

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Montelukast acis® 10 mg Filmtabletten

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Eine Filmtablette enthält Montelukast-Natrium entsprechend 10 mg Montelukast.

Sonstiger Bestandteil: 89,6 mg Lactose-Monohydrat pro Filmtablette

Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Filmtablette

Eckige, bikonvex geformte, beige-farbene Filmtabletten mit der Prägung „MOK 10“ auf der einen Seite und der Prägung „PHD471“ auf der anderen Seite.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Montelukast acis ist indiziert zur Behandlung von Asthma als Zusatztherapie bei Patienten mit leichtem bis mittelschwerem chronischem Asthma, das mit inhalativen Kortikosteroiden nicht ausreichend kontrolliert und das durch die Anwendung von kurz wirksamen β -Agonisten „nach Bedarf“ nicht ausreichend unter Kontrolle gebracht werden kann.

Bei Asthmapatienten, für die Montelukast acis zur Behandlung des Asthmas angezeigt ist, kann Montelukast acis auch eine Linderung der Symptome der saisonal bedingten allergischen Rhinitis bewirken.

Außerdem kann Montelukast acis zur Asthmaprophylaxe bei Patienten eingesetzt werden, bei denen die vorherrschende Komponente die belastungsinduzierte Bronchokonstriktion ist.

Montelukast acis ist für Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene indiziert.

4.2 Dosierung, Art und Dauer der Anwendung

Für Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene mit Asthma oder mit Asthma und begleitender saisonal bedingter allergischer Rhinitis wird eine 10 mg Tablette täglich am Abend empfohlen.

Allgemeine Empfehlungen

Der therapeutische Effekt von Montelukast acis auf Parameter der Asthmakontrolle tritt innerhalb eines Tages ein. Montelukast acis kann mit oder zwischen den Mahlzeiten eingenommen werden.

Die Patienten sind anzuweisen, Montelukast acis sowohl bei Beschwerdefreiheit als auch bei einer Verschlimmerung der Asthmasymptomatik weiter einzunehmen. Montelukast acis darf nicht gleichzeitig mit anderen Arzneimitteln eingenommen werden, die denselben Wirkstoff enthalten (Montelukast).

Für ältere Patienten, Patienten mit Niereninsuffizienz oder leichter bis mittelschwerer Leberfunktionsstörung ist keine Dosisan-

passung erforderlich. Für Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung liegen keine Daten vor. Die Dosierung ist für männliche und weibliche Patienten gleich.

Therapie mit Montelukast acis in Verbindung mit anderen Asthmatherapien

Montelukast acis kann zusätzlich zum bestehenden Therapieschema des Patienten gegeben werden.

Inhalative Kortikosteroide

Die Behandlung mit Montelukast acis kann als Zusatztherapie bei Patienten angewendet werden, deren Asthma mit inhalativen Kortikosteroiden nicht ausreichend kontrolliert und durch die Anwendung von kurz wirksamen β -Agonisten „nach Bedarf“ nicht ausreichend unter Kontrolle gebracht werden kann. Inhalative Kortikosteroide dürfen nicht durch Montelukast acis ersetzt werden (siehe Abschnitt 4.4).

Für pädiatrische Patienten von 6 bis 14 Jahren stehen 5 mg Kautabletten zur Verfügung.

4.3 Gegenanzeigen

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile.

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Die Patienten sind anzuweisen, orales Montelukast niemals zur Behandlung akuter Asthmaanfälle anzuwenden und zu diesem Zweck stets ihre übliche geeignete Notfallmedikation griffbereit zu haben. Wenn ein akuter Anfall auftritt, muss ein kurz wirksamer inhalativer β -Agonist angewendet werden. Die Patienten sollten so bald wie möglich ihren Arzt aufsuchen, wenn sie mehr Inhalationen des kurz wirksamen β -Agonisten als gewöhnlich benötigen.

Inhalative oder orale Kortikosteroide dürfen nicht durch Montelukast acis ersetzt werden.

Es liegen keine Hinweise vor, wonach orale Kortikosteroide bei gleichzeitiger Gabe von Montelukast reduziert werden könnten.

In seltenen Fällen kann bei Patienten unter der Therapie mit Antiasthmika, einschließlich Montelukast, eine systemische Eosinophilie auftreten, die sich gelegentlich in den klinischen Merkmalen einer Vaskulitis entsprechend dem Churg-Strauss-Syndrom äußert, einem Krankheitsbild, das häufig mit systemischen Kortikosteroiden therapiert wird. Diese Fälle waren in der Regel, doch nicht immer, mit der Reduktion oder dem Absetzen der oralen Kortikosteroidtherapie assoziiert. Die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Leukotrienrezeptor-antagonisten und dem Auftreten eines Churg-Strauss-Syndroms kann weder ausgeschlossen noch bestätigt werden. Ärzte sollten bei Ihren Patienten sorgfältig auf Eosinophilie, vaskulitischen Hautausschlag, Verschlechterung der Lungensymptomatik, kardiale Komplikationen und/oder Neuropathien achten. Patienten, die derartige Symptome entwickeln, müssen erneut untersucht und ihre Therapie überprüft werden.

Die Behandlung mit Montelukast hat keinen Einfluss auf die Notwendigkeit für Patienten mit gegenüber Acetylsalicylsäure sensitivem Asthma, die Einnahme von Acetylsalicylsäure

(Aspirin) und anderen nicht-steroidalen Antiphlogistika zu vermeiden.

Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten Montelukast acis nicht einnehmen.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Montelukast kann zusammen mit anderen Therapien verabreicht werden, die routinemäßig zur Prophylaxe und chronischen Behandlung des Asthmas eingesetzt werden. In Studien zu Arzneimittelwechselwirkungen hatte Montelukast in der empfohlenen therapeutischen Dosis keinen klinisch relevanten Einfluss auf die Pharmakokinetik der folgenden Arzneimittel: Theophyllin, Prednison, Prednisolon, orale Kontrazeptiva (Ethinylestradiol/Norethindron 35/1), Terfenadin, Digoxin und Warfarin.

Die für Montelukast errechnete Fläche unter der Plasmakonzentrations-Zeit-Kurve (AUC) war bei gleichzeitiger Verabreichung von Phenobarbital um ca. 40% vermindert. Da Montelukast durch CYP3A4 metabolisiert wird, ist – besonders bei Kindern – Vorsicht angebracht, wenn Montelukast gleichzeitig mit Induktoren von CYP3A4 verabreicht wird, wie Phenytoin, Phenobarbital und Rifampicin.

In-vitro-Studien haben gezeigt, dass Montelukast ein potenter CYP2C8-Inhibitor ist. Daten einer klinischen Interaktionsstudie mit Montelukast und Rosiglitazon (ein repräsentatives Testsubstrat für Arzneimittel, die vorwiegend über CYP2C8 metabolisiert werden), zeigten, dass Montelukast CYP2C8 in vivo nicht hemmt. Daher ist nicht zu erwarten, dass Montelukast den Metabolismus von Arzneimitteln, die über dieses Enzym metabolisiert werden, wesentlich verändert (z. B. Paclitaxel, Rosiglitazon und Repaglinid).

4.6 Schwangerschaft und Stillzeit

Anwendung während der Schwangerschaft

Tierexperimentelle Untersuchungen erbrachten im Hinblick auf die Schwangerschaft oder die embryonale/fötale Entwicklung keine Hinweise auf schädliche Wirkungen.

Begrenzte Daten aus den verfügbaren Datenbanken über Schwangerschaften legen keinen Kausalzusammenhang zwischen Montelukast und seltenen Fällen von Missbildungen (z. B. Gliedmaßendefekte) nahe, die im Rahmen der weltweiten Erfahrungen nach der Markteinführung berichtet wurden.

Montelukast acis darf während der Schwangerschaft nur eingenommen werden, wenn dies als unbedingt notwendig erachtet wird.

Anwendung während der Stillzeit

Untersuchungen an Ratten zeigten, dass Montelukast in die Milch abgegeben wird (siehe Abschnitt 5.3). Es ist nicht bekannt, ob Montelukast in die menschliche Muttermilch übergeht.

Montelukast acis darf von stillenden Müttern nur eingenommen werden, wenn dies als unbedingt notwendig erachtet wird.

Montelukast acis® 10 mg Filmtabletten

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Montelukast acis hat vermutlich keine Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit eines Patienten oder dessen Fähigkeit, Maschinen zu bedienen. In sehr seltenen Fällen wurde von einzelnen Patienten jedoch über Benommenheit und Schwindel berichtet.

4.8 Nebenwirkungen

Montelukast wurde im Rahmen klinischer Studien wie folgt beurteilt:

- 10 mg Filmtabletten bei ca. 4.000 Asthmapatienten (Erwachsene und Jugendliche ab 15 Jahren).
- 10 mg Filmtabletten bei ca. 400 Asthmapatienten (Erwachsene und Jugendliche ab 15 Jahren) mit saisonal bedingter allergischer Rhinitis über 15 Jahren.
- 5 mg Kautabletten bei ca. 1.750 pädiatrischen Asthmapatienten im Alter zwischen 6 und 14 Jahren.

Folgende arzneimittelbedingte Nebenwirkungen wurden im Rahmen klinischer Studien häufig (> 1/100 bis < 1/10) bei Asthmapatienten unter Behandlung mit Montelukast und mit höherer Inzidenz als bei Patienten unter Placebo berichtet.

Siehe Tabelle

In den Verlängerungsphasen klinischer Prüfungen mit limitierter Patientenzahl über die Dauer von bis zu zwei Jahren für Erwachsene und bis zu 12 Monaten für pädiatrische Patienten zwischen 6 und 14 Jahren kam es zu keiner Änderung des Sicherheitsprofils.

Folgende Nebenwirkungen wurden nach Markteinführung berichtet:

Infektionen und parasitäre Erkrankungen

Infektion der oberen Atemwege.

Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems

Erhöhte Blutungsneigung.

Erkrankungen des Immunsystems

Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Anaphylaxie, eosinophile Leberinfiltrate.

Psychiatrische Erkrankungen

Ungewöhnliche Träume einschließlich Alpträume, Halluzinationen, Insomnia, Somnambulismus, Erregbarkeit, Ängstlichkeit, Ruhelosigkeit, Agitation einschließlich aggressives oder ablehnendes Verhalten, Tremor, Depression, suizidale Gedanken und Handlungen (Suizidalität) in sehr seltenen Fällen.

Erkrankungen des Nervensystems

Schwindel, Benommenheit, Parästhesie/Hypoästhesie, Krampfanfälle.

Herzerkrankungen

Palpitationen.

Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums

Epistaxis.

Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes

Diarrhö, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen.

Leber- und Gallenerkrankungen

Erhöhung der Serum-Transaminasen (ALT, AST), Hepatitis (einschließlich cholestatische, hepatozelluläre und gemischte Formen der Hepatitis).

Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes

Angioödem, Bluterguss, Urtikaria, Juckreiz, Hautausschlag, Erythema nodosum.

Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen

Arthralgie, Myalgie einschließlich Muskelkrämpfe.

Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort

Schwäche/Müdigkeit, Unwohlsein, Ödeme, Pyrexie.

In sehr seltenen Fällen wurde bei Asthmakern unter der Behandlung mit Montelukast über das Auftreten eines Churg-Strauss-Syndroms (CSS) berichtet (siehe Abschnitt 4.4).

4.9 Überdosierung

Spezifische Angaben zur Behandlung einer Überdosierung mit Montelukast liegen nicht vor. Im Rahmen klinischer Prüfungen bei chronischem Asthma wurde Montelukast den Patienten in Dosierungen von bis zu 200 mg/Tag über 22 Wochen und in Kurzzeitstudien in Dosierungen von bis zu 900 mg/Tag über etwa eine Woche verabreicht. Dabei wurden keine klinisch relevanten Nebenwirkungen beobachtet.

Nach Markteinführung und im Rahmen klinischer Studien mit Montelukast wurden Fälle von akuter Überdosierung berichtet. Dabei handelt es sich um Berichte über Erwachsene und Kinder mit Dosen bis zu einer Höhe von 1.000 mg (ca. 61 mg/kg bei einem 42 Monate alten Kind). Die beobachteten klinischen und Laborparameter entsprachen dem Sicherheitsprofil bei Erwachsenen und Kindern. In der Mehrzahl der berichteten Fälle von Überdosierung wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Die am häufigsten aufgetretenen Nebenwirkungen entsprachen dem Sicherheitsprofil von Montelukast und betrafen Bauchschmerzen, Schläfrigkeit,

Durstgefühl, Kopfschmerzen, Erbrechen und psychomotorische Hyperaktivität.

Es ist nicht bekannt, ob Montelukast mittels Peritoneal- oder Hämodialyse dialysierbar ist.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung, Leukotrienrezeptor-Antagonisten

ATC-Code: R03DC03

Cysteinyl-Leukotriene (LTC₄, LTD₄, LTE₄) sind wirksame entzündungsfördernde Eikosanoide, die von verschiedenen Zellen, einschließlich Mastzellen und eosinophilen Granulozyten, freigesetzt werden. Diese wichtigen asthmabegünstigenden Mediatoren binden an Cysteinyl-Leukotrienrezeptoren (CysLT). Der Cysteinyl-Leukotrienrezeptor Typ 1 (CysLT₁) findet sich in den menschlichen Atemwegen (einschließlich den glatten Muskelzellen und Makrophagen der Atemwege) und auf anderen pro-inflammatorischen Zellen (wie eosinophilen Granulozyten und bestimmten myeloiden Stammzellen). CysLT konnten mit der Pathophysiologie von Asthma und allergischer Rhinitis korreliert werden. Bei Asthma zu beobachtende Leukotrien-vermittelte Effekte sind die Verengung der Bronchien (Bronchokonstriktion), Schleimsekretion, Gefäßpermeabilität und Anreicherung von eosinophilen Granulozyten.

Bei allergischer Rhinitis werden CysLT sowohl in der Früh- als auch in der Spätphase der Reaktion nach Allergenexposition in der Nasenschleimhaut freigesetzt und sind mit den Symptomen der allergischen Rhinitis assoziiert. Die intranasale Provokation mit CysLT führt nachweislich zur Erhöhung des Widerstands in den Nasengängen und ruft die Symptome der Nasenobstruktion hervor.

Montelukast ist eine oral wirksame Substanz, die mit hoher Affinität und Selektivität an den CysLT₁-Rezeptor bindet. In klinischen Studien bewirkte Montelukast bereits in Dosen von 5 mg eine Hemmung der durch inhaliertes LTD₄ hervorgerufenen Bronchokonstriktion. Nach oraler Gabe war eine Bronchodilatation innerhalb von zwei Stunden nachweisbar. Der bronchodilatierende Effekt eines β -Agonisten erwies sich als additiv zur Wirkung von Montelukast. Unter der Therapie mit Montelukast konnte eine Hemmung der Bronchokonstriktion sowohl in der Früh- als auch in der Spätphase nach Allergenprovokation erzielt werden. Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern bewirkte Montelukast im Vergleich zu Placebo eine Verminderung der Zahl eosinophiler Granulozyten im peripheren Blut. In einer weiteren Studie führte die Behandlung mit Montelukast zu einer signifikanten Reduktion der eosinophilen Granulozyten in den Atemwegen (gemessen im Sputum) sowie im peripheren Blut und gleichzeitig eine Besserung der Asthmasymptomatik.

In klinischen Studien mit Erwachsenen konnte bei Gabe von 10 mg Montelukast

Organsystem	Jugendliche über 15 Jahre und Erwachsene (zwei zwölfwöchige Studien, n=795)	Pädiatrische Patienten von 6 bis 14 Jahren (eine achtwöchige Studie, n=201) (zwei 56-wöchige Studien, n=615)
Erkrankungen des Nervensystems	Kopfschmerzen	Kopfschmerzen
Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes	Bauchschmerzen	

einmal täglich im Vergleich zu Placebo eine signifikante Besserung des forcierten expiratorischen Volumens (FEV1) am Morgen (10,4% vs. 2,7% Veränderung gegenüber Studienbeginn), der maximalen expiratorischen Atemflussrate (PEF) am Morgen (24,5 l/min vs. 3,3 l/min Veränderung gegenüber Studienbeginn) und ein signifikanter Rückgang des Gesamtbedarfs an β -Agonisten (-26,1% vs. -4,6% Veränderung gegenüber Studienbeginn) erzielt werden. Ferner beurteilten die Patienten die Besserung der Asthmasymptomatik unter Montelukast tagsüber und nachts signifikant günstiger als unter Placebo.

In Studien an Erwachsenen konnte gezeigt werden, dass die klinische Wirkung inhalativer Kortikosteroide mit Montelukast verstärkt werden kann (% Veränderung gegenüber Studienbeginn für inhalatives Beclometason in Kombination mit Montelukast vs. Beclometason für FEV1: 5,43% vs. 1,04% bzw. Bedarf an β -Agonisten: -8,70% vs. 2,64%). Verglichen mit inhalativem Beclometason (200 µg zweimal täglich mittels Inhalationshilfe) ließ sich für Montelukast zwar ein rascheres initiales Ansprechen auf die Therapie nachweisen, doch war der Therapieeffekt unter Beclometason über die gesamte zwölfwöchige Studiendauer im Durchschnitt größer (% Veränderung gegenüber Studienbeginn für Montelukast vs. Beclometason für FEV1: 7,49% vs. 13,3% bzw. Bedarf an β -Agonisten: -28,28% vs. -43,89%). Allerdings erreichte ein hoher Prozentsatz der mit Montelukast behandelten Patienten ähnliche klinische Resultate wie die mit Beclometason behandelten Patienten. So erzielten 50% der mit Beclometason und 42% der mit Montelukast behandelten Patienten eine Verbesserung des FEV1 von ca. 11% und mehr gegenüber Studienbeginn.

In einer klinischen Studie wurde die symptomatische Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis mit Montelukast bei Asthmapatienten (Erwachsenen und Jugendliche über 15 Jahren) mit begleitender saisonaler allergischer Rhinitis beurteilt. In dieser Studie führte die Verabreichung von Montelukast 10-mg-Tabletten einmal täglich im Vergleich zu Placebo zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der täglichen Bewertung der Symptome der Rhinitis (Daily Rhinitis Symptoms Score).

Der Daily Rhinitis Symptoms Score ist der Mittelwert aus dem Daytime Nasal Symptoms Score (Mittelwert aus Nasenobstruktion, Rhinorrhö, Niesen und Nasenjucken) und dem Nighttime Symptoms Score (Mittelwert aus Nasenobstruktion beim Aufwachen, Einschlafschwierigkeiten und mehrmaligem Aufwachen in der Nacht). Die Gesamtbewertung der allergischen Rhinitis durch Patienten und Ärzte war im Vergleich zu Placebo signifikant besser. Die Beurteilung der Wirksamkeit bei Asthma war kein primäres Ziel dieser Studie.

Im Rahmen einer achtwöchigen Studie mit pädiatrischen Patienten von 6 bis 14 Jahren führte die Gabe von 5 mg Montelukast einmal täglich im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Besserung der Lungenfunktion (FEV1: 8,71% vs. 4,16% Veränderung gegenüber Studienbeginn; morgendliche PEF

27,9 l/min vs. 17,8 l/min Veränderung gegenüber Studienbeginn) und zu einem Rückgang des Bedarfs an β -Agonisten (-11,7% vs. +8,2% Veränderung gegenüber Studienbeginn).

In einer zwölfwöchigen Studie mit Erwachsenen war ein signifikanter Rückgang der belastungsinduzierten Bronchokonstriktion (EIB, Exercise-Induced Bronchoconstriction) nachweisbar (maximaler Abfall des FEV1: 22,33% für Montelukast vs. 32,40% für Placebo; Erholungszeit bis zum Erreichen von mindestens 95% des FEV1 vor Belastung: 44,22 min vs. 60,64 min). Dieser Effekt blieb über die gesamte zwölfwöchige Studiendauer hinweg unverändert bestehen. Ein Rückgang der EIB konnte ebenso in einer Kurzzeitstudie mit pädiatrischen Patienten gezeigt werden (maximaler Abfall des FEV1: 18,27% vs. 26,11%; Erholungszeit bis zum Erreichen von mindestens 95% des FEV1 vor Belastung: 17,76 min vs. 27,98 min). Die Messung erfolgte in beiden Studien jeweils zum Ende des einmal täglichen Dosierungsintervalls.

Bei gegenüber Acetylsalicylsäure sensitiven Asthmapatienten, die zusätzlich inhalative und/oder orale Kortikosteroide erhielten, konnte unter der Behandlung mit Montelukast im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der Asthmakontrolle erreicht werden (FEV1: 8,55% vs. -1,74% Veränderung gegenüber Studienbeginn und Rückgang des Gesamtbedarfs an β -Agonisten: -27,78% vs. 2,09% Veränderung gegenüber Studienbeginn).

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Resorption

Nach oraler Verabreichung wird Montelukast rasch resorbiert. Für die 10-mg-Filmtablette wird die mittlere maximale Plasmakonzentration (C_{max}) bei nüchternen Erwachsenen drei Stunden (T_{max}) nach der Einnahme erreicht. Die mittlere orale Bioverfügbarkeit beträgt 64%. Die orale Bioverfügbarkeit und C_{max} bleiben von einer normalen Mahlzeit unbeeinflusst. In klinischen Prüfungen, die dem Nachweis der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit dienten, wurde die 10-mg-Filmtablette unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen.

Für die 5-mg-Kautablette wird C_{max} bei nüchternen Erwachsenen innerhalb von zwei Stunden nach der Einnahme erreicht. Die mittlere orale Bioverfügbarkeit liegt bei 73% und sinkt durch eine normale Mahlzeit auf 63%.

Verteilung

Montelukast liegt zu mehr als 99% an Plasmaproteinen gebunden vor. Das Verteilungsvolumen von Montelukast beträgt im Steady State durchschnittlich 8–11 Liter. Untersuchungen an Ratten mit radioaktiv markiertem Montelukast weisen auf einen minimalen Durchtritt durch die Blut-Hirn-Schranke hin. Darüber hinaus erwiesen sich die Konzentrationen an radioaktiv markiertem Material 24 Stunden nach der Verabreichung in allen anderen Geweben als minimal.

Biotransformation

Montelukast wird in großem Umfang verstoffwechselt. In Studien mit therapeutischen

Dosen liegen die Plasmakonzentrationen der Metaboliten von Montelukast im Steady State sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern unterhalb der Nachweisgrenze.

In-vitro-Untersuchungen an Mikrosomen der menschlichen Leber weisen auf eine Beteiligung von Cytochrom P450 3A4, 2A6 und 2C9 an der Metabolisierung von Montelukast hin. Auf der Grundlage weiterer Ergebnisse aus in-vitro-Untersuchungen an menschlichen Leber-Mikrosomen werden Cytochrom P450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 und 2D6 durch therapeutische Plasmakonzentrationen von Montelukast nicht gehemmt. Der Anteil der Metaboliten an der therapeutischen Wirkung von Montelukast ist vernachlässigbar.

Elimination

Die Plasma-Clearance von Montelukast beträgt bei gesunden Erwachsenen im Mittel 45 ml/min. Nach einer oral verabreichten Dosis von radioaktiv markiertem Montelukast wurden 86% der Radioaktivität in den fünf Tage lang gesammelten Fäzes und <0,2% im Urin wiedergefunden. Diese Ergebnisse in Verbindung mit den Schätzungen der oralen Bioverfügbarkeit von Montelukast sprechen dafür, dass Montelukast und seine Metaboliten nahezu ausschließlich über die Galle ausgeschieden werden.

Spezielle Charakteristika bei Patienten

Für ältere Patienten oder Patienten mit leichter bis mittelschwerer Leberfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung erforderlich. Für Patienten mit Niereninsuffizienz wurden keine Untersuchungen durchgeführt. Da Montelukast und seine Metaboliten biliär ausgeschieden werden, ist nicht zu erwarten, dass für Patienten mit Nierenfunktionsstörung eine Dosisanpassung notwendig ist. Für Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz (Child-Pugh-Score >9) liegen noch keine pharmakokinetischen Daten von Montelukast vor.

Unter hohen Dosen von Montelukast (20- und 60-fach über der für Erwachsene empfohlenen Dosis) war eine Senkung der Plasmakonzentration von Theophyllin zu beobachten. Dieser Effekt trat bei Verabreichung der empfohlenen Dosis von 10 mg einmal täglich nicht ein.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

In tierexperimentellen Toxizitätsstudien wurden geringfügige biochemische Veränderungen von ALT, Glucose, Phosphat und Triglyceriden im Serum beobachtet. Bei Tieren traten als Zeichen der toxischen Wirkung vermehrter Speichelfluss, gastrointestinale Symptome, weiche Stühle und Störungen des Ionenungleichgewichts auf. Diese Effekte wurden bei Dosierungen beobachtet, die über dem 17-fachen der bei klinischer Dosis beobachteten systemischen Exposition lagen. Bei Affen traten diese Nebenwirkungen bei Dosen von 150 mg/kg/Tag auf (entsprechend dem >232-fachen der systemischen Exposition bei therapeutischer Dosierung). In tierexperimentellen Untersuchungen beeinträchtigte Montelukast bei einer systemischen Exposition, welche die systemische Exposition nach therapeutischer Dosis um mehr als das 24-fache überstieg, weder die

Montelukast acis® 10 mg Filmtabletten

Fruchtbarkeit noch die Fortpflanzungsleistung. Bei Jungtieren wurde in der Studie zum Einfluss auf die Fruchtbarkeit weiblicher Ratten bei Dosen von 200 mg/kg/Tag (entsprechend dem >69-fachen der systemischen Exposition bei therapeutischer Dosierung) eine leichte Gewichtsabnahme festgestellt. In Studien an Kaninchen wurde häufiger eine unvollständige Verknöcherung beobachtet als bei den unbehandelten Tieren. Dabei lag die systemische Exposition über dem 24-fachen der systemischen Exposition nach therapeutischer Dosis. Bei Ratten wurden keine abnormen Veränderungen beobachtet. Montelukast passiert nachweislich die Plazentaschranke und geht bei Tieren in die Muttermilch über.

Bei Mäusen und Ratten wurden nach einmaliger oraler Gabe von Montelukast Natrium in einer Dosierung von bis zu 5.000 mg/kg (15.000 mg/m² bei Mäusen bzw. 30.000 mg/m² bei Ratten) auch bei der höchsten geprüften Dosis keine letalen Ausgänge beobachtet. Diese Dosis entspricht dem 25.000-fachen der empfohlenen Tagesdosis für Erwachsene (bei einem Körpergewicht von 50 kg).

Montelukast erwies sich bei Mäusen in Dosierungen bis 500 mg/kg/Tag (ca. >200-fach, basierend auf der systemischen Exposition) als nicht phototoxisch für UVA, UVB oder Spektren des sichtbaren Lichts.

Montelukast wirkte in In-vitro- und In-vivo-Tests weder mutagen, noch führte es bei Nagetieren zur Entstehung von Tumoren.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Tablettenkern:

Mikrokristalline Cellulose
 Lactose-Monohydrat
 Croscarmellose-Natrium
 Hyprolose (5,0–16,0% Hydroxypropoxy-Gruppen)
 Magnesiumstearat (Ph.Eur.)

Filmüberzug:

Opadry orange 03B23378:
 Hypromellose
 Titandioxid (E 171)
 Macrogol
 Eisen(III)-hydroxid-oxid × H₂O (E 172)
 Eisen(III)-oxid (E 172)
 Eisen(II,III)-oxid (E 172)
 Macrogol 6000

6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

4 Jahre

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Nicht über 30 °C lagern.

In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht und Feuchtigkeit zu schützen.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Verpackt in oPA/Al/PVC/Aluminium-Blisterpackungen in Faltschachteln.

Packungsgrößen mit 14, 20, 28, 30, 50, 98 und 100 Filmtabletten.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu entsorgen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

acis Arzneimittel GmbH
 Lil-Dagover-Ring 7
 82031 Grünwald

Telefon: 089/44 23 246 0
 Telefax: 089/44 23 246 66
 e-mail: info@acis.de

8. ZULASSUNGSNUMMER

83978.00.00

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG

07.12.2011

10. STAND DER INFORMATION

Juli 2012

11. VERKAUFSABGRENZUNG

Verschreibungspflichtig

Zentrale Anforderung an:

Rote Liste Service GmbH

FachInfo-Service

Postfach 11 01 71

10831 Berlin