

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Emanera 20 mg capsule gastrorezistente

Emanera 40 mg capsule gastrorezistente

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Emanera 20 mg capsule gastrorezistente

Fiecare capsulă gastrorezistentă conține esomeprazol 20 mg (sub formă de magneziu dihidrat).

Emanera 40 mg capsule gastrorezistente

Fiecare capsulă gastrorezistentă conține 40 mg esomeprazol (sub formă de magneziu dihidrat).

Excipient(ți) cu efect cunoscut:

	capsule gastrorezistente 20 mg	capsule gastrorezistente 40 mg
zahăr	28,464–32,556 mg	56,928–65,111 mg

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Capsulă gastrorezistentă

20 mg:

Corpul și capacul capsulei sunt de culoare roz deschis. Conținutul capsulei este format din pelete de culoare albă până la aproape albă.

40 mg:

Corpul și capacul capsulei sunt de culoare roz închis. Conținutul capsulei este format din pelete de culoare albă până la aproape albă.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Emanera capsule este indicat la adulți pentru:

Boala de reflux gastro-esofagian (BRGE)

- Tratamentul esofagitei erozive de reflux
- Tratamentul de lungă durată al pacienților cu esofagită vindecată, pentru prevenirea recidivei
- Tratamentul simptomatic al bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE)

În asociere cu o schemă terapeutică antibacteriană adecvată pentru eradicarea *Helicobacter pylori* și:

- Vindecarea ulcerului duodenal asociat infecției cu *Helicobacter pylori*
- Prevenirea recidivelor ulcerelor gastro-duodenale la pacienții cu ulcere asociate infecției cu *Helicobacter pylori*

Pacienții care necesită terapie continuă cu AINS:

- Vindecarea ulcerelor gastrice asociate tratamentului cu AINS
- Prevenirea ulcerelor gastrice și duodenale asociate tratamentului cu AINS la pacienții cu risc

Tratamentul de lungă durată, după prevenirea resângerărilor din ulcerale gastro-duodenale indusă prin administrare i.v.

Tratamentul sindromului Zollinger Ellison

Emanera este indicată la adolescenți cu vârsta peste 12 ani pentru:

Boala de reflux gastro-esofagian (BRGE)

- Tratamentul esofagitei erozive de reflux
- Tratamentul de lungă durată al pacienților cu esofagită vindecată, pentru prevenirea recidivei
- Tratamentul simptomatic al bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE)

În asociere cu antibiotice pentru tratamentul ulcerului duodenal determinat de *Helicobacter pylori*

4.2 Doze și mod de administrareDoze**Adulți****Boala de reflux gastro-esofagian (BRGE)**

- *Tratamentul esofagitei erozive de reflux*
40 mg o dată pe zi timp de 4 săptămâni.
Se recomandă un tratament adițional de 4 săptămâni pentru pacienții la care esofagita nu a fost vindecată sau care au simptome persistente.
- *Tratamentul de lungă durată al pacienților cu esofagită vindecată, pentru prevenirea recidivei*
20 mg o dată pe zi.
- *Tratamentul simptomatic al bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE)*
20 mg o dată pe zi, la pacienții fără esofagită. Dacă nu s-a obținut controlul simptomelor după 4 săptămâni, pacientul trebuie investigat suplimentar. După ce simptomele s-au ameliorat, un control al simptomelor ulterioare poate fi obținut utilizând 20 mg o dată pe zi. La adulți, poate fi utilizată la cerere o schemă de administrare cu 20 mg o dată pe zi, la nevoie. La pacienții tratați cu AINS cu risc de a dezvolta ulcere gastrice și duodenale, controlul simptomelor ulterioare utilizând o schemă de administrare la cerere nu este recomandată.

În asociere cu o schemă terapeutică antibacteriană adecvată pentru eradicarea *Helicobacter pylori* și

- *Vindecarea ulcerului duodenal asociat infecției cu *Helicobacter pylori**
- *Prevenirea recurenței ulcerelor gastro-duodenale la pacienții cu ulcere asociate infecției cu *Helicobacter pylori**
20 mg Emanera cu 1 g amoxicilină și 500 mg claritromicină, toate de două ori pe zi timp de 7 zile.

Pacienți care necesită tratament continuu cu AINS

- *Vindecarea ulcerelor gastrice asociate tratamentului cu AINS*
Doza uzuală este de 20 mg o dată pe zi. Durata tratamentului este de 4-8 săptămâni.
- *Prevenirea ulcerelor gastrice și duodenale asociate tratamentului cu AINS la pacienții cu risc*
20 mg o dată pe zi.

Tratamentul de lungă durată, după prevenirea resângerărilor din ulcerele gastro-duodenale, indusă prin administrare i.v.

40 mg o dată pe zi, timp de 4 săptămâni de la prevenirea resângerărilor din ulcerele gastro-duodenale indusă prin administrare i.v.

Tratamentul sindromului Zollinger Ellison

Doza inițială recomandată este de 40 mg Emanera, de două ori pe zi. Ulterior, doza trebuie ajustată individual și tratamentul continuat atâta timp cât este indicat clinic. În funcție de datele clinice disponibile, majoritatea pacienților pot fi controlați cu doze cuprinse între 80 și 160 mg esomeprazol zilnic. Cu doze peste 80 mg zilnic, doza trebuie divizată și administrată de două ori pe zi.

Grupuri speciale de pacienți

Insuficiență renală

Ajustarea dozei nu este necesară la pacienții cu insuficiență renală. Datorită experienței limitate la pacienții cu insuficiență renală severă, acești pacienți trebuie tratați cu atenție (vezi pct. 5.2).

Insuficiență hepatică

Ajustarea dozei nu este necesară la pacienții cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată. Pentru pacienții cu insuficiență hepatică severă nu trebuie depășită o doză maximă de 20 mg Emanera (vezi pct. 5.2).

Vârstnici

Nu este necesară ajustarea dozei la vârstnici.

Copii și adolescenți

Adolescenți cu vârsta peste 12 ani:

Boala de reflux gastro-esofagian (BRGE)

- tratamentul esofagitei erozive de reflux
40 mg o dată pe zi timp de 4 săptămâni.
Se recomandă un tratament suplimentar de 4 săptămâni pentru pacienții la care esofagita nu a fost vindecată sau care au simptome persistente.
- tratamentul pe termen lung al pacienților cu esofagită vindecată pentru prevenirea recurenței
20 mg o dată pe zi.
- tratamentul simptomatic al bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE)
20 mg o dată pe zi, la pacienții fără esofagită. Dacă nu s-a obținut controlul simptomelor după 4 săptămâni, pacientul trebuie investigat suplimentar. După ce simptomele s-au ameliorat, un control al simptomelor ulterioare poate fi obținut utilizând 20 mg pe zi.

Tratamentul ulcerului duodenal cauzat de infecția cu *Helicobacter pylori*

Atunci când se alege o schemă de terapie asociată trebuie luate în considerare ghidurile oficiale naționale, regionale și locale cu privire la rezistența bacteriană, durata tratamentului (cel mai frecvent 7 zile dar, uneori, de până la 14 zile) și utilizarea adecvată a medicamentelor antibacteriene. Tratamentul trebuie supervizat de un medic specialist.

Dozele recomandate sunt:

Greutate	Doze
30 - 40 kg	Tratament asociat cu două antibiotice: Emanera 20 mg, amoxicilină 750 mg și claritromicină 7,5 mg/kg greutate corporală, fiecare administrat de două ori pe zi, timp de o săptămână.

> 40 kg	Tratament asociat cu două antibiotice: Emanera 20 mg, amoxicilină 1 g și claritromicină 500 mg, fiecare administrat de două ori pe zi, timp de o săptămână.
---------	---

Copii cu vârsta sub 12 ani

Emanera nu trebuie utilizat la copii cu vârsta mai mică de 12 ani, deoarece nu există date disponibile.

Mod de administrare

Capsulele trebuie înghițite întregi, cu o cantitate de apă. Capsulele nu trebuie mestecate sau sfărâmate.

Pentru pacienții cu dificultăți la înghițire, capsulele pot fi deschise și peletele pot fi dispersate în jumătate de pahar cu apă plată. Nu trebuie utilizate alte lichide, deoarece învelișul enteric se poate dizolva. Apa cu pelete se bea imediat sau în decurs de 30 de minute. Se clătește paharul cu jumătate de pahar cu apă și se bea. Peletele nu trebuie mestecate sau sfărâmate.

Pentru pacienții care nu pot înghiți, capsulele pot fi deschise și peletele pot fi dispersate în apă plată și administrate printr-o sondă gastrică (≥ 16 dimensiune franceză) (vezi pct. 6.6).

Capsula desicantă din flacon nu este comestibilă și nu trebuie înghițită.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate cunoscută la substanța activă, benzimidazoli substituiți sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Administrarea concomitentă a esomeprazolului cu nelfinavir este contraindicată (vezi pct. 4.5).

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În prezența oricărui simptom de alarmă (de exemplu, pierdere în greutate neintenționată semnificativă, vărsături recurente, disfagie, hematemeză sau melenă) și când se suspectează sau este confirmată prezența unui ulcer gastric, trebuie exclus diagnosticul de malignitate, deoarece tratamentul cu Emanera poate ameliora simptomele și întârzia diagnosticul.

Utilizarea pe termen lung

Pacienții cu tratament de lungă durată (în special cei tratați pentru mai mult de un an) trebuie monitorizați la intervale constante.

Tratament la cerere

Pacienții cu tratament la cerere trebuie instruiți să se adreseze medicului dacă simptomele își modifică caracteristicile.

Eradicarea *Helicobacter pylori*

Când se prescrie esomeprazol pentru eradicarea *Helicobacter pylori* trebuie avute în vedere interacțiunile posibile dintre toate componentele triplei terapii. Claritromicina este un inhibitor potent al enzimei CYP3A4 și contraindicațiile și interacțiunile medicamentoase ale claritromicinei trebuie avute în vedere când se utilizează terapia triplă la pacienții tratați concomitent cu alte medicamente metabolizate pe calea CYP3A4, cum este cisaprida.

Infecții gastro-intestinale

Tratamentul cu inhibitori de pompă de protoni poate duce la o ușoară creștere a riscului infecțiilor gastro-intestinale, cum sunt cele cu *Salmonella* și *Campylobacter* (vezi pct. 5.1).

Absorbția vitaminei B12

Esomeprazolul, ca toate medicamentele care blochează secreția acidă, poate reduce absorbția vitaminei B12 (cianocobalamina) din cauza hipo- sau aclorhidriei. Acest lucru trebuie să fie luat în considerare la pacienții cu rezerve reduse sau cu factori de risc pentru o absorbție redusă a vitaminei B12 în terapia pe termen lung.

Hipomagneziemie

S-a raportat apariția de hipomagneziemie severă la pacienții tratați cu medicamente inhibitoare de pompă de protoni (IPP) precum esomeprazol, timp de cel puțin trei luni și, în majoritatea cazurilor, timp de un an. Pot apărea manifestări grave ale hipomagneziemiei, precum fatigabilitate, tetanie, delir, convulsii, amețeli, aritmii ventriculare, însă aceste manifestări pot avea un debut insidios și pot fi trecute cu vederea. La pacienții afectați, în majoritatea cazurilor, simptomele de hipomagneziemie s-au ameliorat după începerea tratamentului cu magneziu și încetarea administrării IPP.

În cazul pacienților la care se anticipează un tratament de lungă durată sau al celor cărora li se administrează IPP împreună cu digoxin sau alte medicamente care pot determina apariția hipomagneziemiei (de exemplu, diuretice), profesioniștii în domeniul sănătății trebuie să aibă în vedere determinarea concentrației de magneziu înainte de începerea tratamentului cu IPP și, periodic, în timpul tratamentului.

Riscul de fractură

Administrarea de medicamente inhibitoare de pompă de protoni (IPP), în special în doze mari și pe perioade îndelungate (peste 1 an) poate crește moderat riscul de fractură de șold, fractură radio-carpiană și de coloană vertebrală, predominant la pacienții vârstnici sau la pacienții cu alți factori de risc cunoscuți. Studiile observaționale indică faptul că medicamentele inhibitoare de pompă de protoni pot determina creșterea cu 10-40% a riscului de fracturi. În anumite cazuri, respectiva creștere a riscului de fracturi este determinată de alți factori de risc. Pacienții cu risc de osteoporoză trebuie tratați conform ghidurilor clinice curente și trebuie să beneficieze de un aport adecvat de vitamina D și calciu.

Lupus eritematos cutanat subacut (LECS)

Utilizarea inhibitorilor de pompă de protoni (IPP) este asociată cu cazuri foarte rare de lupus eritematos cutanat subacut (LECS). Dacă apar leziuni, în special în zonele expuse razelor solare și sunt însoțite de artralgie, pacientul trebuie să se adreseze medicului, care trebuie să ia în considerare întreruperea tratamentului cu Emanera. Apariția LECS după un tratament anterior cu un PPI poate crește riscul apariției LECS și cu alți IPP.

Combinații cu alte medicamente

Nu este recomandată administrarea concomitentă a esomeprazolului cu atazanavir (vezi pct. 4.5). Dacă se consideră că administrarea concomitentă a atazanavirului cu un inhibitor de pompă de protoni este inevitabilă, se recomandă o monitorizare clinică atentă, în asociere cu o creștere a dozei de atazanavir până la 400 mg cu 100 mg ritonavir; doza de 20 mg esomeprazol nu trebuie depășită.

Esomeprazolul este un inhibitor CYP2C19. Când se începe sau se termină tratamentul cu esomeprazol, potențialul pentru interacțiuni cu medicamente metabolizate prin intermediul CYP2C19 ar trebui luat în considerare. A fost observată o interacțiune între clopidogrel și esomeprazol (vezi pct. 4.5). Relevanța clinică a acestei interacțiuni este incertă. Ca măsură de precauție, utilizarea de esomeprazol și clopidogrel ar trebui să fie evitată.

Când esomeprazolul se prescrie în tratament la cerere, trebuie luate în considerare implicațiile asupra interacțiunilor cu alte medicamente, datorită fluctuațiilor concentrațiilor plasmatice ale esomeprazolului (vezi pct. 4.5).

Reacții adverse cutanate severe (RACS)

Reacții adverse cutanate severe (RACS), cum ar fi eritemul polimorf (EP), sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET), reacția medicamentoasă cu eozinofilie și simptome sistemice (RMESS), care pot pune viața în pericol sau pot fi letale au fost raportate foarte rar în cadrul tratamentului cu esomeprazol.

Pacienții trebuie informați cu privire la semnele și simptomele reacțiilor adverse cutanate severe de tipul EP/SSJ/TEN/RMESS și trebuie să solicite imediat sfatul medicului lor atunci când observă orice semne sau simptome sugestive.

Dacă apar semne și simptome ale reacției adverse cutanate severe, administrarea esomeprazolului trebuie oprită imediat și trebuie acordate îngrijiri medicale suplimentare/monitorizare atentă, după caz.

Tratamentul nu trebuie reluat la pacienți cu reacții adverse cutanate severe precum EP/SSJ/TEN/RMESS.

Interferența cu testele de laborator

Creșterea valorilor Cromograninei A (CgA) poate interfera cu investigațiile pentru tumorile neuroendocrine. Pentru a evita această interferență, tratamentul cu Emanera trebuie oprit temporar pentru cel puțin 5 zile înainte de evaluarea CgA. În cazul în care concentrațiile plasmatiche de CgA și gastrină nu au revenit la nivelul de referință după determinarea inițială, testele trebuie repetate la 14 zile după terminarea tratamentului cu inhibitor al pompei de protoni.

Zahăr

Emanera conține zahăr (sucroză). Pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la fructoză, sindrom de malabsorbție la glucoză-galactoză sau insuficiență a sucrazei-izomaltazei nu trebuie să utilizeze acest medicament.

Sodiu

Acest medicament conține sodiu sub 1 mmol (23 mg) per capsulă, adică practic “nu conține sodiu”.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Efecte ale esomeprazolului asupra farmacocineticii altor medicamente

Inhibitori ai proteazei

S-a raportat faptul că omeprazolul interacționează cu unii inhibitori ai proteazei.

Importanța clinică și mecanismele din spatele acestor interacțiuni raportate nu este întotdeauna cunoscută. Creșterea pH-ului gastric în timpul tratamentului cu omeprazol poate modifica absorbția inhibitorilor proteazei. Alte mecanisme posibile de interacțiune sunt prin inhibarea CYP2C19.

Pentru atazanavir și nelfinavir, s-a raportat scăderea valorilor serice la administrarea concomitentă cu omeprazol, motiv pentru care nu este recomandată administrarea lor concomitentă. Administrarea concomitentă de omeprazol (40 mg o dată pe zi) cu atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg la voluntarii sănătoși a determinat o reducere substanțială a expunerii la atazanavir (o scădere de aproximativ 75% a ASC, C_{max} și C_{min}). Creșterea dozei de atazanavir la 400 mg nu a compensat impactul omeprazolului asupra expunerii la atazanavir. Administrarea concomitentă a omeprazolului (20 mg o dată pe zi) cu atazanavir 400 mg/ritonavir 100 mg la voluntari sănătoși a evidențiat o scădere cu aproximativ 30% a expunerii la atazanavir față de expunerea observată la administrarea atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg o dată pe zi fără administrare de omeprazol 20 mg o dată pe zi. Administrarea concomitentă a omeprazolului (40 mg, o dată pe zi) a redus valoarea medie a ASC, C_{max} și C_{min} pentru nelfinavir cu 36–39% și valoarea medie a ASC, C_{max} și C_{min} pentru metabolitul activ farmacologic M8 a fost redusă cu 75–92%. Datorită efectelor farmacodinamice și proprietăților farmacocinetice similare ale omeprazolului și esomeprazolului, administrarea concomitentă a esomeprazolului cu atazanavir nu este recomandată (vezi pct 4.4) și cu nelfinavir este contraindicată (vezi pct 4.3).

Pentru saquinavir (administrat concomitent cu ritonavir) s-a raportat creșterea valorilor serice (80–100%) în timpul tratamentului concomitent cu omeprazol (40 mg, o dată pe zi). Tratamentul cu omeprazol 20 mg o dată pe zi nu a avut efect asupra expunerii la darunavir (administrat concomitent cu ritonavir) și amprenavir (administrat concomitent cu ritonavir). Tratamentul cu esomeprazol 20 mg o dată pe zi nu a avut efect asupra expunerii la amprenavir (cu sau fără administrare concomitentă de

ritonavir). Tratamentul cu omeprazol 40 mg o dată pe zi nu a avut efect asupra expunerii la lopinavir (administrat concomitent cu ritonavir).

Metotrexat

Atunci când este administrat împreună cu inhibitori de pompă de protoni (IPP), la unii pacienți s-a raportat o creștere a concentrațiilor plasmatice de metotrexat. Întreruperea temporară a administrării esomeprazolului poate fi luată în considerare, în cazul administrării de doze mari de metotrexat.

Tacrolimus

S-a raportat că administrarea concomitentă de esomeprazol crește concentrațiile plasmatice de tacrolimus. Este necesară instituirea unei monitorizări intense a concentrațiilor plasmatice de tacrolimus, precum și a funcției renale (clearance-ul creatininei) și, la nevoie, trebuie ajustată doza de tacrolimus.

Medicamente cu absorbție dependentă de pH

Supresia acidității gastrice în timpul tratamentului cu esomeprazol și alți inhibitori ai pompei de protoni (IPP) poate determina scăderea sau creșterea absorbției medicamentelor, cu o absorbție dependentă de pH-ul gastric. Absorbția medicamentelor precum ketoconazol, itraconazol și erlotinib poate scădea, iar absorbția digoxinei poate crește în timpul tratamentului cu esomeprazol sau orice alt medicament care reduce aciditatea gastrică. Tratamentul concomitent cu omeprazol (20 mg zilnic) și digoxin la subiecții sănătoși a determinat o creștere a biodisponibilității digoxinei cu 10% (până la 30% la doi din zece subiecți). Toxicitatea digoxinei a fost rareori raportată. Cu toate acestea, este necesară prudență când esomeprazolul este administrat în doze mari la pacienții vârstnici. Monitorizarea terapeutică a digoxinei trebuie intensificată.

Medicamente metabolizate de către enzima CYP2C19

Esomeprazolul inhibă CYP2C19, enzima principală implicată în metabolizarea esomeprazolului. Prin urmare, când esomeprazolul este administrat concomitent cu medicamente metabolizate de către enzima CYP2C19, cum sunt diazepam, citalopram, imipramină, clomipramină, fenitoină, etc, concentrațiile plasmatice ale acestor medicamente pot crește și poate fi necesară o reducere a dozei. Acest lucru trebuie luat în considerare, în special, când se prescrie esomeprazol pentru tratamentul la cerere.

Diazepam

Administrarea concomitentă a 30 mg esomeprazol a determinat o scădere cu 45% a clearance-ului diazepamului, substrat al CYP2C19.

Fenitoină

Administrarea concomitentă a 40 mg esomeprazol a determinat o creștere cu 13% a concentrațiilor plasmatice minime ale fenitoină, la pacienții epileptici. Se recomandă monitorizarea concentrațiilor plasmatice ale fenitoină când tratamentul cu esomeprazol este inițiat sau întrerupt.

Voriconazol

Omeprazolul (40 mg o dată pe zi) a crescut C_{max} și ASC_t a voriconazolului (un substrat CYP2C19) cu 15%, respectiv 41%.

Cilostazol

Omeprazolul, ca și esomeprazolul, acționează ca inhibitori ai CYP2C19. Într-un studiu încrucișat, omeprazolul administrat în doze de 40 mg la subiecții sănătoși a determinat creșterea C_{max} și ASC a cilostazolului cu 18% și, respectiv, 26%, iar a unuia dintre metaboliții săi activi, cu 29% și, respectiv, 69%.

Cisapridă

La voluntarii sănătoși, administrarea concomitentă a 40 mg esomeprazol a determinat o creștere cu 32% a ariei de sub curba concentrației plasmatice în funcție de timp (ASC) și o prelungire cu 31% a timpului de înjumătățire plasmatică prin eliminare ($t_{1/2}$), dar nu și o creștere semnificativă a

concentrațiilor plasmatice maxime pentru cisapridă. Prolungirea ușoară a intervalului QT observată după administrarea cisapridei în monoterapie nu a fost prelungită suplimentar când cisaprida s-a administrat concomitent cu esomeprazolul (vezi și pct. 4.4).

Warfarină

Administrarea concomitentă a 40 mg esomeprazol la pacienții tratați cu warfarină în cadrul unui studiu clinic a arătat că timpii de coagulare se aflau în intervalul valorilor normale. Totuși, după punerea pe piață a medicamentului, în timpul tratamentului concomitent, au fost raportate câteva cazuri izolate de INR crescut, semnificative clinic. Se recomandă monitorizarea pacienților la inițierea și întreruperea tratamentului concomitent cu esomeprazol, pe parcursul tratamentului cu warfarină sau cu alți derivați cumarinici.

Clopidogrel

Rezultatele din studiile clinice la indivizii sănătoși au evidențiat interacțiuni farmacocinetice (FC)/farmacodinamice (FD) între clopidogrel (300 mg ca doză de inițiere, urmată de 75 mg/zi) și esomeprazol (40 mg zilnic pe cale orală), determinând scăderea expunerii la metabolitul activ al clopidogrelului, în medie cu 40% și o scădere a inhibării plachetare maxime (induse de ADP), în medie cu 14% .

Într-un studiu clinic la indivizii sănătoși, expunerea la metabolitul activ al clopidogrelului a fost scăzută cu aproximativ 40% atunci când o combinație de doze fixe de 20 mg esomeprazol + acid acetilsalicilic (AAS) 81 mg a fost administrată împreună cu clopidogrel, comparativ cu clopidogrel administrat singur. Cu toate acestea, valorile maxime de inhibiție a agregării plachetare (induse de ADP) la acești indivizi au fost similare în ambele grupuri.

În studiile observaționale și clinice au fost raportate date contradictorii cu privire la implicațiile clinice ale acestei interacțiuni farmacocinetice/farmacodinamice în ceea ce privește evenimentele cardiovasculare majore. Ca măsură de precauție, utilizarea concomitentă de esomeprazol și clopidogrel trebuie să fie descurajată.

Medicamente investigate fără interacțiuni relevante clinic

Amoxicilina și chinidina

S-a demonstrat că esomeprazolul nu are efecte relevante din punct de vedere clinic asupra farmacocineticii amoxicilinei sau chinidinei.

Naproxen sau rofecoxib

Studiile care au evaluat administrarea concomitentă de esomeprazol și naproxen sau rofecoxib nu au identificat interacțiuni farmacocinetice relevante clinic în timpul studiilor pe termen scurt.

Efecte ale altor medicamente asupra parametrilor farmacocinetici ai esomeprazolului

Inhibitorii CYP2C19 și/sau CYP3A4

Esomeprazolul este metabolizat de către CYP2C19 și CYP3A4. Administrarea concomitentă a esomeprazolului cu alt inhibitor al CYP3A4, claritromicina (500 mg de două ori pe zi) a determinat o dublare a expunerii (ASC) la esomeprazol. Administrarea concomitentă a esomeprazolului cu un inhibitor concomitent al CYP2C19 și CYP3A4 poate duce la o creștere mai mare decât dublul expunerii la esomeprazol. Inhibitorul CYP2C19 și CYP3A4, voriconazol, a crescut ASC pentru omeprazol cu 280%. Ajustarea dozei de esomeprazol nu este, de obicei, necesară în niciuna dintre aceste situații. Totuși, trebuie luată în considerare ajustarea dozelor în cazul pacienților cu insuficiență hepatică severă și în cazul indicației de tratament de lungă durată.

Medicamente inductoare ale CYP2C19 și/sau CYP3A4

Substanțele active cunoscute ca inductoare ale CYP2C19 sau CYP3A4 sau ale ambelor (cum sunt rifampicina și sunătoarea (*Hypericum perforatum*)) pot duce la scăderea concentrațiilor plasmatice de esomeprazol, prin creșterea ratei de metabolizare a esomeprazolului.

Copii și adolescenți

Studii de interacțiune au fost realizate numai la adulți.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Sarcina

Pentru Emanera, datele clinice privind sarcinile expuse sunt insuficiente. În cazul amestecului racemic de omeprazol, datele dintr-un număr mare de sarcini expuse, din cadrul unor studii epidemiologice, nu au indicat apariția malformațiilor sau a efectelor fetotoxice. Studiile la animale cu esomeprazol nu au indicat efecte dăunătoare directe sau indirecte asupra dezvoltării embrionare sau fetale. Studiile la animale cu amestecul racemic nu au indicat efecte dăunătoare directe sau indirecte asupra sarcinii, nașterii sau dezvoltării postnatale. Medicamentul va fi prescris cu prudență la femeia gravidă.

Conform unui număr moderat de date privind femeile gravide (între 300-1000 de rezultate obținute la gravide), nu s-au evidențiat efecte malformative sau efecte toxice feto/neo-natale ale esomeprazolului.

Studiile la animale nu au evidențiat efecte dăunătoare directe sau indirecte toxice asupra funcției de reproducere (vezi pct. 5.3).

Alăptarea

Nu se cunoaște dacă esomeprazolul se excretă în laptele uman. Nu există suficiente informații în ceea ce privește efectul esomeprazolului la sugari/copii. Esomeprazolul nu trebuie utilizat în timpul alăptării.

Fertilitatea

Studiile la animale cu un amestec racemic de omeprazol administrat oral nu au evidențiat efecte directe asupra fertilității.

4.7 Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje

Esomeprazolul are o influență minoră asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Pot să apară reacții adverse cum sunt amețelă (mai puțin frecvente) și tulburări de vedere (rare) (vezi pct. 4.8). Dacă aceste reacții adverse apar, pacienții nu trebuie să conducă vehicule sau să folosească utilaje.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță

Cefaleea, durerea abdominală, diareea și greața sunt cele mai frecvent raportate reacții adverse din studiile clinice (de asemenea, și după punerea pe piață). Suplimentar, profilul de siguranță este similar pentru diferite forme farmaceutice, indicații terapeutice, grupe de vârstă și grupuri de pacienți. Nu s-a identificat o relație între doza administrată și reacțiile adverse.

Lista reacțiilor adverse prezentată sub formă de tabel

Următoarele reacții adverse la medicament au fost identificate sau suspectate în cadrul programelor de studii clinice pentru esomeprazol și după punerea pe piață a medicamentului. Niciuna dintre aceste reacții adverse nu s-a demonstrat că depinde de doză.

Reacțiile adverse se clasifică în următoarele grupe, în funcție de frecvență:

- Foarte frecvente ($\geq 1/10$)
- Frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$)
- Mai puțin frecvente ($\geq 1/1\ 000$ și $< 1/100$)
- Rare ($\geq 1/10\ 000$ și $< 1/1\ 000$)
- Foarte rare ($< 1/10\ 000$)
- Cu frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile).

Clasificare pe sisteme si organe	Frecvență	Reacții adverse
Tulburări hematologice și limfatice	Rare	Leucopenie, trombocitopenie
	Foarte rare	Agranulocitoză, pancitopenie
Tulburări ale sistemului imunitar	Rare	Reacții de hipersensibilitate, de exemplu, febră, angioedem, reacții anafilactice/șoc
Tulburări metabolice și de nutriție	Mai puțin frecvente	Edeme periferice
	Rare	Hiponatremia
	Cu frecvență necunoscută	Hipomagneziemie (vezi pct 4.4), hipomagneziemie severă care poate fi corelată cu hipocalcemie; hipomagneziemia poate fi, de asemenea, asociată cu hipokaliemie
Tulburări psihice	Mai puțin frecvente	Insomnie
	Rare	Agitație, confuzie, depresie
	Foarte rare	Agresivitate, halucinații
Tulburări ale sistemului nervos	Frecvente	Cefalee
	Mai puțin frecvente	Amețeli, parestezii, somnolență
	Rare	Tulburări ale gustului
Tulburări oculare	Rare	Vedere încețoșată
Tulburări acustice și vestibulare	Mai puțin frecvente	Vertij
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Rare	Bronhospasm
Tulburări gastro-intestinale	Frecvente	Dureri abdominale, constipație, diaree, flatulență, greață/vărsături, polipi ai glandelor fundice (benigni)
	Mai puțin frecvente	Xerostomie
	Rare	Stomatită, candidoză gastro-intestinală
	Cu frecvență necunoscută	Colită microscopică
Tulburări hepatobiliare	Mai puțin frecvente	Creștere a valorilor serice ale enzimelor hepatice
	Rare	Hepatită însoțită sau nu de icter
	Foarte rare	Insuficiență hepatică, encefalopatie la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Mai puțin frecvente	Dermatită, prurit, erupție cutanată tranzitorie, urticarie
	Rare	Alopecie, fotosensibilizare
	Foarte rare	Eritem polimorf, sindrom Stevens-Johnson, necroliză epidermică toxică (NET), reacție medicamentoasă cu eozinofilie și simptome sistemice (RMESS)
	Cu frecvență necunoscută	Lupus eritematos cutanat subacut (vezi pct 4.4)

Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mai puțin frecvente	Fractură de șold, fractură radio-carpiană și de coloană vertebrală (vezi pct. 4.4)
	Rare	Artralgie, mialgie
	Foarte rare	Slăbiciune musculară
Tulburări renale și ale căilor urinare	Foarte rare	Nefrită interstițială; la unii pacienți a fost raportată concomitent insuficiență renală
Tulburări ale aparatului genital și sânului	Foarte rare	Ginecomastie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Rare	Stare generală de rău, diaforeză

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România
Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1
București 011478- RO
e-mail: adr@anm.ro
Website: www.anm.ro

4.9 Supradozaj

Există experiență limitată referitoare la supradozajul intenționat. Simptomele descrise în legătură cu doza de 280 mg au fost simptome gastro-intestinale și slăbiciune. Administrarea de doze unice de 80 mg esomeprazol a rămas fără urmări negative.

Nu se cunoaște un antidot specific. Esomeprazolul se leagă în proporție mare de proteinele plasmatice și, ca urmare, nu este ușor/rapid dializabil. Similar oricărui alt caz de supradozaj, tratamentul trebuie să fie simptomatic și trebuie utilizate măsuri generale de susținere a funcțiilor vitale.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: medicamente pentru afecțiuni determinate de secreția gastrică acidă; inhibitori de pompă de protoni, codul ATC: A02BC05.

Esomeprazolul este izomerul S al omeprazolului și reduce secreția acidă gastrică printr-un mecanism de acțiune țintit specific. Este un inhibitor specific al pompei acide din celulele parietale. Ambii izomeri -S și -R ai omeprazolului au activitate farmacodinamică similară.

Mecanism de acțiune

Esomeprazolul este o bază slabă și este concentrat și convertit în forma activă în mediul puternic acid din canaliculii secretorii ai celulei parietale, unde inhibă enzima H^+/K^+ ATP-aza, enzimă care reprezintă pompa de acid și inhibă atât secreția acidă bazală, cât și secreția acidă provocată.

Efecte farmacodinamice

După administrarea orală a unor doze de 20 mg și 40 mg esomeprazol, efectul apare în decurs de o oră. După administrarea de doze repetate de 20 mg esomeprazol o dată pe zi timp de 5 zile, valoarea

medie a secreției maxime de acid după stimularea cu pentagastrină scade cu 90% când este măsurată la 6-7 ore după administrarea dozei în cea de-a cincea zi.

După cinci zile de administrare orală a unor doze de 20 mg și 40 mg esomeprazol, s-a menținut un pH gastric peste 4 pentru un timp mediu de 13 ore și 17 ore, respectiv peste 24 de ore la pacienții cu boală de reflux gastro-esofagian simptomatică. Procentul de pacienți la care s-a menținut pH-ul intragastric peste 4 pentru cel puțin 8, 12, respectiv 16 ore a fost de 76%, 54%, respectiv 24% pentru esomeprazol 20 mg. Procentele corespunzătoare pentru esomeprazol 40 mg au fost 97%, 92%, respectiv 56%.

Utilizând ASC ca parametru înlocuitor pentru concentrația plasmatică, s-a evidențiat o relație între inhibarea secreției acide și timpul de expunere.

Vindecarea esofagitei de reflux prin administrarea de esomeprazol în doză de 40 mg apare la aproximativ 78% dintre pacienți după 4 săptămâni și 93% după 8 săptămâni.

O săptămână de tratament cu 20 mg esomeprazol administrat de două ori pe zi și antibiotice adecvate determină eradicarea cu succes a *H.pylori* la aproximativ 90% dintre pacienți.

În cazul ulcerelor duodenale necomplicate, după administrarea timp de o săptămână a terapiei de eradicare, nu este necesară administrarea ulterioară de medicamente antisecretoarii în monoterapie pentru vindecarea efectivă a ulcerului și ameliorarea simptomelor.

Într-un studiu clinic randomizat, dublu-orb, placebo-controlat, pacienții cu ulcer gastro-duodenal hemoragic confirmat endoscopic clasificat Forrest Ia, Ib, IIa sau IIb (9%, 43%, 38%, respectiv 10%) au fost distribuiți randomizat pentru tratament cu esomeprazol soluție perfuzabilă (n=375) sau placebo (n=389). După hemostaza endoscopică, pacienților li s-a administrat esomeprazol 80 mg, sub formă de perfuzie intravenoasă timp de 30 minute, urmată de perfuzie continuă a 8 mg pe oră, sau placebo, timp de 72 ore. După o perioadă inițială de 72 ore, tuturor pacienților li s-a administrat într-un studiu deschis 40 mg esomeprazol pe cale orală, timp de 27 zile, pentru supresie acidă. Procentul de reaparție a hemoragiei după 3 zile a fost de 5,9% în grupul tratat cu esomeprazol, comparativ cu 10,3% în grupul tratat cu placebo. La 30 zile după tratament, procentul de reaparție a hemoragiei în grupul tratat cu esomeprazol a fost de 7,7%, față de 13,6% în grupul tratat cu placebo.

În timpul tratamentului cu medicamente antisecretoarii, concentrația plasmatică a gastrinei crește ca răspuns la scăderea secreției acide. De asemenea, datorită scăderii secreției gastrice, crește și cromogranina A (CgA). Creșterea concentrațiilor CgA poate interfera cu rezultatele testelor pentru identificarea tumorilor neuroendocrine. Datele din literatură arată că tratamentul cu inhibitori ai pompei de protoni ar trebui întrerupt între 5 zile și 2 săptămâni înainte de determinarea CgA. Acest lucru permite nivelurilor CgA, care pot fi fals crescute după tratamentul cu IPP, să revină la nivelul de referință.

În timpul tratamentului de lungă durată cu esomeprazol, la pacienți adulți și copii s-a observat o creștere a numărului de celule enterocromafine, posibil în relație cu creșterea concentrațiilor plasmatiche ale gastrinei. Această observație se consideră a nu fi semnificativă clinic.

În timpul tratamentului de lungă durată cu medicamente antisecretoarii administrate oral s-a raportat apariția chisturilor glandulare gastrice, cu o frecvență întrucâtva crescută. Aceste modificări reprezintă o consecință fiziologică a inhibării pronunțate a secreției acide, sunt benigne și par a fi reversibile.

Scăderea acidității gastrice, datorată unor cauze diverse, inclusiv prin administrarea inhibitorilor de pompă de protoni, determină creșterea numărului de bacterii rezidente din tractul gastro-intestinal. Tratamentul cu inhibitori de pompă de protoni poate duce la creșterea ușoară a riscului de apariție a infecțiilor gastro-intestinale, cum sunt cele cu *Salmonella* și *Campylobacter* și, la pacienții spitalizați, posibil și *Clostridium difficile*.

Eficacitate clinică

În două studii în care s-a utilizat drept comparator activ ranitidina, esomeprazolul a demonstrat un efect mai bun în vindecarea ulcerelor gastrice la pacienții care utilizează AINS, incluzând inhibitorii selectivi ai COX-2.

În două studii cu comparator placebo, esomeprazolul a demonstrat un efect mai bun în prevenirea apariției ulcerelor gastrice și duodenale la pacienții care utilizează AINS (cu vârsta peste 60 de ani și/sau cu ulcer în antecedente), incluzând inhibitorii selectivi ai COX-2.

Copii și adolescenți

Într-un studiu efectuat la copii și adolescenți cu boală de reflux gastroesofagian (cu vârsta <1 și până la 17 ani) cărora li s-a administrat tratament de lungă durată cu IPP, la 61% dintre copii a apărut o ușoară hiperplazie a celulelor ECL, fără semnificație clinică cunoscută și fără evoluție spre gastrită atrofică sau tumori carcinoide.

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Esomeprazolul este instabil în mediu acid și se administrează pe cale orală sub formă de granule enterosolubile. Conversia *in vivo* la izomerul R este neglijabilă. Absorbția esomeprazolului este rapidă; concentrațiile plasmatice maxime apar la 1-2 ore după administrarea dozei. Biodisponibilitatea absolută este de 64% după o doză unică de 40 mg și crește la 89%, după administrarea de doze unice zilnice repetate. Valorile corespunzătoare pentru 20 mg esomeprazol sunt 50%, respectiv 68%. Ingestia de alimente întârzie și scade absorbția esomeprazolului, cu toate că acest lucru nu influențează semnificativ efectul esomeprazolului asupra acidității gastrice.

Distribuție

Volumul aparent de distribuție la starea de echilibru la subiecții sănătoși este de aproximativ 0,22 l/kg greutate corporală. Esomeprazolul se leagă de proteinele plasmatice în proporție de 97%.

Metabolizare

Esomeprazolul este complet metabolizat prin intermediul sistemului enzimatic al citocromului P450 (CYP). Cea mai mare parte a metabolizării esomeprazolului depinde de forma polimorfă a enzimei CYP2C19, care răspunde de formarea metaboliților hidroxil- și dimetil- esomeprazol. Restul depinde de o altă izoformă specifică, CYP3A4, responsabilă pentru formarea esomeprazol sulfonei, principalul metabolit plasmatic.

Eliminare

Parametrii de mai jos reflectă, în principal, proprietățile farmacocinetice la persoanele care au enzima CYP2C19 funcțională, denumiți metabolizatori extensivi.

Clearance-ul plasmatic total este de aproximativ 17 l/oră după administrarea unei doze unice și de aproximativ 9 l/oră după administrări repetate. Timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare este de aproximativ 1,3 ore după administrarea de doze unice zilnice repetate. Esomeprazolul este eliminat complet din plasmă între administrări, fără nicio tendință de acumulare în timpul administrării zilnice unice.

Metaboliții principali al esomeprazolului nu au niciun efect asupra secreției gastrice acide. Aproximativ 80% dintr-o doză orală de esomeprazol se excretă ca metaboliți în urină, iar restul prin materiile fecale. Mai puțin de 1% din compusul de bază se regăsește în urină.

Linearitate/non-linearitate

Proprietățile farmacocinetice ale esomeprazolului au fost studiate la doze de până la 40 mg administrate de două ori pe zi. Aria de sub curba concentrației plasmatice în funcție de timp crește după administrări repetate de esomeprazol. Această creștere este dependentă de doză și determină o creștere mai mult decât proporțională cu doza a ASC, după administrări repetate. Această dependență de doză și timp se datorează unei scăderi a metabolizării la primul pasaj hepatic și clearance-ului

sistemic, ca urmare, probabil, a inhibării enzimei CYP2C19 de către esomeprazol și/sau metabolitul său, sulfonă.

Grupuri speciale de pacienți

Metabolizatori cu activitate enzimatică lentă

Aproximativ 2,9±1,5% din populație nu prezintă enzima CYP2C19 funcțională și se numesc metabolizatori lenți. La aceste persoane, metabolizarea esomeprazolului este probabil catalizată, în principal, de către CYP3A4. După administrarea de doze unice zilnice repetate a 40 mg esomeprazol, valoarea medie a ariei de sub curba concentrației plasmatice în funcție de timp a fost cu aproximativ 100% mai mare la metabolizatorii lenți decât la subiecții cu enzimă CYP2C19 funcțională (metabolizatorii rapizi). Media concentrațiilor plasmatice maxime a înregistrat o creștere cu aproximativ 60%.

Aceste date nu au relevanță asupra dozajului esomeprazolului.

Sex

După o doză unică de 40 mg esomeprazol, valoarea medie a ariei de sub curba concentrației plasmatice în funcție de timp este cu aproximativ 30% mai mare la femei decât la bărbați. Nu se observă diferențe între sexe după administrarea repetată de doze zilnice unice. Aceste date nu au relevanță asupra dozajului esomeprazolului.

Insuficiența hepatică

Metabolizarea esomeprazolului la pacienții cu disfuncție hepatică ușoară până la moderată poate fi afectată. Rata metabolizării este scăzută la pacienții cu disfuncție hepatică severă, determinând dublarea ariei de sub curba concentrației plasmatice în funcție de timp a esomeprazolului. Ca urmare, nu trebuie depășită o doză maximă de 20 mg, la pacienții cu disfuncție severă.

Esomeprazolul sau metaboliții săi principali nu prezintă tendință de acumulare la administrarea unei doze zilnice unice.

Insuficiența renală

Nu s-au efectuat studii la pacienții cu funcție renală redusă. Deoarece rinichii sunt responsabili pentru excreția metaboliților esomeprazolului, dar nu și pentru eliminarea compusului parental, nu se așteaptă ca metabolizarea esomeprazolului să fie modificată la pacienții cu insuficiență renală.

Vârstnici

Metabolizarea esomeprazolului nu se modifică semnificativ la subiecții vârstnici (cu vârsta cuprinsă între 71-80 ani).

Copii și adolescenți

Adolescenți cu vârsta între 12 și 18 ani:

După administrarea de doze repetate de 20 mg și 40 mg esomeprazol, expunerea totală (ASC) și timpul până la atingerea concentrației plasmatice maxime a medicamentului (t_{max}), la adolescenți cu vârsta între 12 și 18 ani, au fost similare cu a celor de la adulți, pentru ambele doze de esomeprazol.

5.3 Date preclinice de siguranță

Datele non-clinice nu au evidențiat niciun risc special pentru om pe baza studiilor convenționale privind farmacologia siguranței, toxicitatea după doze repetate, genotoxicitatea, potențialul carcinogen și toxicitatea asupra funcției de reproducere și dezvoltare. Reacțiile adverse neobservate în studiile clinice, dar semnalate la animale la valori ale expunerii similare cu cele clinice și cu posibilă relevanță pentru utilizarea clinică, au fost următoarele:

Studiile de carcinogeneză efectuate la șobolan cu amestec racemic au evidențiat o hiperplazie a celulelor enterocromafine gastrice și tumori carcinoide. Aceste efecte gastrice la șobolan au fost

rezultatul unei hipergastrinemii susținute și pronunțate, secundară producției reduse de acid gastric și au fost observate după tratamentul de lungă durată la șobolan, cu inhibitori ai secreției acide gastrice.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Conținutul capsulei (pelete):

Zahăr

Amidon de porumb

Povidonă K30

Laurilsulfat de sodiu

Alcool polivinilic

Dioxid de titan (E171)

Macrogol 3000

Macrogol 6000

Talc

Carbonat de magneziu greu

Copolimer acid metacrilic-acrilat de etil (1:1)

Polisorbat 80

Capsulă:

Gelatină

Dioxid de titan (E171)

Oxid roșu de fer (E172)

6.2 Incompatibilități

Nu este cazul.

6.3 Perioada de valabilitate

Blistere/flacon PEÎD

2 ani.

Flacon PEÎD

Perioada de valabilitate după prima deschidere a flaconului: 6 luni. A se păstra recipientul bine închis pentru a fi protejat de umiditate.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

Blister din OPA-Al-PE + desicant/Al + PE

A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de umiditate.

Blister din OPA-Al-PVC/Al

A nu se păstra la temperaturi peste 30°C.

A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de umiditate.

Flacoane din PEÎD

A se păstra recipientul bine închis pentru a fi protejat de umiditate.

Pentru perioada de valabilitate după prima deschidere a flaconului, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Cutie cu blistere din OPA-Al-PE + desicant/Al + PE cu 7, 14, 15, 28, 30, 50, 56, 60, 84, 90, 98 și 100 capsule gastrorezistente.

Cutie cu blistere din OPA-Al-PVC/Al cu 7, 14, 15, 28, 30, 50, 56, 60, 84, 90, 98 și 100 capsule gastrorezistente.

Cutie cu flacon din PEÎD cu capac din PP și desicant cu 98 capsule gastrorezistente. Capsula desicantă din flacon nu este comestibilă.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor

Fără cerințe speciale la eliminare.

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

Administrare prin intermediul unei sonde gastrice (≥16 dimensiune franceză)

1. Se deschide capsula și se golește conținutul într-o seringă adecvată; se umple seringă cu aproximativ 25 ml apă și aproximativ 5 ml aer.
Pentru unele sonde, dispersia în 50 ml apă este necesară pentru a preveni ca peletele să înfundă sonda.
2. Se agită imediat seringă pentru a dispersa granulele în toată suspensia.
3. Se ține seringă cu vârful în sus și se verifică să nu fie înfundat.
4. Se atașează seringă la sondă menținând, în același timp, poziția cu vârful în sus.
5. Se agită seringă și se poziționează cu vârful îndreptat în jos. Se injectează imediat 5-10 ml în sondă. După injectare, se întoarce seringă cu vârful în sus și se agită (seringa trebuie așezată cu vârful îndreptat în sus pentru a se evita înfundarea).
6. Se întoarce seringă cu vârful îndreptat în jos și se injectează alți 5-10 ml în sondă. Se repetă procedura până la golirea seringii.
7. Se umple seringă cu 25 ml apă și 5 ml aer și se repetă pasul 5 dacă este necesară eliminarea resturilor de medicament rămase în seringă. Unele sonde necesită 50 ml apă.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenia

8. NUMĂRUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Emanera 20 mg capsule gastrorezistente: 7950/2015/01-25

Emanera 40 mg capsule gastrorezistente: 7951/2015/01-25

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data reînnoirii autorizației – Iulie 2015

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Iulie 2025

Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, <http://www.anm.ro/>.