

SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

1. HEITI LYFS

Ovestin 1 mg/g leggangakrem.

2. INNIHALDSLÝSING

Hvert gramm af kremi inniheldur 1 mg af estríóli.

Sjá lista yfir öll hjálparefni í kafla 6.1.

3. LYFJAFORM

Leggangakrem.

Kremið er einsleit, hvítur eða næstum hvítur, kremkenndur massi.

4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR

4.1 Ábendingar

Meðhöndlun einkenna vegna estrógenskorts í leggöngum:

Til meðferðar við rýrnun slímhúðar í leggöngum vegna estrógenskorts hjá konum eftir tíðahvörf.

4.2 Skammtar og lyfjagjöf

Ovestin er lyf sem inniheldur eingöngu estrógen sem gefa má konum hvort sem þær eru með leg eða ekki.

Skammtar:

- Við rýrnun í neðri hluta þvag- og kynfæra:

1 skammtur einu sinni á dag fyrstu vikunnar (að hámarki í 4 vikur), en eftir því sem dregur úr einkennum er skammturinn smám saman, minnkaður, þar til viðhaldsskammti (1 skammtur tvisvar sinnum í viku) er náð.

Ef sjúklingurinn gleymir skammti á að koma kreminu fyrir eins fljótt og auðið er nema að það uppgötvist þann dag sem gefa á næsta skammt. Í slíkum tilvikum á ekki að gefa skammt sem hefur gleymst og gefa næsta skammt á venjulegum tíma. Aldrei má nota 2 skammta sama daginn.

Til þess að meðhöndla einkenni eftir tíðahvörf á að nota lægsta, virka skammt í eins stuttan tíma og mögulegt er (sjá einnig kafla 4.4).

Ekki er ráðlagt að bæta prógestageni við meðferð með Ovestin leggangakremi eða leggangastílum, þar sem altæk útsetning fyrir estríóli helst innan marka þess sem telst eðlilegt eftir tíðahvörf við notkun tvisvar í viku (sjá þó kafla 4.4).

Konur sem eru ekki á hormónauppbótarmeðferð og konur sem eru að skipta af samfelldri samsettri hormónauppbótarmeðferð mega hefja meðferðina hvenær sem er. Konur sem skipta af lotubundinni hormónauppbótarmeðferð ættu að hefja Ovestin meðferð einni viku eftir að lotu lýkur.

Sérstakir sjúklingahópar

Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi

Konur með bráðan lifrarsjúkdóm eða sögu um lifrarsjúkdóm skulu ekki nota Ovestin, ef niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi eru ekki orðnar eðlilegar aftur.

Lyfjagiöf

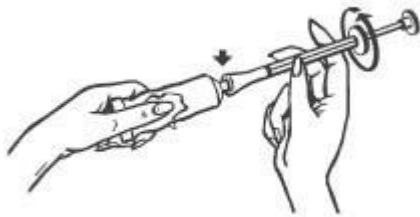
Ovestin leggangakrem á að setja í leggöng með stjöku, rétt fyrir svefn á kvöldin.

Einn skammtur (stjaka fyllt að merki) inniheldur 0,5 g af Ovestin leggangakremi, sem samsvarar 0,5 mg af estríóli.

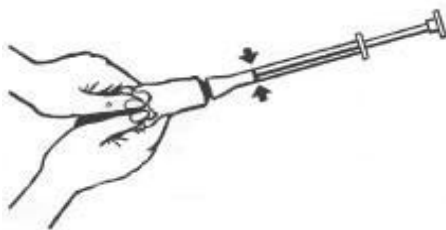
Leiðbeiningar um notkun fyrir sjúklinginn:

Notið kremið rétt fyrir svefn.

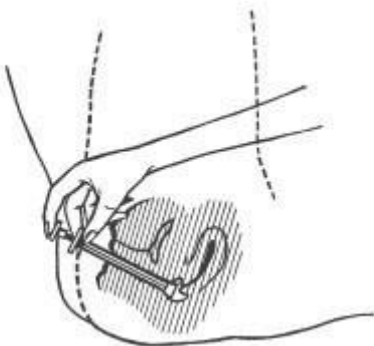
1. Skrúfið tappann af túpunni, snúið honum við og notið síðan oddhvassa hlutann til þess að opna túpuna.
2. Skrúfið endann á stjökunni á túpuna. Gangið úr skugga um að stimpillinn hafi gengið til fulls inn í bolinn.



3. Fyllið stjökuna með því að þrýsta túpunni saman þar til stimpillinn stöðvast (að rauða hringnun, sjá örvar á myndinni fyrir neðan).



4. Skrúfið stjökuna af túpunni og skrúfið tappann aftur á túpuna.
5. Setjið kremið í leggöng. Auðveldast er að gera það þegar legið er á bakinu. Setjið stjökueyndann djúpt í leggöng og ýtið stimplinum hægt alla leið til botns til þess að stjakan tæmist alveg.



6. Eftir notkun á að draga stimpilinn úr bolnum, fram yfir þann stað sem mótsstöðu verður vart, og þvo bæði bolinn og stimpilinn með volgu vatni eða sápuvatni. Notið ekki þvottaefni. Skolið vandlega á eftir. Ekki má setja stjökuna í mjög heitt eða sjóðandi vatn.

7. Setja má stjökuna saman með því að stinga stimplinum í stjökubolinn fram yfir þann stað sem mótstöðu verðu vart.

Fleygið stjökunni þegar túpan er orðin tóm.

4.3 Frábendingar

- Þekkt, saga eða grunur um brjóstakrabbamein
- Þekkt estrógenháð illkynja æxli eða grunur um slíkt æxli (t.d. krabbamein í legslímhúð)
- Blæðing frá leggöngum af óþekktum orsökum
- Ómeðhöndlaður ofvöxtur í legslímhúð
- Saga um eða yfirstandandi segamyndun í bláæð (segamyndun í djúpum bláæðum, lungnasegarek)
- Þekkt tilhneiging til segamyndunar (t.d. prótein-C-, prótein-S- eða andtrombínskortur, sjá kafla 4.4)
- Nýleg eða yfirstandandi segamyndun í slagæðum (t.d. hjartaöng, hjartadrep)
- Bráður lifrarsjúkdómur eða saga um lifrarsjúkdóm ef niðurstöður rannsókna á lifrarstarfsemi eru ekki orðnar eðlilegar aftur
- Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna sem talin eru upp í kafla 6.1
- Porfyría

4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Við meðferð við einkennum tíðahvarfa á einungis að hefja hormónauppþótarmeðferð við einkennum sem hafa neikvæð áhrif á lífsgæði. Í öllum tilvikum á að meta vandlega áhættu og ávinning að minnsta kosti árlega og aðeins skal halda hormónauppþótarmeðferð áfram svo lengi sem ávinningurinn er meiri en áhættan.

Takmarkaður fjöldi rannsókna hefur verið gerður á áhættu sem fylgir hormónauppþótarmeðferð við snemmkomnum tíðahvörfum. Vegna lítillar raunáhættu fyrir yngri konur mun hlutfallið milli áhættu og ávinnings hjá þessum konum væntanlega vera hagstæðara en hjá eldri konum.

Læknisskoðun/rannsóknir

Áður en hormónauppþótarmeðferð er hafin eða hefst að nýju á að skrá nákvæma sjúkrasögu sjúklingsins og fá upplýsingar um fjölskyldusögu. Læknisskoðun (þar með talið kvenskoðun og brjóstaskoðun) á að taka mið af þessu og af frábendingum og varnaðarorðum við notkun. Meðan á meðferð stendur er reglulegt eftirlit ráðlagt, þar sem tíðni og eðli þess er aðlagð að hverri einstakri konu. Upplýsa skal konur um hvaða breytingar á brjóstum beri að tilkynna til læknis. Rannsóknir, þar á meðal viðeigandi myndgreiningaraðferðir, t.d. brjóstamyndataka, ætti að framkvæma í samræmi við gildandi verklagsreglur og aðlaga að klínískum þörfum hverrar konu.

Aðstæður sem kalla á eftirlit:

Ef einhver eftirtalinna sjúkdóma/áhættuþátta er fyrir hendi, hefur verið til staðar áður, og/eða hefur versnað á meðgöngu eða við fyrri hormónameðferð, skal hafa náð eftirlit með sjúklingi.

Hafa skal hugfast að þetta getur komið upp á ný eða versnað meðan á meðferð með Ovestin stendur, sérstaklega:

- Sléttvöðvaæxli (sléttvöðvahnútar í legi) eða legslímuvilla
- Áhættuþættir fyrir segarekssjúkdómum (sjá aftar)
- Áhættuþættir fyrir estrógenháðum æxlum, t.d. arfgengt brjóstakrabbamein í nánustu fjölskyldu
- Háþrýstingur
- Lifrarsjúkdómar (t.d. lifrarkirtilæxli)
- Sykursýki með eða án fylgikvilla í æðakerfi
- Gallsteinar
- Mígreni eða (svæsin) höfuðverkur
- Rauðir úlfar (SLE, systemic lupus erythematosus)
- Saga um ofvöxt legslímhúðar (sjá aftar)
- Flogaveiki
- Astmi

- Snigilgluggahersli (otosclerosis)

Ástæður fyrir að stöðva tafarlaust meðferð

Stöðva á meðferð ef frábending kemur fram og við eftirfarandi aðstæður:

- Gulu eða skerðing á lifrarstarfsemi
- Verulega hækkun á blóðþrýstingi
- Nýtilkomið mígreni
- Þungun

Ofvöxtur legslímhúðar og krabbamein

- Hjá konum með leg er aukin hætta á ofvexti og krabbameini í legslímhúð þegar altæk estrógen eru gefin ein sér til lengri tíma.
- Ekki er ráðlagt að bæta prógestageni við meðferð með Ovestin leggangakremi eða leggangastílum, þar sem altæk útsetning fyrir estríóli helst innan marka þess sem telst eðlilegt eftir tíðahvörf við notkun tvisvar í viku.
- Áhrif á og öryggi legslímhúðar við langtímanotkun (lengur en eitt ár) eða endurtekna notkun staðbundinna estrógena í leggöng er óþekkt. Ef meðferð er endurtekin skal þar af leiðandi endurskoða hana að minnsta kosti árlega.
- Estrógenörvun án mótvægisáðgerða, getur leitt til forstigsbreytinga eða illkynja krabbameinsbreytinga í legslímuleifum eftir legslímuvillu. Þar af leiðandi skal gæta varúðar við notkun þessa lyfs hjá konum sem hafa farið í legnám vegna legslímuvillu, sérstaklega ef vitað er að þær bera í sér leifar legslímuvillu.
- Ef vart verður við blæðingu eða punktblæðingu meðan á meðferð stendur skal rannsaka orsökina, mögulega með því að taka vefjasýni úr legslímhúð til þess að útiloka krabbameinsbreytingar í legslímhúð.

Til þess að koma í veg fyrir örvun legslímhúðar má hvorki gefa lyfið oftar en einu sinni á dag (0,5 mg af estríóli) né nota hámarksskammt lengur en fáeinar vikur (**að hámarki í 4 vikur**). Ein faraldsfræðileg rannsókn hefur sýnt að langtíma meðferð með litlum skömmtum af estríóli til inntöku, en ekki estríóli í leggöng, getur aukið hættu á krabbameini í legslímhúð. Þessi áhætta fór vaxandi eftir því sem meðferðin stóð lengur yfir en gekk til baka á einu ári eftir að meðferð var hætt. Þessi aukna áhætta leiddi aðallega til lítið ífarandi og vel þroskaðra æxla.

Eftirtaldir áhættuþættir hafa verið tengdir við altæka notkun hormónauppbótarmeðferðar og eiga að minna leyti við um Ovestin leggangakrem eða leggangastíla, þegar altæk útsetning fyrir estríóli helst nálægt því sem telst eðlilegt eftir tíðahvörf við notkun tvisvar í viku. Engu að síður skal taka tillit til þeirra við langvarandi eða endurtekna notkun lyfsins.

Brjóstakrabbamein

Faraldsfræðileg rannsóknargögn úr stórrí safngreiningu benda ekki til aukinnar hættu á brjóstakrabbameini hjá konum, án sögu um brjóstakrabbamein, sem nota lágskammta estrógenlyf í leggöng. Það er ekki þekkt hvort lágskammta estrógenlyf í leggöng örvi endurkomu brjóstakrabbameins.

Hormónauppbótarmeðferð, sérstaklega samsett meðferð með estrógeni og prógestageni, eykur þéttni í brjóstvef sem kemur fram á röntgenmyndum af brjóstum og getur gert það að verkum að erfiðara sé að greina brjóstakrabbamein á röntgenmyndum. Í klínískum rannsóknum hefur verið greint frá því að minni líkur séu á aukinni þéttni í brjóstavef sem sést í brjóstamyndatöku hjá konum sem fá meðferð með estríóli eingöngu en þeim sem fá meðferð með öðrum estrógenum.

Í nokkrum tilfella viðmiða rannsóknum kom ekki fram tenging estríóls við aukna hættu á brjóstakrabbameini, ólíkt öðrum estrógenum. Klínískt mikilvægi þessara niðurstaðna er enn ekki ljóst. Því er mikilvægt að ræða við sjúklinginn um hættuna á því að fá brjóstakrabbamein og að metið sé hlutfallið milli áhættu og ávinnings af hormónauppbótarmeðferð.

Krabbamein í eggjastokkum

Krabbamein í eggjastokkum er mun sjaldgæfara en brjóstakrabbamein.

Faraldsfræðileg gögn úr stórum safngreiningum benda til lítillga aukinnar hættu hjá konum sem nota **altæk** hormónauppbótarylif sem innihalda eingöngu estrógen, sem kemur fram innan 5 ára notkunar og minnkar með tímanum eftir að meðferð er hætt.

Bláæðasegarek

- **Altæk** hormónauppbótarmeðferð er tengd 1,3-3 sinnum meiri hættu á segareki í bláæðum (VTE), þ.e. segamyndun í djúpum bláæðum eða lungnasegareki. Algengara er að slíkt komi fyrir á fyrsta ári hormónauppbótarmeðferðar en síðar (sjá kafla 4.8).
- Sjúklingar með þekkta tilhneigingu til segamyndunar í bláæðum eru í aukinni hættu á bláæðasegareki. Hormónauppbótarmeðferð getur aukið þessa hættu. Af þessum ástæðum mega þessir sjúklingar ekki fá hormónauppbótarmeðferð (sjá kafla 4.3).
- Almenn þekktir áhættuþættir fyrir segareki í bláæðum eru m.a. notkun estrógena, hár aldur, stórar skurðaðgerðir, langvarandi rúmlega/takmörkun á hreyfingu, offita (BMI > 30 kg/m²), meðganga/tímabilið rétt eftir fæðingu, rauðir úlfar og krabbamein. Ekki er samhljóma álit um tengsl milli æðahnúta og bláæðasegareks.
- Eins og á við um alla sjúklinga, sem eru nýkomnir úr skurðaðgerð, skal íhuga forvarnarráðstafanir til þess að fyrirbyggja bláæðasegamyndun í kjölfar aðgerðar. Mælt er með að gera tímabundið hlé á hormónauppbótarmeðferð í 4-6 vikur fyrir valkvæða aðgerð, ef búast má við langvarandi rúmlegu/takmörkun á hreyfingu eftir aðgerðina. Ekki má hefja meðferð á ný fyrr en konan hefur fulla fótaferð/hreyfigetu.
- Konum sem aldrei hafa fengið bláæðasegarek en eiga fyrstu gráðu ættingja með sögu um bláæðasegarek á unga aldri, má bjóða skimun eftir að veittar hafa verið nákvæmar upplýsingar um takmarkanir hennar (með skimun er aðeins hægt að greina lítinn hluta þeirra galla sem valda tilhneigingu til segamyndunar). Ef galli greinist, sem veldur tilhneigingu til segamyndunar, sem er af öðrum toga en það sem olli segareki hjá ættingjum, eða ef gallinn er alvarlegur (t.d. andthrombin-, prótein-S- eða prótein-C skortur eða fleiri en einn galli greinist) má konan ekki fá hormónauppbótarmeðferð.
- Hjá konum, sem þegar eru á **langvinnri** segavarnarmeðferð, þarf að meta vandlega ávinning og áhættu af hormónauppbótarmeðferð.
- Ef bláæðasegarek verður, eftir að meðferð er hafin, á að stöðva meðferð með lyfinu. Ráðleggja á sjúklingum að hafa tafarlaust samband við lækinn ef þeir verða varir við einkenni sem geta bent til segareks (t.d. sársaukafulla bólgu í fótlegg, skyndilegan verk fyrir brjósti, andnauð).

Kransæðasjúkdómur

Estrógen eingöngu

Upplýsingar úr slembuðum samanburðarrannsóknum sýna ekki aukna hættu á kransæðasjúkdómi hjá konum sem hafa gengist undir legnám, sem fá **altæka** meðferð með estrógeni eingöngu.

Heilaslag vegna blóðþurrðar

Altæk meðferð með estrógeni eingöngu tengist allt að 1,5-faldri aukningu á hættu á heilaslagi vegna blóðþurrðar. Hlutfallsleg áhætta breytist ekki með hækkandi aldri eða eftir því hve langur tími er liðinn frá tíðahvörfum. Þar sem hættan á heilaslagi, áður en meðferð hefst, er að miklu leyti háð aldri, eykst heildaráhættan á heilaslagi með hækkandi aldri hjá konum sem eru á hormónauppbótarmeðferð (sjá kafla 4.8).

Samhliða notkun á lyfjum við Lifrabólgu C

Við klínískar samanburðarrannsóknir með lyfjasamsetningu til meðferðar með ombitasvir hýdrat / paritaprevir hýdrat / ritonavir með eða án dasabuvir, var hækkun ALAT upp í meira en 5 föld efri mörk eðlilegra gilda (ULN-gilda) marktækt algengari hjá konum sem nota lyf sem innihalda etinýlestradíól. Hjá konum sem nota estrógen, annað en etinýlestradíól, t.d. estradíól, estríól og samtengd estrógen, var hækkun á gildi ALAT svipuð og hjá þeim sem fengu engin estrógen; hins vegar, vegna þess hve lítill fjöldi sjúklinga tók þessi önnur estrógen, skal gæta varúðar við samhliða lyfjagjöf með samsettu lyfi með ombitasvir hýdrat / paritaprevir hýdrat / ritonavir með eða án dasabuvir. (Sjá kafla 4.5.)

Aðrir sjúkdómar

- Estrógen geta valdið vökvæðun og því skal hafa náð eftirlit með sjúklingum með hjarta- eða nýrnasjúkdóma.
- Við meðferð með estrógeni eða hormónauppbótarmeðferð þarf að fylgjast náið með konum sem eru með þríglyseríðahækkun áður en meðferðin hefst, þar sem í mjög sjaldgæfum tilvikum hefur verið greint frá mikilli þríglyseríðahækkun, sem hefur leitt til brisbólgu í tengslum við meðferð með estrógeni hjá konum með þennan sjúkdóm.
- Utanaðkomandi estrógen kunna að kalla fram eða auka einkenni arfgengs og áunnins ofnæmisþjúgs.
- Estrógen auka magn skjaldvakabindandi glóbúlíns (TBG) í blóðrás sem leiðir til hækkaðra gilda skjaldkirtilhormóna í blóðrás, mælt með próteinbundnu joði (PBI), T4 gildum (mæld með súlu- eða geislaónæmismælingu) eða T3 gildum mæld með geislaónæmismælingu). Resinupptaka T3 minnkar, sem endurspeglar í hækkuðum gildum TBG. Þéttni óbundins T4 og T3 er óbreytt. Sermisþéttni annarra bindipróteina getur aukist, þ.e.a.s. barksterabindandi glóbúlíns (CBG), kynhormónabindandi glóbúlíns (SHBG), sem hefur í för með sér aukningu á barksterum og kynhormónum í blóðrásinni. Þéttni óbundinna eða líffræðilegra virkra hormóna breytist ekki. Hækkun getur orðið á öðrum plasmapróteinum (angiotensín/reninhvarfefni, alfa-1 andtripsín, ceruloplasmin).
- Hormónauppbótarmeðferð bætir ekki vitræna starfsemi. Komið hafa fram nokkrar vísbendingar um aukna hættu á hugsanlegum vitglöpum hjá konum sem hefja samfellda samsettra meðferð eða meðferð með estrógeni eingöngu, eftir 65 ára aldur.
- Ovestin er ekki ætlað sem getnaðarvörn.
- Ovestin leggangakrem inniheldur cetýlalkóhól og sterýlalkóhól sem getur valdið staðbundnum viðbrögðum í húð (t.d. snertihúðbólgu).

4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir

Vegna staðbundinnar notkunar í leggöngum og lágmarks altæks frásogs er ólíklegt að nokkrar klínískt marktækar milliverkanir við önnur lyf komi fram við notkun Ovestin. Þó þarf að taka tillit til mögulegra milliverkana við önnur lyf ætluð til staðbundinnar notkunar í leggöngum.

Eftirtöldum milliverkunum, hefur verið lýst við notkun samsettra getnaðarvarnataflna, og gætu einnig skipt máli við notkun Ovestin.

Umbrot estrógena geta aukist við samhliða notkun lyfja sem vitað er að örva ensím sem valda umbrotum lyfja, einkum cytókróm P450 ensím, eins og krampastillandi lyfja (t.d. fenóbarbital, fenýtóín, karbamazepín) og lyfja við sýkingum (t.d. rifampisín, rifabútín, nevirapín, efavirenz).

Þótt rítónavír og nelfínavír séu þekkt sem öflugir hemlar, sýna þau aftur á móti örvandi eiginleika þegar þau eru notuð samhliða sterahormónum.

Náttúrulyf sem innihalda jóhannesarjurt (*Hypericum Perforatum*) geta aukið umbrot estrógena.

Klínískt geta aukin umbrot estrógena leitt til minni verkunar og breytinga á blæðingamynstri frá legi.

Meðferð með estrógeni getur leitt til minnkunar á óbundnu thyroxíni og aukningar á TSH hjá konum með skjaldvakabrest sem eru á meðferð með levothyroxíni. Nauðsynlegt getur verið að auka levothyroxín skammt.

Við klínískar samanburðarrannsóknir með lyfjasamsetningu til meðferðar með ombitasvír hýdrat / paritaprevír hýdrat / rítónavír með eða án dasabuvír, var hækkun ALAT upp í meira en 5 föld efri mörk eðlilegra gilda (ULN-gilda) marktækt algengari hjá konum sem nota lyf sem innihalda etínýlestradíól. Hjá konum sem nota estrógen, annað en etínýlestradíól, t.d. estradíól, estríól og samtengd estrógen, var hækkun á gildi ALAT svipuð og hjá þeim sem fengu engin estrógen; hins vegar, vegna þess hve lítill fjöldi sjúklinga tók þessi önnur estrógen, skal gæta varúðar við samhliða lyfjagjöf með samsettu lyfi með ombitasvír hýdrat / paritaprevír hýdrat / rítónavír með eða án dasabuvír. (Sjá kafla 4.4.)

4.6 Frjósemi, meðganga og brjóstagjöf

Frjósemi

Ovestin er eingöngu ætlað til meðferðar hjá konum eftir tíðahvörf (af náttúrulegum ástæðum eða vegna skurðaðgerðar).

Meðganga

Ekki má nota Ovestin á meðgöngu. Ef þungun á sér stað meðan á meðferð með Ovestin stendur skal stöðva meðferðina samstundis.

Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna á notkun estrógena fyrir slysi, hafa fram að þessu ekki bent til vanskapandi eða fósturskemmandi áhrifa.

Brjóstagjöf

Konur sem hafa barn á brjósti mega ekki nota Ovestin. Estríól skilst út í brjóstamjólk og getur dregið úr mjólkurmyndun.

4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Ovestin hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni sjúklinga til aksturs eða notkunar véla.

4.8 Aukaverkanir

Engin gögn liggja fyrir úr klínískum rannsóknum á Ovestin.

Greint hefur verið frá aukaverkunum hjá 3-10% af þeim sem fengu meðferð. Þessar aukaverkanir eru yfirleitt skammvinnar, en geta einnig gefið til kynna að skammtur sé of stór.

Um 5-10% sjúklinga geta átt von á að finna fyrir staðbundinni ertingu.

Eftirfarandi aukaverkana hefur verið getið í birtu efni og hafa sést við lyfjagát.

Líffæraflokkur	Aukaverkanir
Efnaskipti og næring	
Mjög sjaldgæfar ($>1/10.000$ og $<1/1.000$)	Vökvasöfnun
Meltingarfæri	
Sjaldgæfar ($>1/1.000$ og $<1/100$)	Ógleði
Nýru og þvagfæri	
Tíðni ekki þekkt	Þvaglátstregða
Æxlunarfæri og brjóst	
Algengar ($>1/100$ og $<1/10$)	Brjóstaspenna eða verkir í brjóstum
Sjaldgæfar ($>1/1.000$ og $<1/100$)	Blettablaðingar, útferð
Tíðni ekki þekkt	Sviði í kynfærum, sviði í sköpum og leggöngum
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað	
Algengar ($>1/100$ og $<1/10$)	Staðbundin erting**
Tíðni ekki þekkt	Flensulík einkenni

**Við upphaf meðferðar þegar slímhúð í leggöngum er enn rýr getur staðbundin erting komið fram sem hitatilfinning og/eða kláði.

Áhrif lyfjaflokks tengd hormónauppbótarmeðferð til altækrar notkunar

Eftirtaldir áhættuþættir hafa verið tengdir við altæka notkun hormónauppbótarmeðferðar og eiga að minna leyti við um Ovestin leggangakrem eða leggangastíla, þegar altæk útsetning fyrir estríóli helst nálægt því sem telst eðlilegt eftir tíðahvörf við notkun tvisvar í viku.

Krabbamein í eggjastokkum

Notkun **altækra** hormónauppbótarlyfja hefur verið tengd við lítilliga aukna hættu á greiningu krabbameins í eggjastokkum (sjá kafla 4.4).

Safngreining á 52 faraldsfræðilegum rannsóknum greindi frá aukinni hættu á krabbameini í eggjastokkum hjá konum sem nota altæk hormónauppbótarylif samanborið við konur sem hafa aldrei notað hormónauppbótarylif (hlutfall 1,43; 95% öryggisbil 1,31 - 1,56). Hjá konum á aldrinum 50 til 54 ára sem nota hormónauppbótarmeðferð í 5 ár veldur þetta um 1 viðbótartilviki hjá hverjum 2000 notendum. Hjá konum á aldrinum 50 til 54 ára sem nota ekki hormónauppbótarylif munu um 2 konur af 2000 greinast með krabbamein í eggjastokkum á 5 ára tímabili.

Hætta á bláæðasegareki

Altæk hormónauppbótarmeðferð tengist 1,3- til 3-faldri aukningu á hlutfallslegri hættu á bláæðasegareki, þ.e.a.s. segamyndun í djúpum bláæðum eða lungnasegareki. Líkurnar á slíkum tilvikum eru mestar á fyrsta ári hormónauppbótarmeðferðar (sjá kafla 4.4.). Niðurstöður WHI-rannsóknanna eru sýndar hér fyrir neðan.

WHI-rannsóknir – viðbótaráhætta á bláæðasegareki á 5 ára tímabili notkunar

Aldursbil (ár)	Tíðni yfir 5 ára tímabil, hjá hverjum 1.000 konum í lyfleysuhópnum	Áhættustig og 95% CI	Viðbótartilvik hjá hverjum 1.000 konum, sem eru á hormónauppbótarmeðferð
Eingöngu estrógen til inntöku*			
50-59	7	1,2 (0,6-2,4)	1 (-3-10)

*Rannsókn hjá konum án legs.

Hætta á heilaslagi vegna blóðþurrðar

Altæk hormónauppbótarmeðferð tengist allt að 1,5-falt aukinni hlutfallslegri hættu á heilaslagi vegna blóðþurrðar. Hættan á heilaslagi vegna blæðingar eykst ekki við uppbótarmeðferð með hormónum.

Þessi aukning hlutfallslegrar áhættu er ekki háð aldri eða meðferðarlengd en þar sem grunnáhætta er mjög háð aldri, eykst heildaráhætta á heilaslagi með hækkandi aldri hjá konum á hormónauppbótarmeðferð, sjá kafla 4.4.

WHI-rannsóknir í heild – viðbótaráhætta fyrir heilaslagi vegna blóðþurrðar* á 5 ára meðferðartímabili

Aldursbil (ár)	Tíðni á 5 ára tímabili hjá hverjum 1.000 konum í lyfleysuhópnum	Áhættustig og 95% CI	Viðbótartilvik, hjá hverjum 1.000 konum, sem eru á hormónauppbótarmeðferð yfir 5 ára tímabil
50-59	8	1,3 (1,1-1,6)	3 (1-5)

* Ekki var gerður greinarmunur á heilaslagi vegna blóðþurrðar og heilaslagi vegna blæðingar

Greint hefur verið frá öðrum aukaverkunum í tengslum við notkun **altækra** estrógen/prógestagen meðferðar.

- Estrógenháð, góðkynja og illkynja æxli, t.d. krabbamein í legslímhúð. Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.3 og 4.4
- Sjúkdómar í gallblöðru
- Kvillar í húð og undirhúð: Þungunarfrenur (chloasma), regnbogaroðasótt, rósahnútar, æðapurpuri
- Hugsanleg vitglöp hjá konum eldri en 65 ára (sjá kafla 4.4)

Tilkynning aukaverkana sem grunur er um að tengist lyfinu

Eftir að lyf hefur fengið markaðsleyfi er mikilvægt að tilkynna aukaverkanir sem grunur er um að tengist því. Þannig er hægt að fylgjast stöðugt með sambandinu milli ávinnings og áhættu af notkun lyfsins. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is.

4.9 Ofskömmun

Bráð eiturverkun af estríóli hjá dýrum eru mjög lítil. Ofskömmun Ovestin eftir gjöf í leggöng er ólíkleg.

Einkenni:

Ef mikið magn er tekið inn getur komið fram ógleði, uppköst og blæðingar frá leggöngum hjá konum.

Meðferð:

Ekkert sértækt mótefni er þekkt. Veita má meðferð við einkennum ef þörf krefur.

5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

5.1 Lyfhrif

Flokkun eftir verkun: Náttúruleg og hálf-samtengd (hálf-sýntetísk) östrógen, óblönduð lyf, ATC-flokkun: G03CA04.

Verkunarháttur

Ovestin leggangakrem inniheldur náttúrulega kvenhormónið estríól. Ólíkt öðrum estrógenum er estríól skammverkandi. Það bætir upp skort á estrógenmyndun. Við rýrnun leggangaslímhúðar örvar estríól sem gefið er í leggöng myndun eðlilegs þekjuvefs þvag- og kynfæra og hjálpar til við að koma örflóru og sýrustigi legganga í eðlilegt horf.

Meðhöndlun einkenna vegna estrógenskorts í leggöngum: Estrógen gefið í leggöng linar einkenni slímhúðarrýrnunar í leggöngum vegna estrógenskorts hjá konum eftir tíðahvörf.

Upplýsingar úr klínískum rannsóknum

- Það dró úr einkennum tíðahvarfa á fyrstu vikum meðferðar.
- Mjög sjaldgæft var að tilkynnt væri um blæðingar frá leggöngum eftir meðferð með Ovestin.

5.2 Lyfjahvörf

Frásog

Gjöf estríóls í leggöng tryggir staðbundið kjöraðgengi á verkunarstað. Estríól frásogast einnig í blóðrásina eins og sjá má á snöggri hækkun á óbundu estríóli í plasma.

Dreifing

Hámarksþéttni í plasma næst 1-2 klst. eftir notkun. Eftir gjöf 0,5 mg af estríóli í leggöng er C_{max} u.þ.b. 100 pg/ml, C_{min} u.þ.b. 25 pg/ml og $C_{average}$ u.þ.b. 70 pg/ml. Eftir daglega notkun 0,5 mg af estríóli í leggöng í 3 vikur hafði $C_{average}$ minnkað í 40 pg/ml.

Eftir notkun estríól krems í 12 vikur í klínískri rannsókn var miðgildi þéttni í plasma, mælt 12 klukkustundum eftir gjöf, 8,5 pg/ml (fjórðungabil (interquartile range) 3,3-24,3). Eftir notkun þrisvar í viku í tímabil sem var að miðgildi 21 mánuður (fjórðungabil 9,2-38,4) var miðgildi þéttni estríóls í sermi hjá langtímanotendum (chronic group) 5,5 pg/ml (fjórðungabil 1,9-10,2).

Umbrot

Næstum allt estríólið (90%) binst albúmíni í plasma og ólíkt öðrum estrógenum binst estríól einungis í óverulegu magni kynhormónabindiglóbúlíni (SHBG). Estríól umbrotnar aðallega með samtengingu og aftengingu (deconjugation) í hringrás um lifur.

Brotthvarf

Estríól, endanlega umbrotsefnið, skilst aðallega út með þvagi í bundnu formi. Aðeins lítill hluti ($\pm 2\%$) skilst út með hægðum, aðallega sem óbundið estríól.

5.3 Forklínískar upplýsingar

Engar sérstakar upplýsingar liggja fyrir.

6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

6.1 Hjálparefni

Eutanól G
cetýlpalmítat
glýseról
cetýlalkóhól
sterýlalkóhól
pólýsorbitat 60
sorbitaneinsterat
mjólkursýra
klórhexidínhydróklóríð
natríumhýdroxíð
hreinsað vatn.

6.2 Ósamrýmanleiki

Á ekki við.

6.3 Geymslupól

3 ár.

6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu

Engin sérstök fyrirmæli eru um geymsluaðstæður lyfsins.
Má ekki frjósa.

6.5 Gerð fláts og innihald

Túpa og CE merkt stjaka.

Pakkningastærð:
15 g.

6.6 Sérstakar varúðarráðstafanir við förgun og önnur meðhöndlun

Farga skal öllum lyfjaleifum, stjöku og/eða úrgangi í samræmi við gildandi reglur.

7. MARKAÐSLEYFISHAFI

Aspen Pharma Trading Limited
3016 Lake Drive
Citywest Business Campus
Dublín 24
Írland

8. MARKAÐSLEYFISNÚMER

860039 (IS).

**9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS/ENDURNÝJUNAR
MARKAÐSLEYFIS**

Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis: 1. janúar 1988.

Nýjasta dagsetning endurnýjunar markaðsleyfis: 11. október 2007.

10. DAGSETNING ENDURSKOÐUNAR TEXTANS

19. júní 2026.