

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8.

1. NOME DO MEDICAMENTO

Ongentys 50 mg cápsulas

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Cada cápsula contém 50 mg de opicapona.

Excipiente(s) com efeito conhecido

Cada cápsula contém 148,2 mg de lactose (mono-hidratada).

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Cápsula

Cápsulas de cor azul-escuro, tamanho 1, de aproximadamente 19 mm de comprimento, com gravação “OPC 50” na cabeça e “Bial” no corpo.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Ongentys é indicado como terapêutica adjuvante de preparações de levodopa/inibidores da DOPA descarboxilase (DDCI), em doentes adultos com doença de Parkinson e flutuações motoras de fim-de-dose cuja estabilização não é possível com aquelas combinações.

4.2 Posologia e modo de administração

Posologia

A dose recomendada de opicapona é 50 mg.

Ongentys deve ser administrado uma vez por dia ao deitar, pelo menos uma hora antes ou depois das combinações de levodopa.

Ajuste de dose da terapêutica antiparkinsonica

A opicapona potencia os efeitos da levodopa. Por conseguinte é frequentemente necessário ajustar a dosagem de levodopa durante os primeiros dias ou semanas após o início do tratamento com opicapona (ver secção 4.4).

Dose omitida

Se a toma de uma dose foi esquecida, a próxima dose deve ser tomada à hora habitual. O doente não deve tomar uma dose extra para compensar a dose esquecida.

Populações especiais

Idosos

Não é necessário ajuste de dose em doentes idosos. (ver secção 5.2).

Recomenda-se precaução no tratamento de doentes com ≥ 85 anos de idade dado que a experiência é limitada neste grupo etário.

Compromisso renal

Não é necessário o ajuste de dose em doentes com compromisso renal, uma vez que a opicapona não é excretada pelo rim (ver secção 5.2).

Compromisso hepático

Não é necessário o ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro (“Child-Pugh” Classe A).

A experiência clínica em doentes com compromisso hepático moderado (“Child-Pugh” Classe B) é limitada. Recomenda-se precaução no tratamento destes doentes, podendo ser necessário ajuste de dose (ver secção 5.2).

Não existe experiência clínica em doentes com compromisso hepático grave (“Child-Pugh” Classe C), pelo que Ongentys não está recomendado nestes doentes (ver secção 5.2).

População pediátrica

Não existe utilização relevante de Ongentys na população pediátrica com doença de Parkinson e flutuações motoras.

Modo de administração

Via oral.

As cápsulas devem ser engolidas inteiras com água.

4.3 Contraindicações

Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

Feocromocitoma, paraganglioma ou outros tumores secretores de catecolaminas.

História de síndrome neuroléptica maligna e/ou rabdomiólise não-traumática.

Utilização concomitante com inibidores da monoaminoxidase (MAO-A e MAO-B) (p. ex. fenelzina, tranilcipromina e moclobemida) que não sejam para o tratamento da doença de Parkinson (ver secção 4.5).

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

Ajuste da dose da terapêutica antiparkinsoniana

Ongentys é para ser administrado como adjuvante do tratamento com levodopa. Deste modo, as precauções aplicáveis ao tratamento com levodopa devem também ser consideradas para o Ongentys. A opicapona potencia os efeitos da levodopa. Para reduzir as reações adversas dopaminérgicas relacionadas com a levodopa (p. ex. discinesias, alucinações, náuseas, vômitos e hipotensão ortostática), é frequentemente necessário ajustar a dose diária de levodopa, aumentando os intervalos entre as administrações e/ou reduzindo a quantidade de levodopa por toma, durante os primeiros dias ou semanas do tratamento com Ongentys, de acordo com a situação clínica do doente (ver secção 4.2).

Se o tratamento com Ongentys for interrompido é necessário ajustar a posologia dos outros medicamentos antiparkinsoníacos, especialmente da levodopa, para alcançar um nível suficiente de controlo dos sintomas.

Perturbações do foro psiquiátrico

Doentes e prestadores de cuidados devem ser advertidos que podem ocorrer perturbações ao nível do controlo de impulsos, incluindo jogo patológico, aumento da libido, hipersexualidade, gastos ou compras compulsivas e ingestão excessiva e compulsiva de comida, em doentes tratados com agonistas da dopamina e/ou com outros tratamentos dopaminérgicos. Os doentes devem ser monitorizados regularmente quanto ao desenvolvimento de distúrbios do controlo de impulsos. Recomenda-se a revisão do tratamento caso se desenvolvam tais sintomas.

Outras

Foram observados aumentos das enzimas hepáticas em estudos com inibidores nitrocatecólicos da catecol-*O*-metiltransferase (COMT). Deverá ser considerada uma avaliação médica geral, incluindo da função hepática, em doentes que apresentem anorexia progressiva, astenia e perda de peso num período de tempo relativamente curto.

Intolerância aos excipientes

Ongentys contém lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento.

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Inibidores da monoaminoxidase (MAO)

A utilização de opicapona juntamente com inibidores da MAO pode levar à inibição da maioria das vias responsáveis pelo metabolismo das catecolaminas. Por este facto, o uso concomitante de opicapona e inibidores da MAO (p. ex. fenelzina, tranilcipromina e moclobemida) que não sejam para o tratamento da doença de Parkinson, está contraindicado.

É permitido o uso concomitante de opicapona e inibidores da MAO para o tratamento da doença de Parkinson, p. ex. rasagilina (até 1 mg/dia) e selegilina (até 10 mg/dia em formulação oral ou 1,25 mg/dia em formulações de liofilizado oral) (ver secção 4.3).

Não existe experiência com opicapona quando utilizada concomitantemente com o inibidor da MAO-B safinamida, pelo que a sua utilização concomitante deve ser cuidadosamente ponderada.

Medicamentos metabolizados pela COMT

A opicapona pode interferir com o metabolismo de medicamentos que contêm um grupo catecol que são metabolizados pela COMT, p. ex. rimeterol, isoprenalina, adrenalina, noradrenalina, dopamina, dopexamina ou dobutamina, potenciando os efeitos destes medicamentos. Recomenda-se uma monitorização cuidadosa dos doentes que estejam a ser tratados com os medicamentos referidos quando sujeitos a terapêutica com opicapona.

Antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptção da noradrenalina

A experiência relativamente ao uso concomitante de opicapona com antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptção da noradrenalina (p. ex. venlafaxina, maprotilina e desipramina) é limitada. Por conseguinte a sua utilização concomitante deve ser considerada com precaução.

Substratos do CYP2C8 e OATP1B1

A opicapona é um inibidor fraco *in vitro* do CYP2C8 e OATP1B1, enquanto que a repaglinida é um substrato CYP2C8 e OATP1B1 sensível. Um estudo realizado em voluntários saudáveis demonstrou que não houve alterações na exposição à repaglinida quando a repaglinida foi administrada após administrações múltiplas de dose única diária de opicapona 50 mg.

Quinidina

Um estudo realizado em voluntários saudáveis demonstrou que quando uma dose única de 50 mg de opicapona é coadministrada (em 1 hora) com uma dose única de quinidina (600 mg), a exposição sistêmica da opicapona reduziu em 37% ($AUC_{0-t_{last}}$). Por conseguinte, deve ser dada particular importância aos casos em que a quinidina tem de ser administrada com a opicapona pelo que a sua coadministração deve ser evitada.

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Gravidez

A quantidade de dados sobre a utilização de opicapona em mulheres grávidas, é limitada ou inexistente.

Os estudos em animais são insuficientes no que respeita à toxicidade reprodutiva (ver secção 5.3). Ongentys não é recomendado durante a gravidez e em mulheres com potencial para engravidar que não utilizam métodos contraceptivos.

Amamentação

Desconhece-se se a opicapona ou os seus metabolitos são excretados no leite humano.

Não pode ser excluído qualquer risco para os recém-nascidos/lactentes.

A amamentação deve ser descontinuada durante o tratamento com Ongentys.

Fertilidade

Os efeitos da opicapona na fertilidade em humanos não foram estudados. Estudos em animais com opicapona não indicaram efeitos prejudiciais relativamente à fertilidade (ver secção 5.3).

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

A associação de opicapona com levodopa pode ter uma influência significativa na capacidade para conduzir e utilizar máquinas. A opicapona pode, juntamente com levodopa, causar tonturas, ortostatismo sintomático e sonolência. Por este motivo, deve-se ter cuidado ao conduzir ou utilizar máquinas.

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

As reações adversas mais frequentemente notificadas foram distúrbios do sistema nervoso. A discinesia foi a reação adversa mais frequentemente notificada resultante do tratamento (17,7%).

Lista de reações adversas

Na tabela abaixo (Tabela 1) são apresentadas todas as reações adversas por Classes de Sistemas de Órgãos e frequência. As reações adversas estão classificadas sob designações de frequência, utilizando a seguinte convenção: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$, $<1/10$); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $<1/100$); raros ($\geq 1/10.000$, $<1/1.000$); muito raros ($<1/10.000$); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis).

Tabela 1- Frequência das reações adversas (MedDRA) em estudos de fase 3 controlados por placebo

| Classes de Sistemas de Órgãos | Muito frequentes | Frequentes | Pouco frequentes |
|--|-------------------------|--|--|
| Doenças do metabolismo e da nutrição | | | Diminuição do apetite, hipertrigliceridemia |
| Perturbações do foro psiquiátrico | | Sonhos anormais, alucinações, alucinações visuais, insónia | Ansiedade, depressão, alucinações auditivas, pesadelos, perturbações do sono |
| Doenças do Sistema Nervoso | Discinesia | Tonturas, cefaleia, sonolência | Disgeusia, hipercinesia, síncope |
| Afeções oculares | | | Olho seco |
| Afeções do ouvido e do labirinto | | | Congestão auricular |
| Cardiopatias | | | Palpitações |
| Vasculopatias | | Hipotensão ortostática | Hipertensão, hipotensão |
| Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino | | | Dispneia |
| Desordens gastrointestinais | | Obstipação, boca seca, vômitos | Distensão abdominal, dor abdominal, dor abdominal superior, dispepsia |
| Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos | | Espasmos musculares | Fasciculação e fibrilhação muscular, rigidez músculoesquelética, mialgia, dor nas extremidades |
| Doenças renais e urinárias | | | Cromatúria, noctúria |
| Exames complementares de diagnóstico | | Creatina fosfoquinase sanguínea aumentada | Perda de peso |

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através **do sistema nacional de notificação** mencionado no [Apêndice V](#).

4.9 Sobredosagem

Não é conhecido nenhum antídoto específico. O tratamento sintomático e de suporte deve ser administrado apropriadamente. A remoção da opicapona por lavagem gástrica e/ou por inativação por administração de carvão ativado deve ser considerada.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: Medicamentos antiparkinsonícos, outros agentes dopaminérgicos, código ATC: [ainda não atribuído]

Mecanismo de ação

A opicapona é um inibidor periférico, seletivo e reversível da catecol-*O*-metiltransferase (COMT) dotado de elevada afinidade molecular (subpicomolar), o que se traduz numa taxa de dissociação lenta do complexo enzima-opicapona e numa longa duração de ação (> 24 horas) *in vivo*.

Na presença de um inibidor da DOPA-descarboxilase (DDCI), a COMT torna-se na principal enzima metabolizadora da levodopa, catalisando a sua transformação em 3-*O*-metildopa (3-OMD), no cérebro e nos tecidos periféricos. Nos doentes medicados concomitantemente com levodopa e um DDCI periférico, tal como a carbidopa ou a benzerazida, a opicapona provoca o aumento dos níveis de levodopa no plasma, aumentando assim a resposta clínica à levodopa.

Efeitos farmacodinâmicos

A opicapona demonstrou uma inibição da COMT marcada (> 90%) e de longa duração (> 24 horas) em indivíduos saudáveis depois da administração de 50 mg de opicapona.

No estado estacionário, a opicapona 50 mg levou a um aumento significativo da extensão da exposição sistémica à levodopa, aproximadamente duas vezes mais em relação a placebo, após a administração oral de uma dose única de 100/25 mg de levodopa/carbidopa ou 100/25 mg de levodopa/benserazida 12 horas depois da toma da opicapona.

Eficácia e segurança clínica

A eficácia e segurança da opicapona foi demonstrada em dois estudos de Fase 3 em dupla ocultação, aleatorizados, controlados com placebo e fármaco ativo (apenas no Estudo 1) em 1.027 doentes adultos com doença de Parkinson tratados com levodopa/DDCI (isoladamente ou em combinação com outros medicamentos antiparkinsonianos) e com flutuações motoras de fim de dose por um período até 15 semanas. A idade média no processo de seleção foi semelhante em todos os grupos de tratamento em ambos os estudos, variando entre 61,5 e 65,3 anos. Os doentes com estadio 1 a 3 (escala de Hoehn e Yahr modificada) em ON, estavam a ser tratados com 3 a 8 doses diárias de levodopa/DDCI e apresentavam um tempo OFF médio diário de pelo menos 1,5 horas. Nos dois estudos, um total de 783 doentes recebeu tratamento com 25 mg ou 50 mg de opicapona ou placebo. No Estudo 1, 122 doentes foram tratados com opicapona 5 mg e 122 doentes foram tratados com entacapona 200 mg (comparador ativo). A maioria dos doentes incluídos em ambos os estudos principais foram tratados com levodopa /DDCI de libertação imediata. No total dos estudos de Fase 3 combinados, 60 doentes usavam predominantemente formulações de levodopa de libertação controlada (ou seja, > 50% das suas formulações de levodopa/DDCI), 48 dos quais usavam unicamente formulações de libertação controlada. Embora não haja evidência de que tanto a eficácia ou a segurança da opicapona seria afetada pelo uso de preparações de levodopa de libertação controlada, a experiência com tais preparações é limitada.

Nos dois estudos principais, a opicapona demonstrou eficácia clínica superior ao placebo durante o tratamento em dupla ocultação, tanto para a variável primária de eficácia, i.e. redução do tempo OFF (Tabela 2), a proporção de respondedores de tempo OFF (isto é, um indivíduo que teve uma redução no tempo OFF de pelo menos 1 hora do início do estudo ao *endpoint*) (Tabela 3) como para a maioria dos *endpoints* secundários derivados dos diários.

A redução da média dos mínimos quadrados (média LS) no tempo OFF absoluto desde o início do estudo até ao *endpoint* no grupo da entacapona foi de -78,7 minutos. A diferença na alteração da média LS no tempo OFF entre a entacapona e placebo no Estudo 1 foi -30,5 minutos. A diferença na alteração da média LS no tempo OFF da opicapona 50 mg *versus* entacapona foi de -24,8 minutos e foi demonstrada não-inferioridade da opicapona 50 mg relativamente à entacapona (intervalo de confiança de 95%: 61,4; 11,8).

Tabela 2 – Alteração no tempo absoluto OFF e ON (minutos) desde o início do estudo até ao endpoint

| Tratamento | N | Média LS | 95% CI | Valor de p |
|--|----------|-----------------|---------------|-------------------|
| Estudo 1 | | | | |
| Alteração no tempo OFF | | | | |
| Placebo | 121 | -48,3 | -- | -- |
| OPC 5 mg | 122 | -77,6 | -- | -- |
| OPC 25 mg | 119 | -73,2 | -- | -- |
| OPC 50 mg | 115 | -103,6 | -- | -- |
| OPC 5 mg – Placebo | -- | -29,3 | -65,5; 6,8 | 0,0558 |
| OPC 25 mg – Placebo | -- | -25,0 | -61,5; 11,6 | 0,0902 |
| OPC 50 mg – Placebo | -- | -55,3 | -92,0; -18,6 | 0,0016 |
| Alteração no tempo ON total sem discinesias problemáticas^a | | | | |
| Placebo | 121 | 40,0 | -- | -- |
| OPC 5 mg | 122 | 75,6 | -- | -- |
| OPC 25 mg | 119 | 78,6 | -- | -- |
| OPC 50 mg | 115 | 100,8 | -- | -- |
| OPC 5 mg – Placebo | -- | 35,6 | -2,5; 73,7 | 0,0670 |
| OPC 25 mg – Placebo | -- | 38,6 | 0,2; 77,0 | 0,0489 |
| OPC 50 mg – Placebo | -- | 60,8 | 22,1; 99,6 | 0,0021 |
| Estudo 2 | | | | |
| Alteração no tempo OFF | | | | |
| Placebo | 136 | -54,6 | -- | -- |
| OPC 25 mg | 125 | -93,2 | -- | -- |
| OPC 50 mg | 150 | -107,0 | -- | -- |
| OPC 25 mg – placebo | -- | -38,5 | -77,0; -0,1 | 0,0900 |
| OPC 50 mg – placebo | -- | -52,4 | -89,1; -15,7 | 0,0101 |
| Alteração no tempo ON total sem discinesias problemáticas^a | | | | |
| Placebo | 136 | 37,9 | -- | -- |
| OPC 25 mg | 125 | 79,7 | -- | -- |
| OPC 50 mg | 150 | 77,6 | -- | -- |
| OPC 25 mg – placebo | -- | 41,8 | 0,7; 82,9 | 0,0839 |
| OPC 50 mg – placebo | -- | 39,7 | 0,5; 78,8 | 0,0852 |

CI = intervalo de confiança; Média LS = média dos mínimos quadrados; N = número de valores *não perdidos*; OPC = opicapona.

a. tempo ON sem discinesias problemáticas = tempo ON com discinesias não problemáticas + tempo ON sem discinesias

Tabela 3 – Taxa de respondedores tempo OFF no *Endpoint*

| Tipo de resposta | Placebo (N=121) | Entacapona (N=122) | OPC 5 mg (N=122) | OPC 25 mg (N=119) | OPC 50 mg (N=115) |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Estudo 1 | | | | | |
| Redução do tempo OFF | | | | | |
| Respondedores, n (%) | 55 (45,5) | 66 (54,1) | 64 (52,5) | 66 (55,5) | 75 (65,2) |
| Diferença vs. placebo | | | | | |
| Valor-p (95% CI) | -- | 0,1845 (-0,039; 0,209) | 0,2851 (-0,056; 0,193) | 0,1176 (-0,025; 0,229) | 0,0036 (0,065; 0,316) |
| Estudo 2 | | | | | |
| Redução do tempo OFF | | | | | |
| Respondedores, n (%) | 65 (47,8) | NA | NA | 74 (59,2) | 89 (59,3) |
| Diferença vs. placebo | | | | | |
| Valor-p (95% CI) | -- | -- | | 0,0506 (0,001; 0,242) | 0,0470 (0,003; 0,232) |

CI = intervalo de confiança; N = número total de doentes; n = número de doentes com informações disponíveis; NA = não aplicável; OPC = opicapona

Nota: Um respondedor foi considerado o doente que tenha tido uma redução de pelo menos 1 hora no tempo OFF absoluto (respondedor tempo OFF)

Os resultados das extensões abertas do estudo (*Open Label* [OL]) de duração de 1 ano em 862 doentes que continuaram o tratamento a partir de estudos de dupla ocultação (Estudo 1-OL e Estudo 2-OL) demonstraram a manutenção do efeito alcançado durante os períodos dos estudos em dupla ocultação. Nas extensões OL todos os doentes começaram com uma dose de 25 mg de opicapona na 1ª semana (7 dias) independentemente do seu tratamento anterior no período de dupla ocultação. Se as flutuações motoras de fim de dose não fossem suficientemente controladas e na ausência de problemas de tolerabilidade, a dose de opicapona poderia ser aumentada para 50 mg. Se fossem observados acontecimentos adversos dopaminérgicos problemáticos, a dose de levodopa seria ajustada. Mantendo-se os eventos adversos, a dose de opicapona poderia ser então diminuída. Para outros eventos adversos, a dose de levodopa e/ou opicapona poderia ser ajustada.

População pediátrica

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com Ongentys em todos os subgrupos da população pediátrica com doença de Parkinson e flutuações motoras (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica).

5.2 Propriedades farmacocinéticas

Absorção

A opicapona apresenta baixa absorção (~20%). Os resultados farmacocinéticos revelaram que a opicapona é rapidamente absorvida, com um t_{max} de 1,0 h a 2,5 h após administrações múltiplas de dose única diária de opicapona até 50 mg.

Distribuição

Estudos *in vitro*, numa concentração de opicapona entre 0,3 e 30 µg/ml, mostraram que a ligação do ¹⁴C-opicapona às proteínas plasmáticas humanas é alta (99,9%) e independente da concentração. A ligação do ¹⁴C-opicapona às proteínas plasmáticas não foi afetada pela presença de varfarina,

diazepam, digoxina e tolbutamida, e a ligação de ^{14}C -varfarina, $2\text{-}^{14}\text{C}$ -diazepam, ^3H -digoxina e ^{14}C -tolbutamida não foi afetada pela presença de opicapona nem de sulfato de opicapona, o principal metabolito humano.

Depois da administração oral da dose de 50 mg, o volume aparente de distribuição da opicapona foi 29 l com uma variabilidade interindividual de 36%.

Biotransformação

A sulfatação parece ser a principal via metabólica da opicapona em humanos, originando o metabolito inativo sulfato de opicapona. Outras vias metabólicas incluem a glucuronidação, metilação e redução.

Os metabolitos BIA 9-1103 (sulfato) e BIA 9-1104 (metilado) apresentam os picos mais abundantes no plasma, após a administração de uma dose única de 100 mg de opicapona ^{14}C , de 67,1 e 20,5% da AUC radioativa, respetivamente. Não foram encontrados outros metabolitos em concentrações quantificáveis na maioria das amostras de plasma recolhidas durante um estudo de balanço de massa.

O metabolito reduzido da opicapona (que se verificou ser ativo em estudos não clínicos) é um metabolito *minor* no plasma humano, e representa menos de 10% da exposição total à opicapona.

Em estudos *in vitro* em microsomas hepáticos humanos, foi observada inibição *minor* do CYP1A2 e CYP2B6. Todas as reduções na atividade ocorreram essencialmente na concentração mais elevada de opicapona (10 $\mu\text{g/ml}$).

Um estudo *in vitro* mostrou que a opicapona inibiu a atividade do CYP2C8.. Um estudo de dose única com opicapona 25 mg mostrou um aumento médio de 30% na taxa de exposição, mas não na extensão da mesma, à repaglinida (um substrato de CYP2C8) quando os dois fármacos foram coadministrados. Um segundo estudo realizado mostrou que, no estado estacionário a opicapona 50 mg não tinha qualquer efeito sobre a exposição sistémica da repaglinida..

A opicapona reduziu a atividade CYP2C9 através de um modo de inibição competitivo / misto. No entanto, os estudos clínicos de interação realizados com varfarina mostraram efeito nulo da opicapona sobre a farmacodinâmica da varfarina, um substrato de CYP2C9.

Eliminação

Em indivíduos saudáveis o tempo de semivida ($t_{1/2}$) da opicapona foi de 0,7 h a 3,2 h, após administrações múltiplas de dose única diária de opicapona até 50 mg.

Após administrações múltiplas de dose única diária de opicapona variando entre 5 a 50 mg, o sulfato de opicapona apresentou uma longa fase terminal com tempos de semivida que variaram entre 94 h até 122 h e, como consequência deste longo tempo de semivida terminal, o sulfato de opicapona apresentou uma alta taxa de acumulação no plasma, com valores próximos de 6,6.

Após a administração oral, a depuração corporal total aparente para uma dose de 50 mg foi de 22 l/h, com uma variabilidade interindividual de 45%.

Após a administração oral única de ^{14}C -opicapona, a principal via de eliminação da opicapona e dos seus metabolitos foi as fezes, correspondendo entre 58,5% e 76,8% da opicapona radioativa administrada (média de 67,2%). A restante opicapona radioativa foi excretada na urina (média de 12,8%) e através do ar expirado (média de 15,9%). Na urina, o metabolito principal encontrado foi o metabolito resultante da glucuronidação da opicapona, enquanto o fármaco original e outros metabolitos estavam geralmente abaixo do limite de quantificação. No geral, pode-se concluir que o rim não é a principal via de eliminação. Presume-se assim que a opicapona e os seus metabolitos sejam principalmente excretados nas fezes.

Linearidade/Não-linearidade

A exposição à opicapona aumentou proporcionalmente à dose após administrações múltiplas de dose única diária de opicapona até 50 mg.

Transportadores

Efeito dos transportadores na opicapona

Estudos *in vitro* têm demonstrado que a opicapona não é transportada pelo OATP1B1, mas é transportada pelo OATP1B3, e efluxo transportado pelo P-gp e BCRP. BIA 9-1103, o seu metabolito principal, foi transportado pelo OATP1B1 e pelo OATP1B3, e efluxo transportado pelo BCRP, mas não é um substrato para o transportador de efluxo P-gp/MDR1.

Efeito da opicapona nos transportadores

Com concentrações clinicamente relevantes, não é expectável que a opicapona iniba os transportadores OAT1, OAT3, OATP1B1, OATP1B3, OCT1, OCT2, BCRP, P-gp/MDR1, BSEP, MATE1 e MATE2-K, como sugerido pelos estudos *in vitro* e *in vivo*.

Idosos (> 65 anos)

A farmacocinética da opicapona foi avaliada em indivíduos idosos (com idades compreendidas entre os 65-78 anos) após 7 dias de administrações diárias de 30 mg. Foi observado um aumento tanto na taxa como na extensão da exposição sistémica na população idosa quando comparada com a população jovem. A inibição da atividade da S-COMT foi significativamente aumentada nos indivíduos idosos. A magnitude deste efeito não é considerada de relevância clínica.

Peso

Não há relação entre a exposição à opicapona e o peso corporal no intervalo 40-100 Kg.

Compromisso hepático

A experiência clínica em doentes com compromisso hepático moderado é limitada (*Child-Pugh* Classe B).

A farmacocinética da opicapona foi avaliada em indivíduos saudáveis e em doentes com hepatite crónica moderada depois da administração de uma dose única de 50 mg. A biodisponibilidade da opicapona foi significativamente superior nos doentes com compromisso hepático crónico moderado, não sendo observados problemas de segurança. Como a opicapona deve ser utilizada em terapêutica adjuvante à levodopa, podem ser necessários ajustes de dose da levodopa, tendo em consideração o potencial aumento da exposição à levodopa e efeitos dopaminérgicos/ tolerabilidade associados. Não existe experiência clínica em doentes com compromisso hepático grave (*Child-Pugh* Classe C) (ver secção 4.2).

Compromisso renal

A farmacocinética da opicapona não está diretamente avaliada em indivíduos com insuficiência renal crónica. Não obstante, foi efetuada uma avaliação com 50 mg de opicapona em indivíduos incluídos nos estudos de fase 3 com GFR/1,73 m² <60 ml/min (isto é, com diminuição moderada da capacidade de eliminação renal), e usando dados agrupados do BIA 9-1103 (principal metabolito da opicapona). Os níveis plasmáticos de BIA 9-1103 não foram afetados em doentes com insuficiência renal crónica, pelo que não é necessário considerar ajustes de dose.

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Os dados não clínicos não revelam riscos especiais para o ser humano, segundo estudos convencionais de farmacologia de segurança, toxicidade de dose repetida, genotoxicidade e potencial carcinogénico.

Em ratos, a opicapona não afetou a fertilidade de machos e fêmeas nem o desenvolvimento pré-natal em níveis de exposição 22 vezes a exposição terapêutica em seres humanos. Em coelhas grávidas, a opicapona foi menos bem tolerada resultando no máximo em níveis de exposição sistêmica próximos ou abaixo do intervalo terapêutico. Embora o desenvolvimento embrionário-fetal não tenha sido influenciado negativamente em coelhos, o estudo não é considerado preditivo para avaliação de risco em seres humanos.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1 Lista de excipientes

Conteúdo da cápsula

Lactose mono-hidratada
Carboximetilamido sódico (Tipo A)
Amido de milho pré-gelificado
Estearato de magnésio

Cápsula

Gelatina
Laca de alumínio de indigotina (E132)
Eritrosina (E127)
Dióxido de titânio (E171)

Pigmento de impressão

Shellac, dióxido de titânio (E171), propilenoglicol, amônia, simeticone

6.2 Incompatibilidades

Não aplicável.

6.3 Prazo de validade

Frasco de HDPE: 3 anos
Blisters: 5 anos

6.4 Precauções especiais de conservação

O medicamento não necessita de qualquer temperatura especial de conservação.

Blisters: Conservar no blister de origem para proteger da humidade.

Frascos de HDPE: Manter o frasco bem fechado para proteger da humidade.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Frascos brancos de polietileno de alta densidade (HDPE) com fecho de polipropileno (PP) resistente à abertura por crianças contendo 10, 30 ou 90 cápsulas.

Blisters de OPA/Al/PVC//Al com 10, 30 ou 90 cápsulas.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação

Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Bial - Portela & C^a, S.A.
À Av. da Siderurgia Nacional
4745-457 S. Mamede do Coronado
Portugal
Tel:+351 22 986 61 00
Fax: +351 22 986 61 90
e-mail: info@bial.com

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/15/1066/002-007

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: 24 de junho de 2016

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>