

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Dutasteride Aurobindo 0,5 mg capsule molli

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni capsula molle contiene 0,5 mg di dutasteride.

Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Capsule molli.

Capsule di color giallo scuro, oblunghe, dimensione "6", in gelatina molle contenenti un olio viscoso trasparente da incolore a giallo chiaro. Dimensione di circa 18,4 x 6,4 mm.

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 (AUR) 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 il paragrafo 5.1.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Posologia

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

Adulti (anziani compresi):

La dose raccomandata di dutasteride 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 necessari fino a 6 mesi prima di ottenere una risposta al trattamento. Non è richiesto alcun aggiustamento della dose negli anziani.

Danno renale

L'effetto del danno renale sulla farmacocinetica della dutasteride non è stato studiato. Non sono necessari aggiustamenti della dose nei pazienti con danno renale (vedere paragrafo 5.2).

Compromissione epatica

L'effetto della compromissione epatica sulla farmacocinetica della dutasteride non è stato studiato pertanto si deve prestare attenzione nei pazienti con compromissione epatica da lieve a moderata (vedere paragrafo

4.4 e paragrafo 5.2). L'uso della dutasteride è controindicato in pazienti con grave compromissione epatica (vedere paragrafo 4.3).

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità al principio attivo o a uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1

Dutasteride è controindicato in:

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

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di 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 investigato l'effetto di dutasteride 0,5 mg al giorno su pazienti ad alto rischio di cancro alla prostata (inclusi uomini di età compresa tra 50 e 75 anni con livelli di PSA da 2,5 a 10 ng/ml e una biopsia della prostata negativa 6 mesi prima dell'arruolamento nello studio) rispetto al placebo. I risultati di questo studio hanno rivelato 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 con punteggio Gleason 8 - 10 non è chiara. Pertanto, gli uomini che assumono dutasteride devono essere regolarmente valutati per il rischio di 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. La dutasteride 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 dutasteride devono avere una nuova valutazione del PSA basale dopo 6 mesi di trattamento con dutasteride. 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 dutasteride può segnalare la presenza di cancro alla prostata o la mancata compliance alla terapia con dutasteride 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 dutasteride, devono essere valutati per il confronto i valori di PSA precedenti.

Il trattamento con dutasteride non interferisce con l'uso del PSA come strumento per supportare la diagnosi di un cancro alla prostata dopo che è stato stabilito un nuovo valore basale (vedere paragrafo 5.1).

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 dutasteride. Se il medico sceglie di usare la percentuale libera di PSA per diagnosticare il cancro alla prostata in uomini trattati con dutasteride, non è necessario nessun aggiustamento dei valori.

L'esplorazione rettale digitale, così come altre valutazioni per il cancro alla prostata, devono essere eseguite sui pazienti prima di iniziare la terapia con dutasteride, e in seguito periodicamente.

Eventi avversi cardiovascolari

In due studi clinici di 4 anni, l'incidenza di insufficienza cardiaca (un termine composito che si riferisce a eventi segnalati, principalmente insufficienza cardiaca e insufficienza cardiaca congestizia) è stata superiore tra i soggetti trattati con la combinazione di dutasteride e un alfa bloccante, soprattutto

tamsulosina, rispetto a quella riscontrata tra i soggetti non trattati con la combinazione. Tuttavia, l'incidenza di insufficienza cardiaca in questi studi è stata inferiore in tutti i gruppi trattati attivamente rispetto al gruppo placebo, e gli altri dati disponibili per dutasteride o per gli alfa-bloccanti non supportano una conclusione di aumentati rischi cardiovascolari (vedere paragrafo 5.1).

Neoplasia alla mammella

Sono stati segnalati rari casi di carcinoma mammario negli uomini trattati con dutasteride negli studi clinici e durante il periodo successivo alla commercializzazione. Tuttavia, gli studi epidemiologici non hanno mostrato un aumento del rischio di sviluppare carcinoma mammario 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 secrezioni del capezzolo.

Capsule non integre

La dutasteride viene assorbita attraverso la pelle, pertanto donne, bambini e 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

La dutasteride non è stata studiata in pazienti con malattie epatiche. Si deve prestare attenzione nella somministrazione della dutasteride a pazienti con compromissione epatica da lieve a moderata (vedere paragrafi 4.2, 4.3 e 5.2).

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

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

Effetti degli altri farmaci sulla farmacocinetica della dutasteride

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

La dutasteride è eliminata principalmente tramite metabolismo. Studi *in vitro* indicano che questo metabolismo è catalizzato dal CYP3A4 e CYP3A5. Non sono stati effettuati studi formali di interazione con potenti inibitori del CYP3A4. Tuttavia, nel corso di uno studio di farmacocinetica di popolazione, in un piccolo numero di pazienti trattati contemporaneamente con verapamil o diltiazem (moderati inibitori del CYP3A4 e 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 della dutasteride con medicinali che sono potenti inibitori dell'enzima CYP3A4 (es. ritonavir, indinavir, nefazodone, itraconazolo, ketoconazolo somministrati oralmente) può aumentare le concentrazioni sieriche di dutasteride. Non è probabile che si verifichi un'ulteriore inibizione della 5-alfa-reduttasi in seguito all'aumentata esposizione a dutasteride. Tuttavia, una riduzione della frequenza di dosaggio della 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 della 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 della dutasteride sulla farmacocinetica di altri farmaci

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

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

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

L'uso di dutasteride è controindicato nelle donne.

Gravidanza

Come altri inibitori della 5-alfa-reduttasi, la dutasteride inibisce la conversione del testosterone in 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 dutasteride sono state trovate piccole quantità di dutasteride. Non è noto se un feto di sesso maschile possa subire effetti negativi in caso di esposizione della madre al liquido seminale di un paziente in trattamento con la 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 le informazioni sui dati non clinici, vedere paragrafo 5.3.

Allattamento

Non è noto se la dutasteride venga escreta nel latte umano.

Fertilità

È stato segnalato che la dutasteride interferisce sulle caratteristiche del liquido seminale (riduzione della conta spermatica, del volume del liquido seminale e della motilità spermatica) nel soggetto sano (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 della dutasteride, non si prevede che il trattamento con la dutasteride interferisca con la capacità di guidare o di usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

DUTASTERIDE AUROBINDO IN MONOTERAPIA

Circa il 19% dei 2167 pazienti trattati con la dutasteride durante gli studi clinici di fase III della durata di 2 anni, controllati con placebo, ha manifestato reazioni avverse durante il primo anno di trattamento. La maggioranza degli eventi è stata da lieve a moderata e si è manifestata a carico del sistema riproduttivo. Non si è evidenziato alcun cambiamento del profilo degli eventi avversi negli studi di estensione in aperto di ulteriori 2 anni.

La seguente tabella mostra le reazioni avverse rilevate dagli studi clinici controllati e dall'esperienza successiva all'immissione in commercio. Gli eventi avversi segnalati negli studi clinici sono eventi giudicati dallo sperimentatore come correlati al farmaco (con un'incidenza maggiore o pari all'1%), riferiti con un'incidenza maggiore nei pazienti trattati con dutasteride rispetto a quelli trattati con il placebo durante il primo anno di trattamento. Gli eventi avversi provenienti dall'esperienza successiva all'immissione in commercio sono stati identificati dalle segnalazioni spontanee successive alla commercializzazione, pertanto l'incidenza reale non è nota:

Molto comune ($\geq 1/10$); Comune ($\geq 1/100$, $< 1/10$); Non comune ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); Raro ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); Molto raro ($< 1/10.000$); Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili).

Classificazione per sistemi e organi	Reazione avversa	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	Impotenza*	6,0%	1,7%

dell'apparato riproduttivo e della mammella	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 successivi all'immissione in commercio	
		Non nota	
Disturbi psichiatrici	Umore depresso	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 monoterapia e associazione con tamsulosina) e possono persistere dopo l'interruzione del trattamento. Il ruolo della dutasteride nella persistenza di questi eventi non è noto.

⁺ Inclusi dolorabilità mammaria e aumento di volume mammario.

DUTASTERIDE AUROBINDO 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 la dutasteride in monoterapia e del 13%, 5%, 2% e 2% con la tamsulosina in monoterapia. La maggiore incidenza di eventi avversi nel gruppo in terapia di combinazione nel primo anno di trattamento era dovuta ad una maggiore 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 pari 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	Reazione avversa	Incidenza durante il periodo di trattamento			
		1° anno	2° anno	3° anno	4° anno
	Associazione ^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				
	Associazione ^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)				
	Associazione ^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, disturbi psichiatrici, esami diagnostici	Impotenza ^c				
	Associazione ^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 ^c (diminuita)				
	Associazione ^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				
	Associazione ^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				
	Associazione ^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 monoterapia e associazione con tamsulosina) e possono persistere dopo l'interruzione del trattamento. Il ruolo della dutasteride nella persistenza di questi eventi non è noto.

^d Sono inclusi dolorabilità mammaria e aumento di volume mammario.

ALTRI DATI

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

Quanto segue è stato riportato negli studi clinici e nell'impiego successivo alla commercializzazione: 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.aifa.gov.it/content/come-segnalare-una-sospetta-reazione-avversa>.

4.9 Sovradosaggio

Negli studi su Dutasteride Aurobindo condotti 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 ai 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 la dutasteride, 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: G04CB02.

La 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.

DUTASTERIDE IN MONOTERAPIA

Effetti sul DHT/testosterone

L'effetto di una dose giornaliera di dutasteride sulla riduzione del DHT è dose-dipendente e si osserva entro 1-2 settimane (riduzione rispettivamente dell'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% a un anno e del 93% a due anni e l'aumento della mediana dei valori sierici di testosterone è stato del 19% sia a 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 ($p < 0,001$). La dutasteride 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 la dutasteride, 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 ad un diminuito rischio di ritenzione urinaria acuta e di interventi chirurgici correlati all'iperplasia prostatica benigna.

Efficacia e sicurezza clinica

Sono state valutate dosi di dutasteride di 0,5 mg al giorno o placebo in 4325 soggetti maschi con sintomi da moderati a gravi di iperplasia prostatica benigna, che avevano volumi prostatici ≥ 30 ml e 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 la dutasteride alla stessa dose di 0,5 mg. Il 37% dei pazienti inizialmente randomizzati al trattamento con il placebo e il 40% dei pazienti randomizzati al trattamento con la dutasteride sono rimasti nello studio per 4 anni. La maggior parte dei 2340 soggetti (71%) degli studi di estensione 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 (Qmax) e l'incidenza di ritenzione urinaria acuta e di interventi chirurgici correlati all'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 il 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 la dutasteride 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 di circa 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 la dutasteride 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 e intervento chirurgico

Dopo due anni di trattamento, l'incidenza della ritenzione urinaria acuta era del 4,2% nel gruppo trattato con il placebo in confronto all'1,8% del gruppo trattato con la dutasteride (57% di riduzione del rischio). Tale differenza è statisticamente significativa e 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 degli 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 la dutasteride (48% di riduzione del rischio). Tale differenza è statisticamente significativa e 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 della 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 indurre 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 la 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 la dutasteride, le variazioni di TSH non sono state considerate clinicamente significative. In tutti gli studi clinici non è risultato che la dutasteride influisca negativamente sulla funzione tiroidea.

Neoplasia alla mammella

Nei 2 anni di studi clinici, che hanno fornito dati di esposizione alla dutasteride pari a 3374 anni-paziente, e all'epoca della registrazione nell'estensione di 2 anni in aperto, si sono verificati 2 casi di cancro alla mammella maschile riportati in pazienti trattati con la dutasteride e 1 caso in un paziente che riceveva il placebo. Negli studi clinici a 4 anni CombAT e REDUCE che hanno fornito dati di esposizione alla dutasteride pari a 17489 anni-paziente e dati di esposizione alla combinazione dutasteride e tamsulosina pari a 5027 anni-paziente, non è stato riportato alcun caso in qualsiasi gruppo di trattamento.

Due studi epidemiologici caso-controllo condotti in un database sanitari, uno statunitense (n = 339 casi di carcinoma mammario e n = 6780 controlli) e l'altro britannico (n = 398 casi di carcinoma mammario e n = 3930 controlli), non hanno mostrato alcun aumento nel rischio di sviluppare un carcinoma mammario 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 carcinoma mammario maschile (rischio relativo per un uso ≥ 1 anno rispetto ad un uso < 1 anno: 0,70; IC 95% 0.34 - 1.45). Nel secondo studio, l'odds ratio stimato per il carcinoma mammario associato all'utilizzo di inibitori della 5-alfa-reduttasi rispetto al non utilizzo è stato 1.08 (IC 95% 0.62 - 1.87).

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

Effetti sulla fertilità maschile

Gli effetti della dutasteride 0,5 mg/die sulle caratteristiche del liquido seminale sono stati valutati in volontari sani di età compresa tra 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^a settimana, le percentuali medie di riduzione rispetto al valore basale della conta spermatica totale, del volume del liquido seminale e della motilità spermatica sono state rispettivamente del 23%, 26% e 18% nel gruppo trattato con la dutasteride quando corrette per le modifiche dal valore basale nel gruppo trattato con il placebo. La concentrazione e la morfologia degli spermatozoi sono rimaste inalterate. Dopo 24 settimane di follow-up, la variazione percentuale media della conta spermatica totale nel gruppo trattato con la 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 la dutasteride hanno avuto una diminuzione della conta spermatica maggiore del 90% rispetto al valore basale alla 52^a settimana, con un parziale recupero al follow-up di 24 settimane. Non si può escludere la possibilità di una riduzione della fertilità maschile.

DUTASTERIDE IN COMBINAZIONE CON L'ALFA BLOCCANTE TAMSULOSINA

Dutasteride 0,5 mg/die (n = 1623), tamsulosina 0,4 mg/die (n = 1611) o la combinazione di dutasteride 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 dell'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 (Q_{max}) e il volume prostatico.

La combinazione raggiungeva una significatività per l'IPSS dal 3° mese rispetto alla dutasteride e dal 9° mese rispetto alla tamsulosina. Per il Q_{max} la combinazione raggiungeva una significatività dal 6° mese sia rispetto alla dutasteride che alla tamsulosina.

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

Gli endpoint secondari di efficacia dopo 4 anni di trattamento includevano il tempo alla progressione clinica (definita come un insieme di: deterioramento IPSS ≥ 4 punti, eventi di ritenzione urinaria acuta 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 (Q_{max}) e il volume prostatico. I risultati dopo 4 anni di trattamento sono presentati di seguito.

Parametro	Tempo di valutazione	Combinazione	Dutasteride	Tamsulosina
Ritenzione urinaria acuta o intervento chirurgico	Incidenza a 48 mesi	4,2	5,2	11,9 ^a

correlato all'IPB (%)				
Progressione clinica* (%)	48 mesi	12,6	17,8 ^b	21,5 ^a
IPSS (unità)	[Baseline] 48 mesi (variazione dalla baseline)	[16,6] -6,3	[16,4] -5,3 ^b	[16,4] -3,8 ^a
Qmax (ml/sec)	[Baseline] 48 mesi (variazione dalla baseline)	[10,9] 2,4	[10,6] 2,0	[10,7] 0,7 ^a
Volume prostatico (ml)	[Baseline] 48 mesi (variazione dalla baseline)	[54,7] -27,3	[54,6] -28,0	[55,8] +4,6 ^a
Volume della zona di transizione della prostata (ml) [#]	[Baseline] 48 mesi (variazione dalla baseline)	[27,7] -17,9	[30,3] -26,5	[30,5] 18,2 ^a
Indice impatto IPB (BII) (unità)	[Baseline] 48 mesi (variazione dalla baseline)	[5,3] -2,2	[5,3] -1,8 ^b	[5,3] -1,2 ^a
IPSS Domanda 8 Stato di salute correlato a IPB (unità)	[Baseline] 48 mesi (variazione dalla baseline)	[3,6] -1,5	[3,6] -1,3 ^b	[3,6] -1,1 ^a

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 ≥ 4 punti, eventi di ritenzione urinaria acuta 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 dutasteride al 48° mese

EVENTI AVVERSI CARDIOVASCOLARI

In uno studio di 4 anni per l'IPB sulla dutasteride in combinazione con la tamsulosina condotto su 4844 uomini (lo studio CombAT), l'incidenza dell'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: dutasteride (4/1623; 0,2%) e tamsulosina (10/1611; 0,6%).

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

In una meta-analisi di 12 studi clinici randomizzati, controllati con placebo o con comparatori ($n = 18802$), che ha valutato i rischi di insorgenza di eventi avversi cardiovascolari correlati all'uso di dutasteride (rispetto ai controlli), non è stato rilevato alcun aumento statisticamente significativo del rischio di insufficienza cardiaca (RR 1.05; IC 95% 0.71 - 1.57), infarto miocardico acuto (RR 1.00; IC 95% 0.77 - 1.30) o ictus (RR 1.20; IC 95% 0.88 - 1.64).

Cancro alla prostata e tumori di grado elevato

In uno studio di confronto di 4 anni tra il placebo e la dutasteride condotto su 8231 uomini di età compresa tra 50 e 75 anni, con precedente biopsia negativa per il cancro alla prostata e PSA basale compreso tra 2,5 ng/ml e 10,0 ng/ml per gli uomini tra i 50 e i 60 anni e tra 3 ng/ml e 10,0 ng/ml per gli

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 è stata classificata come tumore 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 la dutasteride (n = 29; 0,9%) rispetto al gruppo trattato con il 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 la dutasteride (n = 17; 0,5%) e nel gruppo trattato con il placebo (n = 18; 0,5%). Nel 3° e 4° anno sono stati diagnosticati più tumori di punteggio Gleason 8-10 nel gruppo trattato con la dutasteride (n = 12; 0,5%) rispetto al gruppo trattato con il placebo (n = 1; <0,1%) (p = 0,0035). Non vi sono dati disponibili sugli effetti della dutasteride 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 la dutasteride (0,5% in ogni periodo di tempo), mentre nel gruppo trattato con il 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% contro 0,5%, rispettivamente) (vedere paragrafo 4.4). Non vi era alcuna differenza nell'incidenza di tumori di punteggio Gleason 7-10 (p = 0,81).

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 la dutasteride, (n = 11; 0,7%) per la tamsulosina e (n = 5; 0,3%) per la terapia di combinazione.

Quattro differenti studi epidemiologici basati su popolazione (due dei quali basati su una popolazione totale di 174.895, uno su una popolazione di 13.892 e uno su una popolazione di 38.058) hanno mostrato che l'uso di inibitori della 5-alfa-reduttasi non è associato all'insorgenza di carcinoma prostatico di alto grado, né di cancro alla prostata o mortalità generale.

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

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Assorbimento

In seguito alla 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 circa del 60%. La biodisponibilità della dutasteride non è influenzata dal cibo.

Distribuzione

La dutasteride ha un ampio volume di distribuzione (300-500 L) 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 e 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 dell'11,5%.

Biotrasformazione

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

A seguito della 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 imm modificata 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 imm modificata (meno dello 0,1% della dose) vengono rivelate nelle urine umane.

Eliminazione

L'eliminazione della dutasteride dipende dalla dose e il processo sembra essere descritto da due vie di eliminazione in parallelo, una saturabile a concentrazioni clinicamente rilevanti e una non saturabile.

A basse concentrazioni nel siero (meno di 3 ng/ml), la 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 e 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 della 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 alla 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.

Danno renale

L'effetto del danno renale sulla farmacocinetica della 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 danno renale (vedere paragrafo 4.2).

Compromissione epatica

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

Studi di tossicità riproduttiva in ratti di sesso maschile hanno mostrato un calo del peso della prostata e delle vescicole seminali, una minore secrezione dalle ghiandole genitali accessorie e una riduzione degli indici di fertilità (a causa degli effetti farmacologici della dutasteride). La rilevanza clinica di queste scoperte non è nota.

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

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Contenuto della capsula:

Glicole propilenico monocaprilato (tipo I)
Butilidrossitoluene (E321)

Involucro della capsula:

Gelatina (gelatina 160 Bloom)
Glicerolo

Titanio diossido (E171)
Ferro ossido giallo (E172)

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

2 anni.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Conservare a temperatura inferiore ai 30°C.
Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dall'umidità.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Dutasteride Aurobindo capsule è disponibile in confezione blister in PVC/PVdC-foglio d'alluminio trasparente e in confezione in flacone in HDPE con chiusura in polipropilene.

Confezioni:

Confezioni blister: 10, 30, 50, 60 e 90 capsule.
Confezioni in HDPE: 500 capsule.

È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento

La dutasteride viene assorbita attraverso la pelle, quindi deve essere evitato 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 e i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Aurobindo Pharma (Italia) s.r.l. – Via San Giuseppe, 102 – 21047 Saronno (VA)

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

045302015 - "0,5 mg capsule molli" 10 capsule in blister PVC/PVDC-Al
045302027 - "0,5 mg capsule molli" 30 capsule in blister PVC/PVDC-Al
045302039 - "0,5 mg capsule molli" 50 capsule in blister PVC/PVDC-Al
045302041 - "0,5 mg capsule molli" 60 capsule in blister PVC/PVDC-Al
045302054 - "0,5 mg capsule molli" 90 capsule in blister PVC/PVDC-Al
045302066 - "0,5 mg capsule molli" 500 capsule in flacone HDPE

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data della prima autorizzazione: 12/12/2017

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO