

VALMISTEYHTEENVETO

1. LÄÄKEVALMISTEEN NIMI

Femoston conti 1/5 tabletti, kalvopäällysteinen

2. VAIKUTTAVAT AINEET JA NIIDEN MÄÄRÄT

Jokainen tabletti sisältää estradiolihemihydraattia määrän, joka vastaa 1 mg estradiolia ja 5 mg dydrogesteronia.

Apuaine, jonka vaikutus tunnetaan: laktoosimonohydraatti 114,7 mg

Täydellinen apuaineluettelo, ks. kohta 6.1

3. LÄÄKEMUOTO

Tabletti, kalvopäällysteinen

Pyöreä, kaksoiskupera tabletti, jossa on merkintä 379 toisella puolella (7 mm).

Lohenpunainen tabletti.

4. KLIINISET TIEDOT

4.1 Käyttöaiheet

Hormonikorvaushoito (HRT) postmenopausaalisten naisten estrogeenivajauksesta johtuviin oireisiin naisille, joilla on vähintään 12 kuukautta viimeisistä kuukautisista.

Osteoporoosin ehkäisyyn vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vasta-aiheisia tai eivät sovi. (ks. myös kohta 4.4).

Yli 65-vuotiaiden naisten hoidosta saatu kokemus on vähäinen.

4.2 Annostus ja antotapa

Femoston conti 1/5 on jatkuvaan hoitoon tarkoitettu suun kautta annosteltava yhdistelmähormonikorvausvalmiste.

Estrogeenia ja progesteronia annostellaan päivittäin ilman taukoja.

Annostus on yksi tabletti päivässä 28 päivän syklin ajan.

Femoston conti 1/5 -valmistetta on käytettävä jatkuvasti ilman taukoja pakkausten välillä.

Vaihdevuositiloihoidon aloituksessa ja jatkamisessa tulisi käyttää alinta mahdollista annosta, jolla hoitovaste saavutetaan, ja hoidon tulisi kestää mahdollisimman lyhyen aikaa (ks. myös kohta 4.4).

Riippuen vaihdevuosien alkamisajankohdasta sekä vaihdevuositiloihoidon voimakkuudesta, jatkuva yhdistelmäkorvaushoito voidaan aloittaa Femoston conti 1/5 -valmisteen avulla. Naisille, joilla menopaussi on ollut luonnollinen, hoito tulee aloittaa aikaisintaan 12 kuukauden kuluttua viimeisistä kuukautisista. Kirurgisesti aiheutetuissa menopaussissa hoito voidaan aloittaa välittömästi.

Hoitovasteesta riippuen, annosta voidaan säätää sopivaksi hoidon aloituksen jälkeen.

Naisten, jotka vaihtavat syklisestä tai jatkuvasta, sekventiaalisesta hoidosta, tulisi aloittaa Femoston conti 1/5 -hoito aiemman hoito-ohjelman päättymistä seuraavana päivänä. Naiset, jotka vaihtavat jatkuvasta yhdistelmäkorvaushoidosta, voivat aloittaa hoidon milloin tahansa.

Mikäli tabletin ottaminen on unohtunut, on suositeltavaa, että tabletti otetaan niin pian kuin mahdollista. Jos yli 12 tuntia on kulunut siitä ajankohdasta, kun tabletti olisi pitänyt ottaa, suositellaan hoidon jatkamista seuraavalla tabletilla, eikä unohtunutta tablettia tule enää ottaa. Lämpövuodon tai tiputtelun todennäköisyys saattaa kasvaa.

Femoston conti 1/5 voidaan ottaa ruokailuista riippumatta.

Pediatriset potilaat:

Femoston conti 1/5 -valmisteen käyttö pediatristen potilaiden hoitoon ei ole asianmukaista.

4.3 Vasta-aiheet

- todettu, sairastettu tai epäilty rintasyöpä
- todetut tai epäillyt estrogeeniriippuvaiset pahanlaatuiset kasvaimet (esim. endometriumin syöpä)
- selvittämätön verenvuoto emättimestä
- hoitamaton endometriumin hyperplasia
- aiempi tai tämänhetkinen laskimoperäinen tromboembolia (syvä laskimotukos, keuhkoembolia)
- todettu veren hyytymisen häiriö (kuten proteiini C:n, proteiini S:n tai antitrombiinin puutos, ks. kohta 4.4)
- aktiivinen tai äskettäin todettu valtimoperäinen tromboembolinen sairaus (esim. sepelvaltimotauti, sydäninfarkti)
- akuutti tai aiemmin todettu maksasairaus, kun maksan toimintakokeet eivät ole palautuneet normaaleiksi
- porfyria
- todettu yliherkkyys vaikuttaville aineille tai kohdassa 6.1 mainituille apuaineille.

4.4 Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet

Vaihdevuosisoireiden hoitaminen hormonikorvaushoitoa käyttäen tulisi aloittaa ainoastaan silloin, kun oireet vaikuttavat haitallisesti elämän laatuun. Kaikissa tapauksissa tulee vähintään vuosittain tehdä huolellinen hyöty-/haitta-arviointi ja hormonikorvaushoitoa jatkaa vain niin kauan kuin hyöty on riskiä suurempi.

Hormonikorvaushoitoon liittyvistä riskeistä ennen aikaisten vaihdevuosien hoidossa on rajoitetusti näyttöä. Koska absoluuttinen riski on pieni nuoremmilla naisilla, heidän hyöty-riskisuhteensa saattaa kuitenkin olla suotuisampi kuin vanhempien naisten hyöty-riskisuhde.

Lääkärintarkastus/seuranta

Ennen hormonikorvaushoidon aloittamista tai uudelleenaloittamista tulee potilasta ja perhettä koskeva tautihistoria selvittää ja tehdä potilaalle perusteellinen lääkärintarkastus (mukaan lukien rintojen tutkiminen ja gynekologinen sisätutkimus) kiinnittäen erityisesti huomiota käytön vasta-aiheisiin ja käyttöä koskeviin varotoimenpiteisiin. Hoidon aikana potilaan tilaa tulee seurata säännöllisesti. Seurantakäyntien väli ja suoritettavat tutkimukset määritellään yksilöllisesti. Potilasta tulee neuvoa, minkälaiset muutokset rinnoissa pitäisi raportoida lääkärille tai hoitajille (ks. kohta ”Rintasyöpä” alla). Lisäksi rinnat tulee tutkia ja/tai tehdä mammografia yleisen käytännön mukaisesti ottaen huomioon potilaan kliiniset tarpeet.

Tarkkailua vaativat tilat

Mikäli jokin seuraavista tautitiloista todetaan, on todettu aiemmin ja/tai on pahentunut raskauden tai aiemman hormonikorvaushoidon aikana, on potilaan tilaa seurattava huolellisesti. On otettava huomioon, että Femoston conti 1/5 -hoito saattaa palauttaa tai pahentaa näitä tiloja:

- leiomyooma (myoomat) tai endometrioosi
- tromboemboliaan viittaavat vaaratekijät (ks. alla)
- estrogeeniriippuvaisten kasvainten vaaratekijät, esim. rintasyövän esiintyminen 1. asteen sukulaisilla

- kohonnut verenpaine
- maksan toimintahäiriöt (esim. maksan adenooma)
- diabetes mellitus, johon liittyy tai ei liity verisuonikomplikaatioita
- sappikivitauti
- migreeni tai (vaikea) päänsärky
- SLE (systeminen lupus erythematosus)
- sairastettu endometriumin liikakasvu (ks. alla)
- epilepsia
- astma
- otoskleroosi
- meningeooma.

Syyt hoidon välittömään lopettamiseen:

Hoito tulee lopettaa, jos jokin vasta-aiheista ilmaantuu sekä seuraavien tilojen yhteydessä:

- keltaisuus tai maksan toiminnan heikkeneminen
- huomattava verenpaineen nousu
- migreenityyppisen päänsäryn puhkeaminen
- raskaus.

Endometriumin hyperplasia ja syöpä

- Naisilla, joilta ei ole poistettu kohtua, endometriumin hyperplasian ja syövän riskit lisääntyvät, kun pelkkää estrogeeniä käytetään pidempiä aikoja. Hoidon kestosta ja estrogeeniannoksesta riippuen riski on pelkkää estrogeeniä käyttävillä 2–12-kertainen ei-käyttäjiiin verrattuna (ks. kohta 4.8). Hoidon lopettamisen jälkeen riski on lisääntynyt vähintään 10 vuoden ajan.
- Kuukauden/28 päivän kiertoon liitetty vähintään 12 päivän kestoinen keltarauhashormonijakso tai jatkuva estrogeenin ja keltarauhashormonin yhdistelmähoito ehkäisee pelkkää estrogeenia sisältävään hormonikorvaushoitoon liittyvää ylimääräistä riskiä naisilla, joilla kohtu on tallella.
- Ensimmäisinä hoitokuukausina voi esiintyä läpäisyvuotoa ja tiputtelua. Jos läpäisyvuoto tai tiputtelu alkavat hoidon jatkuttua jo jonkin aikaa tai jatkuvat hoidon keskeyttämisestä huolimatta, vuodon syy täytyy selvittää, ja pahanlaatuisen sairauden poissulkeminen voi vaatia endometriumbiopsiaa.

Rintasyöpä

Kokonaishäilyttö osoittaa rintasyöpäriskin suurenemista naisilla, jotka saavat estrogeeni-progestiiniyhdistelmävalmisteita tai pelkkää estrogeenia käyttävillä. Riski riippuu hoidon kestosta.

Estrogeenia ja progestageenia sisältävä yhdistelmähoito:

- Satunnaistetussa lumelääkekontrolloidussa (Women's Health Initiative (WHI)) -tutkimuksessa ja prospektiivisten epidemiologisten tutkimusten meta-analyysissä on johdonmukaisesti todettu, että rintasyövän riski on tavallista suurempi naisilla, jotka käyttävät estrogeeni-progestiiniyhdistelmähoitoa (ks. kohta 4.8). Riski suurenee noin 3 (1-4) vuoden käytön jälkeen.

Estrogeenihoito yksinään:

- WHI tutkimuksessa ei havaittu suurentunutta rintasyöpäriskiä naisilla, joilta oli poistettu kohtu ja jotka käyttivät pelkkää estrogeenia sisältävää hormonikorvaushoitoa. Havainnointitutkimuksissa on pääasiassa raportoitu, että rintasyöpäriski on hieman tavallista korkeampi. Riski on kuitenkin matalampi kuin on havaittu estrogeeni-keltarauhashormoniyhdistelmähoidolla (ks. kohta 4.8).

Laajasta meta-analyysistä saadut tulokset osoittivat, että suurentunut riski pienenee ajan myötä hoidon lopettamisen jälkeen. Aika riskin palautumiseen lähtötasolle, riippuu hormonikorvaushoidon kestosta. Hormonikorvaushoitoa käytettäessä yli viisi vuotta, riski voi kestää 10 vuotta tai pidempään.

Hormonikorvaushoito, erityisesti estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältävä yhdistelmähoito, lisää mammografiakuvissa näkyvän rintarauhasen tiheyttä, mikä saattaa hankaloittaa rintasyövän radiologista toteamista.

Munasarjasyöpä

Munasarjasyöpä on huomattavasti harvinaisempi kuin rintasyöpä. Laajan meta-analyysin epidemiologinen näyttö viittaa siihen, että pelkästään estrogeenia sisältäviä tai estrogeenin ja progestiinin yhdistelmää sisältäviä hormonihoitovalmisteita käyttävillä naisilla on hieman suurentunut riski, joka ilmenee viiden vuoden käytön jälkeen ja pienenee vähitellen käytön lopettamisen jälkeen.

Jotkin toiset tutkimukset, kuten WHI-tutkimus, viittaavat siihen, että yhdistelmävalmisteiden käyttöön saattaa liittyä samanlainen tai hieman pienempi riski (ks. kohta 4.8).

Laskimoperäinen tromboembolia

- Laskimoperäisen tromboemboolian (VTE) eli syvän laskimotukoksen tai keuhkoemboolian riski on hormonikorvaushoidon yhteydessä 1,3–3-kertainen. VTE on todennäköisempi ensimmäisen hoitovuoden aikana kuin myöhemmin (ks. kohta 4.8).
- Potilaalla, jolla on todettu trombofiilinen tila, on kohonnut VTE:n riski, ja hormonikorvaushoito saattaa lisätä tätä riskiä. Hormonikorvaushoitoa ei sen vuoksi saa antaa näille potilaille (ks. kohta 4.3).
- VTE:n yleisesti tunnistettavia riskitekijöitä ovat estrogeenien käyttö, kohonnut ikä, suuri leikkaus, pitkäaikainen liikkumattomuus, liikalihavuus ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$), raskaus/lapsivuodeaika, systeeminen lupus erythematosus (SLE) ja syöpä. Mahdollisesta suonikohjujen ja VTE:n välisestä yhteydestä ei ole yksimielisyyttä.
Kuten kaikille postoperatiivisille potilaille, ennaltaehkäiseviä toimia on harkittava leikkauksen jälkeisen VTE:n ehkäisemiseksi. Jos suuri elektiivinen leikkaus johtaa pitkäaikaiseen liikkumattomuuteen, suositellaan hormonikorvaushoidon väliaikaista keskeyttämistä 4-6 viikkoa ennen leikkausta. Hormonikorvaushoitoa ei tule aloittaa uudestaan ennen kuin potilas on täysin liikuntakykyinen.
- Naisille, joilla ei aiemmin ole ollut laskimoperäisiä tromboembolioita mutta joiden 1. polven sukulaisella on ollut laskimotukos nuorella iällä, voidaan tarjota laskimotukosriskin seulontaa. Seulonnan rajoituksista on kerrottava potilaalle (vain osa trombofiilisistä tiloista voidaan tunnistaa seulonnalla).
Jos seulonnassa havaitaan trombofiilinen tila, joka tunnistetaan sukuanamneesissa olevaksi laskimotukokseksi tai tila on vakava (esim. antitrombiiniin, proteiini S:n tai proteiini C:n puutos tai näiden yhdistelmä), hormonikorvaushoitoa ei saa käyttää.
- Niiden naisten osalta, jotka jo saavat antikoagulanttihoitoa, on hormonikorvaushoidon riskit ja hyödyt punnittava tarkoin.
- Jos potilaalle kehittyy hoidon alettua VTE, lääkkeen käyttö on keskeytettävä. Potilasta on kehoitettava ottamaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin heti, jos tromboemboliaan viittaavia oireita ilmenee (esim. jalan kivulias turvotus, äkillinen rintakipu tai hengenahdistus).

Sepelvaltimotauti (CAD)

Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa ei ole saatu näyttöä sydäninfarktilta suojaavasta vaikutuksesta sepelvaltimotautia sairastavilla tai sairastamattomilla naisilla, jotka saivat estrogeenin ja keltarauhashormonin yhdistelmähoitoa tai pelkkää estrogeenia sisältävää hormonikorvaushoitoa.

Yhdistetty estrogeeni-keltarauhashormonikorvaushoito:

Sepelvaltimotaudin suhteellinen riski on hieman suurentunut estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältävän hormonikorvaushoidon aikana. Koska sepelvaltimotaudin lähtötason absoluuttinen riski on vahvasti ikäsidonainen, estrogeenin ja keltarauhashormonin käytöstä johtuvia ylimääräisiä sepelvaltimotapauksia on hyvin vähän vaihdevuosi-ikää lähestyvillä terveillä naisilla, mutta niiden määrä on suurempi iäkkäämmillä naisilla.

Pelkkää estrogeenia sisältävä hoito:

Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten perusteella ei sepelvaltimotaudin riski ole suurentunut naisilla, joilta on poistettu kohtu ja jotka käyttävät pelkkää estrogeenihoitoa.

Iskeeminen aivohalvaus

Iskeemisen aivohalvauksen riski on jopa 1,5 kertaa suurempi naisilla, jotka käyttävät estrogeenin ja keltarauhashormonin yhdistelmähoitoa tai pelkkää estrogeenihoitoa. Suhteellinen riski ei muutu vaihdevuosisen jälkeen iän myötä tai ajan kuluessa. Koska iskeemisen aivohalvauksen riski on vahvasti ikäsidonainen, hormonikorvaushoitoa käyttävien naisten iskeemisen aivohalvauksen kokonaisriski suurenee iän myötä (ks. kohta 4.8).

Muut tilat

- Estrogeenit saattavat aiheuttaa nesteretenttiota, minkä vuoksi sydämen tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavia potilaita tulee tarkkailla huolellisesti.
- Naisia, joilla on aiemmin todettu hypertriglyseridemia, tulee tarkkailla huolellisesti estrogeeni- tai hormonikorvaushoidon aikana, sillä harvinaisissa tapauksissa plasman triglyseridipitoisuuden noususta johtuvia pankreatiittitapauksia on raportoitu.
- Estrogeenit lisäävät tyroksiinia sitovaa globuliinia (TBG), johtaen veren kilpirauhashormonimäärän lisääntymiseen mitattuna proteiineihin sitoutuneen jodin (PBI), T4 (pylväskromatografia tai RIA) tai T3 (RIA) -pitoisuuksina. T3U on alentunut kuvastaen kohonnutta TBG:tä. Vapaan T4:n ja T3:n pitoisuudet eivät muutu. Muiden sitojaproteiinien pitoisuudet voivat seerumissa nousta, kuten kortikoideja sitova globuliini (CBG) ja sukupuolihormoneja sitova globuliini (SHBG) johtaen kohonneisiin vastaavien kiertävien kortikosteroidien ja sukupuolisteroidien pitoisuuksiin. Vapaiden ja biologisesti aktiivisten hormonien pitoisuudet pysyvät muuttumattomina. Muiden plasmaproteiinien pitoisuudet voivat kohota (angiotensinogeeni/reniinisubstraatti, alfa-1-antitrypsiini, seruloplasmiini).
- Hormonikorvaushoito ei paranna kognitiivisia toimintoja. On olemassa jonkin verran näyttöä siitä, että todennäköisen dementian mahdollisuus lisääntyy yli 65-vuotiailla naisilla, jotka aloittavat estrogeenia ja keltarauhashormonia tai pelkkää estrogeenia sisältävän jatkuvasti käytettävän hormonikorvausvalmisteen käytön yli 65 vuoden iässä.
- Potilaiden, joilla on harvinainen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, täydellinen laktaasinpuutos tai glukoosi-galaktoosi-imeytymishäiriö ei pidä käyttää tätä valmistetta.

Tämä estrogeeni-keltarauhashormoniyhdistelmäkorvaushoito ei ole tarkoitettu raskauden ehkäisyyn.

4.5 Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset

Yhteisvaikutustutkimuksia ei ole tehty.

Estrogeenin ja keltarauhashormonin vaikutus voi heikentyä seuraavissa tilanteissa:

- Estrogeenin ja progestiinin metaboliaa saattaa lisätä sellaisten lääkeaineiden samanaikainen käyttö, joiden tiedetään indusoivan lääkeainemetaboliaan vaikuttavia entsyymejä, erityisesti sytokromi P450-entsyymejä, kuten antikonvulsantit (esim. fenobarbitaali, fenytoiini, karbamatsipiini) ja infektio lääkkeet (esim. rifampisiini, rifabutiini, nevirapiini, efavirentsi).
- Ritonaviiri ja nelfinaviiri, vaikka ovat vahvoja inhibiittoreita, päinvastoin omaavat indusioivia ominaisuuksia kun niitä käytetään yhtäaikaaisesti steroidihormonivalmisteiden kanssa.
- Mäkikuismaa (*Hypericum perforatum*) sisältävät rohdosvalmisteet voivat indusoida estrogeenin ja progestiinin metaboliaa.
- Kliinisesti estrogeenin ja progestageenin lisääntynyt metabolia saattaa laskea tehoa ja aiheuttaa muutoksia kuukautisvuodoissa.

4.6 Hedelmällisyys, raskaus ja imetys

Raskaus

Femoston conti 1/5 ei ole tarkoitettu käytettäväksi raskauden aikana. Valmisteen käyttö tulee välittömästi lopettaa, jos raskaus todetaan hoidon aikana.

Estradioli-dydrogesteronihoidon käytöstä raskaana olevilla naisilla ei ole riittävästi tietoa. Useimpien epidemiologisten tutkimusten mukaan tahattomaan raskauden aikaiseen altistumiseen estrogeenin ja keltarauhashormonien yhdistelmille ei ole liittynyt teratogeenisiä tai sikiötoksisia vaikutuksia.

Imetys

Femoston conti 1/5 ei ole tarkoitettu käytettäväksi imetyksen aikana.

Hedelmällisyys

Femoston conti 1/5 ei ole tarkoitettu käytettäväksi naisille, jotka voivat tulla raskaaksi.

4.7 Vaikutus ajokykyyn ja koneidenkäyttökykyyn

Femoston conti 1/5 -valmisteella ei ole haitallista vaikutusta ajokykyyn eikä koneidenkäyttökykyyn.

4.8 Haittavaikutukset

Yleisimmät raportoidut haittavaikutukset potilailla, joita on hoidettu estradioli/dydrogesteroni yhdistelmällä kliinisissä tutkimuksissa, ovat päänsärky, vatsakipu, rintojen kipu/arkuus ja selkäkipu.

Seuraavat haittavaikutukset on todettu kliinisissä tutkimuksissa (n=4929) alla mainituilla esiintymistiheyksillä.

*Haittavaikutukset, jotka on raportoitu spontaanisti ja joita ei ole todettu kliinisissä tutkimuksissa ovat merkattu esiintymisloukkaan ”harvinaiset”:

MedDRA-luokitus	Hyvin yleinen (≥1/10)	Yleiset ≥1/100, <1/10	Melko harvinaiset ≥1/1000, <1/100	Harvinaiset ≥1/10000, <1/1000
Infektiot		Emättimen kandidiaasi	Kystiittiä muistuttavat oireet	
Hyvän- ja pahanlaatuiset kasvaimet			Leiomyooman suureneminen	
Veri ja imukudos				Hemolyyttinen anemia*
Immuunijärjestelmä			Yliherkkyys	
Psykkiset häiriöt		Masennus, hermostuneisuus	Libidon muutokset	
Hermosto	Päänsärky	Migreeni, heitehuimaus		Meningeooma*
Silmät				Sarveiskalvon kaarevuuden voimistuminen*, piilolinssien huono sieto*
Sydän				Sydäninfarkti
Verisuonisto			Laskimoperäinen tromboembolia, kohonnut verenpaine, ääreisverenkiertohäiriöt,	Aivohalvaus*

			suonikohjut	
Ruoansulatuselimistö	Vatsakipu	Pahoinvointi, oksentelu, vatsan turvotus (mukaan lukien ilmavaivat)	Dyspepsia	
Maksa ja sappi			Maksan toiminnan muutokset, joihin toisinaan liittyy keltaisuutta, asteniaa tai huonovointisuutta ja vatsakipuja, sappirakkotauti	
Iho ja ihonalainen kudus		Allergiset ihoreaktiot (esim. ihottuma, nokkosihottuma, kutina)		Angioedeema, vaskulaarinen purppura, erythema nodosum*, ihon pigmenttiläiskät (kloasma tai melasma) jotka voivat säilyä lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen*
Luusto, lihakset ja sidekudos	Selkäkipu			Jalkakramppit*
Sukupuolielimet ja rinnat	Rintojen kipu/arkuus	Kuukautishäiriöt, mukaan lukien postmenopausaalinen tiputtelu, metrorragia, menorragia, oligomenorrea/ amenorrea, epäsäännölliset kuukautiset, dysmenorrea, lantiokipu, kohdunkaulanerite	Rintojen koon kasvu, PMS-oireet	
Yleisoireet ja antopaikassa todettavat haitat		Asteniset tilat (heikkous, väsymys, huonovointisuus), raajojen turvotus		
Tutkimukset		Painon nousu	Painon lasku	

Rintasyöpäriski:

- Estrogeenin ja keltarauhashormonin yhdistelmähoitoa yli 5 vuoden ajan käyttäneillä naisilla on todettu jopa kaksinkertainen rintasyövän diagnoosin riski.
- Pelkkää estrogeenia käyttäneiden naisten suurentunut riski on pienempi kuin estrogeenin ja keltarauhashormonin yhdistelmähoitoa käyttäneiden.

- Hoidon kesto vaikuttaa riskin suuruuteen (ks. kohta 4.4).
- Absoluuttiset riskiestimaatit, jotka perustuvat laajimman satunnaistetun lumelääkekontrolloidun tutkimuksen (WHI-tutkimus) ja prospektiivisten epidemiologisten tutkimusten laajimman meta-analyysin tuloksiin, on esitetty alla.

Prospektiivisten epidemiologisten tutkimusten laajin meta-analyysi

Rintasyövän arvioitu lisäriski viiden vuoden käytön jälkeen naisilla, joiden painoindeksi (BMI) on 27 (kg/m²)

Ikä hormonikorvaushoidon alussa (vuotta)	Ilmaantuvuus viiden vuoden aikana 1 000 henkilöä kohden, kun henkilöt eivät olleet koskaan käyttäneet HRT-hoitoa (ikä 50-54 vuotta)*	Riskisuhde	Tapausten lisäys 5 vuoden jälkeen 1 000 hormonikorvaushoidon käyttäjää kohden
Pelkkä estrogeenikorvaushoito			
50	13,3	1,2	2,7
Estrogeeni-progestiiniyhdistelmähoito			
50	13,3	1,6	8,0

*Vertailukohtana käytetty esiintymistiheyttä Englannissa vuonna 2015 naisilla, joiden painoindeksi on 27 (kg/m²).
Huom.: Koska taustatietona käytetty rintasyövän esiintymistiheys vaihtelee eri EU-maissa, myös lisääntyneiden rintasyöpätapausten määrä vaihtelee samassa suhteessa.

Rintasyövän arvioitu lisäriski 10 vuoden käytön jälkeen naisilla, joiden painoindeksi on 27 (kg/m²)

Ikä hormonikorvaushoidon alussa (vuotta)	Ilmaantuvuus 10 vuoden aikana 1 000 naista kohden, kun henkilöt eivät ole koskaan käyttäneet HRT-hoitoa (ikä 50–59 vuotta)*	Riskisuhde	Tapausten lisäys 10 vuoden jälkeen 1 000 hormonikorvaushoidon käyttäjää kohden
Pelkkä estrogeenikorvaushoito			
50	26,6	1,3	7,1
Estrogeeni-progestiiniyhdistelmähoito			
50	26,6	1,8	20,8

*Vertailukohtana käytetty esiintymistiheyttä Englannissa vuonna 2015 naisilla, joiden painoindeksi on 27 (kg/m²).
Huom.: Koska taustatietona käytetty rintasyövän esiintymistiheys vaihtelee EU-maissa, myös lisääntyneiden rintasyöpätapausten määrä vaihtelee samassa suhteessa.

USA:n WHI-tutkimukset – rintasyövän ylimääräinen riski 5 vuoden käytön jälkeen

Ikäjakauma (vuosia)	Ilmaantuvuus lumelääkehaaraan kuuluvaa 1000 naista kohti 5 vuoden aikana	Riskisuhde & 95 %:n luottamusväli	Ylimääräisiä tapauksia hormonikorvaushoitoa käyttäneitä 1000 naista kohti 5 vuoden aikana (95 %:n luottamusväli)
Pelkkä estrogeeni (CEE)			
50 - 79	21	0,8 (0,7 – 1,0)	-4 (-6 – 0)*
Estrogeeni ja keltarauhas hormoni (CEE+MPA)[‡]			
50 - 79	17	1,2 (1,0 – 1,5)	+4 (0 – 9)

*WHI-tutkimus naisilla, joilta kohtu on poistettu, ei osoittanut lisääntyneitä rintasyövän riskiä.
[‡]Kun analyysi rajattiin naisiin, jotka eivät olleet käyttäneet hormonikorvaushoitoa ennen tutkimusta, suurentunutta riskiä ei ilmaantunut viiden ensimmäisen hoitovuoden aikana, mutta 5 vuoden jälkeen riski oli suurempi kuin niillä, jotka eivät käyttäneet hormonikorvaushoitoa.

Kohdun limakalvon syöpäriski

Postmenopausaaliset naiset, joilla on kohtu tallella:

Kohdun limakalvon syöpää esiintyy naisilla, jotka eivät saa hormonikorvaushoitoa, noin viidellä jokaista tuhatta kohden.

Jos naisella on kohtu tallella, pelkkää estrogeenia sisältävää hormonikorvaushoitoa ei suositella, koska se suurentaa kohdun limakalvon syöpäriskiä (ks. kohta 4.4). Pelkkää estrogeenia sisältävän hoidon kestosta ja estrogeenin annoksesta riippuen kohdun limakalvosyövän suurentunut riski pelkkää estrogeenihoitoa käyttävillä vaihteli epidemiologisissa tutkimuksissa 5-55 ylimääräiseen tapaukseen, jotka diagnosoitiin tuhatta 50–65-vuotiaasta naista kohti.

Keltarauhashormonin liittäminen pelkkää estrogeenia sisältävään hoitoon vähintään 12 päiväksi kiertoa kohti voi estää riskin suurenemisen. Million Women -tutkimuksessa viiden vuoden ajan käytetty yhdistelmähormonikorvaushoito (sekventiaalinen tai jatkuva) ei suurentanut kohdun limakalvon syöpäriskiä (suhteellinen riski 1,0 (0,8–1,2)).

Munasarjasyöpä

Pelkkää estrogeenia sisältävän tai estrogeenin ja progestiinin yhdistelmää sisältävän hormonikorvaushoidon käyttöön on liittynyt pieni munasarjasyöpädiagnoosin riskin lisäys (ks. kohta 4.4).

52 epidemiologisen tutkimuksen meta-analysissä havaittiin, että hormonikorvaushoitoa käyttävillä naisilla oli suurempi munasarjasyövän riski kuin naisilla, jotka eivät olleet koskaan saaneet hormonikorvaushoitoa (riskisuhde 1,43, 95 prosentin luottamusväli 1,31–1,56). Naisilla, joiden ikä on 50–54 vuotta ja jotka saavat hormonikorvaushoitoa viisi vuotta, tämä aiheuttaa noin yhden lisätapauksen 2 000 käyttäjää kohden. Naisilla, joiden ikä on 50–54 vuotta ja jotka eivät saa hormonikorvaushoitoa, munasarjasyöpä todetaan viiden vuoden aikana noin kahdella naisella 2 000:sta.

Laskimoperäisen tromboemboolian riski

Hormonikorvaushoitoon liittyy VTE:n eli syvän laskimotukoksen tai keuhkoemboolian suhteellisen riskin suureneminen 1,3–3-kertaiseksi. Tämä ilmenee todennäköisimmin ensimmäisen hoitovuoden aikana (ks. kohta 4.4). Seuraavassa on esitetty WHI-tutkimustulokset:

WHI-tutkimukset – VTE:n ylimääräinen riski 5 vuoden käytön aikana

Ikäjakauma (vuosia)	Ilmaantuvuus lumelääkehaaraan kuuluvaa 1000 naista kohti 5 vuoden aikana	Riskisuhde ja 95 %:n luottamusväli	Ylimääräisiä tapauksia hormonikorvaushoitoa käyttänyttä 1000 naista kohti 5 vuoden aikana
Pelkkä oraallinen estrogeeni^c			
50 - 59	7	1,2 (0,6 – 2,4)	1 (-3 – 10)
Oraallinen estrogeenin ja keltarauhashormonin yhdistelmähoito			
50 - 59	4	2,3 (1,2 – 4,3)	5 (1 - 13)

^cTutkimus naisilla, joilta kohtu on poistettu.

Sepelvaltimotautiriski

Sepelvaltimotautiriski on hieman suurentunut estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältävän hormonikorvaushoidon käyttäjillä, jotka ovat yli 60-vuotiaita (ks. kohta 4.4).

Iskeemisen aivohalvauksen riski

Pelkkää estrogeenia sekä estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältävän hoidon käyttöön liittyy jopa 1,5-kertainen suhteellinen iskeemisen aivohalvauksen riski. Aivoverenvuotoriski ei suurene hormonikorvaushoidon aikana.

Tämä suhteellinen riski ei ole riippuvainen iästä tai hoidon keustosta, mutta koska lähtötason riski on vahvasti ikäsidonainen, hormonikorvaushoitoa käyttävien naisten yleinen aivohalvausriski suurenee iän myötä (ks. kohta 4.4).

WHI –tutkimuksen yhdistetyt tulokset – Iskeemisen aivohalvauksen^d ylimääräinen riski yli 5 vuoden käytön jälkeen

Ikäjakauma (vuosia)	Ilmaantuvuus lumelääkehaaraan kuuluvaa 1000 naista kohti 5 vuoden aikana	Riskisuhde ja 95 %:n luottamusväli	Ylimääräisiä tapauksia hormonikorvaushoitoa käyttänyttä 1000 naista kohti 5 vuoden aikana
50 - 59	8	1,3 (1,1 – 1,6)	3 (1-5)
^d iskeemistä aivohalvausta ja aivoverenvuotoa ei eroteltu			

Muita haittavaikutuksia, joita on raportoitu estrogeeni/progestiinihoidon yhteydessä:

Hyvän- ja pahanlaatuiset kasvaimet:

Sekä hyvän- että pahanlaatuiset estrogeeniriippuvaiset kasvaimet, esim. endometriumin syöpä, munasarjasyöpä. Meningeooman koon suurentuminen.

Immuunijärjestelmä:

Systeeminen lupus erythematosus

Aineenvaihdunta ja ravitsemus:

Hypertriglyseridemia

Hermosto:

Todennäköinen dementia, korea, epilepsian paheneminen

Verisuonisto:

Valtimon tromboembolia

Ruoansulatuselimistö:

Haimatulehdus (naisilla, joilla on ennestään hypertriglyseridemia)

Iho ja ihonalaiskudos:

Erythema multiforme

Munuaiset ja virtsatiet:

Virtsankarkailu

Sukupuolielimet ja rinnat:

Fibrokystiset rintamuutokset, kohdunkaulan eroosio

Syynynäiset ja perinnölliset/geneettiset häiriöt:

Porfyrian paheneminen

Tutkimukset:

Kilpirauhashormonien kokonaismäärän lisääntyminen

Epäillyistä haittavaikutuksista ilmoittaminen

On tärkeää ilmoittaa myyntiluvan myöntämisen jälkeisistä lääkevalmisteiden epäillyistä haittavaikutuksista. Se mahdollistaa lääkevalmisteiden hyöty-haitta –tasapainon jatkuvan arvioinnin. Terveystieteiden ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan kaikista epäillyistä haittavaikutuksista seuraavalle taholle:

www-sivusto: www.fimea.fi
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri
PL 55
00034 FIMEA

4.9 Yliannostus

Sekä estradiolin että dydrogesteronin toksisuus on alhainen. Yliannostustapauksissa voi ilmetä pahoinvointia, oksentelua, rintojen arkuutta, heitehuimausta, vatsakipua, uneliaisuutta ja tyhjennysvuotoa. On epätodennäköistä, että mitään spesifistä tai oireenmukaista hoitoa tarvitaan.

Pediatriset potilaat

Edellä mainittu soveltuu myös lasten yliannostustapauksiin.

5. FARMAKOLOGISET OMINAISUUDET

5.1 Farmakodynamiikka

Farmakoterapeuttinen ryhmä: Sukupuolihormonit ja genitaalijärjestelmään vaikuttavat aineet, Progestageenit ja estrogeenit, yhdistelmävalmisteet. ATC-koodi: G03FA14

Estradioli

Vaikuttava aine, synteettinen 17 β -estradioli vastaa kemiallisesti ja biologisesti luonnollista ihmisen estradiolia. Se korvaa estrogeenituotannon heikentymisen menopausaalisilla naisilla ja vähentää menopausaalisia oireita. Estrogeenit estävät luun haurastumista menopaussin ja munasarjojen poiston jälkeen.

Dydrogesteroni

Dydrogesteroni on suun kautta annosteltuna aktiivinen keltarauhashormoni, ja sen aktiivisuus on verrattavissa parenteraalisesti annosteltavaan progesteroniin.

Estrogeenit lisäävät endometriumin kasvua, mikä johtaa endometriumin hyperplasiaan ja syöpävaaraan. Progestiinin lisääminen hoitoon vähentää suuresti estrogeenin indusoiman endometriumin hyperplasian vaaraa naisilla, joilla kohtu on tallella.

Kliininen tutkimustieto

- Estrogeenipuutteesta johtuvien oireiden vähentyminen ja vuodot
- Menopausaalisten oireiden vähentyminen saavutettiin hoidon ensimmäisten muutamien viikkojen aikana.

Amenorrea (ei vuotoa eikä tiputtelua) todettiin 88 %:lla naisista 10 - 12 kuukauden hoidon aikana. Epäsäännöllistä vuotoa ja/tai tiputtelua esiintyi 15 %:lla ensimmäisten kolmen hoitokuukauden aikana ja 12 %:lla 10 - 12 kuukauden hoidon aikana.

- Osteoporoosin ehkäisy

Estrogeenin puute menopaussin yhteydessä lisää luun metaboliaa ja vähentää luun massaa. Estrogeenin vaikutus luun mineraalitiheyteen riippuu annoksen suuruudesta. Suojavaikutus näyttää jatkuvan niin kauan kuin lääkehoitoa jatketaan.

Hormonikorvaushoidon lopettamisen jälkeen luumassa vähenee samalla nopeudella kuin hormonikorvaushoitoa käyttämättömillä naisilla.

Näyttö WHI- ja meta-analyysitutkimuksista osoittaa hormonikorvaushoidon yksinään tai yhdistettynä progestiinihoitoon – annettaessa pääasiassa terveille naisille – vähentävän lonkka-, nikama- ja muiden

osteoporoottisten murtumien vaaraa. Hormonikorvaushoito voi myös estää murtumia naisilla, joilla luun tiheys on alentunut ja/tai on todettu osteoporoosi, mutta näyttöä tästä on rajoitetusti.

Vuoden Femoston conti 1/5 -hoidon jälkeen lannerangan luuntiheys (BMD) oli $4,0 \% \pm 3,4 \%$ (ka. \pm SD). Lisäksi luuntiheys pysyi ennallaan tai lisääntyi 90%:lla naisista hoidon aikana.

Femoston conti 1/5-valmisteella oli myös vaikutusta lonkan luuntiheyteen. Reisiluun kaulan luuntiheys oli vuoden hoidon jälkeen lisääntynyt $1,5 \% \pm 4,5 \%$ (ka. \pm SD), $3,7 \% \pm 6,0 \%$ (ka. \pm SD) sarvennoisessa ja $2,1 \% \pm 7,2 \%$ (ka. \pm SD) Wardin kolmiossa. Hoidon aikana luun tiheys pysyi ennallaan tai parani 71 %:lla naisista reisiluun kaulassa, 66 %:lla sarvennoisessa ja 81 %:lla Wardin kolmiossa.

5.2 Farmakokineetiikka

Estradioli

Imeytyminen

Estradiolin imeytymiseen vaikuttaa partikkelikoko: mikronoitu estradioli imeytyy nopeasti ja tehokkaasti maha-suolikanavasta.

Seuraavassa taulukossa on esitetty estradiolin (E2), estronin (E1) ja estronisulfaatin (E1S) vakaan tilan farmakokineettiset parametrit mikronoidun estradioliannostelun jälkeen. Tiedot on esitetty keskiarvoina (SD).

Estradiol 1 mg				
Parametrit	E2	E1	Parametrit	E1S
Cmax (pg/ml)	71 (36)	310 (99)	Cmax (ng/ml)	9,3 (3,9)
Cmin (pg/ml)	18,6 (9,4)	114 (50)	Cmin (ng/ml)	2,099 (1,340)
Cav (pg/ml)	30,1 (11,0)	194 (72)	Cav (ng/ml)	4,695 (2,350)
AUC ₀₋₂₄ (pg-h/ml)	725 (270)	4767 (1857)	AUC ₀₋₂₄ (ng-h/ml)	112,7 (55,1)

Jakautuminen

Estrogeenit ovat joko vapaana tai sitoutuneina. Noin 98-99 % estradioliannoksesta sitoutuu plasman proteiineihin, josta noin 30-52 % albumiiniin ja noin 46-69 % sukupuolihormoneja sitovaan globuliiniin (SHBG).

Biotransformaatio

Suun kautta otettu estradioli metaboloituu laajalti. Pääasialliset konjugoimattomat ja konjugoidut metaboliitit ovat estroni ja estronisulfaatti. Nämä metaboliitit voivat tehostaa estrogeenin tehoa sekä suoraan että estradioliksi muuntuneena. Estronisulfaatti voi päätyä enterohepaattiseen kiertoon.

Eliminaatio

Metaboliitit erittyvät virtsaan pääasiallisesti estronin sekä estradiolin glukurodineina. Eliminaation puoliintumisaika on 10-16 h.

Estrogeenit erittyvät äidinmaitoon.

Lineaarisuus/ ei-lineaarisuus

Estradiolin vakaan tilan pitoisuus saavutetaan noin viiden päivän jälkeen annosteltaessa Femostonia suun kautta päivittäin. Tavallisesti vakaan tilan pitoisuus saavutetaan 8-11 päivän sisällä hoidon aloituksesta.

Dydrogesteroni

Imeytyminen

Suun kautta annosteltuna dydrogesteroni imeytyy nopeasti: T_{max}-arvot vaihtelevat 0,5 tunnista 2,5 tuntiin. Dydrogesteronin absoluuttinen hyötöosuus on 28 % (verrattaessa 20 mg oraalista annosta 7,8 mg:n laskimonsisäiseen infuusioon).

Seuraavassa taulukossa on esitetty dydrogesteronin (D) ja dihydrodydrogesteronin (DHD) farmakokineettiset parametrit dydrogesteronin kerta-annoksen jälkeen. Tiedot on esitetty keskiarvoina (SD).

Dydrogesteroni 5 mg		
Parametrit	D	DHD
C _{max} (ng/ml)	0,90 (0,59)	24,68 (10,89)
AUC _{0-t} (ng·h/ml)	1,55 (1,08)	98,37 (43,21)
AUC _{inf} (ng·h/ml)	-	121,36 (63,63)

Jakautuminen

Laskimonsisäisen dydrogesteroniannoksen jälkeen vakaan tilan jakautumistilavuus on noin 1400 l. Dydrogesteroni ja DHD sitoutuvat yli 90-prosenttisesti plasmaproteiineihin.

Biotransformaatio

Suun kautta annosteltuna dydrogesteroni metaboloituu nopeasti DHD:ksi. Dydrogesteronin päämetaboliitin, 20 α -dihydrodydrogesteronin (DHD), huippupitoisuus saavutetaan 1,5 tunnin kuluttua annostelusta. DHD:n plasmapitoisuudet ovat merkittävästi korkeammat kuin dydrogesteronin. DHD:n suhde dydrogesteroniin laskettaessa plasman pitoisuus aikakäyrän alla olevana pinta-alana (area under the curve, AUC) on noin 40 ja C_{max} -menetelmällä noin 25. Dydrogesteronin keskimääräinen eliminaation puoliintumisaika on 5 - 7 tuntia ja DHD:n 14 - 17 tuntia. Kaikki syntyvät metaboliitit säilyttävät 4,6-dieeni-3-oni -muodon, kun taas 17 α -hydroksylaatiota ei tapahdu, mikä selittää estrogeenisen ja androgeenisen aktiivisuuden puuttumisen.

Eliminaatio

Radioaktiivisesti merkityn dydrogesteronin ottamisen jälkeen 63 % radioaktiivisuudesta erittyy virtsaan. Plasman kokonaispuhdistuma on 6,4 l/min. Täydellinen erittyminen tapahtuu 72 tunnissa. DHD erittyy virtsaan pääasiallisesti glukuronihappokongugaattina.

Lineaarisuus/ ei-lineaarisuus

Sekä kerta-annoksen että toistuvan annoksen farmakokinetiikka on lineaarinen annosteltaessa 2,5-10 mg dydrogesteronia suun kautta. Dydrogesteronin ja DHD:n farmakokinetiikka ei siis muutu toistuvan annostelun seurauksena. Vakaan tilan pitoisuus saavutetaan kolmen hoitopäivän jälkeen.

5.3 Prekliiniset tiedot turvallisuudesta

Prekliinistä lisätietoa turvallisuudesta lääkkeen määrääjälle kohdepopulaatiosta ei ole, kuin se, joka on esitetty valmisteyhteenvedon muissa osioissa.

Ympäristöön kohdistuvien riskien arviointi

Tämä lääke voi aiheuttaa vaaraa vesiympäristölle. Lääkkeitä, joita ei enää tarvita, ei tule heittää viemäriin eikä hävittää talousjätteiden mukana. Käyttämätön lääkevalmiste tai jäte on hävitettävä paikallisten vaatimusten mukaisesti tai palautettava apteekkiin.

6. FARMASEUTTISET TIEDOT

6.1 Apuaineet

Tabletin ydin:

Laktoosimonohydraatti

Hypromelloosi

Maissitärkkelys

Vedetön kolloidinen piidioksidi

Magnesiumstearaatti

Kalvopäällyste:

Hypromelloosi

Makrogoli

Titaanidioksidi (E171)

Rautaoksidi, keltainen ja punainen (E172)

6.2 Yhteensopimattomuudet

Ei oleellinen.

6.3 Kesto aika

3 vuotta.

6.4 Säilytys

Tämä lääkevalmiste ei vaadi erityisiä säilytysolosuhteita.

6.5 Pakkaustyyppi ja pakkaus koot

28, 84 (3 x 28) tai 280 (10 x 28) tabletin kalenteripakkaus PVC-alumiini-läpipainopakkaus kotelossa. Kaikkia pakkauskokoja ei välttämättä ole myynnissä.

6.6 Erityiset varotoimet hävittämiselle

Tämä lääke voi aiheuttaa vaaraa vesiympäristölle. Lääkkeitä, joita ei enää tarvita, ei tule heittää viemäriin eikä hävittää talousjätteen mukana. Käyttämätön lääkevalmiste tai jäte on hävitettävä paikallisten vaatimusten mukaisesti tai palautettava apteekkiin.

7. MYYNTILUVAN HALTIJA

Mylan Healthcare B.V.

Krijgsman 20

1186 DM Amstelveen

Alankomaat

8. MYYNTILUVAN NUMERO

15835

9. MYYNTILUVAN MYÖNTÄMISPÄIVÄMÄÄRÄ/UUDISTAMISPÄIVÄMÄÄRÄ

27.11.2000/ 21.11.2009

10. TEKSTIN MUUTTAMISPÄIVÄMÄÄRÄ

14.8.2020

PRODUKTRESUMÉ

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Femoston conti 1/5 filmdragerade tabletter

2. KVALITATIV OCH KVANTITATIV SAMMANSÄTTNING

Varje tablett innehåller estradiol-hemihydrat motsvarande 1 mg estradiol och 5 mg dydrogesteron.

Hjälpämne med känd effekt: laktosmonohydrat 114,7 mg

För fullständig förteckning över hjälpämnena, se avsnitt 6.1.

3. LÄKEMEDELSFORM

Filmdragerad tablett

Rund, bikonvex, märkt 379 på ena sidan (7 mm)

Laxfärgade tabletter.

4. KLINISKA UPPGIFTER

4.1 Terapeutiska indikationer

Hormonell substitutionsbehandling (HRT) av östrogenbristsymtom till kvinnor efter menopaus med mer än 12 månader sedan senaste menstruation.

Förebyggande av osteoporos hos postmenopausala kvinnor med hög risk för framtida frakturer, om de inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att förebygga osteoporos (se även avsnitt 4.4).

Begränsad erfarenhet föreligger av behandling av kvinnor över 65 år.

4.2 Dosering och administreringsätt

Femoston conti 1/5 är ett preparat för kontinuerlig kombinerad HRT för oral användning.

Östrogenet och progesteronet ges varje dag utan avbrott.

Doseringen är en tablett dagligen för en 28-dagars cykel.

Femoston conti 1/5 ska tas kontinuerligt utan avbrott mellan förpackningar.

Vid behandlingsstart och vid fortsatt behandling av postmenopausala symtom ska lägsta effektiva dos användas under kortast möjliga tid (se även avsnitt 4.4).

Kontinuerlig, kombinerad behandling kan påbörjas med Femoston conti 1/5 beroende på tiden efter menopaus och symtomens allvarlighetsgrad. Kvinnor som genomgått en naturlig menopaus bör vänta med behandling med Femoston conti 1/5 minst 12 månader efter den sista naturliga menstruationsblödningen. Kvinnor som har genomgått kirurgisk menopaus kan påbörja behandling omedelbart.

Beroende på det kliniska svaret kan dosen justeras därefter.

Patienter som byter från ett kontinuerligt sekvenspreparat eller cykliskt preparat ska påbörja behandling med Femoston conti 1/5 efter att den föregående 28-dagars behandlingscykeln har avslutats. Patienter som byter från en annan kontinuerlig, kombinerad behandling kan påbörja behandlingen när som helst.

En glömd dos ska tas så snart det upptäcks. Om mer än 12 timmar har förflutit sedan den senaste dosen skulle ha tagits ska den glömda dosen hoppas över och nästa dos tas vid ordinarie tidpunkt. Att glömma en dos kan öka risken för genombrottsblödning eller stänklödning.

Femoston conti 1/5 kan tas oberoende av intag av mat.

Pediatrik population:

Det finns ingen relevant indikation för Femoston conti 1/5 för en pediatrik population.

4.3 Kontraindikationer

- känd, tidigare genomgången eller misstänkt bröstcancer
- känd eller misstänkt östrogenberoende malign tumör (t.ex. endometrie cancer)
- odiagnostiserad genital blödning
- obehandlad endometrie hyperplasi
- tidigare eller pågående venös tromboembolism (djup ventrombos, lungemboli)
- kända trombofila sjukdomar (t.ex. protein C, protein S eller antitrombinbrist, se avsnitt 4.4)
- aktiv eller nyligen genomgången arteriell tromboembolisk sjukdom (t ex angina, hjärtinfarkt)
- akut leversjukdom eller tidigare leversjukdom så länge leverfunktionsvärdena ej normaliserats
- porfyri
- överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6.1.

4.4 Varningar och försiktighet

För behandling av postmenopausal symptom ska HRT endast påbörjas om symtomen påverkar livskvaliteten negativt. Vid all behandling ska en noggrann värdering av risk/nytta balansen göras minst en gång om året. HRT ska endast fortsätta så länge nyttan överväger risken.

Kunskapen kring riskerna associerade med HRT i behandling av prematur menopaus är begränsad. På grund av låg absolut risk hos yngre kvinnor, kan dock nytta/risk-balansen för dessa kvinnor vara mer fördelaktig än för äldre kvinnor.

Medicinsk undersökning/uppföljning av behandling

Innan HRT inleds eller återupptas ska en noggrann anamnes tas, inklusive uppgifter om ärftliga sjukdomar. En allmän medicinsk och gynekologisk undersökning, som också inkluderar undersökning av bröstet, ska göras med hänsyn tagen till patientens egen sjukhistoria och till kontraindikationer och varningar. Under behandlingen rekommenderas regelbundna kontroller vars frekvens och utformning bör anpassas till den enskilda kvinnan. Kvinnan ska informeras om vilken typ av förändringar i bröstet hon bör rapportera till sin läkare eller barnmorska (se avsnittet ”Bröstcancer” nedan). Kontroller, inklusive regelbunden undersökning av bröstet, t.ex. mammografi, ska utföras i enlighet med gällande rutiner för screening samt i övrigt anpassas efter den enskilda kvinnans kliniska behov.

Tillstånd som kräver skärpt uppmärksamhet

Vid förekomst av något av nedan angivna tillstånd eller om patienten tidigare haft tillståndet och/eller om det förvärrats under graviditet eller tidigare hormonbehandling, ska patienten övervakas noggrant. Hänsyn ska tas till att dessa tillstånd kan återkomma eller förvärras vid behandling med Femoston conti 1/5, detta gäller speciellt:

- leiomyom (uterin fibroid) eller endometriosis
- riskfaktorer för tromboembolisk sjukdom (se nedan)

- riskfaktorer för östrogenberoende tumörer, t.ex. första gradens ärftlighet för bröstcancer
- hypertoni
- leversjukdom (t.ex. leveradenom)
- diabetes mellitus med eller utan kärlkomplikation
- gallstenssjukdom
- migrän eller (svår) huvudvärk
- systemisk lupus erythematosus
- tidigare endometriehyperplasi (se nedan)
- epilepsi
- astma
- otoskleros
- meningiom.

Skäl till att omedelbart avbryta behandlingen

Behandlingen bör avbrytas vid uppträdande av kontraindikationer samt i följande situationer:

- gulsot eller försämrad leverfunktion
- signifikant ökning av blodtrycket
- debut av migränliknande huvudvärk
- graviditet.

Endometriehyperplasi och carcinom

- För kvinnor med intakt livmoder är det en förhöjd risk för endometriehyperplasi och carcinom när enbart östrogen ges under lång tid. Den rapporterade ökningen av risken för endometrie-cancer hos kvinnor behandlade med enbart östrogen varierar mellan en fördubblad till 12 gånger större risk i jämförelse med icke-behandlade, beroende på behandlingens längd och östrogendos (se avsnitt 4.8). Efter avslutad behandling kan risken förbli förhöjd i minst 10 år.
- Tillägg av ett progestogen cykliskt under minst 12 dagar per månad/28 dagars behandlingscykel eller kontinuerlig behandling med kombinerat östrogen-progestogen hos icke-hysterektomerade kvinnor minskar den ökade risken associerad med HRT-behandling med enbart östrogen.
- Genombrottsblödning och/eller stänklödning kan förekomma under de första behandlingsmånaderna. Om genombrottsblödning eller stänklödning uppträder efter en viss tids behandling eller fortsätter efter avslutad behandling, ska orsaken utredas, vilket kan inkludera endometriebiopsi för att utesluta endometriemalignitet.

Bröstcancer

Den samlade kunskapen visar att det finns en ökad risk för bröstcancer hos kvinnor som använder östrogen-progestogen i kombination eller för de som använder enbart östrogen. Risken är beroende av HRT-behandlingens längd.

Kombinerad östrogen-progestogen behandling:

- Den randomiserade placebokontrollerade studien, the Women's Health Initiative study (WHI) och en metaanalys av prospektiva epidemiologiska studier har rapporterat en ökad risk för bröstcancer hos kvinnor som behandlats med östrogen-progestogen i kombination, vilket blir påtaglig efter cirka 3 (1-4) år (se avsnitt 4.8).

Behandling med enbart östrogen:

- WHI-studien fann ingen ökad risk för bröstcancer hos kvinnor som genomgått hysterektomi och som behandlades med enbart östrogen. Observationsstudier har oftast visat en liten ökning av risken att få en bröstcancerdiagnos vilken är lägre än hos kvinnor som behandlas med kombinationen östrogen-progestogen (se avsnitt 4.8).

Resultat från en stor metaanalys visade att den ökade risken minskar med tiden efter avslutad behandling, och att den tid det tar för att återgå till baslinjevärdena beror på hur länge den tidigare HRT-behandlingen har varat. Om HRT tagits i mer än 5 år kans risken kvarstå i 10 år eller mer.

HRT, speciellt kombinationer av östrogen-progestogen, ökar densiteten i mammografibilder. Detta kan försvåra möjligheten att radiologiskt upptäcka bröstcancer.

Äggstockscancer

Äggstockscancer är mycket mer sällsynt än bröstcancer. Enligt epidemiologiska belegg från en stor metaanalys finns det en något förhöjd risk hos kvinnor som tar HRT med enbart östrogen eller kombinerat östrogen-progestogen, som blir tydlig inom 5 års användning och minskar med tiden efter avbruten behandling. Enligt andra studier, såsom WHI-studien (Women's Health Initiative), kan användningen av kombinerade HRT-preparat vara förknippad med en liknande eller något lägre risk (se avsnitt 4.8).

Venös tromboembolism

- HRT är associerat med en 1,3 - 3 gånger större risk av utveckling av venös tromboembolism (VTE), dvs. djup ventrombos eller lungemboli. Förekomsten av en sådan händelse är mer trolig under det första året av HRT än senare (se avsnitt 4.8).
- Patienter med kända trombofila tillstånd har en ökad risk för VTE och HRT kan öka denna risk. HRT är därför kontraindicerat för dessa patienter (se avsnitt 4.3).
- Allmänt erkända riskfaktorer för VTE inkluderar användning av östrogener, högre ålder, stora kirurgiska ingrepp, långvarig immobilisering, fetma (BMI > 30 kg/m²), graviditet/postpartum-perioden, systemisk lupus erythematosus (SLE) och cancer. Det råder ingen konsensus om den möjliga rollen för åderbräck i samband med VTE.
Som hos alla postoperativa patienter bör förebyggande åtgärder övervägas för att förhindra VTE efter kirurgi. Om längre tids immobilisering kan förväntas efter en planerad operation rekommenderas uppehåll i HRT 4 - 6 veckor innan ingreppet. Behandlingen ska inte återupptas förrän kvinnan är fullständigt mobiliserad.
- Kvinnor utan egen anamnes på VTE, men med en förstahandssläkting med historik av trombos i ung ålder, kan erbjudas utredning efter noggrann rådgivning angående dess begränsningar (endast en del av trombofila defekter identifieras av en utredning).
Om en trombofil defekt identifieras som en annan typ än trombos hos familjemedlemmar eller om defekten har en 'hög svårighetsgrad' (t.ex. defekter för antitrombin, protein S eller protein C, eller en kombination av defekter) så är HRT kontraindicerat.
- Balansen mellan risk och nytta bör nogga övervägas inför HRT till kvinnor som redan behandlas med antikoagulantia.
- Om VTE utvecklas efter behandlingen påbörjats, bör preparatet sättas ut. Patienter ska uppmanas att omedelbart kontakta läkare vid potentiella tromboemboliska symtom (t.ex. vid smärtsam svullnad av ett ben, plötslig bröstsmärta, dyspné).

Kranskärslsjukdom (CAD)

Randomiserade kontrollerade studier har inte kunnat påvisa något skydd mot hjärtinfarkt hos kvinnor med eller utan befintlig kranskärslsjukdom som behandlats med kombinerat östrogen-progestogen eller enbart östrogen HRT.

Kombinerad östrogen-progestogenbehandling:

Den relativa risken för kranskärslsjukdom är något ökad under behandling med kombinerat östrogen-progestogen HRT. Eftersom baslinjen för absolut risk för kranskärslsjukdom är starkt kopplat till ålder, är antalet extra fall av

kranskärslssjukdom på grund av användning av östrogen-progestogen, väldigt lågt hos friska kvinnor nära menopaus, men ökar med stigande ålder.

Behandling med enbart östrogen:

Randomiserade kontrollerade data fann ingen ökad risk för kranskärslssjukdom hos hysterektomerade kvinnor som behandlats med enbart östrogen.

Ischemisk stroke

Behandling med kombinerad östrogen-progestogen och med enbart östrogen, är associerat med upp till 1,5 gånger ökad risk för ischemisk stroke. Den relativa risken förändras inte med ålder eller tidsintervall efter menopaus. Dock ökar den generella risken för stroke med åldern hos kvinnor som behandlas med HRT, eftersom baslinjen för stroke-risk är starkt åldersberoende (se avsnitt 4.8).

Andra tillstånd

- Östrogener kan ge vätskeretention varför patienter med hjärtsjukdom eller nedsatt njurfunktion bör observeras noga.
- Kvinnor med känd hypertriglyceridemi bör noggrant följas upp under behandling med östrogen eller HRT eftersom sällsynta fall av starkt förhöjda triglyceridnivåer i plasma, som kan leda till pankreatit, har rapporterats vid östrogenbehandling till kvinnor med detta tillstånd.
- Östrogener ökar mängden av tyreoidbindande globulin (TBG), vilket medför ökade nivåer av cirkulerande tyreoidhormon, mätt såsom proteinbundet jod (PBI), T4-nivåer (mätt med kolonn eller med radioimmunoassay, RIA) eller T3-nivåer (mätt med RIA). T3-resinupptaget minskar, vilket speglar de ökade nivåerna av TBG. Koncentrationerna av fritt T4 och fritt T3 är opåverkade. Även andra bindarproteiner kan öka i serum, t ex kortikosteroidbindande globulin (CBG) och könshormonbindande globulin (sex hormone binding globulin, SHBG), vilket leder till ökade nivåer av cirkulerande kortikosteroider respektive könssteroider. De fria eller biologiskt aktiva hormonkoncentrationerna förändras dock inte. Andra plasmaproteiner kan öka (angiotensin/reninsubstrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplasmin).
- Användning av HRT förbättrar inte kognitiv funktion. Det finns vissa bevis för en ökad risk för trolig demens hos kvinnor som börjar använda kontinuerlig kombinerad HRT eller enbart östrogen HRT efter 65 års ålder.
- Patienter med sällsynta ärftliga tillstånd av galaktosintolerans, total laktasbrist eller glukos-galaktosmalabsorption bör inte använda detta läkemedel.
- Denna östrogen-progestogen kombinationsbehandling är inte ett preventivmedel.

4.5 Interaktioner med andra läkemedel och övriga interaktioner

Inga interaktionsstudier har utförts.

Effektiviteten av östrogen och progestogen kan försämrats:

- Metabolismen av östrogener och progestogener kan öka vid samtidig behandling med substanser som är kända för att inducera enzym som metaboliserar läkemedel, speciellt P450-enzym, såsom antikonvulsiva medel (t.ex. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin) och medel mot infektioner (t.ex. rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz).
- Trots att ritonavir och nelfinavir är kända starka hämmare har dessa substanser, när de ges tillsammans med steroidhormoner, inducerande egenskaper.
- Naturläkemedel innehållande johannesört (*Hypericum perforatum*) kan också inducera metabolismen av östrogener och progestogener.
- Den kliniska betydelsen av en ökad metabolism av östrogener och progestogener kan vara minskad effekt och förändringar i den uterina blödningsprofilen.

4.6 Fertilitet, graviditet och amning

Graviditet

Femoston conti 1/5 är inte indicerat under graviditet. Om graviditet inträffar under behandling med Femoston conti 1/5 ska behandlingen avbrytas omgående.

Det finns inga adekvata data från användning av estradiol/dydrogesteron i gravida kvinnor. De flesta epidemiologiska studierna har till dags dato inte visat några negativa effekter eller skador på foster när gravida kvinnor av misstag behandlats med kombinationer av östrogen och progestogen.

Amning

Femoston conti 1/5 är inte indicerat under amning.

Fertilitet

Femoston conti 1/5 är inte indicerat för fertila kvinnor.

4.7 Effekter på förmågan att framföra fordon och använda maskiner

Femoston conti 1/5 har ingen eller försumbar effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner.

4.8 Biverkningar

De vanligast rapporterade biverkningarna hos patienter som behandlas med estradiol/dydrogesteron i kliniska prövningar är huvudvärk, magsmärta, bröstsmärta/ömhet och ryggsmärta.

Följande biverkningar har observerats under kliniska prövningar (n=4929) med en frekvens som framgår nedan.

*Biverkningar från spontana rapporter som inte observerats i kliniska prövningar har tillskrivits frekvensen ”sällsynt”:

MedDRA-klassificering av organsystem	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000, <1/1000
Infektioner och infestationer		Vaginal candidainfektion	Cystit-liknande symtom	
Neoplasier; benigna, maligna och ospecificerade			Ökning i storlek av leiomyom	
Blodet och lymfsystemet				Hemolytisk anemi*
Immunsystemet			Överkänslighet	
Psykiska störningar		Depression, nervositet	Libido-förändringar	
Centrala och perifera nervsystemet	Huvudvärk	Migrän, yrsel		Meningiom*
Ögon				Ökad buktning av kornea*, intolerans mot kontaktlinser*
Hjärtat				Hjärtinfarkt
Blodkärl			Ventrombos, hypertoni, perifer kärlsjukdom, åderbräck	Stroke*
Magtarmkanalen	Buksmärta	Illamående,	Dyspepsi	

MedDRA-klassificering av organsystem	Mycket vanliga ≥1/10	Vanliga ≥1/100, <1/10	Mindre vanliga ≥1/1000, <1/100	Sällsynta ≥1/10 000, <1/1000
		kräkning, spändhet i buken (inklusive flatulens)		
Lever och gallvägar			Onormal leverfunktion, ibland med gulsot, asteni eller obehag, buksmärta, gallblåsesjukdom	
Hud och subkutan vävnad		Allergiska hudreaktioner (t.ex. utslag, urtikaria, pruritus)		Angioödem, vaskulär purpura, erytema nodosum*, kloasma eller melasma, vilket kan kvarstå efter avslutad behandling*
Muskuloskeletala systemet och bindväv	Ryggsmärta			Benkramper*
Reproduktionsorgan och bröstkörtel	Smärta/ömhet i bröstet	Menstruationsrubbnings (inklusive postmenopausala stänklödnings, metrorragi, menorrage, oligo- eller amenorré, oregelbunden menstruation, dysmenorré), bäckensmärta, vaginala flytningar	Bröstförstoring, premenstruellt syndrom	
Allmänna symtom och/eller symtom vid administreringsstället		Asteniska tillstånd (asteni, trötthet, sjukdomskänsla), perifera ödem		
Undersökningar		Viktökning	Viktminskning	

Risken för bröstcancer

- En upp till dubblerad risk för att få diagnosen bröstcancer har rapporterats för kvinnor som fått kombinerad behandling med östrogen och gestagen i mer än 5 år.
- För kvinnor som tagit enbart östrogen är en eventuell ökad risk lägre jämfört med risken hos kvinnor som fått kombinerad behandling med östrogen och gestagen.
- Risken är beroende av behandlingstidens längd (se avsnitt 4.4).

- Beräkning av absolut risk baserad på resultat från den största randomiserade placebokontrollerade studien (WHI- studien) och den största metaanalysen av prospektiva epidemiologiska studier presenteras nedan.

Den största metaanalysen av prospektiva epidemiologiska studier

Beräknad ökad risk för bröstcancer efter 5 års användning hos kvinnor med BMI 27 (kg/m²)

Ålder vid HRT-start (år)	Incidens per 1 000 kvinnor som aldrig använt HRT under en 5-årsperiod (50-54 år)*	Risikkvot	Antal extra fall per 1 000 kvinnor som använt HRT efter 5 år
HRT med enbart östrogen			
50	13,3	1,2	2,7
Kombination östrogen-gestagen			
50	13,3	1,6	8,0
*Tagen från incidenstal i utgångsläget i England 2015 hos kvinnor med BMI 27 (kg/m ²) Obs! Eftersom bakgrundsincidensen för bröstcancer varierar mellan olika EU-länder, förändras även antalet extra fall av bröstcancer proportionellt.			

Beräknad ökad risk för bröstcancer efter 10 års användning hos kvinnor med BMI 27 (kg/m²)

Ålder vid HRT-start (år)	Incidens per 1 000 kvinnor som aldrig använt HRT, under en 10-årsperiod (50-59 år)*	Risikkvot	Ytterligare fall per 1 000 HRT-användare efter 10 år
HRT med enbart östrogen			
50	26,6	1,3	7,1
Kombination östrogen-gestagen			
50	26,6	1,8	20,8
*Tagen från incidenstal i utgångsläget i England 2015 hos kvinnor med BMI 27 (kg/m ²) Obs! Eftersom bakgrundsincidensen för bröstcancer varierar mellan olika EU-länder, förändras även antalet extra fall av bröstcancer proportionellt.			

Women's Health Initiative-studier (WHI) – Adderad risk för bröstcancer efter 5 års användning

Ålder (år)	Incidensen per 1000 kvinnor i placebogruppen efter 5 år	Risk och 95 % KI	Extra fall per 1000 kvinnor som använt HRT under en 5-årsperiod (95 % KI)
Enbart CEE-östrogener			
50 - 79	21	0,8 (0,7 – 1,0)	-4 (-6 – 0)*
CEE+MPA östrogen och gestagen[‡]			
50 - 79	17	1,2 (1,0 – 1,5)	+4 (0 – 9)
*WHI-studie på kvinnor utan livmoder, som inte visade ökad risk för bröstcancer [‡] När analysen begränsades till kvinnor som före studien inte hade använt HRT fanns ingen uppenbar ökad risk under de första 5 behandlingsåren: Efter 5 år var risken högre än hos icke-behandlade.			

Risken för endometrie-cancer

Postmenopausal kvinnor med kvarvarande livmoder:

Risken för endometrie-cancer är cirka 5 fall per 1 000 kvinnor med kvarvarande livmoder som inte använder HRT.

För kvinnor med kvarvarande livmoder rekommenderas inte användning av enbart östrogen HRT eftersom det ökar risken för endometrie-cancer (se avsnitt 4.4). Beroende på behandlingstidens längd och dosen östrogen, varierar riskökningen för endometrie-cancer i epidemiologiska studier mellan 5 och 55 extra fall per 1 000 kvinnor i åldern mellan 50 och 65 år.

Tillägg av en progestogen till östrogen-behandlingen i åtminstone 12 dagar per cykel kan förebygga denna ökade risk. I studien 'Million Women Study' visade fem års kombinerad HRT (sekventiell eller kontinuerlig) ingen ökad risk för endometrie-cancer (Relativ Risk (RR) på 1,0 (0,8 - 1,2)).

Ovarialcancer

Användning av HRT med enbart östrogen eller kombinerat östrogen-progestogen har förknippats med en lätt förhöjd risk för att få diagnosen ovarialcancer (se avsnitt 4.4). Vid en metaanalys från 52 epidemiologiska studier rapporterades en förhöjd risk för ovarialcancer hos kvinnor som använder HRT jämfört med kvinnor som aldrig använt HRT (RR 1,43; 95 % KI 1,31–1,56). För kvinnor i åldern 50 till 54 år som tar HRT i 5 år ger detta omkring 1 extra fall per 2000 användare. För kvinnor i åldern 50 till 54 år som inte tar HRT kommer ungefär 2 av 2000 kvinnor diagnosticeras med ovarialcancer under en 5-årsperiod.

Risk för venös tromboembolism

HRT är associerat med en 1,3 – 3 gånger större relativ risk för att utveckla venös tromboembolism (VTE), dvs. djup ventrombos eller lungemboli. Förekomsten av en sådan händelse är troligast under det första året av HRT (se avsnitt 4.4). Resultat från WHI-studier presenteras nedan:

WHI-studier – Adderad risk för VTE över 5 års användning

Ålder (år)	Incidensen per 1000 kvinnor i placebogruppen över 5 års tid	Risk och 95 % KI	Extra fall per 1000 HRT-användare
Enbart östrogen (oralt)^c			
50 - 59	7	1,2 (0,6 – 2,4)	1 (-3 – 10)
Kombinerat östrogen-progestogen (oralt)			
50 - 59	4	2,3 (1,2 – 4,3)	5 (1 - 13)
^c Studie på kvinnor utan livmoder			

Risk för kranskärslsjukdom

Risken för kranskärslsjukdom är något förhöjd hos användare av kombinerat östrogen-progestogen HRT över 60 års ålder (se avsnitt 4.4).

Risk för ischemisk stroke

Behandling med enbart östrogen och kombinerad östrogen-progestogenbehandling är associerad med upp till 1,5 gånger ökad relativ risk för ischemisk stroke. Risken för haemorragisk stroke är inte ökad under användning av HRT.

Denna relativa risk är inte beroende av ålder eller behandlingstidens längd, men eftersom baslinjerisken är starkt beroende av ålder, kommer den totala risken för stroke hos kvinnor som använder HRT att öka med åldern (se avsnitt 4.4).

Kombinerade WHI-studier – Adderad risk för stroke^d över 5 års användning

Ålder (år)	Incidensen per 1000 kvinnor i placebogrupperna över 5 års tid	Risk och 95 % KI	Extra fall per 1000 HRT-användare över 5 års tid
50 - 59	8	1,3 (1,1 – 1,6)	3 (1 - 5)

^d Ingen differentiering gjordes mellan ischaemisk och haemorragisk stroke.

Andra biverkningar har rapporterats vid behandling med östrogen/progestogen

Neoplasier, benigna, maligna och ospecificerade:

Både benigna och maligna östrogen-beroende neoplasier, t.ex. endometriecancer och ovarialcancer. Ökad storlek av meningiom.

Immunsystemet:

Systemisk Lupus Erythematosus (SLE)

Metabolism och nutrition:

Hypertriglyceridemi

Centrala och perifera nervsystemet:

Sannolik demens, chorea, exacerbation av epilepsi

Blodkärl:

Arteriell tromboembolism

Magtarmkanalen:

Pankreatit (hos kvinnor med tidigare hypertriglyceridemi)

Hud och subkutan vävnad:

Erythema multiforme

Njurar och urinvägar:

Urininkontinens

Reproduktionsorgan och bröstkörtel:

Fibrocystisk bröstsjukdom, cervixerosion

Medfödda och/eller genetiska störningar:

Aggraverad porfyri

Undersökningar:

Total ökning av sköldkörtelhormoner

Rapportering av misstänkta biverkningar

Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till:

webbplats: www.fimea.fi

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea

Biverkningsregistret

PB 55

00034 FIMEA

4.9 Överdoser

Både estradiol och dydrogesteron är substanser med låg toxicitet. Symtom som illamående, kräkning, ömhet i bröstet, yrsel, magsmärta, dåsighet/trötthet och bortfallsblödning kan uppkomma vid överdosering. Det är osannolikt att någon specifik eller symptomatisk behandling är nödvändig.

Pediatrisk population:

Ovanstående information gäller även för överdosering hos barn.

5. FARMAKOLOGISKA EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiska egenskaper

Farmakoterapeutisk grupp: Urin- och könsorgan samt könshormoner, gestagener i kombination med estrogener. ATC-kod: G03FA14.

Estradiol

Den aktiva substansen, syntetiskt 17-beta-estradiol, är kemiskt och biologiskt identiskt med endogent humant estradiol. Den ersätter den förlorade östrogenproduktionen hos kvinnor efter menopaus och lindrar menopausala symtom. Östrogener förhindrar benförlust efter menopaus eller ovariectomi.

Dydrogesteron

Dydrogesteron är ett oralt aktivt progestogen med en aktivitet jämförbar med parenteralt administrerat progestogen.

Eftersom östrogen stimulerar tillväxten av endometriet ökar risken för endometriehyperplasi och cancer om det ges ensamt. Tillägg av progestogen reducerar kraftigt den östrogeninducerande risken för endometriehyperplasi hos kvinnor som inte är hysterektomerade.

Information från kliniska prövningar

- Lindring av östrogenbristsymtom och blödningsmönster
- Lindring av menopausala symtom erhöles under de första veckorna av behandlingen.

Amenorré (ingen blödning eller stänkeblödning) rapporterades hos 88 % av kvinnorna under månad 10 till 12 av behandlingen. Oregelbunden blödning och/eller stänkeblödning rapporterades hos 15 % av kvinnorna under de första 3 månaderna och hos 12 % under månad 10 till 12 av behandlingen.

- Förebyggande av osteoporos

Östrogenbrist vid menopaus är associerad med en ökad benomsättning och en minskning av benmassan. Östrogens effekt på benmineraltäteten är dosberoende. Skyddet mot dessa effekter tycks kvarstå så länge behandlingen pågår. Efter avslutad HRT sker förlusten av benmassa i ungefär samma takt som hos obehandlade kvinnor.

Resultatet från WHI-studien och från meta-analys av andra studier visar att HRT med enbart östrogen eller i kombination med progestogen, givet till företrädesvis friska kvinnor, minskar risken för höft- och kotfrakturer samt andra osteoporotiska frakturer. HRT kan också förebygga frakturer hos kvinnor med låg benmassa och/eller med diagnostiserad osteoporos, men bevisen för detta är begränsade.

Efter ett års behandling med Femoston conti 1/5 hade benmineraltäteten (BMD) i ländryggen ökat med 4,0 % ± 3,4 % (medelvärde ± SD). 90 % av kvinnorna bibehöll eller ökade sin BMD under behandlingen. Femoston conti 1/5 hade också effekt på BMD i höften. Efter ett års behandling med Femoston conti 1/5 var ökningen 1,5 % ± 4,5 % (medelvärde ± SD) i lårbenshalsen, 3,7 % ± 6,0 % (medelvärde ± SD) i trochanter och

2,1 % ± 7,2 % (medelvärde ± SD) i Ward's triangle. 71, 66 respektive 81 % av kvinnorna bibehöll eller ökade sin BMD i de 3 höftområdena under behandlingen.

5.2 Farmakokinetiska egenskaper

Estradiol

Absorption

Absorption av estradiol är beroende av partikelstorlek: estradiol i mikroniserad form absorberas lätt från magtarmkanalen.

Tabellen nedan visar de genomsnittliga steady-state-värdena av de farmakokinetiska parametrarna för estradiol (E2), estron (E1) och estronsulfat (E1S) för varje dos av estradiol i mikroniserad form. Värdena presenteras som medelvärde (SD).

Estradiol 1 mg				
Parametrar	E2	E1	Parametrar	E1S
Cmax (pg/ml)	71 (36)	310 (99)	Cmax (ng/ml)	9,3 (3,9)
Cmin (pg/ml)	18,6 (9,4)	114 (50)	Cmin (ng/ml)	2,099 (1,340)
Cav (pg/ml)	30,1 (11,0)	194 (72)	Cav (ng/ml)	4,695 (2,350)
AUC ₀₋₂₄ (pg·h/ml)	725 (270)	4767 (1857)	AUC ₀₋₂₄ (ng·h/ml)	112,7 (55,1)

Distribution

Östrogener kan finnas obundna eller bundna. Cirka 98-99 % av estradioldosen binds till plasmaproteiner, där cirka 30-50 % binds till albumin och cirka 46-69 % till könshormonbindande globulin (SHBG).

Metabolism

Efter oral administrering metaboliseras estradiol i stor utsträckning. De huvudsakliga okonjugerade och konjugerade metaboliterna är estron och estronsulfat. Dessa metaboliter kan bidra till östrogenaktiviteten, antingen direkt eller efter omvandling till estradiol. Estronsulfat kan genomgå enterohepatisk cirkulation.

Eliminering

I urinen är det huvudsakligen glukuronider av estron och estradiol. Halveringstiden för eliminering är mellan 10-16 h.

Östrogener utsöndras i bröstmjölken hos ammande kvinnor.

Dos- och tidsberoende

Efter daglig oral administrering av Femoston nådde estradiolkoncentrationerna steady-state efter cirka fem dagar.

Generellt tycktes steady-statekoncentrationer nås inom 8 till 11 dagars dosering.

Dydrogesteron

Absorption

Efter oral administrering absorberas dydrogesteron snabbt med T_{max} mellan 0,5 och 2,5 timmar. Den absoluta biotillgängligheten av dydrogesteron (20 mg dos oralt jämfört med 7,8 mg intravenös infusion) är 28 %.

Tabellen nedan visar de genomsnittliga farmakokinetiska parametrarna vid en enstaka dos för dydrogesteron (D) och dihydrodydrogesteron (DHD). Värdena presenteras som medelvärde (SD).

Dydrogesteron 5 mg

Parametrar	D	DHD
C _{max} (ng/ml)	0,90 (0,59)	24,68 (10,89)
AUC _{0-t} (ng.h/ml)	1,55 (1,08)	98,37 (43,21)
AUC _{inf} (ng.h/ml)	-	121,36 (63,63)

Distribution

Efter intravenös administrering av dydrogesteron är steady-statevolymen av distribution cirka 1400 l. Dydrogesteron och DHD är till mer än 90 % bundet till plasmaproteiner.

Metabolism

Dydrogesteron metaboliseras snabbt till DHD efter oral administrering. Nivåerna av den huvudsakliga aktiva metaboliten 20 α -dihydrodydrogesteron (DHD) är som högst cirka 1,5 timme efter dosering. Plasmanivåerna av DHD är väsentligt högre jämfört med moderläkemedlet. AUC och C_{max} förhållandet av DHD till dydrogesteron är i ordningen 40 respektive 25. Genomsnittlig terminal halveringstid av dydrogesteron och DHD varierar mellan 5 till 7, respektive 14 till 17 timmar. Ett vanligt kännetecken hos alla karakteriserade metaboliter är retentionen av 4,6 dien-3-on konfiguration av moderläkemedlet och frånvaron av 17 α -hydroxylering. Detta förklarar bristen på östrogen och androgen effekt av dydrogesteron.

Eliminering

Ett genomsnittligt värde på 63 % av dosen utsöndras i urinen efter oral administrering av märkt dydrogesteron. Total plasma clearance är 6,4 l/min. Utsöndringen är fullständig inom 72 timmar. DHD förekommer i urinen övervägande som glukuronsyrakonjugat.

Dos- och tidsberoende

Farmakokinetiken för endos och flerdos är linjär för det orala dosintervallet 2,5 till 10 mg. En jämförelse mellan kinetiken för endos och flerdos visar att farmakokinetiken av dydrogesteron och DHD är oförändrad som ett resultat av upprepad dosering. Steady-state uppnåddes efter 3 dagars behandling.

5.3 Prekliniska säkerhetsuppgifter

Det finns inga prekliniska data som är relevant för förskrivaren för målgruppen utöver det som redan är inkluderat i andra avsnitt av produktresumén.

Miljöriskbedömning

Detta läkemedel kan medföra en risk för vattenmiljön. Läkemedel som inte längre används ska inte kastas i avloppet eller bland hushållsavfall. Ej använt läkemedel och avfall ska kasseras enligt gällande anvisningar eller lämnas in på apotek.

6. FARMACEUTISKA UPPGIFTER

6.1 Förteckning över hjälpämnen

Tablettkärna:

Laktosmonohydrat
 Hypromellos
 Majstärkelse
 Vattenfri kolloidal kiseldioxid
 Magnesiumstearat

Filmdragering:

Hypromellos
 Makrogol
 Titandioxid (E171)

Järnoxid, gul och röd (E172)

6.2 Inkompatibiliteter

Ej relevant.

6.3 Hållbarhet

3 år.

6.4 Särskilda förvaringsanvisningar

Inga särskilda förvaringsanvisningar.

6.5 Förpackningstyp och innehåll

Kalenderförpackningar med 28, 84 (3 x 28) eller 280 (10 x 28) tablettor i PVC-aluminium-blister i en tryckt kartong.

Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att marknadsföras.

6.6 Särskilda anvisningar för destruktion

Detta läkemedel kan medföra en risk för vattenmiljön. Läkemedel som inte längre används ska inte kastas i avloppet eller bland hushållsavfall. Ej använt läkemedel och avfall ska kasseras enligt gällande anvisningar eller lämnas in på apotek.

7. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Mylan Healthcare B.V.
Krijgsman 20
1186 DM Amstelveen
Nederländerna

8. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

15835

9. DATUM FÖR FÖRSTA GODKÄNNANDE/FÖRNYAT GODKÄNNANDE

27.11.2000/ 21.11.2009

10. DATUM FÖR ÖVERSYN AV PRODUKTRESUMÉN

14.8.2020