenti inibitori dell'enzima CYP3A4 (es. ritonavir, indinavir, nefazodone, itraconazolo, chetoconazolo somministrati oralmente) può aumentare le concentrazioni sieriche di dutasteride. Non è probabile che si verifichi una ulteriore inibizione della 5-alfa reduttasi in seguito all'aumentata esposizione a dutasteride. Tuttavia una riduzione nella frequenza di dosaggio di dutasteride può essere presa in considerazione se si osservano effetti collaterali. Si deve considerare che in caso di inibizione enzimatica, la lunga emivita può essere ulteriormente prolungata e possono essere necessari più di 6 mesi di terapia concomitante prima di raggiungere un nuovo stato stazionario.

La farmacocinetica di dutasteride non è influenzata dalla somministrazione di 12 g di colestiramina un'ora dopo la somministrazione di una singola dose di 5 mg di dutasteride.

Effetti di dutasteride sulla farmacocinetica di altri farmaci

Dutasteride non ha effetti sulla farmacocinetica di warfarin o di digossina. Ciò indica che dutasteride non inibisce/induce il CYP2C9 o il trasportatore glicoproteina P. Studi di interazione *in vitro* indicano che dutasteride non inibisce gli enzimi CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19 o CYP3A4.

Durante un piccolo studio (N=24) della durata di 2 settimane su maschi volontari sani, dutasteride (0,5 mg al giorno) non ha avuto alcun effetto sulla farmacocinetica di tamsulosina o di terazosina. Non ci sono state nemmeno indicazioni di interazioni farmacodinamiche in questo studio.

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

L'uso di Avodart è controindicato nelle donne.

Gravidanza

Come altri inibitori della 5-alfa reduttasi, dutasteride inibisce la conversione del testosterone a diidrotestosterone e può, se somministrata ad una gestante, inibire lo sviluppo dei genitali esterni nel caso di un feto di sesso maschile (vedere paragrafo 4.4). Nel liquido seminale di soggetti che assumevano 0,5 mg al giorno di Avodart sono state trovate piccole quantità di dutasteride. Non è noto se un feto di sesso maschile possa subire effetti negativi nel caso che la madre sia esposta al liquido seminale di un paziente in trattamento con dutasteride (il rischio è maggiore durante le prime 16 settimane di gravidanza).

Come con tutti gli inibitori della 5-alfa reduttasi, quando la "partner" del paziente è in gravidanza o può diventarlo, si raccomanda che il paziente eviti l'esposizione della propria "partner" al liquido seminale tramite l'uso di un profilattico.

Per informazioni sui dati preclinici vedere paragrafo 5.3.

Allattamento

Non è noto se dutasteride venga escreta nel latte umano.

Fertilità

È stato riportato che dutasteride interferisce sulle caratteristiche del seme (riduzione nella conta spermatica, nel volume del seme e nella motilità spermatica) nei soggetti sani (vedere paragrafo 5.1). Non si può escludere la possibilità di una riduzione della fertilità maschile.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Sulla base delle proprietà farmacodinamiche di dutasteride, non si prevede che il trattamento con dutasteride interferisca con la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

AVODART IN MONOTERAPIA

Circa il 19% dei 2167 pazienti trattati con dutasteride durante gli studi clinici della durata di 2 anni, di fase III, controllati con placebo hanno manifestato reazioni avverse durante il primo anno di trattamento. La maggioranza degli eventi sono stati da lievi a moderati e si sono manifestati a carico del sistema riproduttivo. Non si è evidenziato alcun cambiamento nel profilo degli eventi avversi nell'estensione degli studi in aperto di ulteriori 2 anni.

La seguente tabella mostra le reazioni avverse rilevate dagli studi clinici controllati e dall'esperienza post-marketing. Gli eventi avversi riportati dagli studi clinici sono eventi giudicati dallo sperimentatore come correlati al farmaco (con un'incidenza maggiore o uguale all'1%) segnalati con un'incidenza maggiore nei pazienti trattati con dutasteride rispetto a quelli trattati con placebo durante il primo anno di trattamento.

Gli eventi avversi provenienti dall'esperienza post-marketing sono stati identificati dalle segnalazioni spontanee post-marketing; pertanto l'incidenza reale non è nota:

Molto comune ($\geq 1/10$); Comune ($\geq 1/100, < 1/10$); Non comune ($\geq 1/1000, < 1/100$); Raro ($\geq 1/10.000, < 1/1000$); Molto raro ($< 1/10.000$); non nota (non può essere definita sulla base dei dati disponibili).

Classificazione per sistemi e organi	Reazioni avverse	Incidenza dai dati degli studi clinici	
		Incidenza durante il 1° anno di trattamento (n=2167)	Incidenza durante il 2° anno di trattamento (n=1744)
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Impotenza*	6,0%	1,7%
	Libido alterata (diminuita)*	3,7%	0,6%
	Disturbi dell'eiaculazione**	1,8%	0,5%
	Disturbi mammari ⁺	1,3%	1,3%
Disturbi del sistema immunitario	Reazioni allergiche che includono eruzione cutanea, prurito, orticaria, edema localizzato e angioedema	Incidenza stimata dai dati post-marketing	
		Non nota	
Disturbi psichiatrici	Depressione	Non nota	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Alopecia (soprattutto perdita di peli dal corpo), ipertricosi	Non comune	
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Dolore e gonfiore testicolare	Non nota	

* Questi eventi avversi sessuali sono associati al trattamento con dutasteride (inclusa la monoterapia e la combinazione con tamsulosina). Tali eventi avversi possono persistere dopo la sospensione del trattamento. Il ruolo di dutasteride in questa persistenza non è noto.

^ Inclusa diminuzione del volume del seme.

+ Inclusi dolorabilità mammaria e aumento del volume mammario.

AVODART IN COMBINAZIONE CON L'ALFA BLOCCANTE TAMSULOSINA

I dati provenienti dallo studio CombAT a 4 anni che confrontava dutasteride 0,5 mg (n=1623) e tamsulosina 0,4 mg (n=1611) una volta al giorno da sole e in combinazione (n=1610) hanno dimostrato che l'incidenza degli eventi avversi, giudicati dallo sperimentatore correlati al farmaco, durante il primo, il secondo, il terzo e il quarto anno di trattamento, è stata rispettivamente del 22%, 6%, 4% e 2% con la terapia di combinazione dutasteride/tamsulosina, del 15%, 6%, 3% e 2% con dutasteride in monoterapia e 13%, 5%, 2% e 2% con tamsulosina in monoterapia. La maggior incidenza di eventi avversi nel gruppo in terapia di combinazione nel primo anno di trattamento era dovuta ad una maggior incidenza di disturbi a livello riproduttivo, specificamente disturbi dell'eiaculazione, osservati in questo gruppo.

I seguenti eventi avversi, giudicati dallo sperimentatore correlati al farmaco sono stati segnalati con un'incidenza maggiore o uguale all'1% durante il primo anno di trattamento nello studio CombAT; l'incidenza di tali eventi durante i quattro anni di trattamento è mostrata nella tabella seguente:

Classificazione per sistemi e organi	Reazioni avverse	Incidenza durante il periodo di trattamento			
		1°anno	2°anno	3°anno	4°anno
	Combinazione ^a (n)	(n=1610)	(n=1428)	(n=1283)	(n=1200)
	Dutasteride	(n=1623)	(n=1464)	(n=1325)	(n=1200)
	Tamsulosina	(n=1611)	(n=1468)	(n=1281)	(n=1112)
Patologie del sistema nervoso	Capogiri				
	Combinazione ^a	1,4%	0,1%	<0,1%	0,2%
	Dutasteride	0,7%	0,1%	<0,1%	<0,1%
	Tamsulosina	1,3%	0,4%	<0,1%	0%
Patologie cardiache	Insufficienza cardiaca (termine composito ^b)				
	Combinazione ^a	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%
	Dutasteride	<0,1%	0,1%	<0,1%	0%
	Tamsulosina	0,1%	<0,1%	0,4%	0,2%
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Impotenza ^c				
	Combinazione ^a	6,3%	1,8%	0,9%	0,4%
	Dutasteride	5,1%	1,6%	0,6%	0,3%
	Tamsulosina	3,3%	1,0%	0,6%	1,1%
	Libido alterata (diminuita) ^c				
	Combinazione ^a	5,3%	0,8%	0,2%	0%
	Dutasteride	3,8%	1,0%	0,2%	0%
	Tamsulosina	2,5%	0,7%	0,2%	<0,1%
	Disturbi dell'ejaculazione ^{c^}				
	Combinazione ^a	9,0%	1,0%	0,5%	<0,1%
	Dutasteride	1,5%	0,5%	0,2%	0,3%
	Tamsulosina	2,7%	0,5%	0,2%	0,3%
	Disturbi mammari ^d				
	Combinazione ^a	2,1%	0,8%	0,9%	0,6%
	Dutasteride	1,7%	1,2%	0,5%	0,7%
	Tamsulosina	0,8%	0,4%	0,2%	0%

^a Combinazione = dutasteride 0,5 mg una volta al giorno più tamsulosina 0,4 mg una volta al giorno.

^b Insufficienza cardiaca come termine composito composto da insufficienza cardiaca congestizia, insufficienza cardiaca, insufficienza ventricolare sinistra, insufficienza cardiaca acuta, shock cardiogeno, insufficienza ventricolare sinistra acuta, insufficienza ventricolare destra, insufficienza ventricolare destra acuta, insufficienza ventricolare, insufficienza cardiopolmonare, cardiomiopatia congestizia.

^c Questi eventi avversi sessuali sono associati al trattamento con dutasteride (inclusa la monoterapia e la combinazione con tamsulosina). Tali eventi avversi possono persistere dopo la sospensione del trattamento. Il ruolo di dutasteride in questa persistenza non è noto.

^d Sono inclusi dolorabilità mammaria e aumento del volume della mammella.

^e Inclusa diminuzione del volume del seme.

ALTRI DATI

Lo studio REDUCE ha rivelato una maggiore incidenza di cancro alla prostata di punteggio Gleason 8-10 in uomini trattati con dutasteride rispetto al placebo (vedere paragrafi 4.4 e 5.1). Non è stato stabilito se l'effetto di dutasteride nel ridurre il volume della prostata o fattori correlati allo studio, abbiano influenzato i risultati di questo studio.

Quanto segue è stato segnalato negli studi clinici e nell'impiego post-marketing: cancro della mammella maschile (vedere paragrafo 4.4).

Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/come-segnalare-una-sospetta-reazione-avversa>.

4.9 Sovradosaggio

Negli studi di Avodart in volontari, sono state somministrate per 7 giorni dosi giornaliere singole di dutasteride fino a 40 mg/die (80 volte la dose terapeutica) senza significativi problemi di sicurezza. Negli studi clinici, dosi giornaliere di 5 mg sono state somministrate a soggetti per 6 mesi senza manifestazioni di effetti collaterali addizionali rispetto a quelli osservati a dosi terapeutiche di 0,5 mg. Non esiste uno specifico antidoto per Avodart, pertanto, in casi di sospetto sovradosaggio, si deve fornire un appropriato trattamento sintomatico e di supporto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: inibitori della testosterone-5-alfa-reduttasi.

Codice ATC: G04C B02.

Dutasteride riduce i livelli circolanti di diidrotestosterone (DHT) inibendo gli isoenzimi 5-alfa reduttasi sia di tipo 1 che di tipo 2, responsabili della conversione del testosterone in DHT.

AVODART IN MONOTERAPIA

Effetti sul DHT/Testosterone

L'effetto di una dose giornaliera di Avodart sulla riduzione del DHT è dose dipendente e si osserva entro 1-2 settimane (riduzione rispettivamente del 85% e 90%).

In pazienti con iperplasia prostatica benigna trattati con 0,5 mg al giorno di dutasteride, la diminuzione della mediana dei valori sierici di DHT è stata del 94% ad un anno e del 93% a due anni e l'aumento della mediana dei valori sierici di testosterone è stato del 19% sia ad un anno che a due.

Effetti sul volume della prostata

Una significativa riduzione del volume della prostata è stata evidenziata già a un mese dall'inizio del trattamento ed è continuata fino al ventiquattresimo mese ($p < 0,001$). Avodart ha portato ad una riduzione media del volume totale della prostata pari al 23,6% (da un valore basale di 54,9 mL a 42,1 mL) al dodicesimo mese in confronto ad una riduzione media dello 0,5% (da 54,0 mL a 53,7 mL) nel gruppo a cui è stato somministrato il placebo. Riduzioni significative ($p < 0,001$) si sono inoltre verificate nel volume della zona transizionale della prostata già dal primo mese proseguendo fino al ventiquattresimo mese, con una riduzione media del volume della zona transizionale della prostata del 17,8% (da un valore basale di 26,8 mL a 21,4 mL) nel gruppo trattato con Avodart, in confronto ad un incremento medio al dodicesimo mese del 7,9% (da 26,8 mL a 27,5 mL) nel gruppo a cui è stato somministrato il placebo. La riduzione del volume della prostata osservata durante i primi 2 anni di trattamento in doppio cieco si è mantenuta durante gli ulteriori 2 anni di estensione degli studi in aperto. La riduzione del volume della prostata porta ad un miglioramento della sintomatologia e a un diminuito rischio di ritenzione urinaria acuta e di interventi chirurgici correlati alla iperplasia prostatica benigna.

Efficacia e sicurezza clinica

Avodart 0,5 mg al giorno o placebo sono stati valutati in 4325 soggetti maschi con sintomi da moderati a gravi di iperplasia prostatica benigna, che avevano volumi prostatici ≥ 30 mL ed un valore di PSA entro un intervallo di 1,5 – 10 ng/mL, nel corso di tre studi primari di efficacia, multicentrici, della durata di 2 anni, multinazionali, controllati con placebo, in doppio cieco. Gli studi sono poi continuati con un'estensione in aperto a 4 anni con tutti i pazienti che sono rimasti nello studio trattati con dutasteride alla stessa dose di 0,5 mg. Il 37% dei pazienti inizialmente randomizzati al trattamento con placebo e il 40% dei pazienti randomizzati al trattamento con dutasteride sono rimasti nello studio per 4 anni. La maggior parte dei 2340 soggetti (71%) nell'estensione dello studio in aperto ha completato i due anni addizionali di trattamento in aperto.

I parametri più importanti di efficacia clinica sono stati l'American Urological Association Symptom Index (AUA-SI), il flusso urinario massimo (Q_{max}) e l'incidenza di ritenzione urinaria acuta e di interventi chirurgici correlati alla iperplasia prostatica benigna.

AUA-SI è un questionario di 7 domande sui sintomi correlati all'iperplasia prostatica benigna con un punteggio massimo di 35. All'inizio il punteggio medio era di circa 17. Il gruppo trattato con placebo dopo sei mesi, uno e due anni di trattamento aveva un miglioramento medio di 2,5, 2,5 e 2,3 punti rispettivamente mentre il gruppo trattato con Avodart presentava un incremento di 3,2, 3,8 e 4,5 punti rispettivamente. Le differenze tra i gruppi erano statisticamente significative. Il miglioramento dell'AUA-SI osservato durante i primi 2 anni di trattamento in doppio cieco si è mantenuto durante gli ulteriori 2 anni di estensione degli studi in aperto.

Q_{max} (flusso urinario massimo)

Il valore basale medio di Q_{max} negli studi era circa di 10 mL/sec (Q_{max} normale ≥ 15 mL/sec). Dopo uno e due anni di trattamento il flusso nel gruppo trattato con il placebo era migliorato rispettivamente di 0,8 e 0,9 mL/sec, e nel gruppo trattato con Avodart rispettivamente di 1,7 e 2,0 mL/sec. La differenza tra i due gruppi era statisticamente significativa dal primo al ventiquattresimo mese. L'aumento della velocità di flusso massimo di urina osservato durante i primi 2 anni di trattamento in doppio cieco si è mantenuto durante gli ulteriori 2 anni di estensione degli studi in aperto.

Ritenzione urinaria acuta ed intervento chirurgico

Dopo due anni di trattamento, l'incidenza di ritenzione urinaria acuta era del 4,2% nel gruppo trattato con il placebo in confronto al 1,8% del gruppo trattato con Avodart (57% di riduzione del rischio). Tale differenza è statisticamente significativa ed indica che per evitare un caso di insufficienza urinaria acuta è necessario trattare 42 pazienti (IC 95% pari a 30-73) per due anni.

L'incidenza di interventi chirurgici correlati all'iperplasia prostatica benigna dopo due anni era del 4,1% nel gruppo trattato con il placebo e del 2,2% nel gruppo trattato con Avodart (48% di riduzione del rischio). Tale

differenza è statisticamente significativa ed indica che per evitare un intervento chirurgico è necessario trattare 51 pazienti (IC 95% pari a 33-109) per due anni.

Distribuzione dei capelli

L'effetto di dutasteride sulla distribuzione dei capelli non è stato formalmente studiato durante il programma di fase III, tuttavia, gli inibitori della 5-alfa-reduttasi possono ridurre la perdita dei capelli e possono indurne la crescita in soggetti con perdita dei capelli di tipo maschile (alopecia androgenetica maschile).

Funzione tiroidea

La funzione tiroidea è stata valutata durante uno studio di un anno in maschi sani. I livelli di tiroxina libera sono rimasti stabili durante il trattamento con dutasteride, mentre i livelli di TSH risultavano leggermente aumentati (fino a 0,4 MCIU/mL) rispetto al placebo alla fine del trattamento di un anno. Tuttavia, poiché i livelli di TSH erano variabili, l'intervallo delle mediane di TSH (1,4-1,9 MCIU/mL) è rimasto entro i limiti normali (0,5- 5/6 MCIU/mL), i livelli di tiroxina libera sono rimasti stabili entro l'intervallo normale e simili sia nel placebo che con dutasteride, le variazioni di TSH non sono state considerate clinicamente significative. In tutti gli studi clinici non è risultato che dutasteride influisca negativamente sulla funzione tiroidea.

Neoplasia mammaria

Nei 2 anni di studi clinici, che hanno fornito dati di esposizione a dutasteride pari a 3374 anni-paziente, e all'epoca della registrazione nel programma clinico di 2 anni in aperto, si sono verificati 2 casi di cancro alla mammella maschile riportati in pazienti trattati con dutasteride ed 1 caso in un paziente che riceveva il placebo. Negli studi clinici a 4 anni CombAT e REDUCE che hanno fornito dati di esposizione a dutasteride pari a 17.489 anni-paziente e dati di esposizione alla combinazione dutasteride e tamsulosina pari a 5027 anni-paziente, non è stato riportato alcun caso di cancro alla mammella in nessun gruppo di trattamento.

Due studi epidemiologici caso-controllo, condotti su database sanitari in USA (n = 339 casi di cancro alla mammella e n = 6.780 controlli) e nel Regno Unito (n = 398 casi di cancro alla mammella e n = 3.930 controlli), non hanno mostrato alcun aumento del rischio di sviluppo di cancro alla mammella maschile con l'uso di inibitori della 5-alfa-reduttasi (vedere paragrafo 4.4). I risultati del primo studio non hanno identificato un'associazione positiva per il cancro alla mammella maschile (rischio relativo per ≥ 1 anno di utilizzo prima della diagnosi di cancro alla mammella rispetto a <1 anno di utilizzo: 0,70: 95% CI 0,34, 1,45). Nel secondo studio, l'*odds ratio* stimato di cancro alla mammella associato con l'uso di inibitori della 5-alfa-reduttasi rispetto al non uso, è stato di 1,08: 95% CI 0,62, 1,87.

Una relazione causale tra l'insorgenza del cancro della mammella maschile e l'impiego a lungo termine di dutasteride non è stata stabilita.

Effetti sulla fertilità maschile

Gli effetti di dutasteride 0,5 mg/die sulle caratteristiche del seme sono stati valutati in volontari sani di età compresa tra i 18 e 52 anni (n = 27 dutasteride, n= 23 placebo) nel corso di 52 settimane di trattamento e di 24 settimane di follow-up post trattamento. Alla 52° settimana le percentuali medie di riduzione rispetto al valore basale nella conta spermatica totale, nel volume del seme e nella motilità spermatica sono state rispettivamente del 23%, 26% e 18% nel gruppo trattato con dutasteride quando corrette per le modifiche dal valore basale nel gruppo trattato con placebo. La concentrazione e la morfologia degli spermatozoi sono rimaste inalterate. Dopo 24 settimane di follow-up, la variazione percentuale media nella conta spermatica totale nel gruppo trattato con dutasteride è rimasta più bassa del 23% rispetto al valore basale. Mentre i valori medi per tutti i parametri, a tutti gli intervalli di controllo, sono rimasti entro i range di normalità e non hanno soddisfatto i criteri predefiniti per una variazione clinicamente significativa (30%), due soggetti nel gruppo trattato con dutasteride hanno avuto una diminuzione della conta spermatica maggiore del 90% rispetto al valore basale alla 52° settimana, con un parziale recupero alla 24° settimana del follow-up. La possibilità di una riduzione della fertilità maschile non può essere esclusa.

AVODART IN COMBINAZIONE CON L'ALFA BLOCCANTE TAMSULOSINA

Avodart 0,5 mg/die (n=1623), tamsulosina 0,4 mg/die (n=1611) o la combinazione di Avodart 0,5 mg più tamsulosina 0,4 mg (n=1610) sono state valutate in uno studio multicentrico, multinazionale, randomizzato, in doppio cieco a gruppi paralleli (studio CombAT), in soggetti maschi con sintomi di IPB di grado da moderato a grave che avevano una prostata di volume maggiore/uguale a 30 mL e valori di PSA compresi in un intervallo di 1,5-10 ng/mL. Circa il 53% dei pazienti era stato trattato precedentemente con un inibitore della 5 alfa reduttasi o con un alfa bloccante. L'endpoint primario di efficacia durante i primi 2 anni di trattamento è stato il cambiamento nell'International Prostate Symptom Score (IPSS), uno strumento di 8 domande basato sul questionario AUA-SI con una domanda aggiuntiva sulla qualità della vita. Gli endpoint secondari di efficacia a 2 anni di trattamento includevano la velocità massima di flusso urinario (Qmax) e il volume prostatico. La combinazione raggiungeva una significatività per l'IPSS dal 3° mese rispetto ad Avodart e dal 9° mese rispetto a tamsulosina. Per il Qmax la combinazione raggiungeva una significatività dal 6° mese sia rispetto ad Avodart che a tamsulosina.

L'endpoint primario di efficacia a 4 anni di trattamento è stato il tempo di comparsa del primo evento di AUR (*acute urinary retention* - ritenzione urinaria acuta) o di intervento chirurgico correlato all'IPB. Dopo 4 anni di trattamento la terapia di combinazione ha ridotto in maniera statisticamente significativa il rischio di AUR o di intervento chirurgico correlato all'IPB (riduzione del rischio del 65,8% p<0,001 [95% CI da 54,7% a 74,1%]) rispetto alla monoterapia con tamsulosina. L'incidenza di AUR o di intervento chirurgico correlato all'IPB entro il 4° anno è stata del 4,2% per la terapia di combinazione e dell'11,9% per tamsulosina (p<0.001). Rispetto alla monoterapia con Avodart, la terapia di combinazione ha ridotto il rischio di AUR o di intervento chirurgico correlato all'IPB del 19,6% (p=0,18 [95% CI da -10,9% a 41,7%]). L'incidenza di AUR o di intervento chirurgico correlato all'IPB entro il 4°anno è stata del 4,2% per la terapia di combinazione e del 5,2% per Avodart.

Gli endpoint secondari di efficacia dopo 4 anni di trattamento includevano il tempo di progressione clinica (definita come un insieme di: deterioramento IPSS \geq 4 punti, eventi di AUR correlati all'IPB, incontinenza, infezioni del tratto urinario e insufficienza renale), il cambiamento dell'International Prostate Symptom Score (IPSS), la velocità massima di flusso urinario (Qmax) e il volume prostatico. I risultati dopo 4 anni di trattamento sono presentati di seguito:

Parametro	Tempo di valutazione	Combinazione	Avodart	Tamsulosina
AUR o intervento chirurgico correlato all'IPB (%)	Incidenza a 48 mesi	4,2	5,2	11,9a
Progressione clinica* (%)	48 mesi	12,6	17,8b	21,5a
IPSS (unità)	[Baseline] 48 mesi (cambiamento dal baseline)	[16,6] -6,3	[16,4] -5,3b	[16,4] -3,8a
Qmax (mL/sec)	[Baseline] 48 mesi (cambiamento dal baseline)	[10,9] 2,4	[10,6] 2,0	[10,7] 0,7a
Volume prostatico (mL)	[Baseline] 48 mesi (% di cambiamento dal baseline)	[54,7] -27,3	[54,6] -28,0	[55,8] +4,6a
Volume della zona di transizione della prostata (mL)#	[Baseline] 48 mesi (% di cambiamento dal baseline)	[27,7] -17,9	[30,3] -26,5	[30,5] 18,2a
Indice impatto BPH (BII) (unità)	[Baseline] 48 mesi (cambiamento dal baseline)	[5,3] -2,2	[5,3] -1,8b	[5,3] -1,2a
IPSS Domanda 8 Stato di salute correlato a IPB (unità)	[Baseline] 48 mesi (cambiamento dal baseline)	[3,6] -1,5	[3,6] -1,3b	[3,6] -1,1a

I valori basali sono valori medi e le variazioni rispetto al basale sono cambiamenti medi aggiustati.

* La progressione clinica è stata definita come un insieme di: deterioramento IPSS \geq 4 punti, eventi di AUR correlati all'IPB, incontinenza, infezioni del tratto urinario e insufficienza renale.

Misurato in centri selezionati (13% dei pazienti randomizzati)

a. Significatività ottenuta con la combinazione ($p < 0,001$) vs. tamsulosina al 48° mese

b. Significatività ottenuta con la combinazione ($p < 0,001$) vs. Avodart al 48° mese

EVENTI AVVERSI CARDIOVASCOLARI

In uno studio di 4 anni per l'IPB di Avodart in combinazione con tamsulosina in 4844 uomini (lo studio CombAT), l'incidenza di insufficienza cardiaca intesa come termine composito nel gruppo trattato con la combinazione (14/1610; 0,9%) è stata superiore rispetto a quella riscontrata in entrambi i gruppi in monoterapia: Avodart, (4/1623; 0,2%) e tamsulosina, (10/1611; 0,6%).

In uno studio separato di 4 anni in 8231 uomini di età compresa tra 50 e 75 anni, con precedente biopsia negativa per il cancro alla prostata e PSA basale, tra 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL in caso di uomini tra i 50 e i 60 anni, o 3 ng/mL e 10,0 ng/mL in caso di uomini di età superiore a 60 anni (lo studio REDUCE), si è verificata una maggiore incidenza di insufficienza cardiaca, intesa come termine composito, nei soggetti che assumevano Avodart 0,5 mg una volta al giorno (30/4105; 0,7 %) rispetto ai soggetti che assumevano placebo (16/4126; 0,4%). Un'analisi a posteriori di questo studio ha mostrato una maggiore incidenza dell'insufficienza cardiaca intesa come termine composito nei soggetti che assumevano Avodart e un alfa bloccante in concomitanza (12/1152; 1,0%), rispetto a soggetti che assumevano Avodart e nessun alfa bloccante (18/2953; 0,6%), placebo e un alfa bloccante (1/1399; $< 0,1\%$), o placebo e nessun alfa bloccante (15/2727; 0,6%) (vedere paragrafo 4.4).

In una metanalisi di 12 studi clinici randomizzati, controllati con placebo o con comparatore ($n = 18.802$), che valutavano il rischio di sviluppo di eventi avversi cardiovascolari con l'uso di Avodart (in confronto ai controlli), non è stato trovato alcun consistente aumento statisticamente significativo nel rischio di insufficienza cardiaca (RR 1,05; 95% CI 0,71, 1,57), infarto miocardico acuto (RR 1,00; 95% CI 0,77, 1,30) o ictus (RR 1,20; 95% CI 0,88, 1,64).

CANCRO ALLA PROSTATA E TUMORI DI GRADO ELEVATO

In uno studio di confronto di 4 anni tra placebo e Avodart in 8231 uomini di età compresa tra 50 e 75 anni, con precedente biopsia negativa per il cancro alla prostata e PSA basale, tra 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL in caso di uomini tra i 50 e i 60 anni, o 3 ng/mL e 10,0 ng/mL in caso di uomini di età superiore a 60 anni (lo studio REDUCE), 6706 soggetti avevano dati di agobiopsia della prostata (principalmente richiesta dal protocollo) disponibili per l'analisi per determinare il punteggio Gleason. Nello studio vi erano 1517 soggetti con diagnosi di cancro alla prostata. La maggior parte dei tumori alla prostata rilevabili con biopsia in entrambi i gruppi di trattamento sono stati classificati come tumori di basso grado (Gleason 5-6; 70%).

Una maggiore incidenza di tumori alla prostata di punteggio Gleason 8-10 si è verificata nel gruppo trattato con Avodart ($n = 29$; 0,9 %) rispetto al gruppo trattato con placebo ($n = 19$; 0,6%) ($p = 0,15$). Nel 1° e 2° anno, il numero di soggetti con cancro di punteggio Gleason 8-10 è stato simile nel gruppo trattato con Avodart ($n = 17$; 0,5 %) e nel gruppo trattato con placebo ($n = 18$; 0,5%). Nel 3° e 4° anno sono stati diagnosticati più tumori di punteggio Gleason 8-10 nel gruppo trattato con Avodart ($n = 12$; 0,5 %) rispetto al gruppo trattato con placebo ($n = 1$; $< 0,1\%$) ($p = 0,0035$). Non vi sono dati disponibili sugli effetti di Avodart oltre i 4 anni negli uomini a rischio di cancro alla prostata. La percentuale di soggetti con diagnosi di cancro di punteggio Gleason 8-10 è stata costante nei periodi di tempo dello studio (1-2 anni e 3-4 anni) nel gruppo trattato con Avodart (0,5% in ogni periodo di tempo), mentre nel gruppo trattato con placebo, la percentuale di soggetti con diagnosi di cancro di punteggio Gleason 8-10 è stata inferiore nel 3° e 4° anno rispetto al 1° e 2° anno ($< 0,1\%$ verso 0,5%, rispettivamente) (vedere paragrafo 4.4). Non vi era alcuna differenza nell'incidenza di tumori di punteggio Gleason 7-10 ($p = 0,81$).

L'ulteriore studio di 2 anni di follow-up dello studio REDUCE non ha identificato nuovi casi di tumori della prostata di Gleason 8-10.

Nello studio di 4 anni per l'IPB (CombAT) in cui non vi era alcuna biopsia prevista dal protocollo e tutte le diagnosi di cancro alla prostata erano basate su biopsie per sospetto di tumore ("per causa"), le percentuali di cancro di punteggio Gleason 8-10 sono state (n = 8; 0,5%) per Avodart, (n = 11; 0,7 %) per tamsulosina e (n = 5; 0,3%) per la terapia di combinazione.

Quattro differenti studi epidemiologici basati sulla popolazione (due dei quali erano basati su una popolazione totale di 174.895 individui, uno su una popolazione di 13.892, e uno su una popolazione di 38.058) hanno mostrato che l'utilizzo di inibitori della 5-alfa reduttasi non è associato a insorgenza di cancro alla prostata di grado elevato, né a mortalità per cancro alla prostata o a mortalità complessiva.

La relazione tra Avodart e il cancro alla prostata di grado elevato non è chiara.

Effetti sulla funzione sessuale

Gli effetti della combinazione a dose fissa dutasteride-tamsulosina sulla funzione sessuale sono stati valutati in uno studio in doppio cieco, controllato con placebo, in uomini sessualmente attivi con IPB (n=243 combinazione dutasteride-tamsulosina, n=246 placebo). Una riduzione maggiore (peggioramento), statisticamente significativa (p <0,001), nel punteggio del MSHQ (Men's Sexual Health Questionnaire) è stata osservata a 12 mesi nel gruppo in trattamento con la combinazione. La riduzione era soprattutto correlata al peggioramento delle aree dell'ejaculazione e della soddisfazione generale piuttosto che delle aree dell'erezione. Questi effetti non hanno influenzato la percezione della combinazione dei partecipanti allo studio, che è stata valutata di maggiore soddisfazione statisticamente significativa per tutta la durata dello studio rispetto al placebo (p <0,05). In questo studio gli eventi avversi sessuali si sono verificati durante i 12 mesi di trattamento e circa la metà di questi si è risolta entro 6 mesi dopo il trattamento.

È noto che la combinazione di dutasteride-tamsulosina e la monoterapia con dutasteride causano eventi avversi della funzione sessuale (vedere paragrafo 4.8).

Come osservato in altri studi clinici, compresi CombAT e REDUCE, l'incidenza di eventi avversi correlati alla funzione sessuale diminuisce nel tempo con il proseguire della terapia.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Assorbimento

In seguito a somministrazione orale di una singola dose di 0,5 mg di dutasteride, il tempo per raggiungere il picco della concentrazione sierica di dutasteride è di 1-3 ore. La biodisponibilità assoluta è approssimativamente del 60%. La biodisponibilità di dutasteride non è influenzata dal cibo.

Distribuzione

Dutasteride ha un ampio volume di distribuzione (300-500 litri) ed è altamente legata alle proteine plasmatiche (>99,5%). In seguito a somministrazione giornaliera, la concentrazione di dutasteride nel siero raggiunge il 65% della concentrazione allo stato stazionario dopo un mese ed approssimativamente il 90% dopo tre mesi. Concentrazioni di circa 40 ng/mL nel siero allo stato stazionario (C_{ss}) sono raggiunte dopo sei mesi di un trattamento con 0,5 mg una volta al giorno. La quantità di dutasteride che passa dal siero al liquido seminale è in media del 11,5%.

Biotrasformazione

Dutasteride viene estensivamente metabolizzata *in vivo*. *In vitro*, dutasteride viene metabolizzata dal citocromo P450 3A4 e 3A5 in tre metaboliti monoidrossilati ed un metabolita diidrossilato.

A seguito di somministrazione orale di 0,5 mg/die di dutasteride, fino a raggiungere lo stato stazionario, dall'1,0% al 15,4% (media del 5,4%) della dose somministrata è escreta come dutasteride immodificata nelle feci. Il resto è escreto nelle feci sotto forma di 4 metaboliti principali comprendenti ciascuno il 39%, 21%,

7% e 7% di composti correlati al farmaco e 6 metaboliti minori (meno del 5% ciascuno). Solo tracce di dutasteride immodificata (meno dello 0,1% della dose) vengono rivelate nelle urine umane.

Eliminazione

L'eliminazione di dutasteride dipende dalla dose ed il processo sembra essere descritto da due vie di eliminazione in parallelo, una saturabile a concentrazioni clinicamente rilevanti ed una non saturabile. A basse concentrazioni nel siero (meno di 3 ng/mL), dutasteride viene velocemente allontanata tramite il processo di eliminazione sia concentrazione dipendente che quello concentrazione indipendente. Singole dosi di 5 mg o meno hanno evidenziato una rapida clearance ed una breve emivita da 3 a 9 giorni.

A concentrazioni terapeutiche, in seguito a dosi ripetute di 0,5 mg/die, prevale la via di eliminazione lineare più lenta e l'emivita è di circa 3-5 settimane.

Anziani

La farmacocinetica di dutasteride è stata valutata in 36 soggetti maschi sani di età compresa tra i 24 e gli 87 anni, somministrando una singola dose di 5 mg di dutasteride. Non è stata osservata alcuna significativa influenza dell'età sull'esposizione a dutasteride, tuttavia l'emivita è risultata più breve negli uomini sotto i 50 anni di età. L'emivita non è risultata statisticamente differente confrontando il gruppo di età 50-69 anni con il gruppo di età superiore ai 70 anni.

Compromissione renale

L'effetto della compromissione renale sulla farmacocinetica di dutasteride non è stato studiato. Tuttavia meno dello 0,1% di una dose di 0,5 mg allo stato stazionario di dutasteride si ritrova nelle urine umane, pertanto non è previsto nessun incremento clinicamente significativo della concentrazione plasmatica di dutasteride in pazienti con compromissione renale (vedere paragrafo 4.2).

Compromissione epatica

L'effetto della compromissione epatica sulla farmacocinetica di dutasteride non è stato studiato (vedere paragrafo 4.3). Dal momento che dutasteride è eliminata principalmente per via metabolica, si prevede che i livelli plasmatici di dutasteride siano elevati in questi pazienti e che l'emivita di dutasteride venga prolungata (vedere paragrafo 4.2 e paragrafo 4.4).

5.3 Dati preclinici di sicurezza

I dati attuali derivanti da studi di tossicità, genotossicità e cancerogenesi non hanno evidenziato nessun particolare rischio per l'uomo.

Studi di tossicità riproduttiva in ratti di sesso maschile hanno mostrato un calo nel peso della prostata e delle vescicole seminali, una minor secrezione dalle ghiandole genitali accessorie ed una riduzione degli indici di fertilità (a causa degli effetti farmacologici di dutasteride). Il rilievo clinico di queste scoperte non è noto.

Come con altri inibitori della 5-alfa reduttasi, è stata osservata femminilizzazione in feti di sesso maschile di ratti o conigli quando dutasteride era stata somministrata durante la gestazione. Dutasteride è stata ritrovata nel sangue di ratti di sesso femminile dopo accoppiamento con maschi trattati con dutasteride. Quando dutasteride è stata somministrata a primati durante la gestazione, non è stata osservata femminilizzazione di feti maschi a livelli ematici per lo meno superiori a quelli attesi dopo passaggio tramite lo sperma nell'uomo. È improbabile che un feto di sesso maschile possa subire effetti negativi in seguito a trasferimento di dutasteride tramite il liquido seminale.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Nucleo della capsula:

mono e digliceridi dell'acido caprilico/caprico
butilidrossitoluene (E321).

Rivestimento della capsula:

gelatina
glicerolo
titanio diossido (E171)
ferro ossido giallo (E172)
trigliceridi a catena media
lecitina (può contenere olio di soia)

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

4 anni

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Non conservare a temperatura superiore ai 30° C.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Blister di film PVC/PVDC/Alluminio opaco contenente 10 capsule di gelatina molle, in confezioni da 10, 30, 50, 60 e 90 capsule. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.

Dutasteride viene assorbita attraverso la pelle, pertanto si deve evitare il contatto con capsule non integre. In caso di contatto con capsule non integre, l'area interessata deve essere immediatamente lavata con acqua e sapone (vedere paragrafo 4.4).

Il medicinale non utilizzato ed i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

GlaxoSmithKline S.p.A. – Via A. Fleming, 2 - Verona.

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Avodart 0,5 mg capsule molli – 30 capsule A.I.C.: 035895010

Avodart 0,5 mg capsule molli – 90 capsule A.I.C.: 035895022

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data della prima autorizzazione: 26 gennaio 2004

Data del rinnovo più recente: 29 ottobre 2013

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web dell'Agenzia italiana del farmaco: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>

Agenzia Italiana del Farmaco