

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Paroxetin-Hormosan 33,1 mg/ml Tropfen zum Einnehmen, Lösung

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

1 ml enthält 33,1 mg Paroxetin (als Paroxetinmesilat).

1 Tropfen enthält 1 mg Paroxetin (als Paroxetinmesilat).

Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:

Enthält 111 mg/ml Ethanol und 811 mg/ml Propylenglycol.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Tropfen zum Einnehmen, Lösung

Klare, leicht rötliche bis leicht bräunliche Lösung.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Behandlung von

- Episoden einer Major Depression
- Zwangsstörung
- Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie
- Sozialer Angststörung/Sozialer Phobie
- Generalisierter Angststörung
- Posttraumatischer Belastungsstörung

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Dosierung

Episoden einer Major Depression

Die empfohlene Dosis beträgt 20 mg Paroxetin pro Tag. Im Allgemeinen tritt bei Patienten nach einer Woche eine Besserung ein, aber diese kann möglicherweise erst ab der zweiten Woche erkennbar sein.

Wie bei allen antidepressiv wirkenden Arzneimitteln sollte die Dosierung 3 bis 4 Wochen nach Einleiten der Therapie überprüft und, falls notwendig, angepasst werden; danach erfolgt die Dosisanpassung gemäß dem klinischen Verlauf. Bei Patienten, die auf eine Dosis von 20 mg Paroxetin unzureichend ansprechen, kann die Dosis je nach Ansprechen des Patienten allmählich in 10-mg-Schritten bis zu einer Maximaldosis von 50 mg Paroxetin pro Tag erhöht werden.

Patienten mit Depressionen sollten über einen ausreichenden Zeitraum von mindestens 6 Monaten behandelt werden, um sicher zu gehen, dass sie symptomfrei sind.

Zwangsstörung

Die empfohlene Dosis beträgt 40 mg Paroxetin pro Tag. Die Anfangsdosis sollte 20 mg Paroxetin pro Tag betragen und kann allmählich in 10 mg-Schritten bis zur empfohlenen Dosis gesteigert werden. Wenn der Patient auf die empfohlene Dosis nach einigen Wochen nicht ausreichend anspricht, kann es für manche Patienten von Vorteil sein, die Dosis schrittweise bis auf maximal 60 mg Paroxetin pro Tag zu steigern.

Patienten mit einer Zwangsstörung sollten ausreichend lange behandelt werden, um sicher zu gehen, dass sie symptomfrei sind.

Dieser Zeitraum kann mehrere Monate oder länger betragen (siehe Abschnitt 5.1).

Panikstörung

Die empfohlene Dosis beträgt 40 mg Paroxetin pro Tag. Die Anfangsdosis sollte 10 mg Paroxetin pro Tag betragen und sollte, in Abhängigkeit vom Ansprechen auf die Therapie, in 10 mg-Schritten bis zur empfohlenen Dosis gesteigert werden. Eine niedrige Anfangsdosis wird empfohlen, um das Risiko einer Verschlechterung der Paniksymptomatik, die im Allgemeinen in der Frühphase der Behandlung der Panikstörung auftreten kann, zu minimieren. Wenn der Patient auf die empfohlene Dosis nach einigen Wochen nicht ausreichend anspricht, kann es für manche Patienten von Vorteil sein, die Dosis schrittweise bis auf maximal 60 mg Paroxetin pro Tag zu steigern.

Patienten mit Panikstörung sollten ausreichend lange behandelt werden, um sicher zu gehen, dass sie symptomfrei sind. Dieser Zeitraum kann mehrere Monate oder länger betragen (siehe Abschnitt 5.1).

Soziale Angststörung/Soziale Phobie

Die empfohlene Dosis beträgt 20 mg Paroxetin pro Tag. Wenn der Patient auf die empfohlene Dosis nach einigen Wochen nicht ausreichend anspricht, kann es für manche Patienten von Vorteil sein, die Dosis allmählich in 10 mg-Schritten bis zu einer Maximaldosis von 50 mg Paroxetin pro Tag zu steigern. Bei Langzeitbehandlung sollte der Nutzen der Therapie regelmäßig überprüft werden (siehe Abschnitt 5.1).

Generalisierte Angststörung

Die empfohlene Dosis beträgt 20 mg Paroxetin pro Tag. Wenn der Patient auf die empfohlene Dosis nach einigen Wochen nicht ausreichend anspricht, kann es für manche Patienten von Vorteil sein, die Dosis allmählich in 10 mg-Schritten bis zu einer Maximaldosis von 50 mg Paroxetin pro Tag zu steigern. Bei einer Langzeitbehandlung sollte der Nutzen der Therapie regelmäßig überprüft werden (siehe Abschnitt 5.1).

Posttraumatische Belastungsstörung

Die empfohlene Dosis beträgt 20 mg Paroxetin pro Tag. Wenn der Patient auf die empfohlene Dosis nach einigen Wochen nicht ausreichend anspricht, kann es bei manchen Patienten von Vorteil sein, die Dosis allmählich in 10 mg-Schritten bis zu einer Maximaldosis von 50 mg Paroxetin pro Tag zu steigern. Bei einer Langzeitbehandlung sollte der Nutzen der Therapie regelmäßig überprüft werden (siehe Abschnitt 5.1).

Allgemeine Informationen

Absetzsymptome nach Beendigung der Behandlung mit Paroxetin

Ein plötzliches Absetzen sollte vermieden werden (siehe Abschnitt 4.4 und Abschnitt 4.8). In klinischen Studien wurde während der Ausschleichphase die Tagesdosis um 10 mg in wöchentlichen Intervallen reduziert. Falls nach Dosisverringerung oder Absetzen der Behandlung unerträgliche Symptome auftreten, kann erwogen werden, die zuletzt verschriebene Dosis erneut einzunehmen. Anschließend kann

der Arzt die Dosis weiter verringern, aber in kleineren Schritten.

Besondere Patientengruppen

• **Kinder und Jugendliche (7 bis 17 Jahre)**
Paroxetin sollte nicht zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen angewendet werden, da in kontrollierten klinischen Studien ein erhöhtes Risiko von suizidalem und feindseligem Verhalten festgestellt wurde. Außerdem wurde in diesen Studien kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis erbracht (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8).

• **Kinder unter 7 Jahren**

Die Anwendung von Paroxetin wurde bei Kindern unter 7 Jahren bisher nicht untersucht. Paroxetin sollte nicht angewendet werden, solange die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in dieser Altersgruppe nicht belegt ist.

• **Ältere Patienten**

Bei älteren Menschen treten erhöhte Paroxetin-Plasmaspiegel auf, aber der Schwankungsbereich dieser Plasmakonzentrationen überlappt mit dem bei jüngeren Erwachsenen gemessenen Bereich. Die Anfangsdosis sollte entsprechend den Dosierungsempfehlungen für Erwachsene gewählt werden. Eine Erhöhung der Dosis kann in einigen Fällen sinnvoll sein, jedoch sollte die Höchstdosis 40 mg Paroxetin pro Tag nicht übersteigen.

• **Nieren- oder Leberfunktionsstörung**

Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) oder einer Leberinsuffizienz kommt es zu erhöhten Paroxetin-Plasmakonzentrationen. In diesen Fällen sollte die Dosis am unteren Ende des Dosisbereiches liegen.

Art der Anwendung

Paroxetin sollte einmal täglich, morgens zusammen mit einer Mahlzeit, eingenommen werden.

Eine Flasche mit Tropfer oder einer oralen Dosierspritze können für die Einnahme verwendet werden. Die Dosierungen sind in Tropfen (bei Verwendung des Tropfers) oder in ml (bei Verwendung der oralen Dosierspritze) zu messen, wobei 20 Tropfen 20 mg und 1 ml 33,1 mg entsprechen.

Der Arzt sollte bei Bedarf die Dosierung in ml mit einer Dosierspritze anstatt Tropfen oder die Verordnung einer anderen verfügbaren pharmazeutischen Formulierung für Patienten, die potentielle Schwierigkeiten mit dem Zählen der erforderlichen Tropfen haben, in Betracht ziehen.

Der Tropfer ist zu verwenden, wenn eine Dosis von 10 bis 30 mg erforderlich ist. Die Dosierungen müssen in Tropfen gemessen werden.
Siehe Tabelle:

Dosierung	Anzahl der Tropfen
10 mg	10
20 mg	20
30 mg	30

Die nötige Anzahl der Tropfen muss in ein volles Wasserglas getropft werden und danach vermischelt werden. Das Glas soll ganz leer getrunken werden.

4.3 Gegenanzeigen

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.

Paroxetin darf nicht in Kombination mit MAO-Hemmern eingenommen werden. In Ausnahmefällen kann Linezolid (ein Antibiotikum, das ein reversibler, nicht-selektiver MAO-Hemmer ist) in Kombination mit Paroxetin gegeben werden, vorausgesetzt, es gibt die Möglichkeit für enge Überwachung der Symptome eines Serotonin-Syndroms sowie Überwachung des Blutdruckes (siehe Abschnitt 4.5).

Die Behandlung mit Paroxetin kann

- zwei Wochen nach Beendigung einer Therapie mit einem irreversiblen MAO-Hemmer bzw.
- frühestens 24 Stunden nach Beendigung einer Therapie mit einem reversiblen MAO-Hemmer (z.B. Moclobemid, Linezolid, Methylthioniumchlorid [Methylenblau; ein reversibler nicht-selektiver MAO-Hemmer, der präoperativ in der bildgebenden Diagnostik eingesetzt wird]) begonnen werden.

Zwischen dem Absetzen der Therapie mit Paroxetin und dem Behandlungsbeginn mit einem MAO-Hemmer soll mindestens eine Woche vergehen.

Paroxetin ist kontraindiziert in Kombination mit Thioridazin oder mit Pimozid (siehe Abschnitt 4.5).

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Nach dem Ende der Behandlung mit einem irreversiblen MAO-Hemmer soll die Behandlung mit Paroxetin erst nach zwei Wochen bzw. nach dem Ende der Behandlung mit einem reversiblen MAO-Hemmer erst nach 24 Stunden vorsichtig begonnen werden. Die Dosis soll stufenweise bis zur optimalen Wirkung gesteigert werden (siehe Abschnitte 4.3 und 4.5).

Kinder und Jugendliche

Paroxetin sollte nicht zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren angewendet werden. Suizidale Verhaltensweisen (Suizidversuch und Suizidgedanken) sowie Feindseligkeit (vorwiegend Aggressivität, oppositionelles Verhalten und Wut) wurden in klinischen Studien häufiger bei mit Antidepressiva behandelten Kindern und Jugendlichen beobachtet als bei Kindern und Jugendlichen, die mit Placebo behandelt wurden. Sollte aufgrund klinischer Notwendigkeit dennoch die Entscheidung für eine Behandlung getroffen werden, ist der Patient im Hinblick auf das Auftreten suizidaler Symptome sorgfältig zu überwachen. Darüber hinaus fehlen Langzeitdaten zur Sicherheit bei Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Wachstum, Reifung sowie kognitive Entwicklung und Verhaltensentwicklung.

Suizid/Suizidgedanken oder klinische Verschlechterung

Das Krankheitsbild depressiver Erkrankungen ist mit einem erhöhten Risiko von Suizidgedanken, selbstschädigendem Verhalten und Suizid verbunden.

Das Risiko besteht, bis es zu einer signifikanten Besserung kommt, welche mögli-

cherweise nicht während der ersten oder mehreren Wochen der Behandlung auftritt. Die Patienten sollten daher bis zum Eintritt einer Besserung engmaschig überwacht werden. Die klinische Erfahrung bei antidepressiven Therapien zeigt generell, dass das Suizidrisiko in den frühen Stadien einer Besserung steigen kann.

Andere psychiatrische Erkrankungen, für die Paroxetin verschrieben wird, können ebenso mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einhergehen. Zusätzlich können diese Erkrankungen zusammen mit einer depressiven Erkrankung (Episoden einer Major Depression) auftreten.

Bei Behandlung anderer psychiatrischer Erkrankungen sollen daher die gleichen Vorsichtsmaßnahmen eingehalten werden, wie bei der Behandlung von depressiven Erkrankungen.

Bei Patienten mit suizidalem Verhalten oder Suizidgedanken in der Anamnese oder solchen, die vor der Therapie stark suizidgefährdet waren, ist das Risiko von Suizidgedanken oder -versuchen erhöht. Sie sollten daher während der Behandlung besonders sorgfältig überwacht werden. Eine Meta-Analyse von Placebo-kontrollierten klinischen Studien mit Antidepressiva bei erwachsenen Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen zeigte bei Patienten, die jünger als 25 Jahre sind, ein erhöhtes Suizidrisiko verglichen mit Placebo (siehe auch Abschnitt 5.1).

Eine sorgfältige Überwachung der Patienten, vor allem bei jenen Patienten, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, sollte im speziellen bei Therapiebeginn und bei Dosisänderungen durchgeführt werden. Patienten (und deren Betreuer) sollen auf die Notwendigkeit aufmerksam gemacht werden, jede klinische Verschlechterung, suizidales Verhalten oder Suizidgedanken und ungewöhnliche Verhaltensänderungen sorgsam zu überwachen und bei Auftreten derartiger Symptome unverzüglich medizinischen Rat zu suchen.

Akathisie/psychomotorische Unruhe

Die Anwendung von Paroxetin kann mit der Entwicklung einer Akathisie verbunden sein, die durch innere Unruhe und durch psychomotorische Agitiertheit, wie die Unfähigkeit still zu sitzen oder zu stehen, gekennzeichnet ist und üblicherweise als quälend erlebt wird. Diese tritt vor allem in den ersten Wochen einer Behandlung auf. Dosiserhöhungen können sich bei solchen Patienten nachteilig auswirken.

Serotonin-Syndrom/Malignes neuroleptisches Syndrom

In seltenen Fällen können sich ein Serotonin-Syndrom oder ein dem malignen neuroleptischen Syndrom ähnelndes Bild in Verbindung mit der Behandlung mit Paroxetin entwickeln, vor allem bei gleichzeitiger Verabreichung anderer serotonerger und/oder neuroleptischer Substanzen. Da diese Syndrome möglicherweise zu lebensbedrohlichen Zuständen führen können, sollte die Behandlung mit Paroxetin bei Auftreten solcher Fälle (gekennzeichnet durch eine Reihe gemeinsam auftretender Symptome wie Hyperthermie, Rigidität, Myoklonus, vegetative Instabilität mit möglicherweise rasch schwankenden Vitalparametern, men-

talen Veränderungen einschließlich Verwirrtheit, Reizbarkeit, extremer Agitiertheit bis hin zu Delirium und Koma) abgebrochen und eine unterstützende symptomatische Behandlung eingeleitet werden. Paroxetin sollte aufgrund des Risikos eines Serotonin-Syndroms nicht in Kombination mit Serotonin-Präkursoren (wie L-Tryptophan, Oxitriptan) angewendet werden (siehe Abschnitt 4.3 und Abschnitt 4.5).

Manie

Wie alle Antidepressiva sollte Paroxetin bei Patienten mit manischen Episoden in der Anamnese nur mit Vorsicht angewendet werden.

Paroxetin sollte bei jedem Patienten abgesetzt werden, der in eine manische Phase übergeht.

Leber- und/oder Niereninsuffizienz

Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung oder mit Leberinsuffizienz ist bei der Behandlung mit Paroxetin Vorsicht geboten (siehe Abschnitt 4.2).

Diabetes

Bei Diabetes-Patienten kann die Behandlung mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) unter Umständen die Blutzuckerkontrolle verändern. Gegebenenfalls müssen das Insulin und/oder die blutzuckersenkenden Dosierungen zum Einnehmen angepasst werden. Darüber hinaus gibt es Studien, die darauf hindeuten, dass es bei gleichzeitiger Anwendung von Paroxetin und Pravastatin zu einem Anstieg des Blutzuckerspiegels kommen kann (siehe Abschnitt 4.5).

Epilepsie

Wie alle Antidepressiva sollte Paroxetin bei Patienten mit Epilepsie nur mit Vorsicht angewendet werden.

Krampfanfälle

Die Häufigkeit des Auftretens von Krampfanfällen beträgt insgesamt weniger als 0,1 % aller mit Paroxetin behandelten Patienten. Beim Auftreten von Krampfanfällen sollte das Präparat abgesetzt werden.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Es gibt nur wenig klinische Erfahrung über die gleichzeitige Anwendung von Paroxetin mit einer Elektrokrampftherapie.

Glaukom

Wie andere SSRI kann Paroxetin Mydriasis verursachen. Es sollte deshalb nur mit Vorsicht bei Patienten mit Engwinkelglaukom oder mit Glaukom in der Anamnese verabreicht werden.

Kardiale Erkrankungen

Bei Patienten mit kardialen Erkrankungen sollten die üblichen Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden.

QT-Verlängerung

Nach dem Inverkehrbringen wurden Fälle von QT-Zeitverlängerung berichtet.

Paroxetin sollte bei Patienten mit einer (familiären) Vorgeschichte von QT-Zeitverlängerung, gleichzeitiger Anwendung von Antiarrhythmika oder anderen Arzneimitteln, die möglicherweise die QT-Zeit verlängern, bedeutsamer bestehender Herzkrankung, wie Herzinsuffizienz, ischämischer Herzkrankheit, Herzblock oder ven-

trikulären Arrhythmien, Bradykardie und Hypokaliämie oder Hypomagnesiämie mit Vorsicht angewendet werden (siehe Abschnitte 4.3 und 4.5).

Hyponatriämie

Selten wurde über Hyponatriämie, vorwiegend bei älteren Patienten, berichtet. Vorsicht ist auch bei Patienten mit einem Risiko für eine Hyponatriämie, z. B. durch die gleichzeitige Einnahme anderer Arzneimittel oder durch Zirrhose, geboten. Die Hyponatriämie ist im Allgemeinen nach Absetzen von Paroxetin reversibel.

Hämorrhagien

Es wurde über kutane Blutungen wie Ekchymosen und Purpura während einer Behandlung mit SSRI berichtet. Weiter traten andere Hämorrhagien, wie z. B. gastrointestinale und gynäkologische Blutungen, auf. Bei älteren Patienten ist das Risiko für Blutungen, die nicht im Zusammenhang mit den Menses stehen, möglicherweise erhöht.

SSRIs/SNRIs können das Risiko einer postpartalen Hämorrhagie erhöhen (siehe Abschnitte 4.6 und 4.8).

Vorsicht ist geboten bei Patienten, die zusätzlich zu einem SSRI mit oralen Antikoagulanzen, mit Arzneimitteln, die die Thrombozytenfunktion beeinträchtigen oder mit anderen Arzneimitteln, die das Blutungsrisiko erhöhen (z. B. atypische Antipsychotika wie Clozapin, Phenothiazine, die meisten trizyklischen Antidepressiva [TCA], Acetylsalicylsäure, nicht-steroidale antientzündatorisch wirksame Arzneimittel [NSAID], COX2-Hemmer) behandelt werden, sowie bei Patienten mit hämorrhagischen Erkrankungen in der Anamnese oder mit sonstigen für Blutungen prädisponierenden Faktoren (siehe Abschnitt 4.8).

Interaktion mit Tamoxifen

Paroxetin, ein starker Inhibitor von CYP2D6, kann zu verringerten Konzentrationen von Endoxifen, einem der wichtigsten aktiven Metaboliten von Tamoxifen, führen. Daher sollte Paroxetin während einer Tamoxifen-Behandlung nach Möglichkeit vermieden werden (siehe Abschnitt 4.5).

Arzneimittel, die den pH-Wert des Magens beeinflussen

Bei Patienten, die die orale Suspension einnehmen, kann die Paroxetin-Plasma-Konzentration durch den pH-Wert des Magens beeinflusst werden. *In vitro*-Daten haben gezeigt, dass eine saure Umgebung für die Freisetzung des aktiven Wirkstoffes aus der Suspension notwendig ist. Daher ist die Absorption bei Patienten mit hohem Magen-pH-Wert oder Achlorhydrie, wie es nach der Einnahme von bestimmten Arzneimitteln (Antazida, Histamin H₂-Rezeptor-Antagonisten, Protonenpumpenhemmer), bei bestimmten Krankheitszuständen (z. B. atrophische Gastritis, perniziöse Anämie, chronische *Helicobacter pylori*-Infektion), und nach Operationen (Vagotomie, Gastrektomie) vorkommt, vermindert. Die pH-Abhängigkeit sollte beim Wechsel der Paroxetin-Formulierung berücksichtigt werden (z. B. kann die Plasma-Paroxetin-Konzentration nach Wechsel von der Tablette zur oralen

Suspension bei Patienten mit einem hohen Magen-pH-Wert abnehmen).

Daher wird bei Patienten Vorsicht empfohlen, bei denen eine Behandlung mit Arzneimitteln, die den Magen-pH-Wert erhöhen, begonnen oder beendet wird. In diesen Fällen können Dosisanpassungen notwendig sein.

Absetzsymptome nach Beendigung der Behandlung mit Paroxetin

Nach Beendigung der Therapie treten Absetzsymptome häufig auf, besonders wenn das Absetzen von Paroxetin abrupt erfolgt (siehe Abschnitt 4.8). In klinischen Studien traten Nebenwirkungen nach Ende der Behandlung bei 30 % der Patienten auf, die mit Paroxetin behandelt wurden, verglichen mit 20 % der Patienten, die Placebo erhielten. Diese Absetzsymptome sind nicht damit gleich zu setzen, dass das Arzneimittel suchterzeugend wirkt oder zur Abhängigkeit führt.

Die Gefahr von Absetzsymptomen kann von verschiedenen Faktoren abhängig sein, einschließlich der Behandlungsdauer und Dosierung und der Geschwindigkeit der Dosisreduzierung.

Es wurde über Schwindel, sensorische Störungen (einschließlich Parästhesie, Stromschlaggefühl und Tinnitus), Schlafstörungen (einschließlich intensiver Träume), Agitiertheit oder Angst, Übelkeit, Zittern, Konfusion, Schwitzen, Kopfschmerzen, Durchfall, Palpitationen, emotionale Instabilität, Reizbarkeit und Sehstörungen berichtet. Die meisten dieser Symptome sind im Allgemeinen leicht oder mittelgradig ausgeprägt, können jedoch bei einigen Patienten auch stark ausgeprägt sein. Sie treten normalerweise innerhalb der ersten Tage nach Ende der Behandlung auf, aber in sehr seltenen Fällen wurde von solchen Symptomen bei Patienten nach unbeabsichtigtem Auslassen einer Dosis berichtet.

Im Allgemeinen sind diese Symptome begrenzt und klingen innerhalb von zwei Wochen von selbst ab, auch wenn sie bei einzelnen Personen länger andauern (zwei bis drei Monate oder länger). Es wird daher empfohlen, die Behandlung mit Paroxetin ausschleichend durch schrittweise Verringerung der Dosis über einen Zeitraum von mehreren Wochen oder Monaten, je nach Reaktion des Patienten, zu beenden (siehe „Absetzsymptome nach Ende der Behandlung mit Paroxetin“, Abschnitt 4.2).

Sehbehinderten Patienten sollte geraten werden, sich dieses Arzneimittel nicht selbst zu verabreichen. Bei Bedarf können die Betreuer oder andere Personen die benötigten Dosierungen für den Patienten abzählen.

Sexuelle Funktionsstörung

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) können Symptome einer sexuellen Funktionsstörung verursachen (siehe Abschnitt 4.8). Es wurden lang anhaltende sexuelle Funktionsstörungen berichtet, bei denen die Symptome trotz der Absetzung von SSRI bestehen bleiben.

Bestimmte sonstige Bestandteile

Dieses Arzneimittel enthält 67 mg Ethanol in jeweils 20 Tropfen, was 111 mg/ml (11 % w/v) entspricht. Die Menge in 20 Tropfen

entspricht weniger als 2 ml Bier oder 1 ml Wein. Die geringe Alkoholmenge in diesem Arzneimittel hat keine wahrnehmbaren Auswirkungen.

Dieses Arzneimittel enthält 490 mg Propylenglycol in jeweils 20 Tropfen, was 811 mg/ml entspricht.

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro 1 ml, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

Bei entsprechend sensibilisierten Patienten können durch die im Pfefferminzaroma enthaltenden Stoffe ätherisches Minzöl, Levomenthol und Cineol Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Atemnot) ausgelöst werden.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Serotonerge Arzneimittel

Wie bei anderen SSRIs kann die gleichzeitige Anwendung von serotonergen Arzneimitteln zum Auftreten von 5-HT-assoziierten Wirkungen führen (Serotonin-Syndrom: siehe Abschnitt 4.4).

Vorsicht ist geboten und eine engmaschigere klinische Überwachung ist erforderlich, wenn serotonerge Arzneimittel, wie L-Tryptophan/Oxitriptan, Triptane, Tramadol, Linezolid, Methylnthioniumchlorid [Methylenblau], SSRIs, Lithium, Pethidin, Buprenorphin und Zubereitungen mit Johanniskraut [*Hypericum perforatum*], gemeinsam mit Paroxetin verabreicht werden. Vorsicht wird auch mit Fentanyl empfohlen, wenn es zur Allgemeinanästhesie oder zur Behandlung von chronischen Schmerzen verwendet wird. Die gleichzeitige Anwendung von Paroxetin und MAO-Hemmern ist wegen des Risikos eines Serotonin-Syndroms kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Pimozid

In einer Studie, in der eine niedrige Einzeldosis von Pimozid (2 mg) zusammen mit 60 mg Paroxetin verabreicht wurde, wurden 2,5-fach erhöhte Blutspiegel von Pimozid gezeigt. Dies kann möglicherweise durch die bekannten CYP2D6-hemmenden Eigenschaften von Paroxetin erklärt werden. Die gleichzeitige Gabe von Pimozid und Paroxetin aufgrund des engen therapeutischen Bereiches und der bekannten Möglichkeit von Pimozid das QT-Intervall zu verlängern, ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Arzneimittel, die die QT-Zeit verlängern

Das Risiko für eine Verlängerung der frequenzkorrigierten QT-Zeit (QTc) und/oder ventrikuläre Arrhythmien (z. B. Torsade de Pointes) kann bei gleichzeitiger Anwendung von anderen Arzneimitteln, die die QTc verlängern (z. B. einige Neuroleptika), erhöht sein (siehe Abschnitt 4.4). Die gleichzeitige Anwendung von Thioridazin und Paroxetin ist kontraindiziert, weil Paroxetin, so wie andere Arzneimittel, die das Leberenzym CYP450 2D6 inhibieren, die Plasmaspiegel von Thioridazin erhöhen kann, was wiederum die QT-Zeit verlängern kann (siehe Abschnitt 4.3).

Paroxetin-Hormosan 33,1 mg/ml Tropfen zum Einnehmen, Lösung



Arzneimittel-metabolisierende Enzyme
Metabolisierung und Pharmakokinetik von Paroxetin können durch die Aktivierung oder Hemmung arzneimittelabbauender Enzyme beeinflusst werden.

Bei gleichzeitiger Anwendung von Paroxetin mit einem bekannten Inhibitor von arzneimittelabbauenden Enzymen sollte im unteren Bereich dosiert werden.

Eine Anpassung der Anfangsdosierung ist nicht notwendig, wenn Paroxetin zusammen mit einem bekannten enzyminduzierenden Arzneimittel angewendet wird (z. B. Carbamazepin, Rifampicin, Phenobarbital, Phenytoin) oder mit Fosamprenavir/Ritonavir. Jede Paroxetin-Dosisanpassung (entweder nach Beginn oder nach Absetzen eines enzyminduzierenden Arzneimittels) sollte anhand des klinischen Effektes (Wirksamkeit und Verträglichkeit) bestimmt werden.

Muskelrelaxantien

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) können die Aktivität der Plasmacholinesterase verringern, was in Folge zu einer Verlängerung der neuromuskulären Blockade durch Mivacurium und Suxamethonium führt.

Fosamprenavir/Ritonavir

Eine gemeinsame Anwendung von Fosamprenavir/Ritonavir 700/100 mg zweimal täglich mit 20 mg Paroxetin täglich über 10 Tage an gesunden Freiwilligen verminderte die Plasmaspiegel von Paroxetin signifikant um ca. 55 %. Die Plasmaspiegel von Fosamprenavir/Ritonavir während der gemeinsamen Anwendung mit Paroxetin waren ähnlich den Referenzwerten von anderen Studien, aus denen hervorgeht, dass Paroxetin keine signifikante Wirkung auf den Metabolismus von Fosamprenavir/Ritonavir hat. Es gibt keine verfügbaren Daten über die Auswirkungen einer über 10 Tage hinausgehenden gemeinsamen Langzeitgabe von Paroxetin und Fosamprenavir/Ritonavir.

Procyclidin

Die tägliche Einnahme von Paroxetin führt zu einem signifikanten Anstieg des Plasmaspiegels von Procyclidin. Falls anticholinerge Effekte auftreten, sollte die Procyclidin-Dosis reduziert werden.

Antikonvulsiva

Carbamazepin, Phenytoin, Natriumvalproat. Die gleichzeitige Verabreichung scheint keinen Einfluss auf das pharmakokinetische/pharmakodynamische Profil bei Patienten mit Epilepsie zu haben.

Hemmung des CYP2D6 durch Paroxetin

Wie andere Antidepressiva, einschließlich anderer SSRI, hemmt Paroxetin das hepatische Cytochrom-P450-Enzym CYP2D6. Die Hemmung von CYP2D6 kann zu einer Erhöhung der Plasmakonzentrationen gleichzeitig angewandeter Arzneimittel, die ebenfalls über dieses Enzym verstoffwechselt werden, führen.

Dazu gehören bestimmte trizyklische Antidepressiva (z. B. Clomipramin, Nortriptylin und Desipramin), Neuroleptika vom Phenothiazintyp (z. B. Perphenazin und Thioridazin, siehe Abschnitt 4.3 und Absatz „Arzneimittel, die die QT-Zeit verlängern“ in Abschnitt 4.5), Risperidon, Atomoxetin, bestimmte Typ-Ic-Antiarhythmika (z. B. Propafenon

und Flecainid) und Metoprolol. Es wird nicht empfohlen, Paroxetin in Kombination mit Metoprolol bei Herzinsuffizienz wegen der geringen therapeutischen Breite von Metoprolol in dieser Indikation einzunehmen.

In der Literatur wurde über eine pharmakokinetische Interaktion zwischen Inhibitoren des Enzyms CYP2D6 und Tamoxifen berichtet, welche zu einer Reduzierung des Plasmaspiegels um 65–75 % einer der aktiveren Formen von Tamoxifen (z. B. Endoxifen) führt. Bei gleichzeitiger Verabreichung von Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI wurde in einigen Studien eine reduzierte Wirksamkeit von Tamoxifen gezeigt. Da eine Reduzierung der Wirksamkeit von Tamoxifen nicht ausgeschlossen werden kann, sollte die gleichzeitige Gabe von starken Inhibitoren des CYP2D6 (einschließlich Paroxetin) möglichst vermieden werden (siehe Abschnitt 4.4).

Alkohol

Wie bei anderen psychotropen Arzneimitteln sollten die Patienten darauf hingewiesen werden, während der Behandlung mit Paroxetin Alkoholkonsum generell zu meiden.

Orale Antikoagulanzen

Es können pharmakodynamische Wechselwirkungen zwischen Paroxetin und oralen Antikoagulanzen auftreten. Die gleichzeitige Anwendung von Paroxetin und oralen Antikoagulanzen kann zu einer erhöhten Antikoagulation und Blutungsneigung führen. Daher sollte Paroxetin bei Patienten, die mit oralen Antikoagulanzen behandelt werden, mit Vorsicht angewendet werden (siehe Abschnitt 4.4).

Nicht-steroidale Antirheumatika und Acetylsalicylsäure und andere Thrombozytenaggregationshemmer

Es können pharmakodynamische Wechselwirkungen zwischen Paroxetin und nicht-steroidalen Antirheumatika/Acetylsalicylsäure auftreten. Die gleichzeitige Anwendung von Paroxetin und nicht-steroidalen Antirheumatika/Acetylsalicylsäure kann zu einer erhöhten Blutungsneigung führen (siehe Abschnitt 4.4).

Vorsicht ist geboten bei Patienten, die SSRI gleichzeitig mit oralen Antikoagulanzen, Arzneimitteln, die die Thrombozytenfunktion erhöhen (z. B. atypische Antipsychotika wie Clozapin, Phenothiazin, die meisten trizyklischen Antidepressiva, Acetylsalicylsäure, nicht-steroidale antiinflammatorisch wirksame Arzneimittel [NSAID], COX-2-Hemmer), einnehmen oder bei Patienten mit Blutungsstörungen in der Anamnese oder mit prädisponierenden Faktoren für Blutungen.

Pravastatin

In Studien wurde eine Wechselwirkung zwischen Paroxetin und Pravastatin beobachtet, die darauf hindeutet, dass die gleichzeitige Verabreichung von Paroxetin und Pravastatin zu einer Erhöhung des Blutzuckerspiegels führen kann. Bei Patienten mit Diabetes mellitus, die sowohl Paroxetin als auch Pravastatin bekommen, kann eine Dosisanpassung der oralen Antidiabetika und/oder des Insulins erforderlich sein (siehe Abschnitt 4.4).

Arzneimittel, die den pH-Wert des Magens beeinflussen

In vitro-Daten haben gezeigt, dass die Dissoziation von Paroxetin aus der oralen Suspension pH-Wert abhängig ist. Daher können Arzneimittel, welche den pH-Wert des Magens ändern (wie Antazida, Protonenpumpenhemmer oder Histamin H₂-Rezeptor-Antagonisten), die Plasmakonzentrationen von Paroxetin bei Patienten, die die orale Suspension einnehmen, beeinflussen (siehe Abschnitt 4.4).

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft

Einige epidemiologische Studien deuten auf ein erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen, insbesondere kardiovaskulärer Art (z. B. Ventrikelseptumdefekte und Vorhofseptumdefekte), im Zusammenhang mit der Anwendung von Paroxetin im ersten Schwangerschaftsdrittel hin. Der zugrunde liegende Mechanismus ist nicht bekannt. Die Daten legen nahe, dass das Risiko für einen kardiovaskulären Defekt beim Neugeborenen nach Paroxetin-Exposition der Mutter geringer als 2/100 ist im Vergleich zu einer zu erwartenden Häufigkeit von solchen Defekten von ungefähr 1/100 in der Gesamtpopulation.

Paroxetin sollte während der Schwangerschaft nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Bei Frauen, die bereits schwanger sind oder eine Schwangerschaft planen, muss der verordnende Arzt die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen sorgfältig abwägen. Ein abruptes Absetzen von Paroxetin während der Schwangerschaft sollte vermieden werden (siehe „Absetzsymptome nach der Behandlung mit Paroxetin“, Abschnitt 4.2).

Beobachtungsdaten weisen auf ein erhöhtes Risiko (weniger als das 2-fache) für eine postpartale Hämorrhagie infolge einer Exposition gegenüber SSRI/SNRI innerhalb des Monats vor der Geburt hin (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8).

Neugeborene sollten überwacht werden, wenn die Anwendung von Paroxetin bei der Mutter bis in späte Stadien der Schwangerschaft (vor allem im letzten Drittel) fortgesetzt wird.

Folgende Symptome können bei Neugeborenen nach der maternalen Anwendung von Paroxetin in den späten Stadien der Schwangerschaft auftreten: Atemnot, Zyanose, Apnoe, Krampfanfälle, instabile Körpertemperatur, Schwierigkeiten beim Trinken, Erbrechen, Hypoglykämie, Muskelhypertonie, Muskelhypotonie, Hyperreflexie, Tremor, nervöses Zittern, Reizbarkeit, Lethargie, ständiges Schreien, Schläfrigkeit und Schlafstörungen. Die Symptome können entweder durch serotonerge Wirkungen oder durch Absetzsymptome verursacht sein. In der Mehrzahl der Fälle beginnen die Komplikationen sofort oder sehr bald (weniger als 24 Stunden) nach der Geburt.

Daten aus epidemiologischen Studien deuten darauf hin, dass die Anwendung von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) in der Schwangerschaft,

insbesondere im späten Stadium einer Schwangerschaft, das Risiko für das Auftreten einer primären pulmonalen Hypertonie bei Neugeborenen (PPHN, auch persistierende pulmonale Hypertonie genannt) erhöhen kann. Das beobachtete Risiko lag bei etwa 5 Fällen pro 1000 Schwangerschaften. In der Gesamtbevölkerung treten 1 bis 2 Fälle von PPHN pro 1000 Schwangerschaften auf.

Tierexperimentelle Studien zeigten Reproduktionstoxizität, ergaben aber keinen Hinweis auf eine direkte schädigende Wirkung auf die Schwangerschaft, die embryonale/fetale Entwicklung, Geburt oder die postnatale Entwicklung (siehe Abschnitt 5.3).

Stillzeit

Geringe Mengen Paroxetin gehen in die Muttermilch über. Die in publizierten Studien angegebenen Serumkonzentrationen lagen bei gestillten Kindern entweder unter der Nachweisgrenze (< 2 Nanogramm/ml) oder waren sehr niedrig (< 4 Nanogramm/ml). Es wurden keine Anzeichen von Arzneimittelwirkungen bei diesen Kindern beobachtet. Da keine Auswirkungen erwartet werden, kann das Stillen in Betracht gezogen werden.

Fertilität

Tierexperimentelle Studien zeigten, dass Paroxetin die Spermienqualität beeinträchtigen kann (siehe Abschnitt 5.3). *In-vitro*-Studien mit Humanmaterial lassen einen gewissen Einfluss auf die Spermienqualität vermuten, allerdings zeigten Fallberichte im Zusammenhang mit einigen SSRIs (einschließlich Paroxetin), dass die Wirkung auf die Spermienqualität beim Menschen reversibel zu sein scheint. Ein Einfluss auf die Fertilität beim Menschen wurde bislang nicht beobachtet.

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

Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass die Therapie mit Paroxetin nicht mit einer Beeinträchtigung der kognitiven oder psychomotorischen Funktionen verbunden ist. Jedoch sollten die Patienten, wie bei allen psychoaktiven Arzneimitteln, auf eine mögliche Beeinflussung ihrer Fähigkeit, Auto zu fahren oder Maschinen zu bedienen, aufmerksam gemacht werden.

Auch wenn Paroxetin die mentale Beeinträchtigung und die Beeinträchtigung der motorischen Funktionen durch Alkohol nicht erhöht, ist von gleichzeitigem Alkoholkonsum während der Behandlung mit Paroxetin generell abzuraten.

4.8 Nebenwirkungen

Einige der neben beschriebenen Nebenwirkungen können hinsichtlich ihres Schweregrades und ihrer Häufigkeit während des Behandlungsverlaufs abnehmen und führen nicht generell zu einem Abbruch der Behandlung. Nachfolgend sind die Nebenwirkungen nach Systemorganklasse und Häufigkeit eingeteilt.

Die Häufigkeit ist definiert als: Sehr häufig ($\geq 1/10$), häufig ($\geq 1/100$ bis $< 1/10$), gelegentlich ($\geq 1/1.000$ bis $< 1/100$), selten

($\geq 1/10.000$ bis $< 1/1.000$), sehr selten ($< 1/10.000$), nicht bekannt (auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar).

Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems

Gelegentlich: abnorme Blutungen, überwiegend der Haut und der Schleimhäute (einschließlich Ekchymosen und gynäkologische Blutungen), Leukopenie

Sehr selten: Thrombozytopenie

Erkrankungen des Immunsystems

Sehr selten: schwere und möglicherweise tödliche allergische Reaktionen (einschließlich anaphylaktische Reaktionen und Angioödem)

Endokrine Erkrankungen

Sehr selten: Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH)

Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen

Häufig: Erhöhung des Cholesterinspiegels, verminderter Appetit

Gelegentlich: bei Diabetikern wurde über eine veränderte Blutzuckerkontrolle berichtet (siehe Abschnitt 4.4)

Selten: Hyponatriämie

Hyponatriämie wurde überwiegend bei älteren Patienten beobachtet und ist in einigen Fällen auf ein Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) zurückzuführen.

Psychiatrische Erkrankungen

Häufig: Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Agitiertheit, abnorme Träume (inklusive Alpträume)

Gelegentlich: Verwirrheitszustände, Halluzinationen

Selten: manische Reaktionen, Angst, Depersonalisation/Entfremdungserleben, Panikattacken, Akathisie (siehe Abschnitt 4.4)

Nicht bekannt: Selbstmordgedanken, suizidales Verhalten, Aggression, Bruxismus

Fälle von Selbstmordgedanken und suizidalem Verhalten wurden während der Behandlung mit oder kurz nach Beendigung der Behandlung von Paroxetin berichtet (siehe Abschnitt 4.4).

Fälle von Aggression wurden nach der Markteinführung beobachtet.

Diese Symptome können auch aufgrund der zugrunde liegenden Erkrankung auftreten.

Erkrankungen des Nervensystems

Häufig: Schwindelgefühl, Tremor, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen

Gelegentlich: extrapyramidale Störungen

Selten: Krampfanfälle, Restless-Legs-Syndrom (RLS)

Sehr selten: Serotonin-Syndrom (Symptome können Agitiertheit, Verwirrtheit, Diaphoresis, Halluzinationen, Hyperreflexie, Myoklonus, Schüttelfrost, Tachykardie und Tremor einschließen)

Es wurde über extrapyramidale Störungen einschließlich orofazialer Dystonie berichtet. Die Symptome traten gelegentlich bei Patienten mit zugrunde liegenden Bewegungsstörungen oder mit gleichzeitiger Neuroleptikabehandlung auf.

Augenerkrankungen

Häufig: verschwommenes Sehen

Gelegentlich: Mydriasis (siehe Abschnitt 4.4)

Sehr selten: akutes Glaukom

Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths

Nicht bekannt: Tinnitus

Herzerkrankungen

Gelegentlich: Sinus-Tachykardie

Selten: Bradykardie

Gefäßerkrankungen

Gelegentlich: vorübergehender Blutdruckanstieg oder -abfall, orthostatische Hypotonie

Nach der Behandlung mit Paroxetin wurde vorübergehender Blutdruckanstieg oder -abfall beobachtet, üblicherweise bei Patienten mit vorher bestehender Hypertonie oder Angst.

Erkrankungen der Atemwege, des Brustraumes und Mediastinums

Häufig: Gähnen

Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes

Sehr häufig: Übelkeit

Häufig: Obstipation, Diarrhoe, Erbrechen, Mundtrockenheit

Sehr selten: gastrointestinale Blutungen

Nicht bekannt: Mikroskopische Kolitis

Leber- und Gallenerkrankungen

Selten: Erhöhung der Leberenzymwerte

Sehr selten: Lebererkrankungen (wie Hepatitis, teilweise in Verbindung mit Gelbsucht und/oder Leberversagen)

Es wurde über Erhöhungen der Leberenzymwerte berichtet. Sehr selten gab es Berichte über Lebererkrankungen (wie Hepatitis, teilweise in Verbindung mit Gelbsucht und/oder Leberversagen) in der Postmarketing-Phase. Das Absetzen von Paroxetin sollte bei anhaltender Erhöhung von Leberfunktionswerten erwogen werden.

Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes

Häufig: Schwitzen

Gelegentlich: Hautausschlag, Juckreiz

Sehr selten: schwerwiegende Hautreaktionen (einschließlich Erythema multiforme, Stevens-Johnson Syndrom, toxische epidermale Nekrolyse), Urtikaria, Photosensitivitätsreaktionen

Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen

Selten: Arthralgie, Myalgie

In epidemiologischen Studien, die hauptsächlich mit Patienten durchgeführt wurden, die 50 Jahre oder älter waren, wurde bei denen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI) oder trizyklischen Antidepressiva (TCA) behandelt wurden, ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Knochenbrüchen beobachtet. Der

Paroxetin-Hormosan 33,1 mg/ml Tropfen zum Einnehmen, Lösung



Mechanismus, der zu diesem Risiko führt, ist nicht bekannt.

Erkrankungen der Niere und der Harnwege
Gelegentlich: Harnretention, Harninkontinenz

Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse

Sehr häufig: sexuelle Dysfunktion
Selten: Hyperprolaktinämie/Galaktorrhoe, Menstruationsstörungen (einschließlich Menorrhagie, Metrorrhagie, Amenorrhoe, verspäteter Menstruation und unregelmäßiger Menstruation)

Sehr selten: Priapismus
Nicht bekannt: postpartale Hämorrhagie
Dieses Ereignis wurde für die therapeutische Klasse der SSRI/SNRI berichtet (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6).

Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort

Häufig: Schwächezustand, Gewichtszunahme
Sehr selten: periphere Ödeme

Absetzsymptome nach Beendigung der Behandlung mit Paroxetin

Häufig: Schwindel, sensorische Störungen, Schlafstörungen, Angst, Kopfschmerzen
Gelegentlich: Agitiertheit, Übelkeit, Tremor, Verwirrtheit, Schwitzen, emotionale Instabilität, Sehstörungen, Palpitationen, Diarrhoe, Reizbarkeit

Das Absetzen von Paroxetin kann, insbesondere wenn es abrupt geschieht, häufig zu Absetzsymptomen wie Schwindel, sensorischen Störungen (einschließlich Parästhesie, Stromschlaggefühl und Tinnitus), Schlafstörungen (einschließlich intensiver Träume), Agitiertheit oder Angst, Übelkeit, Tremor, Verwirrtheit, Schwitzen, Kopfschmerzen, Diarrhoe, Palpitationen, emotionaler Instabilität, Reizbarkeit und Sehstörungen führen.

Im Allgemeinen sind diese Symptome leicht oder mittelgradig ausgeprägt und klingen von selbst ab, bei einigen Patienten können sie jedoch auch schwer verlaufen und/oder länger andauern. Daher sollte die Behandlung mit Paroxetin, wenn sie nicht mehr länger nötig ist, durch schrittweise Verringerung der Dosis beendet werden (siehe Abschnitt 4.2 und Abschnitt 4.4).

Nebenwirkungen aus klinischen Studien mit Kindern und Jugendlichen

Die folgenden Nebenwirkungen sind beobachtet worden: Erhöhtes suizidales Verhalten (Suizidversuche und suizidale Gedanken eingeschlossen), selbstschädigendes Verhalten und erhöhte Aggressivität/Feindseligkeit.

Suizidale Gedanken und Suizidversuche wurden vor allem in klinischen Studien bei Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen (Episoden einer Major Depression) beobachtet. Eine erhöhte Aggressivität/Feindseligkeit trat vor allem bei Kindern mit Zwangsstörung, besonders bei Kindern unter 12 Jahren, auf.

Weitere Symptome, die beobachtet wurden, waren verminderter Appetit, Tremor, Schwitzen, Hyperkinese, Agitiertheit, emotionale Labilität (Weinen und Stimmungsschwankungen eingeschlossen), blutungsbedingte Nebenwirkungen, vor allem der Haut und der Schleimhäute.

Nebenwirkungen, die nach Beendigung/Ausschleichen der Behandlung mit Paroxetin beobachtet wurden, sind emotionale Labilität (Weinen, Stimmungsschwankungen, selbstschädigendes Verhalten, suizidale Gedanken und Suizidversuche eingeschlossen), Nervosität, Schwindel, Übelkeit und Abdominalschmerzen (siehe Abschnitt 4.4).

Siehe Abschnitt 5.1 für mehr Informationen zu klinischen Studien mit Kindern und Jugendlichen.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abt. Pharmakovigilanz, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, D-53175 Bonn, Website: www.bfarm.de anzuzeigen.

4.9 Überdosierung

Symptome von Intoxikation

Aufgrund vorliegender Informationen über Überdosierung mit Paroxetin ergibt sich ein hoher Sicherheitsbereich.

Bei Überdosierungen mit Paroxetin wurde zusätzlich zu den Symptomen, die im Abschnitt 4.8 aufgeführt sind, über Fieber und unwillkürliche Muskelkontraktionen berichtet. Wurde Paroxetin allein eingenommen, erholten sich die Patienten in den meisten Fällen selbst von Dosen bis zu 2000 mg ohne schwerwiegende Folgen.

Ereignisse wie Koma und EKG-Veränderungen wurden gelegentlich berichtet, nahmen jedoch sehr selten einen tödlichen Verlauf, überwiegend dann, wenn Paroxetin zusammen mit anderen psychotropen Arzneimitteln (mit oder ohne Alkohol) eingenommen wurde.

Therapie von Intoxikationen

Ein spezifisches Antidot ist nicht bekannt.

Die Therapie sollte aus Allgemeinmaßnahmen bestehen, die generell bei Überdosierung mit einem Antidepressivum getroffen werden.

Die Gabe von 20 bis 30 Gramm Aktivkohle kann, wenn möglich, innerhalb von wenigen Stunden nach der Einnahme der Überdosis in Erwägung gezogen werden, um die Absorption von Paroxetin zu verringern. Eine unterstützende Behandlung mit häufiger Kontrolle der Vitalzeichen und sorgfältiger Überwachung ist angezeigt. Die Behandlung des Patienten sollte sich nach dem klinischen Verlauf richten.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antidepressiva – Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), ATC-Code: N06AB05

Wirkmechanismus

Paroxetin ist ein potenter und selektiver Wiederaufnahmehemmer von 5-Hydroxytryptamin (5-HT, Serotonin), dessen antidepressive Wirkung und Wirksamkeit bei der Behandlung der Zwangsstörung, der sozialen Angststörung/sozialen Phobie, generalisierten Angststörung, der posttraumatischen Belastungsstörung und der Panikstörung durch die spezifische Hemmung der Aufnahme von 5-HT in die Gehirnneuronen erklärt wird.

Paroxetin ist chemisch nicht mit trizyklischen, tetrazyklischen oder anderen verfügbaren Antidepressiva verwandt.

Paroxetin hat nur eine geringe Affinität zu den muskarinartigen cholinergen Rezeptoren. Ebenso weisen die Ergebnisse von Tierversuchen auf nur geringe anticholinerge Eigenschaften hin.

In Übereinstimmung mit dieser selektiven Wirkungsweise hat Paroxetin in *in-vitro*-Studien gezeigt, dass es im Gegensatz zu trizyklischen Antidepressiva nur eine geringe Affinität zu α_1 -, α_2 - und β -Adrenorezeptoren, Dopamin-(D₂), 5-HT₁-, ähnlichen, 5-HT₂- und Histamin-(H₁)-Rezeptoren hat.

Diese fehlende Interaktion mit post-synaptischen Rezeptoren *in-vitro* wird durch *in-vivo*-Studien bestätigt, die das Fehlen von hemmenden Wirkungen auf das zentrale Nervensystem und von hypotensiven Eigenschaften zeigen.

Pharmakodynamische Wirkungen

Paroxetin beeinträchtigt nicht die psychomotorischen Funktionen des Menschen und potenziert nicht die dämpfenden Wirkungen von Ethanol.

Wie andere selektive 5-HT-Wiederaufnahmehemmer auch, verursacht Paroxetin Symptome einer exzessiven 5-HT-Rezeptorstimulation, wenn es Tieren verabreicht wird, die zuvor Monoaminoxidase(MAO)-Hemmer oder Tryptophan erhielten.

Verhaltensstudien und EEG-Studien zeigen, dass Paroxetin in Dosen, die im Allgemeinen höher als die zur Hemmung der 5-HT-Aufnahme benötigten Dosen sind, schwach aktivierend wirkt. Diese aktivierenden Eigenschaften sind in ihrer Art nicht amphetaminähnlich.

Tierstudien zeigen, dass Paroxetin vom kardiovaskulären System gut vertragen wird. Paroxetin verursacht keine klinisch signifikanten Änderungen des Blutdrucks, der Herzfrequenz und des EKGs nach Verabreichung an gesunde Probanden.

Studien zeigen, dass Paroxetin im Vergleich zu Antidepressiva, welche die Wiederaufnahme von Noradrenalin hemmen, eine sehr viel geringere Neigung hat, die antihypertensive Wirkung von Guanethidin zu hemmen.

Bei der Behandlung von depressiven Erkrankungen ist die Wirksamkeit von Paroxetin vergleichbar mit derjenigen von Standardantidepressiva.

Es gibt Hinweise, dass Paroxetin für Patienten, die auf eine Standardtherapie nicht angesprochen haben, von therapeutischem Wert ist.

Die Einnahme am Morgen hat keine negativen Auswirkungen auf die Schlafqualität oder -dauer. Darüber hinaus stellen die Patienten wahrscheinlich einen verbesserten Schlaf fest, wenn sie auf die Paroxetin Therapie ansprechen.

Suizidalitätsanalyse bei Erwachsenen

Eine Paroxetin-spezifische Analyse von Placebo-kontrollierten Studien an Erwachsenen mit psychiatrischen Erkrankungen zeigte eine höhere Frequenz von suizidalem Verhalten bei jungen Erwachsenen (im Alter von 18–24 Jahren), die mit Paroxetin behandelt wurden, im Vergleich zu Placebo (2,19 % vs. 0,92 %). In den älteren Altersgruppen wurde diese Zunahme nicht beobachtet. Bei Erwachsenen mit Episoden einer Major Depression (alle Altersgruppen) kam es zu einer Zunahme der Frequenz von suizidalem Verhalten bei Patienten, die mit Paroxetin im Vergleich zu Placebo behandelt wurden (0,32 % vs 0,05 %). All diese Ereignisse waren Selbstmordversuche. Allerdings machten die Mehrheit dieser Versuche (8 von 11) unter Paroxetin junge Erwachsene (siehe auch Abschnitt 4.4).

Dosisresponse

Bei den Studien mit fester Dosis ergab sich eine flache Dosisresponsekurve, die keinen Wirkvorteil für eine höhere als die empfohlene Dosierung lieferte. Jedoch gibt es einige klinische Daten dafür, dass eine Dosissteigerung für einige Patienten von Nutzen sein könnte.

Wirksamkeit bei Langzeitbehandlung

Die Wirksamkeit bei Langzeitbehandlung von Paroxetin zur Behandlung von Depressionen wurde in einer 52-Wochen-Erhaltungsstudie zur Rückfallprophylaxe (Relapse prevention) gezeigt: 12 % der Patienten in der Paroxetin-Gruppe (20 bis 40 mg täglich) erfuhren einen Rückfall gegenüber 28 % in der Placebogruppe.

Die Wirksamkeit bei Langzeitbehandlung von Paroxetin zur Behandlung von Zwangsstörungen wurde in drei 24-Wochen-Erhaltungsstudien zur Rückfallprophylaxe (Relapse prevention) gezeigt. Eine der drei Studien zeigte einen signifikanten Unterschied im Anteil von Rückfallpatienten unter Paroxetin (38 %) im Vergleich zu Placebo (59 %).

Die Wirksamkeit bei Langzeitbehandlung von Paroxetin zur Behandlung von Panikstörungen wurde in einer 24-Wochen-Erhaltungsstudie zur Rückfallprophylaxe (Relapse prevention) gezeigt: 5 % der Patienten in der Paroxetin-Gruppe (10 bis 40 mg täglich) erfuhren einen Rückfall gegenüber 30 % in der Placebogruppe. Diese Ergebnisse wurden durch eine 36-Wochen-Erhaltungsstudie unterstützt.

Die Wirksamkeit bei Langzeitbehandlung von sozialer Phobie, generalisierter Angststörung und posttraumatischer Belastungs-

störung wurde bislang nicht hinreichend belegt.

Nebenwirkungen von pädiatrischen klinischen Studien

In klinischen Kurzzeitstudien (bis zu 10–12 Wochen) bei Kindern und Jugendlichen wurden folgende Nebenwirkungen bei mit Paroxetin behandelten Patienten mit einer Frequenz von mindestens 2 % der Patienten beobachtet und traten mindestens doppelt so oft wie bei Placebo auf: vermehrtes suizidales Verhalten (inklusive Suizidversuche und suizidale Gedanken), selbstschädigendes Verhalten und vermehrte Feindseligkeit. Suizidgedanken und suizidales Verhalten wurden hauptsächlich in klinischen Studien an Jugendlichen mit Episoden einer Major Depression beobachtet. Vermehrte Feindseligkeit trat besonders bei Kindern mit Zwangsstörungen auf und insbesondere bei Kindern unter 12 Jahren. Zusätzliche Ereignisse, welche in der Paroxetin-Gruppe häufiger als in der Placebo-Gruppe beobachtet wurden, waren: verminderter Appetit, Tremor, Schwitzen, Hyperkinesie, Agitiertheit, emotionale Labilität (inklusive Weinen und Stimmungsschwankungen).

In Studien mit ausschleichenden Regimen wurden Symptome während der Ausschleichphase oder nach Absetzen von Paroxetin mit einer Frequenz von mindestens 2 % beobachtet. Die Symptome traten mit einer Rate, die mindestens doppelt so hoch wie bei Placebo war, auf: Emotionale Labilität (inklusive Weinen, Stimmungsschwankungen, Selbstverletzung, suizidalen Gedanken und Suizidversuch), Nervosität, Schwindel, Übelkeit und abdominale Schmerzen (siehe Abschnitt 4.4).

In 5 Parallelgruppen-Studien mit einer Behandlungsdauer von 8 Wochen bis zu 8 Monaten wurden blutungsbedingte Nebenwirkungen, vor allem der Haut und Schleimhäute, bei Patienten, die mit Paroxetin behandelt wurden mit einer Frequenz von 1,74 % im Vergleich zu 0,74 % bei Placebo, beobachtet.

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Resorption

Paroxetin wird nach oraler Einnahme gut resorbiert und unterliegt einer First-Pass-Metabolisierung. Aufgrund der First-Pass-Metabolisierung ist die Menge an verfügbarem Paroxetin im systemischen Kreislauf geringer als nach Resorption aus dem Gastrointestinaltrakt. Eine teilweise Sättigung dieses First-Pass-Metabolismus und eine verringerte Plasma-Clearance resultieren nach Gabe höherer Einzeldosen oder nach Mehrfachgabe in einem überproportionalen Anstieg der absoluten Bioverfügbarkeit von Paroxetin und da die pharmakokinetischen Parameter nicht konstant sind, in einer nicht-linearen Kinetik. Die nicht-lineare Kinetik ist aber im Allgemeinen gering ausgeprägt und auf die Patienten beschränkt, die bei niedrigen Dosierungen niedrige Plasmaspiegel erreichen.

Steady-State-Konzentrationen werden 7 bis 14 Tage nach Beginn der Behandlung mit schnell freisetzungsfähigen Darreichungsformen oder Darreichungsformen mit verzögerter

Wirkstofffreisetzung erreicht. Die Pharmakokinetik scheint sich während der Langzeitbehandlung nicht zu verändern.

Verteilung

Paroxetin wird extensiv in das Gewebe verteilt und pharmakokinetische Berechnungen zeigen, dass nur 1 % des Paroxetins im Körper sich im Plasma findet.

Ungefähr 95 % des im Plasma vorhandenen Paroxetins liegen im therapeutischen Konzentrationsbereich proteingebunden vor.

Es wurde keine Korrelation zwischen den Paroxetin-Plasma-Konzentrationen und der klinischen Wirkung festgestellt (in Bezug auf Unbedenklichkeit und Wirksamkeit).

Biotransformation

Die Hauptmetaboliten von Paroxetin sind polare und konjugierte Produkte aus Oxidations- und Methylierungsvorgängen, die rasch ausgeschieden werden. Wegen ihrer relativ geringen pharmakologischen Aktivität ist es äußerst unwahrscheinlich, dass die Metaboliten zu den therapeutischen Wirkungen von Paroxetin beitragen.

Der Metabolismus beeinträchtigt nicht die selektive Wirkung von Paroxetin auf die neuronale Aufnahme von 5-HT.

Elimination

Die Harnausscheidungsrate von unverändertem Paroxetin liegt im Allgemeinen unter 2 % der applizierten Dosis, während die der Metaboliten bei ungefähr 64 % liegt. Etwa 36 % der Dosis werden wahrscheinlich über die Galle mit den Fäzes ausgeschieden; unverändertes Paroxetin ist zu weniger als 1 % der applizierten Menge in den Fäzes enthalten. Paroxetin wird also nahezu vollständig durch Metabolisierung eliminiert.

Die Ausscheidung der Metaboliten verläuft in zwei Phasen. Initial unterliegt Paroxetin einem First-Pass-Metabolismus und nachfolgend erfolgt eine kontrollierte systemische Elimination von Paroxetin.

Die Eliminationshalbwertszeit ist variabel, beträgt aber generell etwa einen Tag.

Besondere Patientengruppen

Ältere Patienten und Patienten mit Nieren- und/oder Leberfunktionsstörungen

Bei älteren Menschen sowie bei Patienten mit schweren Nierenfunktionsstörungen oder mit Leberfunktionsstörungen treten erhöhte Paroxetin-Plasmaspiegel auf, aber der Schwankungsbereich dieser Plasmakonzentrationen überlappt sich mit demjenigen bei gesunden Erwachsenen.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Toxikologische Untersuchungen wurden mit Rhesusaffen und Albinoratten durchgeführt, bei denen die Verstoffwechselung von Paroxetin auf ähnliche Weise erfolgt wie beim Menschen. Wie es bei einer lipophilen Aminverbindung, einschließlich trizyklischer Antidepressiva, zu erwarten ist, wurde bei Ratten eine Phospholipidose festgestellt.

Bei Primaten wurde eine Phospholipidose bei einer bis zu einjährigen Behandlungsdauer mit Dosen, die sechsmal höher als die empfohlenen therapeutischen Dosen waren, nicht gefunden.

Karzinogenität

Studien an Ratten und Mäusen über zwei Jahre ergaben keinen Hinweis auf ein karzinogenes Potenzial von Paroxetin.

Genotoxizität

In einer Reihe von *in-vitro*- und *in-vivo*-Mutagenitätstests wurden keine genotoxischen Wirkungen beobachtet.

Studien zur Reproduktionstoxizität an Ratten zeigten, dass Paroxetin die männliche und weibliche Fruchtbarkeit durch eine Senkung des Fertilitätsindex und der Schwangerschaftsrate beeinflusst.

Bei Ratten wurden eine erhöhte Sterblichkeit von Jungtieren und eine verzögerte Ossifikation beobachtet. Letztere waren eher auf die maternale Toxizität zurückzuführen, als dass ein direkter Effekt auf den Fetus bzw. das Neugeborene anzunehmen ist.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN**6.1 Liste der sonstigen Bestandteile**

Saccharin-Natrium (hydratisiert) (E 954)
Acesulfam-Kalium (E 950)
Pfefferminzaroma (ätherisches Minzöl, Levomenthol, Cineol, Ethanol, Wasser)
Polysorbat 80 (E 433)
Ethanol 96 %
Propylenglycol (E 1520)

6.2 Inkompatibilitäten

Da keine Kompatibilitätsstudien durchgeführt wurden, darf dieses Arzneimittel nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt werden.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

3 Jahre
Nach dem Öffnen sollte die Lösung nicht mehr als 56 Tage verwendet werden.

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Eine 20 ml Braunglasflasche (Typ III) gefüllt mit mindestens 18,5 ml Lösung. Die Flasche ist in einem Umkarton verpackt und enthält einen LDPE-Tropfer und einen HDPE-kindersicheren Verschluss.

Packungsgrößen: Packungen mit 1 Glasflasche und Packungen mit 3 x 1 Glasflasche (Bündelpackung).

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung

Keine besonderen Anforderungen.
Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

Hormosan Pharma GmbH
Hanauer Landstraße 139-143
60314 Frankfurt am Main
Tel. 0 69/4 78 73-0
Fax 0 69/4 78 73-16
info@hormosan.de
www.hormosan.de

8. ZULASSUNGSNUMMER

67595.00.00

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung:
15. Oktober 2007

Datum der letzten Verlängerung der Zulassung: 05. November 2010

10. STAND DER INFORMATION

Juli 2025

11. VERKAUFSABGRENZUNG

Verschreibungspflichtig

Rote Liste Service GmbH

www.fachinfo.de

Mainzer Landstraße 55
60329 Frankfurt

