

ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Detrusitol retard 2 mg - Kapseln

Detrusitol retard 4 mg - Kapseln

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

1 Retardkapsel enthält

2 mg / 4 mg Tolterodintartrat, entsprechend 1,37 mg / 2,74 mg Tolterodin.

Jede 2 mg Retardkapsel enthält maximal 61,52 mg Saccharose.

Jede 4 mg Retardkapsel enthält maximal 123,07 mg Saccharose.

Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Hartkapsel, retardiert

Die 2 mg Retardkapsel ist blaugrün mit weißem Aufdruck (Symbol und 2).

Die 4 mg Retardkapsel ist blau mit weißem Aufdruck (Symbol und 4).

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Symptomatische Behandlung von Dranginkontinenz und/oder Pollakisurie und imperativem Harndrang, wie zum Beispiel bei Patienten mit Reizblase.

4.2 Dosierung, Art und Dauer der Anwendung

Erwachsene (inkl. ältere Patienten):

Die empfohlene Dosis ist einmal täglich 4 mg. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion oder stark eingeschränkter Nierenfunktion ($GFR \leq 30$ ml/min) beträgt die empfohlene Dosis einmal täglich 2 mg (siehe Abschnitte 4.4. und 5.2.). Bei unangenehmen Nebenwirkungen kann die Dosis von 4 mg auf 2 mg täglich reduziert werden.

Die Retardkapseln können mit oder ohne Mahlzeit eingenommen werden. Sie müssen unzerkaut geschluckt werden.

Die Wirkung der Behandlung sollte nach 2-3 Monaten erneut überprüft werden (siehe Abschnitt 5.1).

Kinder:

Die Wirksamkeit von Detrusitol retard bei Kindern konnte bisher nicht nachgewiesen werden (siehe Abschnitt 5.1). Daher wird Detrusitol retard für Kinder nicht empfohlen.

4.3 Gegenanzeigen

Tolterodin darf nicht angewendet werden bei Patienten mit

- Harnretention
- unzureichend behandeltem Engwinkelglaukom
- Myasthenia gravis
- bekannter Überempfindlichkeit gegen Tolterodin oder einen der sonstigen Bestandteile
- schwerer Colitis ulcerosa
- toxischem Megacolon

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Tolterodin soll mit Vorsicht eingesetzt werden bei Patienten mit

- signifikanten obstruktiven Harnabflussstörungen verbunden mit dem Risiko der Harnretention
- obstruktiven Störungen des Gastrointestinaltraktes, z.B. Pylorusstenose
- eingeschränkter Nierenfunktion (siehe Abschnitte 4.2. und 5.2.)
- Lebererkrankung (siehe Abschnitte 4.2. und 5.2.)
- Neuropathie des autonomen Nervensystems
- Hiatushernie
- Risiko zu verminderter gastrointestinaler Motilität

Bei Mehrfachgabe von oralem, nicht-retardierte Tolterodin in einer Tagesdosis von 4 mg (therapeutische Dosierung) und 8 mg (über therapeutischem Dosisbereich) zeigte sich eine Verlängerung des QTc Intervalls (siehe Abschnitt 5.1). Die klinische Bedeutung dieser Befunde ist unklar und ist von den beim jeweiligen Patienten vorliegenden Risikofaktoren und individuellen Umständen abhängig. Tolterodin sollte daher bei Patienten mit folgenden Risikofaktoren für eine QT-Verlängerung mit Vorsicht angewendet werden:

- angeborene oder dokumentierte erworbene QT-Verlängerung
- Elektrolytstörungen wie etwa Hypokalämie, Hypomagnesiämie und Hypokalziämie
- Bradykardie
- relevante vorbestehende Herzerkrankungen (z.B. Kardiomyopathie, myokardiale Ischämie, Arrhythmien, dekompensierte Herzinsuffizienz)
- gleichzeitige Anwendung von Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern wie etwa Antiarrhythmika der Klassen IA (z.B. Chinidin, Procainamid) und III (z.B. Amiodaron, Sotalol).

Dies gilt besonders bei Anwendung von starken CYP3A4 Inhibitoren (siehe Abschnitt 5.1). Eine gemeinsame Anwendung mit starken CYP3A4 Inhibitoren sollte vermieden werden (siehe Abschnitt 4.5).

Wie bei allen Therapien der Symptome von imperativem Harndrang und Dranginkontinenz sollen organische Ursachen für imperativen Harndrang und Pollakisurie vor der Therapie beachtet werden.

Patienten mit der seltenen hereditären Fruktose-Intoleranz, Glukose-Galaktose-Malabsorption oder Invertase-Isomaltase-Insuffizienz dürfen dieses Arzneimittel nicht einnehmen.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Die gleichzeitige systemische Behandlung mit potenten CYP3A4 Inhibitoren wie z.B. Makrolidantibiotika (z.B. Erythromycin und Clarithromycin), Antimykotika (z.B. Ketoconazol und Itraconazol) und Antiproteasen wird aufgrund der erhöhten Tolterodinkonzentration im Serum bei langsamen CYP2D6 Metabolisierern wegen des (daraus folgenden) Risikos der Überdosierung nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.4.).

Die gleichzeitige Behandlung mit anderen Arzneimitteln mit antimuscarinischen Eigenschaften kann die therapeutische Wirkung und Nebenwirkungen verstärken. Umgekehrt kann die therapeutische Wirkung von Tolterodin durch gleichzeitige Gabe von cholinergen Muscarin-Rezeptoragonisten vermindert werden.

Die Wirkung von Prokinetika wie Metoclopramid und Cisaprid kann durch Tolterodin vermindert werden.

Gleichzeitige Gabe von Fluoxetin (ein starker Inhibitor von CYP2D6) bewirkt keine klinisch signifikante Wechselwirkung, da Tolterodin und sein CYP2D6-abhängiger Metabolit, 5-Hydroxymethyltolterodin, gleich wirksam sind.

Wechselwirkungsstudien zeigten keinen Hinweis auf Interaktionen mit Warfarin oder kombinierten oralen Kontrazeptiva (Ethinylestradiol/Levonorgestrel).

Eine klinische Studie hat gezeigt, dass Tolterodin kein metabolischer Inhibitor von CYP2D6, 2C19, 2C9, 3A4 oder 1A2 ist. Ein Plasmaspiegelanstieg von Substanzen, die über diese Isoenzymssysteme metabolisiert werden, ist daher bei Kombination mit Tolterodin nicht zu erwarten.

4.6 Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft

Es gibt keine entsprechenden Daten zur Anwendung von Tolterodin bei schwangeren Frauen. Studien an Tieren haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt (siehe Abschnitt 5.3). Das mögliche Risiko für den Menschen ist unbekannt.

Daher wird Detrusitol retard während der Schwangerschaft nicht empfohlen.

Stillzeit

Es gibt keine verfügbaren Daten zur Ausscheidung von Tolterodin über die Muttermilch. Daher ist die Anwendung während der Stillzeit zu vermeiden.

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

Das Arzneimittel kann Akkommodationsstörungen hervorrufen und die Reaktionszeit beeinflussen. Deshalb sind negative Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen möglich.

4.8. Nebenwirkungen

Aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften kann Tolterodin leichte bis mäßige antimuscarinische Wirkungen wie Mundtrockenheit, Dyspepsie und trockene Augen verursachen. Die folgende Tabelle gibt die Erfahrungen mit Detrusitol retard aus klinischen Prüfungen und seit der Vermarktung wieder.

Die am häufigsten genannte Nebenwirkung war Mundtrockenheit bei 23,4 % der mit Detrusitol retard und bei 7,7 % der mit Placebo behandelten Patienten.

	Sehr häufig (≥1/10)	häufig (≥1/100 und <1/10)	gelegentlich (≥1/1000 und <1/100)	Nicht bekannt (kann anhand der vorliegenden Daten nicht abgeschätzt werden)
Infektionen und parasitäre Erkrankungen		Sinusitis		
Erkrankungen des Immunsystems			Überempfindlichkeit	Anaphylaktoide Reaktionen
Psychiatrische Erkrankungen			Nervosität	Verwirrung, Halluzinationen, Desorientiertheit
Erkrankungen des Nervensystems		Schwindel, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen	Parästhesien, beeinträchtigt Erinnerungsvermögen	

	Sehr häufig ($\geq 1/10$)	häufig ($\geq 1/100$ und <1/10)	gelegentlich ($\geq 1/1000$ und <1/100)	Nicht bekannt (kann anhand der vorliegenden Daten nicht abgeschätzt werden)
Augenerkrankungen		trockene Augen, Sehstörungen (inkl. Akkommodations- störungen)		
Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths			Vertigo	
Herzkrankungen			Palpitationen, Herzinsuffizienz, Arrhythmie	Tachykardie
Gefäßerkrankungen				Flushing
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	Trockener Mund	Dyspepsie, Verstopfung, Bauchschmerzen, Blähungen, Diarrhoe		Gastroösophagealer Reflux, Erbrechen
Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes				Angioödem, trockene Haut
Erkrankungen der Nieren und Harnwege		Dysurie	Harnretention	
Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort		Müdigkeit, periphere Ödeme	Schmerzen im Brustkorb	

Fälle einer Verstärkung der Symptome einer Demenz (z.B. Verwirrtheit, Desorientiertheit, Wahnvorstellungen) wurden bei Patienten, die zur Behandlung von Demenz Cholinesterasehemmer einnahmen, nach Einleitung einer Therapie mit Tolterodin beschrieben.

Pädiatrische Patienten:

Bei zwei pädiatrischen, randomisierten, Placebo-kontrollierten, doppelblinden Phase-III-Studien über 12 Wochen, in die insgesamt 710 pädiatrische Patienten aufgenommen wurden, war der Prozentsatz der Patienten mit Harnwegsinfektionen, Diarrhoe und abnormalem Verhalten bei den mit Tolterodin behandelten Patienten höher als mit Placebo (Harnwegsinfektionen: Tolterodin 6,8 %, Placebo 3,6 %; Diarrhoe: Tolterodin 3,3 %, Placebo 0,9 %; abnormales Verhalten: Tolterodin 1,6 %, Placebo 0,4 %). (Siehe Abschnitt 5.1)

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 über das nationale Meldesystem anzuzeigen:

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
 Traisengasse 5
 1200 WIEN
 ÖSTERREICH
 Fax: + 43 (0) 50 555 36207
 Website: <http://www.basg.gv.at/>

4.9. Überdosierung

Als höchste Einzeldosis wurde Probanden 12,8 mg Tolterodintartrat in der schnell freisetzenden Darreichungsform verabreicht. Als schwerwiegendste Nebenwirkungen wurden daraufhin Akkommodationsstörungen und Miktionsbeschwerden beobachtet.

Bei einer Überdosierung von Tolterodin sollte eine Magenspülung durchgeführt und Aktivkohle verabreicht werden. Die Symptome sollen folgendermaßen behandelt werden:

- schwere anticholinerge Symptome des ZNS (z.B. Halluzinationen, schwere Erregungszustände): Verabreichung von Physostigmin
- Krampfanfälle oder starke Erregung: Verabreichung von Benzodiazepinen
- respiratorische Insuffizienz: künstliche Beatmung
- Tachykardie: Verabreichung von Betablockern
- Harnretention: Katheterisierung
- Mydriasis: Behandlung mit pilocarpinhaltigen Augentropfen und/oder Unterbringung des Patienten in einem dunklen Raum

Eine Verlängerung des QT-Intervalls wurde bei 4-tägiger Anwendung in einer Gesamttagesdosis von 8 mg nicht-retardiertem Tolterodin (das Doppelte der empfohlenen Tagesdosis für die nicht-retardierte Darreichungsform; entspricht dem Dreifachen der maximalen Plasmakonzentration mit der retardierten Darreichungsform) beobachtet. Im Falle einer Überdosierung von Tolterodin sollten allgemeine unterstützende Maßnahmen zur Behandlung einer QT-Verlängerung angewandt werden.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologische Spasmolytika
ATC Code: G04BD07

Tolterodin ist ein kompetitiver, spezifischer Muscarinrezeptorantagonist mit einer höheren Selektivität in vivo für die Harnblase im Vergleich zu den Speicheldrüsen. Einer der Tolterodinmetaboliten (5-Hydroxymethyl-Derivat) gleicht in seiner pharmakologischen Wirkung der Ausgangssubstanz. Diese Substanz trägt bei schnellen Metabolisierern wesentlich zum therapeutischen Effekt bei (siehe 5.2.).

Ein Wirkungseintritt kann innerhalb von 4 Wochen erwartet werden.

In den Phase III Studien waren der primäre Endpunkt die Reduzierung der Inkontinenzepisoden und der sekundäre Endpunkt die Reduzierung der Miktionen in 24 Stunden und der Anstieg des mittleren Miktionsvolumens. Diese Parameter sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Wirkung von Detrusitol retard 4 mg einmal täglich nach 12 Wochen, im Vergleich zu Placebo.
Absolute und prozentuale Veränderungen bezogen auf die Ausgangswerte.
Behandlungsunterschied Detrusitol vs. Placebo: geschätzte mittlere Veränderung nach der Methode der kleinsten Quadrate und 95 % Konfidenzintervall

	Detrusitol retard 4 mg 1 x täglich (n=507)	Placebo (n=508)	Behandlungsunterschied vs. Placebo: mittlere Veränderung und 95 % CI	Statistische Signifikanz vs. Placebo (p-Wert)
Anzahl der Inkontinenz-episoden/Woche	-11,8 (-54 %)	-6,9 (-28 %)	-4,8 (-7,2; -2,5)*	< 0,001
Anzahl der Miktionen in 24 Stunden	-1,8 (-13 %)	-1,2 (-8 %)	-0,6 (-1,0; -0,2)	0,005
Mittleres Miktionsvolumen (ml)	+34 (+27 %)	+14 (+12 %)	+20 (14; 26)	< 0,001

*) 97,5 % Konfidenzintervall nach Bonferroni

Nach 12 Wochen Behandlung berichteten 23,8 % (121/507) der Detrusitol-Gruppe und 15,7 % (80/508) der Placebo-Gruppe, subjektiv keine oder geringe Blasenprobleme zu haben.

Die Wirkung von Tolterodin wurde bei Patienten untersucht, die bei Baseline anhand einer urodynamischen Bewertung überprüft und anhand ihrer urodynamischen Ergebnisse einer urodynamisch positiven (motorischer Harndrang) und einer urodynamisch negativen (sensorischer Harndrang) Gruppe zugeteilt wurden. Innerhalb jeder der beiden Gruppen wurden die Patienten für Tolterodin oder Placebo randomisiert. Die Studie konnte keinen zwingenden Nachweis dafür erbringen, dass Tolterodin bei Patienten mit sensorischem Harndrang eine gegenüber Placebo verbesserte Wirkung hatte.

Die klinischen Wirkungen von Tolterodin auf das QT-Intervall wurden anhand von EKGs bei mehr als 600 behandelten Patienten untersucht, und zwar einschließlich älteren und Patienten mit bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen. Zwischen Placebo und der Behandlungsgruppe unterschieden sich die Änderungen in den QT-Intervallen nicht signifikant voneinander.

Die Wirkung von Tolterodin auf die QT-Verlängerung wurde bei 48 männlichen und weiblichen Probanden im Alter von 18 bis 55 Jahren weiterführend untersucht. Die Probanden erhielten nicht-retardiertes Tolterodin in einer Dosis von 2 mg und 4 mg zweimal täglich. Die Ergebnisse (Fridericia-korrigiert) zum Zeitpunkt der maximalen Plasmakonzentration von Tolterodin (1 Stunde) zeigten eine mittlere Verlängerung der QTc-Intervalle von 5,0 und 11,8 msec mit einer Tolterodin-Dosis von 2 mg bzw. 4 mg zweimal täglich und um 19,3 msec. mit Moxifloxacin (400 mg), das als aktive interne Kontrolle diente. Anhand eines pharmakokinetischen /pharmakodynamischen Modells konnte geschätzt werden, dass die QTc-Verlängerungen bei Personen mit langsamer Metabolisierung (Personen mit CYP2D6-Mangel), die mit 2 mg Tolterodin behandelt wurden, mit jenen bei Personen mit schneller Metabolisierung, die mit 4 mg zweimal täglich behandelt wurden, vergleichbar waren. Mit beiden Dosen von Tolterodin wurden bei keinem Probanden ungeachtet seines individuellen Metabolismus ein Wert von 500 msec für das absolute QTcF oder von 60 msec für die Veränderung gegenüber Baseline beobachtet, wobei diese beiden Werte als Grenzwerte gelten, bei deren Überschreitung Anlass zu Besorgnis besteht. Die Dosis von 4 mg zweimal täglich entspricht einer Spitzenkonzentration (C_{max}), die um das 3fache höher ist als die Plasmakonzentration mit der höchsten therapeutischen Dosis von Detrusitol retard.

Pädiatrische Patienten:

Die Wirksamkeit bei pädiatrischen Patienten konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Es wurden zwei pädiatrische, randomisierte, Placebo-kontrollierte, doppelblinde Phase-III-Studien über 12 Wochen mit Tolterodin-Retardkapseln durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 710 pädiatrische Patienten (486 mit Tolterodin und 224 mit Placebo) im Alter von 5-10 Jahren mit Pollakisurie oder Dranginkontinenz untersucht. In keiner der beiden Studien wurden signifikante Unterschiede

zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Veränderung in der Gesamtzahl der Inkontinenzepisoden pro Woche beobachtet. (Siehe Abschnitt 4.8)

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Darreichungsspezifische pharmakokinetische Eigenschaften:

Die Resorption von Tolterodin aus Retardkapseln erfolgt langsamer als aus den nicht-retardierten Filmtabletten. Aus diesem Grund werden die maximalen Serumkonzentrationen nach 4 (2-6) Stunden nach Verabreichung der Kapseln beobachtet. Die Halbwertszeit von Tolterodin liegt bei Einnahme von Retardkapseln bei schnellen Metabolisierern bei 6 Stunden, bei langsamen Metabolisierern (CYP 2D6-Mangel) bei 10 Stunden.

Steady-state-Konzentrationen werden innerhalb von 4 Tagen nach Einnahme der Retardkapseln erreicht.

Nahrung hat keinen Einfluss auf die Bioverfügbarkeit der Retardkapseln.

Resorption

Nach oraler Einnahme unterliegt Tolterodin dem durch CYP 2D6 katalysierten First-Pass-Effekt in der Leber und wird zu dem equipotenten Hauptmetaboliten (5-Hydroxymethyl-Derivat) abgebaut. Die absolute Bioverfügbarkeit von Tolterodin beträgt 17 % bei schnellen Metabolisierern (Mehrzahl der Patienten) und 65 % bei langsamen Metabolisierern (CYP 2D6-Mangel).

Verteilung

Tolterodin und der 5-Hydroxymethyl-Metabolit werden vor allem an saure α_1 -Glykoproteine (Orosomucoide) gebunden. Die ungebundenen Anteile betragen 3,7 % bzw. 36 %. Das Verteilungsvolumen von Tolterodin beträgt 113 Liter.

Elimination

Tolterodin wird nach oraler Einnahme extensiv in der Leber metabolisiert. Der primäre Metabolismus wird durch das polymorphe Enzym CYP 2D6 initiiert und führt zur Bildung des 5-Hydroxymethyl-Metaboliten. Durch weitere Verstoffwechslung entstehen 5-Carboxylsäure- und N-dealkylierte 5-Carboxylsäure-Metaboliten, die etwa 51 % bzw. 29 % der im Urin nachgewiesenen Metaboliten ausmachen. Ein Anteil von ca. 7 % der Bevölkerung hat einen Mangel an CYP 2D6. Der Metabolismus bei diesen Personen (langsame Metabolisierer) verläuft über Dealkylierung über CYP 3A4 zu N'-dealkyliertem Tolterodin, welches klinisch nicht wirksam ist.

Die übrige Bevölkerung wird als schnelle Metabolisierer bezeichnet.

Die systemische Clearance von Tolterodin im Serum beträgt bei schnellen Metabolisierern ca. 30 l/Stunde. Bei langsamen Metabolisierern führt die reduzierte Clearance zu signifikant höheren Tolterodinkonzentrationen (ca. 7fach) im Serum und geringfügigen Konzentrationen des 5-Hydroxymethyl-Metaboliten.

Der 5-Hydroxymethyl-Metabolit ist pharmakologisch aktiv und genauso wirksam wie Tolterodin. Durch das unterschiedliche Proteinbindungsverhalten von Tolterodin und dem 5-Hydroxymethyl-Metaboliten ist die Konzentration von ungebundenem Tolterodin (AUC) bei verlangsamtem Metabolismus (CYP 2D6-Mangel) mit der Gesamtmenge des ungebundenen Tolterodins und des 5-Hydroxymethyl-Metaboliten bei Patienten mit CYP 2D6-Aktivität bei gleicher Dosierung vergleichbar.

Sicherheit, Verträglichkeit und klinische Wirksamkeit der Substanz sind unabhängig vom Phänotyp gleich.

Radioaktiv markiertes [¹⁴C]-Tolterodin wird zu 77 % im Urin und zu 17 % mit den Faeces ausgeschieden. Weniger als 1 % der Dosis wird als unveränderte Substanz und ca. 4 % als 5-Hydroxymethyl-Metabolit ausgeschieden. Der carboxylierte Metabolit sowie der entsprechende dealkylierte Metabolit machen ca. 51 % bzw. 29 % der im Urin nachgewiesenen Metaboliten aus.

Die Pharmakokinetik ist im therapeutischen Dosierungsbereich linear.

Spezielle PatientengruppenEingeschränkte Leberfunktion:

Bei Patienten mit Leberzirrhose findet man eine ca. zweifach höhere Konzentration an ungebundenem Tolterodin und dem 5-Hydroxymethyl-Metaboliten (siehe Abschnitte 4.2. und 4.4.).

Eingeschränkte Nierenfunktion:

Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (Inulin-Clearance GFR \leq 30 ml/min) ist die mittlere Konzentration an ungebundenem Tolterodin und seinem 5-Hydroxymethyl-Metaboliten verdoppelt. Die Plasmaspiegel anderer Metaboliten sind bei diesen Patienten stark erhöht (bis zum 12-fachen). Die klinische Relevanz dieser erhöhten Konzentrationen dieser Metaboliten ist unbekannt. Es liegen keine Daten für leichte bis mittlere Nierenfunktionsstörungen vor (siehe Abschnitte 4.2. und 4.4.).

Pädiatrische Patienten:

Die Exposition mit dem Wirkstoff pro mg Dosis ist bei Erwachsenen und Jugendlichen ähnlich. Die mittlere Exposition mit dem Wirkstoff pro mg Dosis ist bei Kindern im Alter von 5-10 Jahren ca. um das 2fache höher als bei Erwachsenen. (siehe Abschnitt 4.2 and 5.1).

5.3. Präklinische Daten zur Sicherheit

Studien zur Toxizität, Mutagenität, Kanzerogenität und Sicherheitspharmakologie brachten bis auf die pharmakologisch zu erwartenden Wirkungen keine klinisch relevanten Daten.

An Mäusen und Kaninchen wurden Reproduktionsstudien durchgeführt.

Tolterodin zeigte bei Mäusen keinen Einfluss auf die Fertilität oder Reproduktionsfunktion. Bei Plasmawerten (C_{\max} oder AUC), die 20 oder 7mal höher waren als jene bei behandelten Menschen, führte Tolterodin zu Embryoletalität und Missbildungen.

Bei Kaninchen wurden keine Missbildungen bei Plasmawerten (C_{\max} oder AUC), die 20 oder 3mal höher waren als jene bei behandelten Menschen, beobachtet.

Sowohl Tolterodin als auch seine aktiven Metaboliten beim Menschen verlängern die Dauer des Aktionspotentials (90 % Repolarisation) in Hunde-Purkinje-Fasern (14-75fache therapeutische Plasmaspiegel) und blockieren den Kaliumfluss in klonierten humanen ERG Kanälen (0,5-26,1fache therapeutische Plasmaspiegel).

Bei Hunden wurde eine Verlängerung des QT-Intervalls nach Anwendung von Tolterodin und seiner humanen Metaboliten (3,1-61,0fache therapeutische Plasmaspiegel) beobachtet. Die klinische Relevanz dieser Ergebnisse ist nicht bekannt.

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

Zuckerkügelchen (Saccharose und Maisstärke)

Hypromellose

Surelease E-7-19010 klar:

Ethylcellulose

mittelkettige Triglyzeride

Ölsäure

Retardkapselhülle:

Gelatine

Drucktinte:

Schellack
 Titandioxid (E 171)
 Propylenglykol
 Simeticon

Farbstoffe der blaugrünen Retardkapsel 2 mg:

Indigokarmin (E 132), gelbes Eisenoxid (E 172); Titandioxid (E 171)

Farbstoffe der blauen Retardkapsel 4 mg:

Indigokarmin (E 132), Titandioxid (E 171)

6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend

6.3 Dauer der Haltbarkeit

2 Jahre

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Nicht über 30°C lagern.

Flaschen: Im Umkarton aufbewahren.

Blisterpackungen: Blisterpackungen in der Originalverpackung aufbewahren.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Detrusitol retard Kapseln sind entweder in Blisterpackungen aus PVC / PVDC- und Aluminiumfolie mit einer Heißsiegellackschicht aus PVDC oder HDPE-Flaschen mit LDPE Verschluss abgepackt.

Packungsgrößen:

Detrusitol retard Kapseln zu 2 und 4 mg sind in Blisterpackungen zu 7, 14, 28, 49, 84, 98, 280 Kapseln und in Flaschen zu 30, 100 und 200 Kapseln erhältlich. Spitalspackungen sind in Blisterpackungen zu 80, 160 und 320 Kapseln erhältlich.

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

Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien

8. ZULASSUNGSNUMMERN

Detrusitol retard 2 mg - Kapseln: 1-24214

Detrusitol retard 4 mg - Kapseln: 1-24215

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG / VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung: 21.9.2001
Datum der letzten Verlängerung der Zulassung: 23.3.2006

10. STAND DER INFORMATION

Juli 2015

VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT

Rezept- und apothekenpflichtig.

VERFÜGBARE PACKUNGSGRÖSSEN IN ÖSTERREICH

Detrusitol retard 4 mg - Kapseln sind zu 7 und 28 Stück erhältlich.