

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Brabela, 10 mg, tabletki powlekane
Brabela, 25 mg, tabletki powlekane
Brabela, 50 mg, tabletki powlekane
Brabela, 75 mg, tabletki powlekane
Brabela, 100 mg, tabletki powlekane

2. SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY

Brabela, 10 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 10 mg brywaracetamu.

Brabela, 25 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 25 mg brywaracetamu.

Brabela, 50 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 50 mg brywaracetamu.

Brabela, 75 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 75 mg brywaracetamu.

Brabela, 100 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 100 mg brywaracetamu.

Substancja pomocnicza o znanym działaniu:

Brabela, 10 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana 10 mg zawiera 39,57 mg laktozy.

Brabela, 25 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana 25 mg zawiera 98,93 mg laktozy.

Brabela, 50 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana 50 mg zawiera 197,85 mg laktozy.

Brabela, 75 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana 75 mg zawiera 296,78 mg laktozy.

Brabela, 100 mg, tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana 100 mg zawiera 395,7 mg laktozy.

Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1.

3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Tabletka powlekana (tabletki)

Brabela, 10 mg, tabletki powlekane

Białe, okrągłe (średnica 5,5 mm), obustronnie wypukłe tabletki powlekane, z wytłoczonym napisem „10” po jednej stronie i gładkie po drugiej stronie.

Brabela, 25 mg, tabletki powlekane

Szare, owalne (wymiary 8,9 mm x 5,0 mm), obustronnie wypukłe tabletki powlekane, z wytłoczonym napisem „25” po jednej stronie i gładkie po drugiej stronie.

Brabela, 50 mg, tabletki powlekane

Żółte, owalne (wymiary 11,7 mm x 6,5 mm), obustronnie wypukłe tabletki powlekane, z wytłoczonym napisem „50” po jednej stronie i gładkie po drugiej stronie.

Brabela, 75 mg, tabletki powlekane

Fioletowe, owalne (wymiary 13,0 mm x 7,3 mm), obustronnie wypukłe tabletki powlekane, z wytłoczonym napisem „75” po jednej stronie i gładkie po drugiej stronie.

Brabela, 100 mg, tabletki powlekane

Zielonoszare, owalne (wymiary 14,5 mm x 8,1 mm), obustronnie wypukłe tabletki powlekane, z wytłoczonym napisem „100” po jednej stronie i gładkie po drugiej stronie.

4. SZCZEGÓŁOWE DANE KLINICZNE

4.1 Wskazania do stosowania

Produkt leczniczy Brabela jest wskazany w terapii wspomagającej w leczeniu napadów częściowych i częściowych wtórnie uogólnionych u osób dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat z padaczką.

4.2 Dawkowanie i sposób podawania

Dawkowanie

Lekarz powinien wybrać najbardziej odpowiednią postać produktu leczniczego i jego moc w zależności od masy ciała pacjenta i zalecanej dawki.

W poniższej tabeli przedstawiono zalecane dawkowanie u osób dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat. Dawkę należy podawać w dwóch równych dawkach podzielonych, mniej więcej co 12 godzin.

Zalecana dawka początkowa	Zalecana dawka podtrzymująca	Zakres dawki terapeutycznej*
<u>Młodzież i dzieci o masie ciała 50 kg lub większej oraz dorośli</u>		
50 mg/dobę (lub 100 mg/dobę)**	100 mg/dobę	50-200 mg/dobę
<u>Młodzież i dzieci o masie ciała od 20 kg do mniejszej niż 50 kg</u>		
1 mg/kg mc./dobę (maksymalnie 2 mg/kg mc./dobę)**	2 mg/kg mc./dobę	1-4 mg/kg mc./dobę

Dzieci o masie ciała od 10 kg do mniejszej niż 20 kg		
1 mg/kg mc./dobę (maksymalnie 2,5 mg/kg mc./dobę)**	2,5 mg/kg mc./dobę	1-5 mg/kg mc./dobę

* W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta dawkę można dostosować w tym zakresie dawek terapeutycznych.

** W zależności od oceny lekarza dotyczącej konieczności kontroli napadów padaczkowych.

Dorośli

Zalecana dawka początkowa wynosi 50 mg/dobę lub 100 mg/dobę, w zależności od oceny lekarza odnośnie oczekiwanego zmniejszenia napadów, z uwzględnieniem możliwych działań niepożądanych. W zależności od reakcji pacjenta i tolerancji leczenia, dawkę można dostosować w zakresie skutecznych dawek terapeutycznych od 50 mg/dobę do 200 mg/dobę.

Młodzież i dzieci o masie ciała 50 kg lub większej

Zalecana dawka początkowa wynosi 50 mg/dobę. Leczenie brywaracetamem można również rozpocząć od dawki 100 mg/dobę, w zależności od oceny lekarza dotyczącej potrzeby kontroli napadów padaczkowych. Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 100 mg/dobę. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta, dawkę można modyfikować w zakresie skutecznych dawek terapeutycznych od 50 mg/dobę do 200 mg/dobę.

Młodzież i dzieci o masie ciała od 20 kg do mniejszej niż 50 kg

Zalecana dawka początkowa wynosi 1 mg/kg mc./dobę. Leczenie brywaracetamem można również rozpocząć od dawek wynoszących maksymalnie 2 mg/kg mc./dobę, w zależności od oceny lekarza dotyczącej konieczności kontroli napadów padaczkowych. Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 2 mg/kg mc./dobę. W zależności od indywidualnej odpowiedzi pacjenta, dawkę można modyfikować w zakresie skutecznych dawek terapeutycznych od 1 mg/kg mc./dobę do 4 mg/kg mc./dobę.

Dzieci o masie ciała od 10 kg do mniejszej niż 20 kg

Zalecana dawka początkowa wynosi 1 mg/kg mc./dobę. Leczenie brywaracetamem można również rozpocząć od dawek wynoszących maksymalnie 2,5 mg/kg mc./dobę, w zależności od oceny lekarza dotyczącej konieczności kontroli napadów. Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 2,5 mg/kg mc./dobę. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta, dawkę można dostosować w zakresie dawek terapeutycznych od 1 mg/kg mc./dobę do 5 mg/kg mc./dobę.

Pominięcie dawki

W razie pominięcia jednej lub większej liczby dawek, zaleca się przyjęcie pojedynczej dawki, gdy tylko pacjent przypomni sobie o tym fakcie oraz przyjęcie kolejnej dawki o zwykłej porze rano lub wieczorem. Może to pozwolić uniknąć zmniejszenia stężenia brywaracetamu w osoczu poniżej poziomu skuteczności i zapobiec wystąpieniu napadu padaczkowego.

Przerwanie stosowania

W razie konieczności przerwania stosowania brywaracetamu, pacjentom w wieku od 16 lat zaleca się stopniowe zmniejszanie dawki o 50 mg/dobę co tydzień.

W razie konieczności przerwania stosowania brywaracetamu, pacjentom w wieku poniżej 16 lat zaleca się zmniejszanie dawki o maksymalnie połowę co tydzień, aż do osiągnięcia dawki 1 mg/kg mc./dobę (w przypadku pacjentów, których masa ciała wynosi mniejszej niż 50 kg) lub 50 mg/dobę (w przypadku pacjentów, których masa ciała wynosi 50 kg lub więcej).

Po jednym tygodniu leczenia dawką 50 mg/dobę, w ostatnim tygodniu terapii zaleca się zastosowanie dawki 20 mg/dobę.

Szczególne grupy pacjentów

Osoby w podeszłym wieku (w wieku 65 lat i powyżej)

Nie ma konieczności modyfikacji dawki u pacjentów w podeszłym wieku (patrz punkt 5.2). Doświadczenie kliniczne u pacjentów w wieku ≥ 65 lat jest ograniczone.

Zaburzenia czynności nerek

Nie ma konieczności modyfikacji dawki u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek (patrz punkt 5.2). Ze względu na brak danych, nie zaleca się stosowania brywaracetamu u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek poddawanych dializie. Na podstawie danych dotyczących osób dorosłych, nie jest konieczne dostosowanie dawki u dzieci i młodzieży z zaburzeniami czynności nerek. Brak dostępnych danych klinicznych dotyczących dzieci i młodzieży z zaburzeniami czynności nerek.

Zaburzenia czynności wątroby

U dorosłych pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby, ekspozycja na brywaracetam była zwiększona. U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby, we wszystkich stadiach tych zaburzeń, zaleca się stosowanie następujących dostosowanych dawek, podawanych w dwóch dawkach podzielonych mniej więcej co 12 godzin (patrz punkty 4.4 i 5.2). Brak dostępnych danych klinicznych dotyczących dzieci i młodzieży z zaburzeniami czynności wątroby.

Wiek i masa ciała	Zalecana dawka początkowa	Zalecana maksymalna dawka dobową
Młodzież i dzieci o masie ciała 50 kg lub większej oraz dorośli	50 mg/dobę	150 mg/dobę
Młodzież i dzieci o masie ciała od 20 kg do mniejszej niż 50 kg	1 mg/kg mc./dobę	3 mg/kg mc./dobę
Dzieci o masie ciała od 10 kg do mniejszej niż 20 kg	1 mg/kg mc./dobę	4 mg/kg mc./dobę

Dzieci w wieku poniżej 2 lat

Dotychczas nie ustalono skuteczności stosowania brywaracetamu u dzieci w wieku poniżej 2 lat. Aktualnie dostępne dane przedstawiono w punktach 4.8, 5.1 i 5.2, jednak nie można określić zaleceń dotyczących dawkowania.

Sposób podawania

Tabletki powlekane zawierające brywaracetam należy przyjmować doustnie i połykać w całości, popijając płynem. Lek można przyjmować z posiłkiem lub niezależnie od posiłku (patrz punkt 5.2). U pacjentów, którzy nie są w stanie połykać tabletek w całości albo pacjentów, którym nie można podać dawki z użyciem całych tabletek, należy stosować inne dostępne w obrocie postaci farmaceutyczne zawierające brywaracetam.

4.3 Przeciwwskazania

Nadwrażliwość na substancję czynną, inne pochodne pirolidonu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1.

4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

Myśli i zachowania samobójcze

U pacjentów leczonych w różnych wskazaniach lekami przeciwpadaczkowymi, w tym brywaracetamem, opisywano przypadki myśli i zachowań samobójczych. Meta-analiza wyników randomizowanych, kontrolowanych placebo badań klinicznych z zastosowaniem leków przeciwpadaczkowych wykazała także niewielkie zwiększenie ryzyka myśli i zachowań samobójczych. Mechanizm tego zjawiska nie jest znany, a dostępne dane nie wykluczają występowania zwiększonego ryzyka w przypadku stosowania brywaracetamu.

Pacjentów należy obserwować pod kątem objawów występowania myśli i zachowań samobójczych i rozważyć odpowiednie leczenie. Należy poradzić pacjentom (i ich opiekunom), aby w razie wystąpienia objawów myśli i zachowań samobójczych zgłaszali się po pomoc medyczną. Patrz także punkt 4.8, dane dotyczące dzieci i młodzieży.

Zaburzenia czynności wątroby

Istnieją ograniczone dane dotyczące stosowania brywaracetamu u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami czynności wątroby. U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby zaleca się dostosowanie dawki (patrz punkt 4.2).

Ciężkie skórne działania niepożądane (SCARs)

W związku z leczeniem brywaracetamem zgłaszano występowanie ciężkich skórnych działań niepożądanych (ang. *severe cutaneous adverse reactions*, SCARs), w tym zespołu Stevensa-Johnsona (ang. *Stevens-Johnson syndrome*, SJS), które mogą zagrażać życiu lub prowadzić do zgonu. W momencie przepisywania leku, należy poinformować pacjentów o przedmiotowych i podmiotowych objawach tych reakcji skórnych, a potem prowadzić ścisłą obserwację pod ich kątem. Jeśli wystąpią jakiegokolwiek objawy wskazujące na te reakcje, należy natychmiast odstawić brywaracetam i rozważyć zastosowanie alternatywnego leczenia.

Substancje pomocnicze

Nietolerancja laktozy

Brywaracetam w postaci tabletek powlekanych zawiera laktozę. Lek nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, brakiem laktazy lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy

Zawartość sodu

Brywaracetam w postaci tabletek powlekanych zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na tabletkę, to znaczy produkt leczniczy uznaje się za „wolny od sodu”.

4.5 Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji

Formalne badania dotyczące interakcji przeprowadzono wyłącznie u dorosłych.

Interakcje farmakodynamiczne

Jednoczesne stosowanie z lewetyracetamem

W badaniach klinicznych, choć ich liczba była ograniczona, u pacjentów przyjmujących jednocześnie lewetyracetam nie zaobserwowano korzyści wynikających ze stosowania brywaracetamu

w porównaniu do placebo. Nie zaobserwowano dodatkowych niepokojących sygnałów dotyczących bezpieczeństwa stosowania lub tolerancji leczenia (patrz punkt 5.1).

Interakcje z alkoholem

W badaniu dotyczącym interakcji farmakokinetycznych i farmakodynamicznych, nie wykazano u zdrowych ochotników interakcji farmakokinetycznych pomiędzy brywaracetamem w pojedynczej dawce wynoszącej 200 mg a etanolem podanym w ciągłym wlewie w dawce 0,6 g/L. Brywaracetam zwiększył jednak około dwukrotnie wpływ alkoholu na funkcje psychoruchowe, czujność i pamięć. Nie zaleca się picia alkoholu w trakcie leczenia brywaracetamem.

Interakcje farmakokinetyczne

Wpływ innych produktów leczniczych na farmakokinetkę brywaracetamu

Dane pochodzące z badań *in vitro* wskazują, że brywaracetam charakteryzuje się niskim potencjałem interakcji. Główny szlak rozkładu brywaracetamu polega na hydrolizie niezależnej od CYP. Drugi szlak rozkładu związany jest z hydroksylacją, w której pośredniczy CYP2C19 (patrz punkt 5.2).

Stężenia brywaracetamu w osoczu mogą się zwiększać, gdy produkt leczniczy podawany jest jednocześnie z silnymi inhibitorami CYP2C19 (np. flukonazolem, fluwoksaminą), jednakże ryzyko klinicznie istotnych interakcji, w których pośredniczy CYP2C19, uznaje się za małe. Dostępne są ograniczone dane kliniczne wskazujące, że jednoczesne podawanie kannabidiolu może zwiększać stężenie brywaracetamu w osoczu, prawdopodobnie poprzez zahamowanie CYP2C19, ale znaczenie kliniczne tej interakcji jest niepewne.

Ryfampicyna

U zdrowych ochotników, jednoczesne podawanie z silnym induktorem enzymów, ryfampicyną (600 mg/dobę przez 5 dni), zmniejszyło pole powierzchni pod krzywą (AUC) brywaracetamu o 45%. Należy rozważyć dostosowanie dawki brywaracetamu u pacjentów rozpoczynających lub kończących leczenie ryfampicyną.

Leki przeciwpadaczkowe będące silnymi induktorami enzymów

Stężenia brywaracetamu w osoczu zmniejszają się podczas jego stosowania jednocześnie z lekami przeciwpadaczkowymi, które są silnymi induktorami enzymów (karbamazepina, fenobarbital, fenytoina), jednak nie ma konieczności modyfikacji dawki (patrz Tabela 1).

Inne induktory enzymów

Przewiduje się, że inne silne induktory enzymów [takie jak ziele dziurawca (*Hypericum perforatum*)] mogą zmniejszać ogólną ekspozycję na brywaracetam. Dlatego, zaleca się zachowanie ostrożności podczas rozpoczynania lub kończenia leczenia z zastosowaniem ziele dziurawca.

Wpływ brywaracetamu na inne produkty lecznicze

Brywaracetam w dawkach od 50 do 150 mg/dobę nie wpływał na AUC midazolamu (metabolizowanego przez CYP3A4). Ryzyko istotnych klinicznie interakcji z CYP3A4 jest małe.

Badania *in vitro* wykazały, że brywaracetam w niewielkim stopniu wpływa hamująco na izoformy CYP450 lub wcale ich nie hamuje, oprócz CYP2C19. Brywaracetam może zwiększyć stężenie w osoczu produktów leczniczych metabolizowanych przez CYP2C19 (np.: lanzoprazolu, omeprazolu, diazepam). W badaniach *in vitro*, brywaracetam nie indukował CYP1A1/2, ale powodował indukcję CYP3A4 i CYP2B6. W warunkach *in vivo*, nie zaobserwowano indukcji CYP3A4 (patrz „midazolam”

powyżej). Indukcji CYP2B6 nie badano w warunkach *in vivo*, a brywaracetam może zmniejszać stężenie w osoczu produktów leczniczych metabolizowanych przez CYP2B6 (np. efawirentu). Badania interakcji *in vitro*, prowadzone w celu ustalenia potencjalnego hamującego wpływu na białka transportowe, nie wykazały efektów istotnych klinicznie, oprócz wpływu na OAT3. W warunkach *in vitro*, brywaracetam hamował OAT3, przy stężeniu hamującym połowę maksymalnego efektu (IC50) 42-krotnie większym niż C_{max} w największej dawce klinicznej. Brywaracetam w dawce 200 mg/dobę może zwiększyć stężenie w osoczu produktów leczniczych transportowanych przez OAT3.

Leki przeciwpadaczkowe

Potencjalne interakcje pomiędzy brywaracetamem (50 mg/dobę do 200 mg/dobę) i innymi lekami przeciwpadaczkowymi badano w zbiorczej analizie stężeń leku w osoczu z wszystkich badań klinicznych fazy 2-3, w populacyjnej analizie farmakokinetyki z badań fazy 2-3 z kontrolą placebo oraz w dedykowanych badaniach dotyczących interakcji pomiędzy lekami (dla następujących leków przeciwpadaczkowych: karbamazepina, lamotrygina, fenytoina i topiramata). Wpływ interakcji na stężenie w osoczu zestawiono w Tabeli 1 (zwiększenie oznaczono symbolem „↑”, a zmniejszenie symbolem „↓”, stężenie w osoczu odpowiadające powierzchni pola pod krzywą w funkcji czasu oznaczono symbolem „AUC”, a maksymalne obserwowane stężenie symbolem „C_{max}”).

Tabela 1: Interakcje farmakokinetyczne pomiędzy brywaracetamem i innymi lekami przeciwpadaczkowymi

Lek przeciwpadaczkowy podawany jednocześnie	Wpływ leków przeciwpadaczkowych na stężenie brywaracetamu w osoczu	Wpływ brywaracetamu na stężenie leków przeciwpadaczkowych w osoczu
Karbamazepina	AUC 29 % ↓ C _{max} 13 % ↓ Brak konieczności modyfikacji dawki	Karbamazepina - brak Epoksyd karbamazepiny ↑ (patrz poniżej) Brak konieczności modyfikacji dawki
Klobazam	Brak danych	Brak
Klonazepam	Brak danych	Brak
Lakozamid	Brak danych	Brak
Lamotrygina	Brak	Brak
Lewetyracetam	Brak	Brak
Okskarbazepina	Brak	Brak (pochodna monohydroksylowa, MHD)
Fenobarbital	AUC 19 % ↓ Brak konieczności modyfikacji dawki	Brak
Fenytoina	AUC 21 % ↓ Brak konieczności modyfikacji dawki	Brak ^a AUC 20 % ↑ ^a C _{max} 20 % ↑
Pregabalina	Brak danych	Brak
Topiramata	Brak	Brak
Kwas walproinowy	Brak	Brak
Zonisamid	Brak danych	Brak

^a na podstawie badania, w którym podawano większe niż lecznicze dawki brywaracetamu, wynoszące 400 mg/dobę

Karbamazepina

Brywaracetam jest umiarkowanym, odwracalnym inhibitorem hydrolazy epoksydowej, co prowadzi do zwiększenia stężenia epoksydu karbamazepiny, aktywnego metabolitu karbamazepiny.

W kontrolowanych badaniach klinicznych stężenie epoksydu karbamazepiny w osoczu zwiększało się o średnio 37%, 62% i 98%, z niewielką zmiennością dla dawek brywaracetamu wynoszących, odpowiednio, 50 mg/dobę, 100 mg/dobę i 200 mg/dobę. Nie zaobserwowano ryzyka związanego z bezpieczeństwem stosowania. Nie stwierdzono efektu addycyjnego brywaracetamu i walproinianu na AUC epoksydu karbamazepiny.

Doustne środki antykoncepcyjne

Podawanie brywaracetamu (100 mg/dobę) jednocześnie z doustnym środkiem antykoncepcyjnym zawierającym etynyloestradiol (0,03 mg) i lewonorgestrel (0,15 mg), nie miało wpływu na farmakokinetykę żadnej z tych substancji. W przypadku podawania brywaracetamu w dawce 400 mg/dobę (dwukrotność zalecanej maksymalnej dawki dobowej) jednocześnie z doustnym środkiem antykoncepcyjnym zawierającym etynyloestradiol (0,03 mg) i lewonorgestrel (0,15 mg), zaobserwowano zmniejszenie AUC estrogenu i progestagenu o, odpowiednio, 27% i 23%, bez wpływu na hamowanie owulacji. Zasadniczo, nie zaobserwowano zmian stężenia w osoczu w czasie w przypadku markerów endogennych – estradiolu, progesteronu, hormonu luteinizującego (LH), hormonu folikulotropowego (FSH) oraz globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG).

4.6 Wpływ na płodność, ciążę i laktację

Kobiety w wieku rozrodczym

Należy omówić metody planowania rodziny i antykoncepcji z kobietami w wieku rozrodczym, przyjmującymi brywaracetam (patrz: Ciąża).

Jeśli kobieta zdecyduje się zająć w ciążę, należy ponownie dokładnie rozważyć stosowanie brywaracetamu.

Ciąża

Ogólne zagrożenia związane z padaczką i lekami przeciwpadaczkowymi

W przypadku wszystkich leków przeciwpadaczkowych wykazano, że u dzieci kobiet leczonych z powodu padaczki wady rozwojowe występują 2-3 razy częściej niż w ogólnej populacji (około 3%). W badanej populacji obserwowano zwiększenie częstości wad rozwojowych w przypadku terapii wielolekowej; jednak nie wyjaśniono, w jakim stopniu leczenie i (lub) choroba podstawowa są odpowiedzialne za wystąpienie wad. Przerwanie skutecznego leczenia przeciwpadaczkowego może spowodować zaostrzenie choroby, co może być szkodliwe dla matki i płodu.

Ryzyko związane z brywaracetamem

Dane dotyczące stosowania brywaracetamu u kobiet w okresie ciąży są ograniczone. Brak danych dotyczących przenikania brywaracetamu przez łożysko u ludzi, ale wykazano, że brywaracetam łatwo przenika przez łożysko u szczurów (patrz punkt 5.3). Ryzyko dla ludzi jest nieznane. W badaniach na zwierzętach nie wykryto działania teratogennego brywaracetamu (patrz punkt 5.3).

Brywaracetam stosowano w badaniach klinicznych w leczeniu wspomagającym. Po zastosowaniu z karbamazepiną, wywoływał związane z dawką zwiększenie stężenia aktywnego metabolitu, epoksydu karbamazepiny (patrz punkt 4.5). Brak wystarczających danych pozwalających ustalić kliniczne znaczenie tego efektu w okresie ciąży.

W celu zachowania ostrożności, brywaracetamu nie należy stosować w okresie ciąży, jeśli nie jest to klinicznie konieczne (tj. korzyści dla matki wyraźnie przewyższają potencjalne ryzyko dla płodu).

Karmienie piersią

Brywaracetam przenika do mleka ludzkiego. Należy zdecydować, czy przerwać karmienie piersią, czy przerwać stosowanie brywaracetamu, uwzględniając korzyści związane z leczeniem dla matki. Podczas jednoczesnego podawania brywaracetamu i karbamazepiny, ilość epoksydu karbamazepiny przenikającego do mleka może ulec zwiększeniu. Brak wystarczających danych, aby ocenić znaczenie kliniczne tego efektu.

Płodność

Brak dostępnych danych dotyczących wpływu brywaracetamu na płodność u ludzi. Nie zaobserwowano wpływu brywaracetamu na płodność u szczurów (patrz punkt 5.3).

4.7 Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn

Brywaracetam ma niewielki lub umiarkowany wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn.

Ze względu na możliwe zróżnicowanie osobniczej wrażliwości, niektórzy pacjenci mogą doświadczać senności, zawrotów głowy i innych objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Pacjentom należy zalecić powstrzymanie się od prowadzenia pojazdów i obsługiwanie innych, potencjalnie niebezpiecznych maszyn, dopóki nie jest znany wpływ brywaracetamu na zdolność do wykonywania takich czynności.

4.8 Działania niepożądane

Podsumowanie profilu bezpieczeństwa

Najczęstszymi działaniami niepożądanymi (>10%) w przypadku leczenia brywaracetamem były: senność (14,3%) i zawroty głowy (11,0%). Ich nasilenie było zwykle łagodne lub umiarkowane. Senność i zmęczenie zgłaszano częściej podczas zwiększania dawki.

Odsetek przypadków odstawienia leku z powodu działań niepożądanych wynosił 3,5%, 3,4% i 4,0% u pacjentów przydzielonych losowo do grupy przyjmującej brywaracetam w dawce, odpowiednio: 50 mg/dobę, 100 mg/dobę i 200 mg/dobę oraz 1,7% u pacjentów przyjmujących placebo. Działaniem niepożądanym najczęściej prowadzącym do odstawienia brywaracetamu były zawroty głowy (0,8%) i drgawki (0,8%).

Tabelaryczne zestawienie działań niepożądanych

W tabeli poniżej, działania niepożądane zidentyfikowane na podstawie analizy bazy danych dotyczących bezpieczeństwa w trzech kontrolowanych placebo badaniach z zastosowaniem stałej dawki u pacjentów w wieku ≥ 16 lat oraz zgłaszane po wprowadzeniu leku do obrotu, wymieniono według klasyfikacji układów i narządów oraz częstości występowania.

Częstości występowania zdefiniowano w następujący sposób: bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$), niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$) oraz częstość nieznaną (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). W obrębie każdej grupy o określonej częstości występowania działania niepożądane są wymienione zgodnie ze zmniejszającą się ciężkością.

Klasyfikacja układów i narządów	Częstość występowania	Działania niepożądane
Zakażenia i zarażenia pasożytnicze	Często	Grypa

Zaburzenia krwi i układu chłonnego	Niezbyt często	Neutropenia
Zaburzenia układu immunologicznego	Niezbyt często	Nadwrażliwość typu I
Zaburzenia metabolizmu i odżywiania	Często	Zmniejszenie łaknienia
Zaburzenia psychiczne	Często	Depresja, lęk, bezsenność, drażliwość
	Niezbyt często	Myśli samobójcze, zaburzenia psychotyczne, agresja, pobudzenie
Zaburzenia układu nerwowego	Bardzo często	Zawroty głowy (pochodzenia ośrodkowego), senność
	Często	Drgawki, zawroty głowy (pochodzenia obwodowego)
Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia	Często	Zakażenia górnych dróg oddechowych, kaszel
Zaburzenia żołądka i jelit	Często	Nudności, wymioty, zaparcia
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej	Nieznana	Zespół Stevensa-Johnsona ⁽¹⁾
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania	Często	Zmęczenie

⁽¹⁾ Działania niepożądane zgłaszane po wprowadzeniu do obrotu brywaracetamu.

Opis wybranych działań niepożądanych

Neutropenię zgłaszano u 0,5% (6/1099) pacjentów przyjmujących brywaracetam oraz 0% (0/459) pacjentów przyjmujących placebo. U czterech z tych osób, liczba neutrofilów przed rozpoczęciem leczenia była zmniejszona. Dodatkowe zmniejszenie liczby neutrofilów wystąpiło u tych pacjentów po rozpoczęciu leczenia brywaracetamem. Żaden z 6 przypadków neutropenii nie był ciężki, nie wymagał specyficznego leczenia ani nie doprowadził do przerwania stosowania brywaracetamu i nie wiązał się z występowaniem zakażenia.

Myśli samobójcze zgłoszono u 0,3% (3/1099) pacjentów przyjmujących brywaracetam i 0,7% (3/459) pacjentów przyjmujących placebo. W krótkotrwałych badaniach klinicznych, dotyczących stosowania brywaracetamu u pacjentów z padaczką, nie odnotowano przypadków samobójstwa ani prób samobójczych, jednakże donoszono o nich w otwartych badaniach rozszerzonych (patrz punkt 4.4).

Podczas badań klinicznych dotyczących brywaracetamu, u niewielkiej liczby pacjentów (9/3022) zgłaszano występowanie reakcji przypominających nadwrażliwość natychmiastową (typu I).

Dzieci i młodzież

Profil bezpieczeństwa brywaracetamu u dzieci w wieku od 1 miesiąca życia był zgodny z profilem bezpieczeństwa obserwowanym u osób dorosłych. W prowadzonych metodą otwartej próby, niekontrolowanych, długoterminowych badaniach, myśli samobójcze obserwowano u 4,7% dzieci i młodzieży ocenianych w wieku od 6 lat (częściej u młodzieży) w porównaniu z 2,4% zgłoszeń u pacjentów dorosłych, natomiast zaburzenia dotyczące zachowania zgłaszano u 24,8% dzieci i młodzieży w porównaniu z 15,1% u dorosłych. Większość zdarzeń miała nasilenie łagodne lub

umiarkowane, charakter inny niż poważny i ich wystąpienie nie prowadziło do przerwania stosowania badanego leku. Dodatkowym działaniem niepożądanym zgłaszanym u dzieci była nadmierna aktywność psychoruchowa (4,7%).

Nie zidentyfikowano szczególnego wzorca zdarzeń niepożądanych (ZN) u dzieci w wieku od 1 miesiąca życia do < 4 lat w porównaniu z dziećmi ze starszych grup wiekowych.

Nie zidentyfikowano istotnych informacji dotyczących bezpieczeństwa, wskazujących na zwiększoną częstość występowania określonego ZN w tej grupie wiekowej. Stosowanie brywaracetamu u dzieci w wieku poniżej 2 lat nie jest wskazane, ze względu na fakt, że dostępne dane są ograniczone. Dostępne są ograniczone dane kliniczne dotyczące noworodków.

Osoby w podeszłym wieku

Spośród 130 uczestników (44 z padaczką) w podeszłym wieku, biorących udział w badaniach klinicznych fazy 2 i 3 brywaracetamu, 100 pacjentów było w wieku 65-74 lata, a 30 w wieku 75-84 lata. Profil bezpieczeństwa u pacjentów w podeszłym wieku wydaje się podobny do obserwowanego u młodszych pacjentów dorosłych.

Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Al. Jerozolimskie 181 C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: + 48 22 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>.

Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu.

4.9 Przedawkowanie

Objawy

Doświadczenie kliniczne dotyczące przedawkowania brywaracetamu u ludzi jest ograniczone. Senność i zawroty głowy zgłoszono w przypadku zdrowego pacjenta, który przyjął pojedynczą dawkę 1400 mg brywaracetamu.

Po wprowadzeniu produktu leczniczego do obrotu zgłaszano następujące działania niepożądane związane z przedawkowaniem brywaracetamu: nudności, zawroty głowy (pochodzenia obwodowego), zaburzenia równowagi, lęk, zmęczenie, drażliwość, agresja, bezsenność, depresja i myśli samobójcze. Na ogół, działania niepożądane związane z przedawkowaniem brywaracetamu były zgodne ze znanymi działaniami niepożądanymi.

Postępowanie w przypadku przedawkowania

Brak swoistego antidotum w razie przedawkowania brywaracetamu. W leczeniu przedawkowania należy uwzględnić ogólne środki wspomagające. Ponieważ mniej niż 10% brywaracetamu wydalane jest z moczem, uważa się, że hemodializa nie zwiększy istotnie klirensu brywaracetamu (patrz punkt 5.2).

5. WŁAŚCIWOŚCI FARMAKOLOGICZNE

5.1 Właściwości farmakodynamiczne

Grupa farmakoterapeutyczna: leki przeciwpadaczkowe, inne leki przeciwpadaczkowe, kod ATC: N03AX23

Mechanizm działania

Brywaracetam charakteryzuje się wysokim i wybiórczym powinowactwem do białka pęcherzyków synaptycznych 2A (SV2A), glikoproteiny przebłonowej występującej presynaptycznie w neuronach i komórkach endokrynowych. Chociaż dokładna rola tego białka pozostaje niewyjaśniona, wykazano, że moduluje ono egzocytozę neuroprzekazników. Uważa się, że wiązanie z białkiem SV2A stanowi główny mechanizm przeciwpadaczkowego działania brywaracetamu.

Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo stosowania

Skuteczność brywaracetamu w leczeniu wspomagającym w napadach padaczkowych częściowych (POS, *partial-onset seizures*) potwierdzono w 3 wielośrodkowych badaniach klinicznych z randomizacją, prowadzonych metodą podwójnie ślepej próby, kontrolowanych placebo, z zastosowaniem stałej dawki, w których udział wzięli pacjenci w wieku powyżej 16 lat. Dawka dobową brywaracetamu wynosiła w tych badaniach od 5 do 200 mg/dobę. We wszystkich badaniach zastosowano 8-tygodniowy okres początkowy oraz 12-tygodniowy okres leczenia bez zwiększania dawki. Z 1558 pacjentów otrzymujących badany lek, 1099 podawano brywaracetam. Kryteria włączenia do badania wymagały wystąpienia u pacjentów niekontrolowanych napadów padaczkowych częściowych, pomimo leczenia za pomocą 1 lub 2 jednocześnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych. U pacjentów musiało wystąpić w okresie początkowym co najmniej 8 napadów padaczkowych częściowych. Pierwszorzędnymi punktami końcowymi w badaniach fazy 3 było procentowe zmniejszenie częstości POS w porównaniu do grupy placebo oraz 50% odsetek odpowiedzi z 50% redukcją częstości POS w porównaniu do wartości wyjściowych.

Lekami przeciwpadaczkowymi stosowanymi najczęściej w momencie włączenia do badania były: karbamazepina (40,6%), lamotrygina (25,2%), walproinian (20,5%), okskarbazepina (16,0%), topiramet (13,5%), fenytoina (10,2%) i lewetyracetam (9,8%). Mediana początkowej częstości występowania napadów w tych 3 badaniach wynosiła 9 napadów w ciągu 28 dni. Średni czas trwania padaczki u pacjentów wynosił 23 lata.

Wyniki dotyczące skuteczności podsumowano w Tabeli 2. Ogólnie, brywaracetam był skuteczny w leczeniu wspomagającym napadów padaczkowych częściowych u pacjentów w wieku powyżej 16 lat, po zastosowaniu dawki od 50 mg/dobę do 200 mg/dobę.

Tabela 2: Główne wyniki dotyczące skuteczności dla częstości występowania napadów padaczkowych częściowych w ciągu 28 dni

Badanie	Placebo	Brywaracetam		
		* istotność statystyczna (wartość p)		
		50 mg/dobę	100 mg/dobę	200 mg/dobę
Badanie N01253⁽¹⁾				
	n = 96	n = 101		
Odsetek pacjentów, u których wystąpiła odpowiedź na leczenie - redukcja napadów o 50%	16,7	32,7* (p = 0,008)	~	~
Procentowe zmniejszenie częstości napadów w porównaniu do grupy placebo (%)	nd.	22,0* (p = 0,004)	~	~
Badanie N01252⁽¹⁾				
	n = 100	n = 99	n = 100	

Odsetek pacjentów, u których wystąpiła odpowiedź na leczenie - redukcja napadów o 50%	20,0	27,3 (p = 0,372)	36,0 ⁽²⁾ (p = 0,023)	~
Procentowe zmniejszenie częstości napadów w porównaniu do grupy placebo (%)	nd.	9,2 (p = 0,0274)	20,5 ⁽²⁾ (p = 0,010)	~
Badanie N01358				
	n = 259		n = 252	n = 249
Odsetek pacjentów, u których wystąpiła odpowiedź na leczenie - redukcja napadów o 50%	21,6	~	38,9* (p < 0,001)	37,8* (p < 0,001)
Procentowe zmniejszenie częstości napadów w porównaniu do grupy placebo (%)	nd.	~	22,8* (p < 0,001)	23,2* (p < 0,001)

n = przydzieleni losowo pacjenci, którzy otrzymali w badaniu co najmniej 1 dawkę badanego leku

~ dawka nie była badana

* Istotność statystyczna

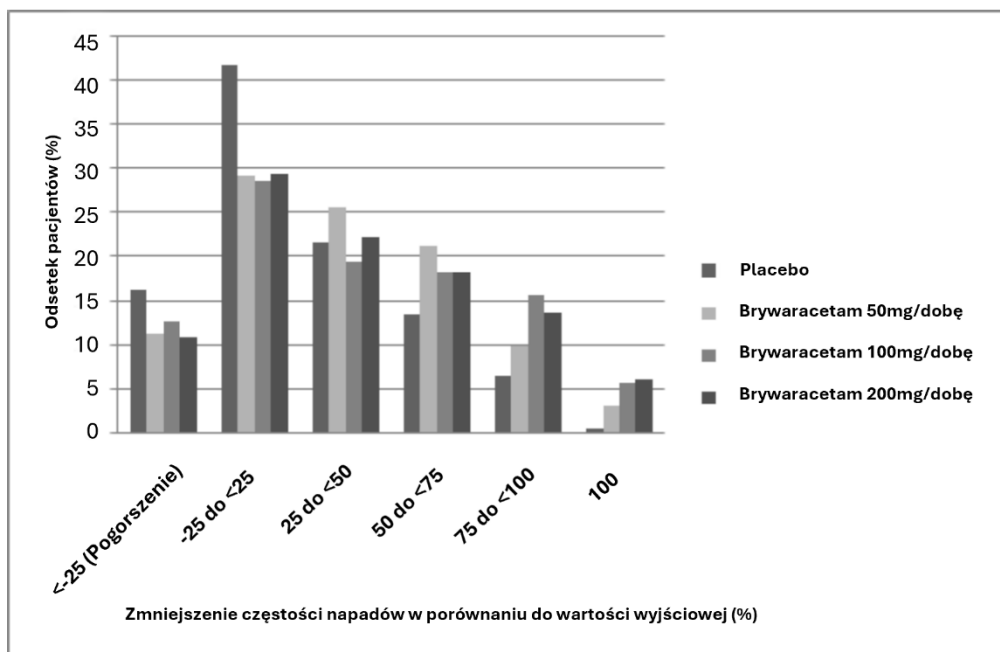
⁽¹⁾ Około 20% pacjentów stosowało jednocześnie lewetyracetam.

⁽²⁾ Główny wynik w przypadku badania N01252 nie osiągnął istotności statystycznej na podstawie procedury testowania sekwencyjnego. Dawka 100 mg/dobę była teoretycznie istotna.

W badaniach klinicznych zmniejszenie częstości występowania napadów padaczkowych, w porównaniu do placebo, było większe po zastosowaniu dawki 100 mg/dobę niż po zastosowaniu dawki 50 mg/dobę. Z wyjątkiem zależnego od dawki zwiększenia częstości występowania sennaści i zmęczenia, brywaracetam w dawce 50 mg/dobę i 100 mg/dobę charakteryzował się podobnym profilem bezpieczeństwa, w tym pod względem działań niepożądanych związanych z OUN oraz w przypadku stosowania długoterminowego.

Wykres 1 przedstawia odsetek pacjentów (z wyłączeniem pacjentów stosujących jednocześnie lewetyracetam) według kategorii: zmniejszenie częstości napadów częściowych w ciągu 28 dni w porównaniu do wartości wyjściowych we wszystkich 3 badaniach. Pacjentów, u których wystąpiło ponad 25% zwiększenie częstości występowania napadów padaczkowych częściowych, przedstawiono w grupie kolumn po lewej stronie jako „pogorszenie”. Pacjentów, u których wystąpiła poprawa pod względem procentowej redukcji częstości występowania napadów padaczkowych częściowych, przedstawiono w 4 skrajnych grupach kolumn po prawej stronie. Odsetki pacjentów, u których wystąpiło co najmniej 50% zmniejszenie częstości występowania napadów padaczkowych, wyniosły 20,3%, 34,2%, 39,5%, i 37,8% dla, odpowiednio, placebo, dawki 50 mg/dobę, 100 mg/dobę i 200 mg/dobę.

Wykres 1: Odsetek pacjentów według kategorii: zmiana częstości napadów padaczkowych po zastosowaniu brywaracetamu i placebo w ciągu 12 tygodni, we wszystkich trzech kluczowych badaniach klinicznych prowadzonych metodą podwójnie ślepej próby



W zbiorczej analizie danych z trzech kluczowych badań klinicznych, nie zaobserwowano różnic dotyczących skuteczności (mierzonej jako odsetek pacjentów, u których wystąpiła 50% odpowiedź na leczenie) w zakresie dawki od 50 mg/dobę do 200 mg/dobę, po jednoczesnym stosowaniu brywaracetamu z indukującymi i nieindukującymi lekami przeciwpadaczkowymi. W badaniach klinicznych napady padaczkowe nie wystąpiły w 12-tygodniowym okresie leczenia u 2,5% (4/161), 5,1% (17/332) i 4,0% (10/249) pacjentów przyjmujących brywaracetam w dawce, odpowiednio, 50 mg/dobę, 100 mg/dobę i 200 mg/dobę w porównaniu do 0,5% (2/418) pacjentów przyjmujących placebo.

Poprawę w zakresie mediany procentowej redukcji częstości napadów padaczkowych w ciągu 28 dni zaobserwowano u pacjentów z napadami typu IC (napady toniczno-kloniczne wtórnie uogólnione) w punkcie wyjściowym badania, leczonych brywaracetamem [wynosiła: 66,6% (n = 62), 61,2% (n = 100) i 82,1% (n = 75) dla pacjentów przyjmujących brywaracetam odpowiednio w dawce 50 mg/dobę, 100 mg/dobę i 200 mg/dobę, w porównaniu do placebo 33,3% (n = 115)].

Nie ustalono skuteczności brywaracetamu w monoterapii. Nie zaleca się stosowania brywaracetamu w monoterapii.

Leczenie z lewetyracetamem

W dwóch badaniach klinicznych fazy 3, z randomizacją i kontrolą z użyciem placebo, 20% pacjentów podawano lewetyracetam, jako lek przeciwpadaczkowy stosowany jednocześnie z brywaracetamem. Chociaż liczba pacjentów była ograniczona, nie zaobserwowano, by brywaracetam był bardziej skuteczny niż placebo u pacjentów przyjmujących jednocześnie lewetyracetam, co może wiązać się z współzawodnictwem w miejscu wiązania SV2A. Nie odnotowano innych obserwacji dotyczących bezpieczeństwa lub tolerancji.

W trzecim badaniu, wstępnie przygotowana analiza, wykazała przewagę brywaracetamu w dawkach 100 mg/dobę i 200 mg/dobę nad placebo, u pacjentów z wcześniejszą ekspozycją na lewetyracetam. Mniejsza skuteczność obserwowana u tych pacjentów w porównaniu z pacjentami, którzy nie stosowali wcześniej lewetyracetamu, była prawdopodobnie związana z większą liczbą

stosowanych wcześniej leków przeciwpadaczkowych i większą częstością występowania napadów padaczkowych w punkcie wyjściowym.

Osoby w podeszłym wieku (w wieku 65 lat i powyżej)

W trzech kluczowych badaniach klinicznych prowadzonych metodą podwójnie ślepej próby, kontrolowanych z użyciem placebo, wzięło udział 38 pacjentów w podeszłym wieku, od 65 do 80 lat. Chociaż dane są ograniczone, skuteczność była porównywalna do obserwowanej u młodszych uczestników badań.

Otwarte badania rozszerzone

We wszystkich badaniach, 81,7% pacjentów, którzy zakończyli udział w badaniach z randomizacją, zostało włączonych do długoterminowych, otwartych badań rozszerzonych. Od momentu włączenia do badania z randomizacją, napady padaczkowe nie wystąpiły u 5,3% pacjentów poddanych ekspozycji na brywaracetam przez 6 miesięcy (n = 1500) w porównaniu do 4,6% i 3,7% uczestników poddanych ekspozycji przez, odpowiednio, 12 miesięcy (n = 1188) i 24 miesiące (n = 847). Ponieważ duży odsetek pacjentów (26%) przerwał badanie otwarte w związku z brakiem skuteczności, mógł nastąpić błąd w trakcie doboru próby badanej, gdyż pacjenci, którzy kontynuowali badanie odpowiedzieli lepiej na leczenie niż ci, którzy ukończyli badanie przedwcześnie.

U pacjentów obserwowanych w otwartych badaniach rozszerzonych przez okres do 8 lat, profil bezpieczeństwa był podobny do obserwowanego w krótkotrwałych badaniach z kontrolą placebo.

Dzieci i młodzież

U dzieci w wieku 2 lat lub starszych napady padaczkowe częściowe mają podobną patofizjologię, jak obserwowane u młodzieży i dorosłych. Doświadczenia w stosowaniu leków przeciwpadaczkowych wskazują, że wyniki badań oceny skuteczności z udziałem osób dorosłych można przenieść na dzieci w wieku co najmniej 2 lat, pod warunkiem określenia dostosowanej dawki do podawania dzieciom oraz potwierdzenia bezpieczeństwa stosowania (patrz punkty 5.2 i 4.8). Dawki dla dzieci w wieku od 2 lat określono poprzez dostosowanie na podstawie masy ciała i ustalono je tak, aby uzyskać stężenie leku w osoczu podobne do obserwowanego u osób dorosłych przyjmujących skuteczne dawki (punkt 5.2).

Do długoterminowego, prowadzonego metodą otwartej próby badania bez grupy kontrolnej, dotyczącego oceny bezpieczeństwa stosowania włączono dzieci (w wieku od 1 miesiąca do poniżej 16 lat), które kontynuowały leczenie po zakończeniu badania farmakokinetycznego (patrz punkt 5.2), dzieci, które kontynuowały leczenie po zakończeniu badania dotyczącego bezpieczeństwa dożylnego podania leku (iv.) oraz dzieci włączone bezpośrednio do badania dotyczącego oceny bezpieczeństwa. U dzieci włączonych bezpośrednio do badania, leczenie brywaracetamem rozpoczynano od dawki początkowej 1 mg/kg mc./dobę, którą, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji, zwiększano do 5 mg/kg mc./dobę przez podwajanie dawki w odstępach tygodniowych. Żadne dziecko nie otrzymało dawki większej niż 200 mg/dobę. W przypadku dzieci o masie ciała 50 kg lub większej leczenie brywaracetamem rozpoczynano od dawki początkowej 50 mg/dobę, którą, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji, zwiększano do 200 mg/dobę poprzez dodawanie 50 mg/dobę co tydzień.

Łącznie, w ramach otwartych badań dotyczących oceny bezpieczeństwa i farmakokinetyki, brywaracetam w terapii wspomagającej podano 186 dzieciom z napadami częściowymi w wieku od 1 miesiąca do <16 lat, z których 149 przyjmowało lek przez ≥ 3 miesiące, 138 - ≥ 6 miesięcy, 123 - ≥ 12 miesięcy, 107 - ≥ 24 miesiące, a 90 - ≥ 36 miesięcy.

Europejska Agencja Leków wstrzymała obowiązek dołączenia wyników badań produktu leczniczego zawierającego brywaracetam w jednej lub kilku podgrupach populacji dzieci i młodzieży z padaczką

z napadami padaczkowymi częściowymi (aby uzyskać informacje o stosowaniu u dzieci i młodzieży, patrz punkt 4.2).

5.2 Właściwości farmakokinetyczne

Brywaracetam w postaci tabletek powlekanych, roztworu doustnego i roztworu do wstrzykiwań dożylnych charakteryzuje się taką samą wartością AUC, natomiast maksymalne stężenie w osoczu jest nieznacznie większe po podaniu dożylnym. Brywaracetam wykazuje liniową i niezależną od czasu farmakokinetykę z niewielką zmiennością wewnątrz- i międzypersonalną. Cechuje go: całkowite wchłanianie, bardzo niski stopień wiązania z białkami, wydalanie z moczem po znacznej biotransformacji. Jego metabolity są nieaktywne farmakologicznie.

Wchłanianie

Brywaracetam jest szybko i całkowicie wchłaniany po podaniu doustnym, a jego bezwzględna biodostępność wynosi około 100%. Mediana wartości t_{max} w przypadku tabletek przyjmowanych bez pokarmu wynosi 1 godzinę (zakres t_{max} od 0,25 do 3 h).

Podanie z posiłkiem bogatym w tłuszcze spowalniało szybkość wchłaniania (mediana wartości t_{max} 3 h) i zmniejszało maksymalne stężenie brywaracetamu w osoczu (37% mniejsze), podczas gdy stopień wchłaniania pozostał niezmienny.

Dystrybucja

Brywaracetam słabo ($\leq 20\%$) wiąże się z białkami osocza. Objętość dystrybucji wynosi 0,5 L/kg, jest to wartość zbliżona do objętości dystrybucji całkowitej wody w organizmie.

Ze względu na swe lipofilne właściwości (Log P), brywaracetam łatwo przenika przez błony komórkowe.

Metabolizm

Brywaracetam jest metabolizowany przede wszystkim w drodze hydrolizy części amidowej do postaci odpowiadającej kwasowi karboksylowemu (około 60% eliminacji) oraz w drodze hydroksylacji bocznego łańcucha propylowego (około 30% eliminacji). Hydroliza części amidowej, w wyniku której powstaje metabolit kwasu karboksylowego (34% dawki w moczu), zachodzi przy udziale amidazy wątrobowej i pozawątrobowej. W warunkach *in vitro* w hydroksylacji brywaracetamu uczestniczy głównie CYP2C19. Oba metabolity są metabolizowane dalej, tworząc powszechnie występujący kwas hydroksylowy powstały głównie poprzez hydroksylację bocznego łańcucha propylowego kwasu karboksylowego (głównie przy udziale CYP2C9). *In vivo* u ludzi, u których występują nieaktywne mutacje CYP2C19, wytwarzanie hydroksymetabolitu jest 10-krotnie zmniejszone, a stężenie samego brywaracetamu zwiększa się o około 22% lub 42% u osób z jednym lub dwoma zmutowanymi allelami. Te trzy metabolity nie są aktywne farmakologicznie.

Eliminacja

Brywaracetam jest wydalany głównie po przemianach metabolicznych oraz z moczem. Ponad 95% dawki, w tym metabolity, wydalane jest z moczem w ciągu 72 godzin po przyjęciu. Mniej niż 1% dawki wydalane jest z kałem, a mniej niż 10% dawki brywaracetamu wydalane jest w postaci niezmięnionej z moczem. Okres półtrwania w osoczu w fazie eliminacji ($t_{1/2}$) wynosi około 9 godzin. Całkowity klirens osoczowy u pacjentów oszacowano na 3,6 L/h.

Liniowość

Farmakokinetyka jest proporcjonalna do dawki w zakresie od 10 mg do co najmniej 600 mg.

Interakcje z produktami leczniczymi

Brywaracetam jest wydalany z organizmu wieloma szlakami, w tym przez nerki, drogą hydrolizy, w której nie pośredniczy CYP oraz drogą utleniania z udziałem CYP. W warunkach *in vitro* brywaracetam nie był substratem ludzkiej P-glikoproteiny (P-gp) ani białek oporności wielolekowej (MRP) 1 i 2, ani prawdopodobnie polipeptydów transportujących aniony organiczne 1B1 (OATP1B1) i OATP1B3.

W badaniach *in vitro* wykazano, że inhibitory CYP (np.: CYP1A, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6 i CYP3A4) nie powinny znacząco wpływać na dystrybucję brywaracetamu.

In vitro, brywaracetam w stężeniach istotnych klinicznie nie był inhibitorem CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4 ani cząsteczek transportujących P-gp, BCRP, BSEP, MRP2, MATE-K, MATE-1, OATP1B1, OATP1B3, OAT1 i OCT1. *In vitro* brywaracetam nie indukował CYP1A2.

Farmakokinetyka w szczególnych grupach pacjentów

Osoby w podeszłym wieku (w wieku 65 lat i powyżej)

W badaniu z udziałem osób w podeszłym wieku (65 do 79 lat; z klirensiem kreatyniny od 53 do 98 mL/min/1,73 m² pc.) przyjmujących brywaracetam w dawce dobowej 400 mg w dwóch dawkach podzielonych, okres półtrwania brywaracetamu w osoczu wyniósł 7,9 godziny oraz 9,3 godziny w grupach, odpowiednio, od 65 do 75 lat oraz >75 lat. Klirens osoczowy brywaracetamu w fazie stacjonarnej był podobny (0,76 mL/min/kg mc.) do obserwowanego u młodych, zdrowych ochotników płci męskiej (0,83 mL/min/kg mc.) (patrz punkt 4.2).

Zaburzenia czynności nerek

W badaniu z udziałem pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek (klirens kreatyniny < 30 mL/min/1,73 m² pc., bez konieczności dializy) wykazano, że wartość AUC brywaracetamu w osoczu zwiększyła się umiarkowanie (+21%), w porównaniu do wartości u zdrowych osób z grupy kontrolnej, podczas gdy wartość AUC metabolitów kwasowego, hydroksylowego i hydroksykwasowego zwiększyła się, odpowiednio, 3-, 4- i 21-krotnie. Klirens nerkowy tych nieaktywnych metabolitów zmniejszył się 10-krotnie. W przypadku metabolitu hydroksykwasowego w badaniach nieklinicznych nie zaobserwowano żadnych zagrożeń związanych z bezpieczeństwem. Brywaracetamu nie badano u pacjentów poddawanych hemodializie (patrz punkt 4.2).

Zaburzenia czynności wątroby

Badanie farmakokinetyki u pacjentów z marskością wątroby (klasa A, B i C w skali Child-Pugh) wykazało podobne zwiększenie ekspozycji na brywaracetam, niezależnie od nasilenia choroby (50%, 57% i 59%), względem zdrowej grupy kontrolnej (patrz punkt 4.2).

Masa ciała

Oszacowano na 40% zmniejszenie stężenia w osoczu w stanie stacjonarnym w zakresie masy ciała od 46 do 115 kg. Jednakże, różnica ta nie jest uznawana za istotną klinicznie.

Płeć

Brak klinicznie istotnych różnic w farmakokinetyce brywaracetamu zależnych od płci.

Rasa

Farmakokinetyka brywaracetamu nie zależy w istotnym stopniu od rasy (kaukaska, azjatycka), jak wykazano w modelowaniu właściwości farmakokinetycznych w populacji pacjentów z padaczką. Liczba pacjentów o innym pochodzeniu etnicznym była w badaniu ograniczona.

Zależności farmakokinetyczno-farmakodynamiczne

Wartość EC50 (stężenie brywaracetamu w osoczu odpowiadające 50% maksymalnego efektu) została oszacowana na poziomie 0,57 mg/L. To stężenie w osoczu jest nieznacznie większe od mediany ekspozycji uzyskanej po podaniu dawek brywaracetamu wynoszących 50 mg/dobę. Dalsze zmniejszanie częstości napadów można osiągnąć, zwiększając dawkę do 100 mg/dobę. Po podaniu dawki 200 mg/dobę zostaje osiągnięte *plateau*.

Dzieci i młodzież

W badaniu farmakokinetycznym z 3-tygodniowym okresem oceny oraz cotygodniowym ustalonym zwiększaniem dawki, ze stosowaniem brywaracetamu w roztworze doustnym, oceniono 99 uczestników w wieku od 1 miesiąca do < 16 lat. Brywaracetam podawano w dawkach zwiększanych co tydzień wynoszących około 1 mg/kg mc./dobę, 2 mg/kg mc./dobę i 4 mg/kg mc./dobę. Wszystkie dawki dostosowywano do masy ciała i żadna z nich nie była większa niż, odpowiednio 50 mg/dobę, 100 mg/dobę i 200 mg/dobę. Pod koniec okresu oceny, uczestnicy mogli zakwalifikować się do udziału w długoterminowym badaniu obserwacyjnym z kontynuacją leczenia w ostatniej podanej dawce (patrz punkt 4.8). Stężenia w osoczu były proporcjonalne do dawki we wszystkich grupach wiekowych. Modelowanie właściwości farmakokinetycznych w populacji przeprowadzono na podstawie danych dotyczących stężenia w niewielkiej liczbie próbek osocza zebranych podczas trzytygodniowego badania PK oraz trwającego długoterminowego badania kontynuacyjnego. W analizie uwzględniono 232 pacjentów z grupy dzieci i młodzieży w wieku od 2 miesięcy do 17 lat z padaczką. Analiza wykazała, że po podaniu dawek wynoszących 5,0 mg/kg mc./dobę (masa ciała 10-20 kg) oraz 4,0 mg/kg mc./dobę (masa ciała 20-50 kg) średnie stężenia w osoczu w fazie stacjonarnej są takie same jak u dorosłych przyjmujących dawkę 200 mg/dobę. Szacunkowy klirens osoczowy wynosił 0,96 L/h, 1,61 L/h, 2,18 L/h i 3,19 L/h u dzieci o masie ciała, odpowiednio, 10 kg, 20 kg, 30 kg i 50 kg. Dla porównania klirens osoczowy u osób dorosłych oszacowano na 3,58 L/h (masa ciała 70 kg). Aktualnie brak dostępnych danych dotyczących noworodków.

5.3 Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie

W badaniach farmakologicznych dotyczących bezpieczeństwa, główne działania były związane z ośrodkowym układem nerwowym (OUN) (głównie przemijająca depresja OUN i ograniczona spontaniczna aktywność ruchowa) i występowały po podaniu wielokrotności (ponad 50 razy) dawki brywaracetamu aktywnej farmakologicznie, wynoszącej 2 mg/kg mc. Procesy uczenia się i pamięć nie były zaburzone.

Działaniami, których nie zaobserwowano w badaniach klinicznych, ale które wystąpiły u psów w badaniach toksykologicznych z zastosowaniem dawki wielokrotnej przy ekspozycji podobnej do klinicznego AUC w osoczu, była hepatotoksyczność (głównie porfiria). Jednak zgromadzone dane toksykologiczne dotyczące brywaracetamu i związku pokrewnego strukturalnie wskazują, że zmiany w wątrobie psów powstały w wyniku mechanizmów nieistotnych u ludzi. U szczurów i małąp nie zaobserwowano niekorzystnych zmian w wątrobie po długotrwałym stosowaniu brywaracetamu w dawce 5- i 42-krotnie przekraczającej kliniczną ekspozycję AUC. U małąp objawy ze strony OUN (wyczerpanie, zaburzenia równowagi, niezdarne ruchy) wystąpiły po podaniu dawki, której odpowiadała wartość 64-krotnie przekraczająca wartość C_{max} w warunkach klinicznych. Z upływem czasu działania te stawały się mniej widoczne.

W badaniach dotyczących genotoksyczności nie wykryto działania mutagennego ani klastogennego. Badania dotyczące rakotwórczości przeprowadzone u szczurów nie wskazują potencjału onkogenego, podczas gdy u myszy obserwowano umiarkowane zwiększenie częstości występowania guzów wątrobowokomórkowych u samców. Uznaje się to za wynik niegenotoksycznego sposobu działania związanego z indukcją enzymów wątrobowych, podobną do wywoływanej przez fenobarbital, co jest zjawiskiem znanym i właściwym dla gryzoni.

Brywaracetam nie wpływał na płodność samców ani samic. Nie wykazano potencjału teratogenego u szczura i królika. Embriotoksyczność zaobserwowano u królika po podaniu dawki brywaracetamu toksycznej dla matki, przy czym ekspozycja 8-krotnie przekraczała kliniczną ekspozycję AUC dla maksymalnej dawki zalecanej. U szczurów wykazano, że brywaracetam szybko przenika przez łożysko i jest przenika do mleka samicy, przy czym stężenia są podobne do stężeń w osoczu samic.

Brywaracetam nie wykazywał właściwości uzależniających u szczurów.

Badania dotyczące młodych zwierząt

U młodych szczurów poziom ekspozycji przekraczający od 6 do 15 razy kliniczną ekspozycję AUC dla maksymalnej dawki zalecanej, ma niekorzystny wpływ na rozwój (tj. umieralność, objawy kliniczne, zmniejszenie masy ciała i mniejsza masa mózgu). Nie zaobserwowano niekorzystnego wpływu na czynność OUN oraz wyniki badań neuropatologicznych i histopatologicznych mózgu. U młodych psów zmiany wywołane przez brywaracetam po ekspozycji 6-krotnie przekraczającej kliniczną wartość AUC, były podobne do obserwowanych u zwierząt dorosłych. Nie zaobserwowano niekorzystnego wpływu w przypadku żadnego ze standardowych punktów końcowych dotyczących rozwoju lub dojrzewania.

6. DANE FARMACEUTYCZNE

6.1 Wykaz substancji pomocniczych

Rdzeń tabletki:

Laktoza jednowodna
Kroskarmeloza sodowa
Laktoza
Magnezu stearynian

Otoczka tabletki:

Brabela, 10 mg, tabletki powlekane

Alkohol poliwinylowy (E 1203)
Tytanu dwutlenek (E 171)
Makrogol 4000
Talk

Brabela, 25 mg, tabletki powlekane

Alkohol poliwinylowy (E 1203)
Tytanu dwutlenek (E 171)
Makrogol 4000
Talk
Żelaza tlenek czarny (E 172)
Żelaza tlenek żółty (E 172)

Brabela, 50 mg, tabletki powlekane

Alkohol poliwinylowy (E 1203)

Tytanu dwutlenek (E 171)

Makrogol 4000

Talk

Żelaza tlenek żółty (E 172)

Żelaza tlenek czerwony (E172)

Brabela, 75 mg, tabletki powlekane

Alkohol poliwinylowy (E 1203)

Tytanu dwutlenek (E 171)

Makrogol 4000

Talk

Żelaza tlenek czerwony (E 172)

Żelaza tlenek czarny (E 172)

Żelaza tlenek żółty (E172)

Brabela, 100 mg, tabletki powlekane

Alkohol poliwinylowy (E 1203)

Tytanu dwutlenek (E 171)

Makrogol 4000

Talk

Żelaza tlenek żółty (E 172)

Żelaza tlenek czarny (E 172)

6.2 Niezgodności farmaceutyczne

Nie dotyczy.

6.3 Okres ważności

2 lata.

6.4 Specjalne środki ostrożności podczas przechowywania

Brak szczególnych środków ostrożności dotyczących przechowywania.

6.5 Rodzaj i zawartość opakowania

Tabletki powlekane Brabela, 10 mg, pakowane są w

Blistry z folii PVC/PCTFE(Aclar)/Aluminium lub PVC/PE/PVDC/Aluminium, w tekturowym pudełku zawierającym 14 (2 x 7 szt. lub 1 x 14 szt.) lub 28 (4 x 7 szt. lub 2 x 14 szt.) tabletek powlekanych.

Tabletki powlekane Brabela, 25 mg, pakowane są w

Blistry z folii PVC/PCTFE(Aclar)/Aluminium lub PVC/PE/PVDC/Aluminium, w tekturowym pudełku zawierającym 28 (4 x 7 szt. lub 2 x 14 szt.) lub 56 (4 x 14 szt.) tabletek powlekanych.

Butelka HDPE z PP zamknięciem z żelazem krzemionkowym pochłaniającym wilgoć w tekturowym pudełku zawierająca 56 tabletek powlekanych.

Tabletki powlekane Brabela, 50 mg, pakowane są w

Blistry z folii PVC/PCTFE(Aclar)/Aluminium lub PVC/PE/PVDC/Aluminium, w tekturowym pudełku zawierającym 56 (4 x 14 szt.) tabletek powlekanych.

Butelka HDPE z PP zamknięciem z żelazem krzemionkowym pochłaniającym wilgoć w tekturowym pudełku zawierająca 56 tabletek powlekanych.

Tabletki powlekane Brabela, 75 mg, pakowane są w
Blistry z folii PVC/PCTFE(Aclar)/Aluminium lub PVC/PE/PVDC/Aluminium, w tekturowym pudełku zawierającym 56 (4 x 14 szt.) tabletek powlekanych.

Butelka HDPE z PP zamknięciem z żelazem krzemionkowym pochłaniającym wilgoć w tekturowym pudełku zawierająca 56 tabletek powlekanych.

Tabletki powlekane Brabela, 100 mg, pakowane są w
Blistry z folii PVC/PCTFE(Aclar)/Aluminium lub PVC/PE/PVDC/Aluminium, w tekturowym pudełku zawierającym 56 (4 x 14 szt.) tabletek powlekanych.

Butelka HDPE z PP zamknięciem z żelazem krzemionkowym pochłaniającym wilgoć w tekturowym pudełku zawierająca 56 tabletek powlekanych.

Nie wszystkie wielkości opakowań muszą znajdować się w obrocie.

6.6 Specjalne środki ostrożności dotyczące usuwania

Bez specjalnych zaleceń.

Wszelkie niewykorzystane resztki produktu leczniczego lub jego odpady należy usunąć zgodnie z lokalnymi przepisami.

7. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Exeltis Poland Sp. z o. o.
ul. Szamocka 8
01-748 Warszawa

8. NUMERY POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Brabela, 10 mg	Pozwolenie nr:
Brabela, 25 mg	Pozwolenie nr:
Brabela, 50 mg	Pozwolenie nr:
Brabela, 75 mg	Pozwolenie nr:
Brabela, 100 mg	Pozwolenie nr:

9. DATA WYDANIA PIERWSZEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU I DATA PRZEDŁUŻENIA POZWOLENIA

Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:

10. DATA ZATWIERDZENIA LUB CZĘŚCIOWEJ ZMIANY TEKSTU CHARAKTERYSTYKI PRODUKTU LECZNICZEGO