

Combodart

GlaxoSmithKline Brasil Ltda.

Cápsula dura de liberação prolongada

0,5 MG + 0,4 MG

LEIA ESTA BULA ATENTAMENTE ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO.

## **I – IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO**

**Combodart®**

dutasterida + tansulosina

## **APRESENTAÇÃO**

**Combodart®** é apresentado sob a forma de cápsulas duras de liberação prolongada. Embalagens contendo 7, 30 ou 90 cápsulas.

## **USO ORAL**

### **USO ADULTO**

## **COMPOSIÇÃO**

Cada cápsula contém:

dutasterida ..... 0,5 mg

tansulosina (equivalente a 0,4 mg de cloridrato de tansulosina).....0,37 mg

excipientes\* .....1 cápsula

\*Excipientes: monodiglicerídeos de ácido caprílico/cáprico (MDC), butilidroxitolueno, cápsula de gelatina (gelatina, glicerol, dióxido de titânio, óxido férrico, água purificada), celulose microcristalina, copolímero de ácido metacrílico-etil acrilato, talco, trietilcitrato, cápsula de hipromelose (carragena, cloreto de potássio, dióxido de titânio, hipromelose, óxido de ferro vermelho, FD&C amarelo, água purificada), tinta de impressão preta.

## **II – INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

### **1. INDICAÇÕES**

**Combodart®** trata e previne a progressão da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), através do alívio dos sintomas, reduzindo o tamanho (volume) da próstata, melhorando o fluxo urinário e reduzindo o risco de retenção urinária aguda (RUA) e a necessidade de cirurgia relacionada à HPB.

### **2. RESULTADOS DE EFICÁCIA**

#### **Tratamento combinado com dutasterida e tansulosina para HPB**

Dutasterida 0,5 mg/dia, tansulosina 0,4 mg/dia ou a combinação de dutasterida 0,5 mg com tansulosina 0,4 mg foram avaliados em 4844 indivíduos do sexo masculino com próstatas aumentadas ( $\geq 30$ cc) em um estudo multicêntrico, duplo-cego, de grupos paralelos durante 4 anos.

O *endpoint* primário de eficácia após 2 anos de tratamento foi o nível de melhora em relação à avaliação basal na pontuação internacional de sintomas da próstata (IPSS).

A combinação de dutasterida com tansulosina forneceu uma melhora nos sintomas, superior aos tratamentos isolados com cada uma das drogas. Após 2 anos de tratamento, a combinação mostrou uma melhora média ajustada estatisticamente significativa na pontuação dos sintomas em relação à avaliação basal, de -6,2 unidades. As melhoras médias ajustadas na pontuação dos sintomas observadas com os tratamentos individuais foram de -4,9 unidades para dutasterida e -4,3 unidades para tansulosina.

A melhora média ajustada na taxa de fluxo em relação à avaliação basal foi de 2,4 ml/segundo para a combinação, 1,9 ml/segundo para dutasterida e 0,9 ml/segundo para tansulosina. A melhora média ajustada no Índice de Impacto da HPB (BII) em relação à avaliação basal foi de -2,1 unidades para a combinação, -1,7 para dutasterida e -1,5 para tansulosina.

As melhoras na taxa de fluxo e no BII foram estatisticamente significantes para a terapia combinada em relação às duas monoterapias.

A redução no volume prostático total e no volume da zona de transição, após 2 anos de tratamento, foi estatisticamente significativa para a terapia combinada comparada à monoterapia com tansulosina.

O desfecho de eficácia primária aos 4 anos de tratamento foi o tempo até o primeiro evento relacionado com RUA ou cirurgia relacionada a HPB. Depois de 4 anos de tratamento, a terapia combinada reduziu de maneira estatisticamente significativa o risco de RUA ou cirurgia relacionada a HPB (65,8% de redução de risco  $p < 0,001$  [IC 95% 54,7% a 74,1%]) em comparação com a monoterapia com tansulosina. A incidência de RUA ou cirurgia a HPB no ano 4 foi 4,2% para a terapia combinada e 11,9% para tansulosina ( $p < 0,001$ ). Em comparação com a monoterapia com dutasterida, a terapia combinada reduziu o risco de RUA ou cirurgia relacionada a HPB em 19,6%; a diferença entre os grupos de tratamento não foi significativa ( $p = 0,18$  [IC 95% - 10,9% a 41,7%]). A incidência de RUA ou cirurgia relacionada a HPB no ano 4 foi 4,2% para a terapia combinada e 5,2% para dutasterida.

A progressão clínica foi definida como um composto de agravamento dos sintomas, (IPSS, International Prostate Symptom Score), e eventos de RUA relacionados com HPB, incontinência, ITU (infecção do trato urinário) e insuficiência renal. A terapia combinada foi associada à significância estatística da redução da taxa de progressão clínica, comparada com tansulosina ( $p < 0,001$ , 44,1% de redução de risco [IC 95%: 33,6% a 53,0%]) após 4 anos. As taxas de progressão clínica para terapia combinada, tansulosina e dutasterida foram: 12,6%, 21,5% e 17,8%, respectivamente.

A melhora média corrigida com significância estatística nos escores de sintomas (IPSS) desde o início do estudo foi mantida do ano 2 ao ano 4. As melhoras médias corrigidas nos escores de sintomas observados foram -6,3 unidades para a terapia combinada, -5,3 unidades para monoterapia com dutasterida e -3,8 unidades para a monoterapia com tansulosina.

Depois de 4 anos de tratamento a melhora média corrigida da vazão ( $Q_{\max}$ ) desde o início do estudo foi 2,4 ml/seg para a terapia combinada, 2,0 ml/seg para monoterapia com dutasterida e 0,7 ml/seg para monoterapia com tansulosina. Em comparação com a tansulosina, a melhora média corrigida de  $Q_{\max}$  desde o início do estudo foi maior de modo estatisticamente significativo com a terapia combinada em cada avaliação semestral do mês 6 ao mês 48 ( $p < 0,001$ ). Em comparação com dutasterida, a melhora média corrigida de  $Q_{\max}$  desde o início do estudo não foi diferente com significância estatística do que com a terapia combinada ( $p = 0,050$  no mês 48).

A terapia combinada foi significativamente superior ( $p < 0,001$ ) à monoterapia com tansulosina e com dutasterida no tocante à melhora dos parâmetros BII de desfechos de saúde e Estado de Saúde relacionado com HPB (BHS) aos 4 anos. A melhora média corrigida de BII desde o início do estudo foi -2,2 unidade para a combinação, -1,8 para dutasterida e -1,2 para tansulosina. A melhora média corrigida de BHS desde o início do estudo foi -1,5 unidade para a combinação, -1,3 para dutasterida e -1,1 para tansulosina.

A redução do volume total da próstata e do volume da zona de transição depois de 4 anos de tratamento foi estatisticamente significativa para a terapia combinada em comparação com a monoterapia somente com tansulosina.

#### **Dutasterida**

A administração de dutasterida 0,5 mg/dia ou placebo foi avaliada em 4325 indivíduos do sexo masculino, com próstatas aumentadas (mais de 30 cc) em três estudos de eficácia primária, duplo-cegos, multicêntricos, controlados com placebo, com duração de 2 anos.

Em homens com HPB, dutasterida trata e previne a progressão da doença reduzindo o risco de retenção urinária aguda (RUA) e a necessidade de intervenção cirúrgica, além de proporcionar uma melhora estatisticamente significativa dos sintomas do trato urinário inferior (STUI), da taxa de fluxo urinário máximo ( $Q_{\max}$ ) e do volume da próstata com relação a placebo. Essas melhoras em STUI,  $Q_{\max}$  e volume da próstata foram observadas ao longo de 24 meses e STUI e  $Q_{\max}$  continuaram a melhorar por mais 2 anos nos estudos de extensão abertos. Além disso, foi mantida a redução no tamanho (volume) da próstata por mais 2 anos, em estudos de extensão abertos.

#### **Falência cardíaca**

Em comparação de quatro anos entre dutasterida (Avodart®) em coadministração com tansulosina e dutasterida ou tansulosina em monoterapia em homens com HPB (do estudo CombAT), a incidência do termo composto falência cardíaca no grupo que recebeu a combinação (14/1.610 [0,9%]) foi mais alta do que nos dois grupos de monoterapia: dutasterida (4/1.623 [0,2%]) e tansulosina (10/1.611 [0,6%]). O risco relativo estimado do tempo até o primeiro evento de falência cardíaca foi de 3,57 (IC de 95%: 1,17-10,8) com o tratamento combinado em comparação com dutasterida em monoterapia e de 1,36 [IC de 95%: 0,61-3,07] em comparação com tansulosina em monoterapia. Não se estabeleceu relação causal entre o uso de dutasterida (em monoterapia ou em combinação com um alfabloqueador) e a falência cardíaca (ver o item Advertências e Precauções).

Em comparação de quatro anos entre placebo e dutasterida em 8.231 homens com idade entre 50 e 75 anos com biópsia prévia negativa de câncer de próstata e PSA basal entre 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL, (estudo REDUCE), houve maior incidência do termo composto falência cardíaca nos indivíduos que usavam dutasterida (30/4.105, 0,7%) com relação a placebo (16/4.126, 0,4%) na estimativa de risco relativo de tempo de 1,91 [IC de 95%: 1,04-3,50] até a primeira falência cardíaca. Em uma análise *post hoc* de uso de alfabloqueador concomitante, houve maior incidência do termo composto falência cardíaca em indivíduos que usavam dutasterida e um alfabloqueador concomitante (12/1.152, 1,0%) em comparação com os indivíduos que não usaram dutasterida e alfabloqueador simultâneo: dutasterida sem alfabloqueador (18/2.953, 0,6%), placebo e um alfabloqueador (1/1.399, <0,1%), placebo sem alfabloqueador (15/2.727, 0,6%). Não se estabeleceu relação causal entre o uso de dutasterida (isolado ou em combinação com um alfabloqueador) e falência cardíaca (ver o item Advertências e Precauções).

#### **Câncer de próstata e tumores de alto grau**

Em comparação de quatro anos entre placebo e dutasterida (Avodart®) em 8.231 homens com idade entre 50 e 75 anos, com biópsia anterior negativa de câncer de próstata e PSA basal entre 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL (estudo REDUCE), 6.706 participantes tiveram dados de biópsia de próstata por agulha disponíveis para análise para determinação dos escores de Gleason. Havia 1.517 indivíduos diagnosticados com câncer de próstata no estudo. A maioria dos cânceres de próstata detectáveis por biópsia em ambos os grupos de tratamento foi diagnosticada como de baixo grau (Gleason 5-6). Não houve diferença na incidência de cânceres com escore de Gleason 7-10 ( $p=0,81$ ).

Houve uma maior incidência de cânceres com escores de Gleason 8-10 no grupo de dutasterida ( $n=29$ ; 0,9%), em comparação com o grupo placebo ( $n=19$ ; 0,6%) ( $p=0,15$ ). No 1º e 2º anos, o número de pacientes com cânceres com escores Gleason 8-10 foi similar nos grupos de dutasterida ( $n=17$ ; 0,5%) e de placebo ( $n=18$ ; 0,5%). No 3º e 4º anos, um número maior de casos de câncer com escores de Gleason 8-10 foi diagnosticado no grupo de dutasterida ( $n=12$ ; 0,5%), em comparação com o grupo placebo ( $n=1$ ; < 0,1%) ( $p=0,0035$ ). Não existem dados suficientes sobre o efeito de dutasterida, além de quatro anos, em homens sob risco de câncer de próstata. A porcentagem de pacientes diagnosticados com câncer com escores de Gleason 8-10 foi uniforme entre os períodos de tempo do estudo (1º-2º anos e 3º-4º anos) no grupo de dutasterida (0,5% em cada período de tempo), enquanto que no grupo placebo a porcentagem de pacientes diagnosticados com câncer com escores Gleason 8-10 foi mais baixa durante os anos 3-4 do que nos anos 1-2 (< 0,1% vs. 0,5%, respectivamente). Em um estudo com duração de 4 anos em HPB (CombAT), no qual não havia biópsias exigidas pelo protocolo e todos os diagnósticos de câncer de próstata basearam-se em biópsias solicitadas por alguma causa, as taxas de câncer com escores de Gleason 8-10 foram ( $n=8$ , 0,5%) para dutasterida, ( $n=11$ , 0,7%) para a tansulosina e ( $n=5$ , 0,3%) para a terapia de combinação (ver o item Advertências e Precauções).

#### **Efeitos sobre o antígeno prostático específico (PSA) e detecção do câncer de próstata**

Em comparação de quatro anos entre placebo e dutasterida em 8.231 homens com idade entre 50 e 75 anos com biópsia anterior negativa de câncer de próstata e PSA basal entre 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL (estudo REDUCE), o tratamento com dutasterida (Avodart®) causou uma redução no nível sérico médio de PSA de aproximadamente 50% depois de 6 meses de tratamento, com uma grande variabilidade (desvio padrão de 30%) entre os pacientes. A supressão de PSA observada após seis meses foi similar em homens que desenvolveram ou não câncer de próstata detectável por biópsia durante o estudo (ver o item Advertências e Precauções).

#### **Incidência de câncer de mama**

Em um estudo clínico com 3.374 pacientes tratados com dutasterida (Avodart®) em monoterapia para HPB, houve 2 casos de câncer de mama relatados, um depois de 10 semanas e um depois de 11 meses de tratamento, além de 1 caso em um paciente que recebeu placebo. Em estudos clínicos subsequentes envolvendo HPB e 8.231 homens com idade entre 50 a 75 anos, com uma biópsia prévia negativa para câncer de próstata e valor basal de PSA entre 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL, fornecendo 17.489 pacientes-ano expostos a dutasterida e 5.027 pacientes-ano expostos à combinação de dutasterida e tansulosina, não houve casos adicionais em nenhum dos grupos de tratamento.. A relação entre o uso prolongado de dutasterida e câncer de mama masculino é desconhecida.

#### **Tansulosina**

A tansulosina aumenta rapidamente (a partir de uma semana) o fluxo urinário máximo por meio da redução da tensão do músculo liso na próstata e na uretra, aliviando, assim, a obstrução. Também melhora o complexo de sintomas irritativos e obstrutivos nos quais a instabilidade e a tensão dos músculos lisos vesicais no trato urinário inferior têm importante papel.

ROEHRBORN, CG. et al. The effects of Combination Therapy with Dutasteride and Tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *European Urology*, 57(1): 123-31, 2010.

ROEHRBORN, CG. et al. The effects of Dutasteride, Tamsulosin and Combination Therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT Study. *The Journal of Urology*, 179(2): 616-21, 2008.

BARKIN, J. et al. Effect of dutasteride, tamsulosin and the combination on patient-reported quality of life and treatment satisfaction in men with moderate-to-severe benign prostatic hyperplasia: 2-year data from the CombAT trial. *BJU Int*, 103(7): 919-26, 2009.

### **3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS**

#### **Propriedades Farmacodinâmicas**

##### **- Dutasterida**

A dutasterida é um inibidor duplo da 5-alfa-redutase. Inibe as duas isoenzimas de 5-alfa-redutase, tipo 1 e tipo 2, que são responsáveis pela conversão de testosterona para 5-alfa-diidrotestosterona (DHT). DHT é o principal androgênio responsável pela hiperplasia do tecido prostático glandular.

##### **Efeitos sobre DHT / Testosterona**

O efeito máximo de doses diárias de dutasterida sobre a redução de DHT é dependente da dose, e é observado dentro de 1-2 semanas. Após 1 semana e 2 semanas de administração diária de dutasterida 0,5 mg, as concentrações séricas medianas de DHT foram reduzidas em 85% e 90%, respectivamente.

Em pacientes com HPB tratados com 0,5 mg de dutasterida diariamente, a redução mediana em DHT foi de 94% após 1 ano, e de 93% após 2 anos, e o aumento mediano dos níveis séricos de testosterona foi de 19% após 1 e 2 anos. Esta é uma consequência esperada da inibição da 5-alfa-redutase e não resultou em nenhum evento adverso conhecido.

##### **- Tansulosina**

A tansulosina aumenta o fluxo urinário através do relaxamento muscular da próstata e da uretra, e assim aliviando a obstrução.

#### **Propriedades Farmacocinéticas**

Bioequivalência foi demonstrada entre **Combodart®** e a administração concomitante de dutasterida e tansulosina em cápsulas separadas.

#### **Absorção**

##### **- Dutasterida**

A dutasterida é administrada por via oral em solução, na forma de cápsulas gelatinosas moles. Após a administração de uma dose única de 0,5 mg, as concentrações séricas máximas de dutasterida ocorrem dentro de 1 a 3 horas.

A biodisponibilidade absoluta no homem é de aproximadamente 60%, com relação a uma infusão intravenosa de 2 horas. A biodisponibilidade de dutasterida não é afetada pelos alimentos.

##### **- Tansulosina**

O cloridrato de tansulosina é absorvido do intestino e é quase completamente biodisponível. O cloridrato de tansulosina apresenta cinética linear, depois de dose única ou múltipla, e atinge as concentrações de estado de equilíbrio no quinto dia de uma dose diária. A velocidade de absorção do cloridrato de tansulosina é reduzida por uma refeição recente. O paciente pode promover uniformidade de absorção ao tomar o cloridrato de tansulosina sempre cerca de 30 minutos após a mesma refeição a cada dia.

#### **Distribuição**

##### **- Dutasterida**

Dados farmacocinéticos após doses orais únicas e repetidas mostram que a dutasterida tem um grande volume de distribuição (300 a 500 litros). A dutasterida exibe alta ligação a proteínas plasmáticas (> 99,5%).

Após a administração diária, as concentrações séricas de dutasterida atingem 65% da concentração do estado de equilíbrio após 1 mês, e aproximadamente 90% após 3 meses. Concentrações séricas no estado de equilíbrio ( $C_{ss}$ ) de aproximadamente 40 nanogramas/mL são atingidas após 6 meses de administração de 0,5 mg uma vez ao dia. De maneira similar aos níveis séricos, as concentrações de dutasterida no sêmen atingiram o estado de equilíbrio após 6 meses. Após 52 semanas de tratamento, as concentrações de dutasterida no sêmen foram em média 3,4 nanogramas/mL (variação de 0,4 a 14 nanogramas/mL). O particionamento de dutasterida do soro para o sêmen foi em média de 11,5%.

##### **- Tansulosina**

O volume de distribuição médio aparente do estado de equilíbrio do cloridrato de tansulosina após administração intravenosa a dez adultos saudáveis do sexo masculino foi 16 L, o que sugere distribuição para os líquidos extracelulares do corpo.

O cloridrato de tansulosina liga-se extensamente às proteínas plasmáticas humanas (94% a 99%), principalmente a glicoproteína ácida alfa-1 (AAG), com ligação linear em uma ampla faixa de concentração (20 a 600 ng/mL).

#### **Metabolismo**

##### **- Dutasterida**

*In vitro*, a dutasterida é metabolizada pela enzima CYP450-3A4 do citocromo P450 humano para dois metabólitos secundários monoidroxilados, mas não é metabolizada por CYP1A2, CYP2A6, CYP2E1, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2B6 ou CYP2D6.

No soro humano, após a administração até o estado de equilíbrio, dutasterida inalterada, 3 metabólitos principais (4'-hidroxidutasterida, 1,2-diidroductasterida e 6-hidroxidutasterida) e 2 metabólitos secundários (6,4'-diidroductasterida e 15-hidroxidutasterida), conforme avaliado pela resposta espectrométrica de massa, foram detectados. Os cinco metabólitos séricos humanos de dutasterida foram detectados no soro de ratos. No entanto, a estereoquímica das adições de hidroxil nas posições 6 e 15 nos metabólitos de seres humanos e de ratos não é conhecida.

- Tansulosina

Não existe bioconversão enantiomérica do cloridrato de tansulosina [isômero R(-),] para o isômero S(+), no ser humano. O cloridrato de tansulosina é metabolizado em alto grau pelas enzimas do citocromo P450 no fígado e menos de 10% da dose é excretada inalterada na urina. Contudo, o perfil farmacocinético dos metabólitos no ser humano não foi estabelecido. Os resultados *in vitro* indicam que CYP3A4 e CYP2D6 estão envolvidos no metabolismo de tansulosina, assim como alguma participação menor de outras isoenzimas CYP. A inibição das enzimas hepáticas metabolizadoras da droga pode levar ao aumento da exposição à tansulosina (ver o item Advertências e Precauções). Os metabólitos do cloridrato de tansulosina são submetidos a extensa conjugação ao glicuronídeo ou sulfato antes da excreção renal.

**Eliminação**

- Dutasterida

A dutasterida é extensivamente metabolizada. Após administração oral de dutasterida 0,5 mg/dia até o estado de equilíbrio em seres humanos, 1,0% a 15,4% (média de 5,4%) da dose administrada são eliminados como dutasterida nas fezes. O restante é eliminado nas fezes como 4 metabólitos principais, contendo 39%, 21%, 7% e 7% cada do material relacionado à droga e 6 metabólitos secundários (menos de 5% cada um).

Apenas quantidades residuais de dutasterida inalterada (menos de 0,1% da dose) são detectadas na urina humana.

Em concentrações terapêuticas, a meia-vida terminal de dutasterida é de 3 a 5 semanas.

As concentrações séricas permanecem detectáveis (mais de 0,1 ng/mL) por até 4 a 6 meses após a descontinuação do tratamento.

- Tansulosina

A meia-vida de tansulosina é 5 a 7 horas. Aproximadamente 10% são excretados inalterados na urina.

**Idosos**

- Dutasterida

A farmacocinética e a farmacodinâmica de dutasterida foram avaliadas em 36 indivíduos do sexo masculino, entre as idades de 24 e 87 anos, após a administração de uma dose única de 5 mg de dutasterida. A exposição a dutasterida, representada pelos valores de ASC e  $C_{max}$ , não foi estatisticamente diferente quando comparada entre os grupos etários. A meia-vida não foi estatisticamente diferente, ao comparar o grupo de 50-69 anos de idade ao grupo de indivíduos acima de 70 anos de idade, que abrange a faixa etária da maioria dos homens com HPB. Nenhuma diferença no efeito da droga, medido pela redução de DHT, foi observada entre os grupos etários. Os resultados indicaram que não é necessário nenhum ajuste da dose de dutasterida com base na idade.

- Tansulosina

A comparação em estudo cruzado da exposição geral (ASC) e da meia-vida do cloridrato de tansulosina indica que a disposição farmacocinética do cloridrato de tansulosina pode ser ligeiramente prolongada nos idosos do sexo masculino em comparação com voluntários jovens e saudáveis do sexo masculino. O *clearance* intrínseco é independente da ligação de cloridrato de tansulosina à AAG, mas diminui com a idade, resultando em exposição geral (ASC) 40% superior em indivíduos com idade de 55 a 75 anos, em comparação com os indivíduos com 20 a 32 anos de idade.

**Insuficiência renal**

- Dutasterida

O efeito da insuficiência renal sobre a farmacocinética de dutasterida não foi estudado. No entanto, menos de 0,1% de uma dose de 0,5 mg de dutasterida no estado de equilíbrio é recuperado na urina humana; assim, nenhum ajuste na dose é previsto para pacientes com insuficiência renal.

- Tansulosina

A farmacocinética do cloridrato de tansulosina foi comparada em 6 indivíduos com insuficiência renal leve a moderada ( $30 \leq CL_{cr} < 70$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ou moderada a grave ( $10 \leq CL_{cr} < 30$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) e 6 indivíduos normais ( $CL_{cr} > 90$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Embora se tenha observado uma mudança da concentração plasmática total do cloridrato de tansulosina como resultado da ligação alterada à AAG, a concentração não ligada (ativa) do cloridrato de tansulosina, assim como o *clearance* intrínseco, permaneceram relativamente constantes. Portanto, os pacientes com insuficiência renal não precisam de ajuste de dose das cápsulas de cloridrato de tansulosina. Contudo, os pacientes com doença renal em estágio terminal ( $CL_{cr} < 10$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) não foram estudados.

**Insuficiência hepática**

- Dutasterida

O efeito sobre a farmacocinética de dutasterida em insuficiência hepática não foi estudado (ver o item Advertências e Precauções).

- Tansulosina

A farmacocinética do cloridrato de tansulosina foi comparada em 8 indivíduos com disfunção hepática moderada (classificação de Child-Pugh: Graus A e B) e em 8 indivíduos normais. Embora se tenha observado uma mudança da concentração plasmática total do cloridrato de tansulosina como resultado da ligação alterada à AAG, a concentração não ligada (ativa) do cloridrato de tansulosina não mudou significativamente, apresentando alteração apenas moderada (32%) do *clearance* intrínseco do cloridrato de tansulosina não ligado. Portanto,

os pacientes com disfunção hepática moderada não precisam de ajuste posológico de cloridrato de tansulosina. O cloridrato de tansulosina não foi estudado em pacientes com disfunção hepática grave.

#### **4. CONTRAINDICAÇÕES**

**Combodart®** é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a dutasterida, tansulosina, outros inibidores de 5-alfa redutase ou qualquer componente da fórmula. É contraindicado para uso em mulheres e crianças (ver o item 5. Advertências e Precauções - Gravidez e Lactação)

**Este medicamento é contraindicado para uso por mulheres e crianças.**

#### **5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES**

A dutasterida é absorvida através da pele, portanto, MULHERES E CRIANÇAS têm de evitar o contato com cápsulas que estejam vazando (ver o item Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco). Se ocorrer o contato com cápsulas que estejam vazando, a área de contato deve ser lavada imediatamente com água e sabão.

A administração concomitante de cloridrato de tansulosina com inibidores potentes de CYP3A4 (por exemplo cetoconazol), ou, em menor extensão, com inibidores potentes de CYP2D6 (por exemplo paroxetina) pode aumentar a exposição da tansulosina (ver o item Interações Medicamentosas). Portanto, não é recomendado o uso de cloridrato de tansulosina em pacientes utilizando um potente inibidor de CYP3A4 e deve ser usado com cautela em pacientes utilizando um inibidor moderado de CYP3A4 (por exemplo, eritromicina), um inibidor potente ou moderado de CYP2D6 ou em pacientes identificados como fracos metabolizadores de CYP2D6.

O efeito da insuficiência hepática sobre a farmacocinética de dutasterida não foi estudado. Uma vez que a dutasterida é extensivamente metabolizada e tem meia-vida de 3 a 5 semanas, deve-se ter cautela ao administrar dutasterida a pacientes com doença hepática (ver o item Posologia: Modo de Usar e Cuidados de Conservação depois de aberto e o item Propriedades Farmacocinéticas).

##### **Terapia combinada com tansulosina e falência cardíaca**

Em dois estudos clínicos com duração de quatro anos, a incidência de falência cardíaca (um grupo de doenças composto de eventos relatados, primariamente insuficiência cardíaca e insuficiência cardíaca congestiva) foi mais elevada entre os indivíduos que faziam uso da combinação de dutasterida e um alfabloqueador, principalmente tansulosina, do que entre os indivíduos que não recebiam a combinação. Nesses dois ensaios, a incidência de insuficiência cardíaca foi baixa ( $\leq 1\%$ ) e variável entre os estudos. Não se observou desequilíbrio na incidência total de eventos adversos cardiovasculares em nenhum dos ensaios. Não foi estabelecida uma relação causal entre dutasterida (em monoterapia ou em combinação com um alfabloqueador) e a falência cardíaca (ver o item Resultados de Eficácia).

##### **Efeitos sobre o antígeno específico da próstata (PSA) e a detecção do câncer de próstata:**

O exame retal digital, bem como outras avaliações para o câncer da próstata, devem ser conduzidos em pacientes com HPB, antes de iniciar o tratamento com dutasterida e periodicamente, a partir de então.

A concentração sérica de antígeno específico da próstata (PSA) é um importante componente do processo de investigação para detectar o câncer de próstata. A dutasterida causa uma redução nos níveis séricos de PSA de aproximadamente 50%, após 6 meses de tratamento.

Os pacientes que recebem dutasterida-tansulosina devem ter um novo PSA basal estabelecido após 6 meses de tratamento com dutasterida. Recomenda-se monitorar os valores de PSA regularmente a partir de então. Qualquer aumento confirmado do menor nível de PSA durante a terapia com dutasterida-tansulosina pode sinalizar presença de câncer de próstata (em especial de alto grau) ou não-conformidade com a terapia com dutasterida-tansulosina e deve ser cuidadosamente avaliado, mesmo se esses valores ainda estiverem dentro da faixa de normalidade para homens que não estão recebendo inibidor de 5-alfa redutase. Na interpretação do valor do PSA (antígeno prostático específico) em paciente que usa **Combodart®**, os valores prévios do PSA devem ser analisados a título de comparação.

O tratamento com dutasterida-tansulosina não interfere no uso do PSA como instrumento para auxiliar o diagnóstico de câncer de próstata, depois do estabelecimento de um novo valor basal.

Os níveis séricos totais de PSA voltam para os valores basais em 6 meses da descontinuação do tratamento.

A razão entre PSA livre e PSA total permanece constante mesmo sob a influência de dutasterida. Se os médicos optarem pelo uso do percentual de PSA livre como adjunto para a detecção de câncer de próstata em homens submetidos a terapia com dutasterida-tansulosina, não é preciso ajustar seu valor.

##### **Câncer de próstata e tumores de alto grau**

Em um estudo de quatro anos em mais de 8.000 homens com idade entre 50 e 75 anos, com biópsia anterior negativa de câncer de próstata e PSA basal entre 2,5 ng/mL e 10,0 ng/mL (estudo REDUCE), 1.517 homens tiveram diagnóstico de câncer de próstata. Houve maior incidência de cânceres de próstata (pontuação de Gleason 8-10) no grupo dutasterida (Avodart®) (n=29, 0,9%) em comparação com o grupo placebo (n=19, 0,6%). Não houve aumento da incidência de câncer de próstata com pontuação de Gleason 5-6 ou 7-10. Não se estabeleceu relação causal entre dutasterida e câncer de próstata de grau elevado. A significância clínica do desequilíbrio numérico é desconhecida. Os homens que usam dutasterida devem ser avaliados regularmente quanto ao risco de câncer de próstata, inclusive com exame do PSA (ver o item Resultados de Eficácia).

##### **Câncer de mama em homens**

Câncer de mama foi relatado em homens que tomaram dutasterida em estudos clínicos (ver Resultados de Eficácia) e durante o período pós-comercialização. Os pacientes devem ser orientados a relatar prontamente quaisquer alterações no tecido mamário, tais como nódulos ou secreção no mamilo. Não está claro se há uma relação causal entre a ocorrência de câncer de mama masculino e o uso a longo prazo de dutasterida.

##### **Hipotensão**



Como ocorre com outros bloqueadores adrenérgicos alfa-1, pode sobrevir hipotensão ortostática nos pacientes tratados com tansulosina, o que, em raros casos, pode resultar em síncope.

Os pacientes que iniciam o tratamento com dutasterida-tansulosina devem ser alertados para sentar ou deitar ao primeiro sinal de hipotensão ortostática (tontura e vertigem) até que os sintomas desapareçam.

Recomenda-se cautela quando agentes bloqueadores adrenérgicos alfa, incluindo a tansulosina, são administrados com inibidores PDE5. Bloqueadores alfa adrenérgicos e inibidores PDE5 são vasodilatadores que podem reduzir a pressão sanguínea. O uso concomitante dessas duas classes de medicamentos pode potencialmente causar hipotensão sintomática (ver o item Interações Medicamentosas).

#### **Síndrome intraoperatória da íris flácida**

A síndrome intraoperatória da íris flácida (IFIS, variante da síndrome da pupila pequena) foi observada durante a cirurgia de catarata em alguns pacientes tratados com bloqueadores adrenérgicos alfa-1, inclusive tansulosina. A IFIS pode aumentar o risco de complicações oculares durante e após a cirurgia.

Durante a avaliação pré-operatória, os cirurgiões de catarata e as equipes oftalmológicas devem considerar se os pacientes com indicação de cirurgia de catarata estão sendo ou foram tratados com dutasterida-tansulosina, de modo a garantir que as medidas apropriadas sejam tomadas para tratar a IFIS, caso ocorra durante a cirurgia.

A descontinuação de tansulosina por 1 a 2 semanas antes da cirurgia da catarata é considerada empiricamente benéfica, mas o benefício e a duração da suspensão da terapia antes dessa cirurgia ainda não foram estabelecidos.

#### **Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas**

Não há estudos que tenham investigado o efeito de dutasterida-tansulosina sobre a capacidade de realizar tarefas que exigem aptidão de discernimento, motoras ou cognitivas. Contudo, os pacientes devem ser informados da possível ocorrência de sintomas relacionados com a hipotensão ortostática, como tonturas ao tomarem dutasterida-tansulosina.

#### **Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco**

O uso de **Combodart®** não é indicado para mulheres e crianças. Não é necessário o ajuste de dose em idosos. Nenhum ajuste na dose é previsto para pacientes com insuficiência renal. Uma vez que a dutasterida é extensivamente metabolizada e tem meia-vida de 3 a 5 semanas, deve-se ter cautela ao administrar dutasterida a pacientes com doença hepática.

Mulheres, crianças e adolescentes não devem manusear **Combodart®** Cápsulas, pois o ingrediente ativo pode ser absorvido através da pele. Lavar imediatamente a área afetada com água e sabão caso haja qualquer contato com a pele.

#### **Gravidez e lactação**

Não há estudos para investigar os efeitos da dutasterida-tansulosina na gravidez, lactação e fertilidade. As informações a seguir refletem as informações disponíveis para os componentes individuais.

- **Fertilidade**

- Dutasterida

Os efeitos da dutasterida 0,5 mg/dia (n=27 dutasterida, n=23 placebo) no líquido seminal foram avaliados em voluntários normais entre 18 e 52 anos, durante 52 semanas de tratamento e nas 24 semanas posteriores ao fim do tratamento. Nas 52 semanas, a média de redução em relação a contagem inicial dos espermatozoides, volume de sêmen e motilidade dos espermatozoides, foi de 23%, 26% e 18%, respectivamente, no grupo tratado com dutasterida, quando ajustado para o grupo placebo. A concentração e a morfologia dos espermatozoides permaneceu inalterada. Após as 24 semanas pós-tratamento, a média de alteração na contagem total de espermatozoides foi 23% inferior à contagem inicial. Embora os valores médios para todos os parâmetros seminais tenham permanecido dentro dos intervalos normais durante todo o período avaliado e não tenham atingido o critério pré-definido para ser considerado uma mudança significativa (30%), 2 indivíduos do grupo que recebeu dutasterida apresentaram redução na contagem de espermatozoides maior que 90% em comparação aos valores iniciais, com uma recuperação parcial durante as 24 semanas subsequentes ao tratamento. Não é conhecida a importância clínica do efeito da dutasterida nas características seminais vinculadas à fertilidade do paciente.

- Tansulosina

Os efeitos do cloridrato de tansulosina sobre as contagens ou a função de espermatozoides não foram avaliados.

- **Gravidez**

#### **Combodart® é contraindicado para uso em mulheres.**

Mulheres grávidas ou que podem ficar grávidas não devem manipular o conteúdo de uma cápsula de **Combodart®**, pois a dutasterida é absorvida através da pele e pode afetar o desenvolvimento normal de um bebê do sexo masculino, principalmente nas 16 primeiras semanas.

- Dutasterida

A dutasterida não foi estudada em mulheres porque os dados pré-clínicos sugerem que a supressão dos níveis circulantes de diidrotestosterona pode inibir o desenvolvimento dos órgãos genitais externos em um feto do sexo masculino, gerado por uma mulher exposta a dutasterida.

Homens tratados com **Combodart®** não devem doar sangue por pelo menos 6 meses após sua última dose. Essa é uma forma de prevenir que mulheres grávidas recebam a dutasterida através de transfusão de sangue.

- Tansulosina

A administração de cloridrato de tansulosina em doses superiores à terapêutica a ratas e coelhas prenhas não apresentou evidências de dano fetal.

- **Lactação**

O uso de dutasterida-tansulosina é contraindicado em mulheres. Não se sabe se a dutasterida ou a tansulosina são eliminadas pelo leite materno.

## **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**

Não há estudos de interação medicamentosa realizados com dutasterida-tansulosina. As informações a seguir referem-se aos dados disponíveis dos componentes individuais.

### **- Dutasterida**

Estudos de metabolismo *in vitro* mostram que dutasterida é metabolizada pela isoenzima CYP3A4 do citocromo P450 humano. Portanto, as concentrações sanguíneas de dutasterida podem aumentar, na presença de inibidores de CYP3A4.

Dados de estudos de Fase II mostraram uma redução no *clearance* de dutasterida, quando coadministrado com os inibidores de CYP3A4 verapamil (37%) e diltiazem (44%). Em contraste, nenhuma redução no *clearance* foi observada com a coadministração com anlodipino ou outro antagonista dos canais de cálcio. É improvável que uma redução no *clearance* (e um subsequente aumento na exposição a dutasterida), na presença de inibidores de CYP3A4, seja clinicamente significativa, devido à larga margem de segurança (uma dose até 10 vezes mais alta do que a dose recomendada foi administrada a pacientes por até seis meses); portanto, nenhum ajuste da dose é necessário.

*In vitro*, dutasterida não é metabolizada pelas isoenzimas humanas do citocromo P450 CYP1A2, CYP2A6, CYP2E1, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2B6 e CYP2D6.

A dutasterida não inibe as enzimas metabolizadoras de drogas do citocromo P450 *in vitro*, nem induz as isoenzimas do citocromo P450 CYP1A, CYP2B e CYP3A em ratos e cães, *in vivo*.

Estudos *in vitro* demonstram que a dutasterida não desloca varfarina, acenocoumarol, femprocumona, diazepam ou fenitoína das proteínas plasmáticas, nem esses modelos de compostos deslocam a dutasterida. Os compostos que foram testados para interações medicamentosas no homem incluem tansulosina, terazosina, varfarina, digoxina e colestiramina, e nenhuma interação farmacocinética ou farmacodinâmica clinicamente significativa foi observada.

Embora estudos de interações específicas não tenham sido conduzidos com outros compostos, aproximadamente 90% dos participantes de estudos de Fase III de grande porte que receberam dutasterida estavam tomando outras medicações concomitantemente. Nenhuma interação adversa clinicamente significativa foi observada em estudos clínicos, quando a dutasterida foi coadministrada com anti-hiperlipidêmicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, corticosteróides, diuréticos, drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINEs), inibidores de fosfodiesterase Tipo V e antibióticos da classe das quinolonas.

### **- Tansulosina**

Existe o risco teórico de aumento dos efeitos hipotensivos quando o cloridrato de tansulosina é coadministrado com fármacos que podem reduzir a pressão arterial, inclusive agentes anestésicos, inibidores PDE5 e outros bloqueadores alfa-1-adrenérgicos. Dutasterida e tansulosina não devem ser usadas em combinação com outros bloqueadores alfa-1-adrenérgicos.

A administração concomitante de cloridrato de tansulosina e cetoconazol (um forte inibidor de CYP3A4) resultou num aumento da  $C_{max}$  e da ASC do cloridrato de tansulosina por um fator de 2,2 e 2,8, respectivamente. A administração concomitante de cloridrato de tansulosina e paroxetina (potente inibidor do CYP2D6) resultou num aumento da  $C_{max}$  e da ASC do cloridrato de tansulosina por um fator de 1,3 e 1,6, respectivamente. Espera-se um aumento similar na exposição em metabolizadores fracos de CYP2D6, em comparação com metabolizadores extensos quando coadministrado com um forte inibidor de CYP3A4. Os efeitos da coadministração de ambos os inibidores de CYP3A4 e CYP2D6 com cloridrato de tansulosina não foram avaliados clinicamente, no entanto, há um potencial para o aumento significativo da exposição da tansulosina (ver o item Advertências e Precauções).

A administração concomitante de cloridrato de tansulosina (0,4 mg) e cimetidina (400 mg a cada seis horas durante seis dias) resultou em diminuição do *clearance* (26%) e aumento da ASC (44%) do cloridrato de tansulosina. Recomenda-se cautela quando dutasterida-tansulosina forem usados em combinação com cimetidina.

Não existem ainda estudos definitivos sobre as interações medicamentosas entre cloridrato de tansulosina e varfarina. Os resultados de estudos limitados *in vitro* e *in vivo* são inconclusivos. Recomenda-se cautela quando houver administração concomitante de varfarina e cloridrato de tansulosina.

Em três estudos não foram observadas interações quando tansulosina (0,4 mg por sete dias seguidos por 0,8 mg por sete dias) foi administrada concomitantemente com atenolol, enalapril ou nifedipina por três meses; portanto, nenhum ajuste de dose é necessário quando esses fármacos são coadministrados com dutasterida-tansulosina.

A administração concomitante de cloridrato de tansulosina (0,4 mg/dia por dois dias, seguidos por 0,8 mg/dia por cinco a oito dias) e uma única dose intravenosa de teofilina (5 mg/kg) não resultou em alterações na farmacocinética da teofilina; portanto, nenhum ajuste de dose é necessário.

A administração concomitante de cloridrato de tansulosina (0,8 mg/dia) e uma única dose intravenosa de furosemida (20 mg) provocou uma redução de 11% a 12% na  $C_{max}$  e ASC do cloridrato de tansulosina. Contudo, não é esperado que essas alterações tenham significado clínico e, assim, nenhum ajuste de dose é necessário.

## **7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO**

Conservar o produto em sua embalagem original e em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C).

Este medicamento é válido por 12 meses (frascos com 07 cápsulas) ou 18 meses (demais apresentações), a partir da data de fabricação.

**Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.**



Não use medicamento com prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

**Aspecto físico/características organolépticas**

As cápsulas de Combodart® são oblongas, duras, com corpo marrom e tampa laranja.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.**

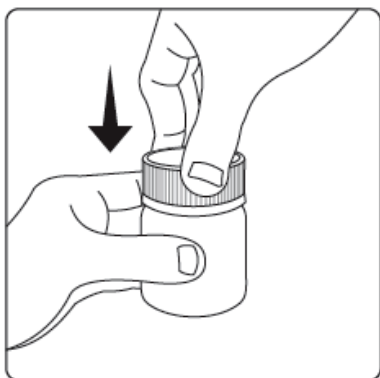
Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

**8. POSOLOGIA E MODO DE USAR**

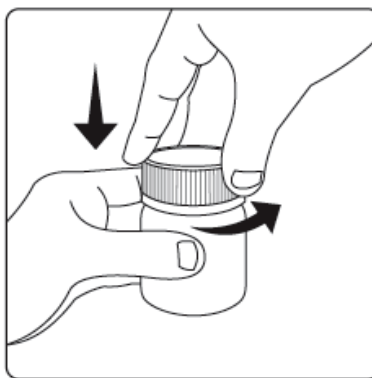
**Modo de usar**

As cápsulas devem ser ingeridas inteiras por via oral, com um pouco de água, aproximadamente 30 minutos após a mesma refeição todos os dias. As cápsulas não podem ser ingeridas mastigadas ou abertas, pois o contato com o conteúdo da cápsula pode resultar em irritação da mucosa orofaríngea.

A tampa do frasco de Combodart® possui uma trava de segurança. Para abrir o frasco, basta seguir as instruções abaixo:



Pressione a tampa para baixo



Mantendo a tampa pressionada, gire-a no sentido indicado na figura (anti-horário)

**Posologia**

**- Homens adultos (incluindo idosos)**

A dose recomendada é de uma cápsula (0,5 mg de dutasterida e 0,4 mg de cloridrato de tansulosina) administrada por via oral, uma vez ao dia, aproximadamente 30 minutos após a mesma refeição todos os dias.

**- Insuficiência renal**

O efeito da insuficiência renal sobre a farmacocinética de dutasterida-tansulosina não foi estudado. No entanto, nenhum ajuste na dose é previsto para pacientes com insuficiência renal (ver o item Propriedades Farmacocinéticas).

**- Insuficiência hepática**

O efeito da insuficiência hepática sobre a farmacocinética de dutasterida-tansulosina não foi estudado (ver os itens Advertências e Precauções e Propriedades Farmacocinéticas).

**Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.**

**9. REAÇÕES ADVERSAS**

Não foram realizados estudos clínicos com dutasterida-tansulosina; contudo, informações sobre sua coadministração estão disponíveis no estudo CombAT (Combination of Avodart and Tamsulosin), uma comparação entre dutasterida 0,5 mg e tansulosina 0,4 mg uma vez ao dia durante quatro anos, sob a forma de coadministração ou como monoterapia.

Informações sobre o perfil de eventos adversos dos componentes individuais (dutasterida e tansulosina) também são fornecidas.

**Coadministração de dutasterida e tansulosina**

**Dados dos estudos clínicos**

Os seguintes eventos adversos, considerados pelo pesquisador como relacionados ao fármaco (com incidência acumulativa igual ou superior a 1%) foram relatados durante o estudo CombAT.

Eventos Adversos	Incidência durante o período de tratamento			
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4
combinação <sup>a</sup>	(n=1.610)	(n=1.428)	(n=1.283)	(n=1.200)
dutasterida	(n=1.623)	(n=1.464)	(n=1.325)	(n=1.200)

tansulosina	(n=1.611)	(n=1.468)	(n=1.281)	(n=1.112)
<b>Impotência<sup>b</sup></b>				
combinação	6%	2%	<1%	<1%
dutasterida	5%	2%	<1%	<1%
tansulosina	3%	1%	<1%	1%
<b>Alteração (diminuição) da libido<sup>b</sup></b>				
combinação	5%	<1%	<1%	0%
dutasterida	4%	1%	<1%	0%
tansulosina	2%	<1%	<1%	<1%
<b>Transtornos da ejaculação<sup>b</sup></b>				
combinação	9%	1%	<1%	<1%
dutasterida	1%	<1%	<1%	<1%
tansulosina	3%	<1%	<1%	<1%
<b>Problemas nas mamas<sup>c</sup></b>				
combinação	2%	<1%	<1%	<1%
dutasterida	2%	1%	<1%	<1%
tansulosina	<1%	<1%	<1%	0%
<b>Tontura</b>				
combinação	1%	<1%	<1%	<1%
dutasterida	<1%	<1%	<1%	<1%
tansulosina	1%	<1%	<1%	0%

<sup>a</sup> Combinação = dutasterida 0,5 mg 1 vez ao dia + tansulosina 0,4 mg 1 vez ao dia

<sup>b</sup> Estes eventos adversos sexuais estão associados com o tratamento com dutasterida (incluindo a monoterapia e combinação com tansulosina). Estes eventos adversos podem persistir após a descontinuação do tratamento. O papel da dutasterida nesta persistência é desconhecido.

<sup>c</sup> Inclui sensibilidade e aumento das mamas

### **Dutasterida em monoterapia**

#### **Dados dos estudos clínicos**

Em três estudos de fase III controlados com placebo com tratamento com dutasterida (n=2.167) comparado ao placebo (n=2.158), os eventos adversos considerados pelo pesquisador como relacionados ao fármaco, após um ou dois anos de tratamento foram similares, em tipo e frequência, aos observados no grupo de monoterapia com dutasterida no estudo CombAT (ver tabela acima).

Não há evidência de alteração no perfil de eventos adversos após mais dois anos de uma fase de extensão aberta desses estudos.

#### **Dados pós-comercialização**

As reações adversas ao fármaco são listadas abaixo por frequência. As frequências são definidas como: muito comuns (>1/10), comuns (>1/100 e <1/10), incomuns (>1/1000 e <1/100), raras (>1/10.000 e <1/1000) e muito raras (<1/10.000), incluindo relatos isolados. As categorias de frequências determinadas a partir de dados pós-comercialização referem-se a relatos e não às frequências verdadeiras.

**Reações raras (>1/10.000 e <1/1000):** alopecia (principalmente a perda de pelos do corpo), hipertricose.

**Reações muito raras (>1/10.000):** reações alérgicas, inclusive erupção cutânea, prurido, urticária, edema localizado, angioedema, sintomas depressivos, dor e inchaço nos testículos.

#### **Monoterapia com tansulosina**

Dados de estudos clínicos e pós-comercialização

A GlaxoSmithKline não possui o banco de dados de segurança para qualquer ingrediente individual do produto tansulosina; portanto, as reações adversas e as categorias de frequência abaixo baseiam-se em informações disponíveis de domínio público. Na tabela abaixo, as reações comuns e incomuns são compatíveis com as identificadas em estudos clínicos e as categorias de frequência em geral refletem a incidência em relação ao placebo. As reações raras e muito raras são compatíveis com as identificadas em relatos pós-comercialização e as categorias de frequência refletem as taxas dos relatos.

**Reações comuns (>1/100 e <1/10):** tontura, anormalidades na ejaculação

**Reações incomuns (>1/1.000 e <1/100):** palpitações, constipação, diarreia, vômitos, astenia, rinite, erupções cutâneas, prurido, urticária e hipotensão postural.

**Reações raras (>1/10.000 e <1.000):** síncope, angioedema.

**Reações muito raras (>1/10.000):** priapismo, síndrome de Stevens-Johnson.

Durante a vigilância pós-comercialização, relatos de síndrome intraoperatória da íris flácida (IFIS), uma variante da síndrome da pupila pequena, durante a cirurgia de catarata, foram associados ao tratamento com bloqueador adrenérgico alfa-1, incluindo tansulosina (ver o item Advertências e Precauções).

Experiência pós-comercialização: adicionalmente, fibrilação atrial, arritmia, taquicardia, dispneia, epistaxe, visão turva, transtornos visuais, eritema multiforme e dermatite esfoliativa foram relatados em associação com o uso de tansulosina.

**Atenção: este produto é um medicamento com nova associação no país e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA, disponível em [www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm), ou a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.**

#### **10. SUPERDOSE**

Não há dados disponíveis referentes à superdosagem com dutasterida-tansulosina. As orientações a seguir refletem as informações disponíveis dos componentes individuais.

##### **- Dutasterida**

Em estudos com voluntários, doses únicas de dutasterida de até 40 mg/dia (80 vezes a dose terapêutica) por 7 dias foram administradas, sem problemas de segurança significativos. Em estudos clínicos, doses de 5 mg ao dia foram administradas a pacientes por 6 meses, sem nenhum evento adverso adicional além daqueles observados em doses terapêuticas de 0,5 mg.

Não há antídoto específico para a dutasterida, portanto, em casos de suspeita de superdosagem, tratamento sintomático e de suporte deve ser administrado conforme apropriado.

##### **- Tansulosina**

Em caso de hipotensão aguda após superdosagem com cloridrato de tansulosina, a pessoa deve receber suporte cardiovascular. A restauração da pressão arterial e a normalização da frequência cardíaca podem ser obtidas fazendo o paciente deitar-se. Se isso for inadequado, a administração de expansores de volume e, se necessário, de vasopressores, deve ser usada e a função renal deve ser monitorada e suportada conforme necessário. Dados de laboratório indicam que 94% a 99% do cloridrato de tansulosina ligam-se à proteína; portanto, é pouco provável que a diálise apresente benefícios na retirada da tansulosina do organismo.

**Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.**

#### **III – DIZERES LEGAIS**

MS: 1.0107.0278

Farm. Resp.: Edinilson da Silva Oliveira

CRF-RJ Nº 18875

Fabricado por: Catalent Germany Schorndorf GmbH

Steinbeisstrasse, 2, D-73614 Schorndorf – Alemanha

Importado e distribuído por: **GlaxoSmithKline Brasil Ltda.**

Estrada dos Bandeirantes, 8.464 - Rio de Janeiro - RJ

CNPJ: 33.247.743/0001-10

#### **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Combodart\_cap.dura.lib.prol\_GDS13\_IP110\_L0531



### Histórico de Alteração de Bula

Dados da Submissão Eletrônica			Dados da petição/notificação que altera a bula				Dados das alterações de bulas		
Data do Expediente	Nº Expediente	Assunto	Data do Expediente	Nº Expediente	Assunto	Data da Aprovação	Itens de bula	Versões VP/VPS	Apresentações Relacionadas
02/05/2013	0342590/13-8	10458 – MEDICAMENTO NOVO – Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	02/05/2013	0342590138	10458 – MEDICAMENTO NOVO – Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	02/05/2013	Dizeres legais – Farmacêutico Responsável  “O que devo saber antes de usar este medicamento?”  Resultados de Eficácia Advertências e Precauções	VP e VPS	0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 07  0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 30
10/01/2014	0020466/14-8	10451 – MEDICAMENTO NOVO – Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	10/01/2014	0020466148	10451 – MEDICAMENTO NOVO – Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	10/01/2014	Identificação do medicamento  O que devo saber antes de usar este medicamento?  Como devo usar este medicamento?  Posologia e modo de usar	VP e VPS	0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 07  0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 30
14/11/2014	1027741/14-2	10451 – MEDICAMENTO NOVO – Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	14/11/2014	1027741/14-2	10451 – MEDICAMENTO NOVO – Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	14/11/2014	4. Contraindicações 5. Advertências e Precauções 6. Interações medicamentosas 9. Reações Adversas 10. Superdose 3. Quando não devo usar este medicamento? 4. O que devo saber antes de usar este medicamento? 8. Quais os males que este medicamento pode me causar?	VP e VPS	0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 07  0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 30  0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 90
06/03/2015	Não se aplica	10451 – MEDICAMENTO NOVO – Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	27/02/2014	0184287/15-1	10210 - MEDICAMENTO NOVO - Redução do Prazo de Validade com Manutenção dos Cuidados de Conservação	27/02/2014	7. Cuidados de armazenamento do medicamento	VPS	0,5 mg + 0,4 mg cap gel dura lib prol ct fr plas opc x 07