

1. BEZEICHNUNG DER ARZNEIMITTEL

Tafil® 0,5 mg Tabletten
Tafil® 1,0 mg Tabletten

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Tafil 0,5 mg Tabletten

1 Tablette enthält 0,5 mg Alprazolam.
Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Lactose, Natriumbenzoat.

Tafil 1,0 mg Tabletten

1 Tablette enthält 1,0 mg Alprazolam.
Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Lactose, Natriumbenzoat.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Tablette

Tafil 0,5 mg Tabletten

Die Tabletten sind hellorange, ovale Tabletten mit einer Bruchkerbe. Auf der einen Seite ist „Tafil 0,5“ eingeprägt. Die Tablette kann in gleiche Dosen geteilt werden.

Tafil 1,0 mg Tabletten

Die Tabletten sind hellblaue, ovale Tabletten mit einer Bruchkerbe. Auf der einen Seite ist „Tafil 1,0“ eingeprägt. Die Tablette kann in gleiche Dosen geteilt werden.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Zur symptomatischen Behandlung von akuten und chronischen Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen.

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Dosierung

Die Dosierung und die Dauer der Anwendung müssen an die individuelle Reaktionslage, das Indikationsgebiet und die Schwere der Erkrankung angepasst werden. Hierbei gilt der Grundsatz, die Dosis so gering und die Behandlungsdauer so kurz wie möglich zu halten. Der Patient sollte in regelmäßigen Abständen untersucht und die Notwendigkeit einer fortgesetzten Behandlung überprüft werden.

Initiale Behandlung

Zu Beginn der Therapie beträgt die Dosis dreimal täglich 0,25 bis 0,5 mg Alprazolam.

Erhaltungstherapie

Bei Bedarf kann die tägliche Gesamtdosis allmählich auf maximal 4 mg Alprazolam, in Einzelgaben über den Tag verteilt, gesteigert werden.

Die Dauer der Behandlung sollte so kurz wie möglich sein. Sie sollte, einschließlich der schrittweisen Absetzphase, 8 bis 12 Wochen nicht übersteigen.

Ältere, geschwächte Patienten und Patienten mit Nieren- oder Leberfunktionsstörung
Ältere Patienten, geschwächte Patienten oder Patienten mit beeinträchtigter Nieren- bzw. Leberfunktion sollten reduzierte Dosen erhalten.

Absetzen

Nach längerer Anwendungsdauer (länger als 1 Woche) sollte zur Vermeidung von Ent-

zugssymptomen das Absetzen schrittweise erfolgen und nicht mehr als 0,5 mg alle 3 Tage betragen. Bei manchen Patienten kann eine noch langsamere Dosisreduktion erforderlich sein.

Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Tafil bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahren ist nicht erwiesen. Daher wird die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.4).

4.3 Gegenanzeigen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere Benzodiazepine, Gelborange S oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile,
- Myasthenia gravis,
- Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in der Anamnese,
- schwere Ateminsuffizienz,
- Schlafapnoe-Syndrom,
- schwere Leberinsuffizienz,
- spinale und zerebelläre Ataxien,
- akute Vergiftung mit Alkohol, Sedativa, Hypnotika, Analgetika oder Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium).

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Risiken einer gleichzeitigen Anwendung von Opioiden und Benzodiazepinen

Die gleichzeitige Anwendung von Benzodiazepinen, einschließlich Tafil, und Opioiden kann zu Sedierung, Atemdepression, Koma und Tod führen. Aufgrund dieser Risiken ist die gemeinsame Verordnung von Opioiden und Benzodiazepinen nur bei den Patienten angebracht, für die keine geeigneten alternativen Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Wird die Entscheidung für eine gemeinsame Verordnung von Tafil und einem Opioid getroffen, sind die niedrigsten wirksamen Dosen und eine kürzest mögliche Dauer der gleichzeitigen Anwendung zu wählen. Die Patienten sind engmaschig in Hinblick auf Anzeichen und Symptome einer Atemdepression und Sedierung zu überwachen (siehe Abschnitt 4.5).

Hinweis

Nicht alle Spannungs-, Erregungs- und Angstzustände bedürfen einer medikamentösen Therapie. Oftmals sind sie Ausdruck körperlicher oder seelischer Erkrankungen und können durch andere Maßnahmen oder eine Therapie der Grunderkrankung beeinflusst werden.

Abhängigkeit

Die Anwendung von Benzodiazepinen kann zur Entwicklung von psychischer und physischer Abhängigkeit führen. Das Risiko einer Abhängigkeit steigt mit der Dosis und der Dauer der Behandlung. Insbesondere bei Patienten mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit in der Anamnese ist dieses Risiko erhöht. Dies gilt bereits für den therapeutischen Dosierungsbereich und unabhängig davon, ob ein Risikofaktor vorliegt.

Das Risiko der Abhängigkeit wird durch die gleichzeitige Anwendung verschiedener Benzodiazepine verstärkt, unabhängig da-

von, ob diese Benzodiazepine angstlösend oder hypnotisch wirken. Missbrauchsfälle wurden ebenfalls berichtet.

Entzugssymptome

Wenn sich eine Abhängigkeit entwickelt hat, wird ein plötzlicher Abbruch der Behandlung von Entzugssymptomen begleitet. Diese können sich in Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, außergewöhnlicher Angst, Spannungszuständen, innerer Unruhe, Verwirrtheit und Reizbarkeit äußern. In schweren Fällen können außerdem folgende Symptome auftreten: Realitätsverlust, Persönlichkeitsstörungen, Hyperakusis, Taubheit und Parästhesien in den Extremitäten, Überempfindlichkeit gegenüber Licht, Geräuschen und körperlichem Kontakt, Halluzinationen oder epileptische Anfälle.

Absetzerscheinungen

Auch beim plötzlichen Beenden einer kürzeren Behandlung kann es vorübergehend zu Absetzerscheinungen (Rebound-Phänomenen) kommen, wobei die Symptome, die zu einer Behandlung mit Benzodiazepinen führten, in verstärkter Form wieder auftreten können. Als Begleitreaktionen sind Stimmungswechsel, Angstzustände oder Schlafstörungen und Unruhe möglich. Absetzerscheinungen können sich auch in bedrohlichen körperlichen und seelischen Reaktionen wie Krampfanfällen und symptomatischen Psychosen (z. B. Entzugsdelir) äußern.

Da das Risiko von Entzugssymptomen bzw. Absetzerscheinungen nach plötzlichem Beenden der Therapie höher ist, wird empfohlen, die Behandlung durch schrittweise Reduktion der Dosis zu beenden. Es wird empfohlen, die Tagesdosis um nicht mehr als 0,5 mg alle 3 Tage zu reduzieren. Bei manchen Patienten kann eine noch langsamere Dosisreduktion erforderlich sein.

Dauer der Behandlung

Die Dauer der Behandlung sollte, abhängig von der Indikation, so kurz wie möglich sein. Sie sollte, einschließlich der schrittweisen Absetzphase, 8 bis 12 Wochen nicht überschreiten. Eine Verlängerung der Behandlung darf nur nach erneuter Beurteilung des Zustandes des Patienten stattfinden.

Es ist ratsam, zu Beginn der Therapie den Patienten darüber zu informieren, dass die Behandlung zeitlich begrenzt sein wird und dass die Dosierung stufenweise reduziert werden wird. Darüber hinaus ist es wichtig, den Patienten über mögliche Absetzerscheinungen (Rebound-Phänomene) aufzuklären und etwaige während des Ausklings der Behandlung auftretende Angstgefühle vor den Absetzerscheinungen abzubauen.

Es gibt Hinweise darauf, dass sich im Falle von kurzwirksamen Benzodiazepinen Absetzerscheinungen während des Einnahmeintervalls manifestieren können, insbesondere bei hoher Dosierung. Bei Anwendung von langwirksamen Benzodiazepinen ist es wichtig, vor einem Wechsel auf kurzwirksame Benzodiazepine zu warnen, da Entzugsscheinungen auftreten können.

Amnesie

Benzodiazepine können, zumeist mehrere Stunden nach der Einnahme, anterograde Amnesien verursachen. Das bedeutet, dass nach erfolgter Medikamenteneinnahme unter

Umständen Handlungen ausgeführt werden, an die sich der Patient später nicht mehr erinnern kann.

Dieses Risiko steigt mit der Höhe der Dosierung und kann durch eine ausreichend lange, ununterbrochene Schlafdauer (7 bis 8 Stunden) verringert werden.

Psychiatrische und „paradoxe“ Reaktionen
Bei der Anwendung von Benzodiazepinen kann es, insbesondere bei älteren Patienten oder Kindern, zu psychiatrischen sowie „paradoxen“ Reaktionen wie Unruhe, Erregbarkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Verknüpfungen, Wut, Alpträumen, Halluzinationen, Psychosen, unangemessenem Verhalten und anderen Verhaltensstörungen kommen. In solchen Fällen sollte die Behandlung mit diesem Präparat beendet werden.

Toleranzentwicklung

Nach wiederholter Einnahme von Benzodiazepinen über einige Wochen kann es zu einem Verlust der Wirksamkeit (Toleranz) kommen.

Spezifische Patientengruppen

Nieren- oder Leberfunktionsstörung

Bei eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion ist Vorsicht geboten und gegebenenfalls die Dosierung zu verringern. Patienten mit schweren Leberfunktionsstörungen dürfen nicht mit Benzodiazepinen behandelt werden, da hierdurch das Risiko einer Enzephalopathie erhöht wird.

Ateminsuffizienz

Eine niedrigere Dosis wird auch für Patienten mit chronischer Ateminsuffizienz aufgrund des Risikos einer Atemdepression empfohlen.

Depressionen oder Angstzustände, die von Depressionen begleitet sind

Benzodiazepine und Benzodiazepin-ähnliche Substanzen sollten nicht zur alleinigen Behandlung von Depressionen oder Angstzuständen, die von Depressionen begleitet sind, angewandt werden. Unter Umständen kann die depressive Symptomatik verstärkt und so das Risiko eines Suizids erhöht werden. In Zusammenhang mit der Einnahme von Alprazolam sind manische und hypomanische Episoden bei Patienten mit Depressionen berichtet worden. Daher ist bei der Anwendung von Tafil bei Patienten mit depressiven oder suizidalen Symptomen Vorsicht geboten, gegebenenfalls ist die Verordnungsmenge zu begrenzen.

Psychosen

Benzodiazepine werden zur primären Behandlung von Psychosen nicht empfohlen.

Kinder und Jugendliche

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Alprazolam bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren ist nicht erwiesen. Daher wird die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren nicht empfohlen.

Ältere und geschwächte Patienten

Benzodiazepine und deren Derivate sollten bei älteren Patienten mit Vorsicht eingesetzt werden, aufgrund des Risikos für Sedierung und/ oder muskuläre Schwäche und der damit einhergehenden Sturzgefahr mit oftmals schweren Folgen für diese Patientengruppe.

Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Anamnese

Benzodiazepine sollten bei Patienten mit Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Anamnese nur mit äußerster Vorsicht angewendet werden (siehe Abschnitt 4.5).

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

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Bei gleichzeitiger Einnahme von Benzodiazepinen und Alkohol oder anderen zentraldämpfenden Arzneimitteln verstärkt sich die Wirkung. Daher wird die gleichzeitige Einnahme von Alkohol nicht empfohlen. Bei der gleichzeitigen Einnahme von anderen zentraldämpfenden Arzneimitteln ist Vorsicht geboten.

Die Verstärkung der zentraldämpfenden Wirkung kann bei gleichzeitiger Einnahme von Alprazolam mit folgenden Arzneimitteln auftreten:

- Antipsychotika (Neuroleptika),
- Hypnotika,
- Anxiolytika/ Sedativa,
- Antidepressiva,
- Narkotika,
- Analgetika,
- Antiepileptika,
- Anästhetika,
- sedierenden Antihistaminika,
- Lithium.

Opiode

Bei Anwendung von Benzodiazepinen zusammen mit Opioiden ist das Risiko von Sedierung, Atemdepression, Koma und Tod aufgrund der gegenseitigen Verstärkung der zentraldämpfenden Wirkung erhöht. Sowohl die Dosen als auch die Dauer der gleichzeitigen Anwendung von Benzodiazepinen und Opioiden sind zu beschränken (siehe Abschnitt 4.4).

Die Kombination mit Narkoanalgetika (z. B. Opioiden) kann zu einer Verstärkung der euphorisierenden Wirkung und damit zu beschleunigter Abhängigkeitsentwicklung führen.

Bei gleichzeitiger Gabe von Arzneimitteln, die zu einer Atemdepression führen, wie z. B. Opioiden (Analgetika, Antitussiva, Substitutionsbehandlung), ist besondere Vorsicht geboten, insbesondere bei älteren Patienten.

Bei gleichzeitiger Gabe von Muskelrelaxanzien kann die muskelrelaxierende Wirkung verstärkt werden, insbesondere bei älteren Patienten und bei höherer Dosierung (Sturzgefahr!).

Der Serumspiegel von Desipramin und Imipramin erhöht sich bei gleichzeitiger Gabe von Alprazolam um ca. 1/3.

Bei gleichzeitiger Einnahme von Alprazolam und Arzneimitteln, die den Metabolismus von Alprazolam beeinflussen, können pharmakokinetische Wechselwirkungen auftreten.

Substanzen, die bestimmte Leberenzyme (v. a. Cytochrom-P450-3A4) hemmen, können die Blutspiegel von Alprazolam erhö-

hen und damit dessen Wirkung verstärken. Daten aus klinischen und *In-vitro*-Studien mit Alprazolam und aus klinischen Studien mit Substanzen, die ähnlich metabolisiert werden wie Alprazolam, belegen mögliche Wechselwirkungen für eine Vielzahl an Arzneimitteln und eine breite Streuung der möglichen Wechselwirkungen. Die folgenden Empfehlungen basieren auf diesen Daten:

- Die gleichzeitige Einnahme von Alprazolam und Antimykotika vom Azol-Typ (Ketoconazol, Itraconazol, Posaconazol, Voriconazol) wird nicht empfohlen.
- Vorsicht und eine etwaige Dosisreduktion sind bei der gleichzeitigen Einnahme von Alprazolam und Nefazodon, Fluvoxamin oder Cimetidin empfohlen.
- Vorsicht ist geboten bei der gleichzeitigen Einnahme von Alprazolam und Fluoxetin, Propoxyphen, Omeprazol, oralen Kontrazeptiva („Pille“), Diltiazem oder Makrolidantibiotika wie Erythromycin, Clarithromycin und Troleandomycin.
- Wechselwirkungen zwischen Alprazolam und HIV-Protease-Inhibitoren sind komplex und abhängig von der Behandlungsdauer. Niedrige Dosierungen von Ritonavir führen zu einer starken Beeinträchtigung des Abbaus von Alprazolam und damit zu einer verlängerten Eliminationshalbwertszeit und verstärkten klinischen Effekten von Alprazolam. Im Gegensatz dazu führen höhere Dosierungen von Ritonavir zu einer CYP3A4-Induktion, die den verlangsamteten Abbau von Alprazolam ausgleicht. Aufgrund der Wechselwirkungen ist eine Dosisreduktion oder ein Behandlungsabbruch zu überdenken.
- Bei gleichzeitiger Einnahme von Alprazolam und Digoxin, insbesondere bei älteren Patienten (> 65 Jahre) wurden erhöhte Digoxin-Blutspiegel berichtet. Daher sollten Patienten, die Alprazolam und Digoxin einnehmen, auf Digoxin-Vergiftungserscheinungen überwacht werden.

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft

Die Einschätzung des Missbildungsrisikos und der Auswirkungen auf die frühkindliche Entwicklung und das Verhalten ist beim Menschen aufgrund der bisherigen geringen Fallzahlen sowie der unzureichenden Dokumentation nicht möglich.

Eine Vielzahl an Daten aus Kohortenstudien deutet darauf hin, dass die Einnahme von Benzodiazepinen in der Frühschwangerschaft (1. Trimenon) nicht mit einem erhöhten Risiko von schweren Missbildungen einhergeht. Jedoch ergaben einige epidemiologische Fall-Kontroll-Studien Anhaltspunkte für ein erhöhtes Risiko von Gaumenspalten. Die Daten deuten darauf hin, dass nach einer Behandlung der Mutter mit Benzodiazepinen das Risiko für ein Kind mit einer Gaumenspalte weniger als 2 von 1.000 ist, wobei die natürliche Rate solcher Defekte in der Allgemeinbevölkerung bei rund 1 von 1.000 liegt.

Eine hochdosierte Behandlung mit Benzodiazepinen während des 2. und/ oder 3. Trimenons führt zu einer Abnahme der fetalen Bewegungen und zu Schwankungen des fetalen Herzrhythmus.

Fallberichte über Fehlbildungen und geistige Retardierung der pränatal exponierten Kinder nach Überdosierungen und Vergiftungen mit Benzodiazepinen liegen vor.

Wenn aus zwingenden medizinischen Gründen Alprazolam, auch in geringen Dosen, während der Spätschwangerschaft oder während der Geburt verabreicht wird, sind Auswirkungen auf das Neugeborene wie axiale Hypotonie, herabgesetzte Muskelspannung und Trinkschwäche, die zu einer geringeren Gewichtszunahme führt, zu erwarten (floppy infant syndrome). Diese Auswirkungen sind reversibel, wobei die Dauer entsprechend der Eliminationshalbwertszeit 1 bis 3 Wochen betragen kann.

Unter hohen Dosen können Ateminsuffizienz oder Atemstillstand und Hypothermie beim Neugeborenen auftreten. Darüber hinaus können in den ersten Tagen nach der Geburt Entzugssymptome wie Übererregbarkeit, Ruhelosigkeit und Tremor auftreten, auch wenn kein „floppy infant syndrome“ zu beobachten ist. Das Auftreten von Entzugssymptomen nach der Geburt hängt von der Eliminationshalbwertszeit der Substanz ab.

Daher soll Tafil im 1. Trimenon der Schwangerschaft nicht und im 2. und 3. Trimenon nur bei zwingender Indikation verordnet werden. Ist eine Behandlung mit Tafil notwendig, sind hohe Dosen zu vermeiden und mögliche Entzugssymptome oder ein „floppy infant syndrome“ beim Neugeborenen zu überwachen.

Falls Tafil während einer Schwangerschaft eingenommen wird oder einer Patientin im reproduktionsfähigen Alter verschrieben wird, sollte diese über die möglichen Gefahren für den Fötus informiert werden. Darüber hinaus ist die Patientin darauf hinzuweisen, sich unverzüglich mit ihrem Arzt in Verbindung zu setzen, wenn sie schwanger zu werden wünscht oder aber eine Schwangerschaft vermutet, damit sie rechtzeitig auf ein anderes Arzneimittel umgestellt werden kann.

Stillzeit

Alprazolam geht in geringen Mengen in die Muttermilch über und akkumuliert dort. Daher sollte Tafil in der Stillzeit nicht angewendet werden. Wenn wiederholte oder hohe Dosierungen von Tafil in der Stillzeit zwingend indiziert sind, ist abzustellen.

Neugeborene metabolisieren Benzodiazepine wesentlich langsamer als Erwachsene.

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

Sedierung, Amnesie, verminderte Konzentrationsfähigkeit und beeinträchtigte Muskelfunktion können sich nachteilig auf die Fahrtüchtigkeit oder die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen auswirken. Dies gilt in besonderem Maße zu Therapiebeginn, nach Dosiserhöhung, nach unzureichender Schlafdauer und in Zusammenwirken mit Alkohol oder anderen zentraldämpfenden Substanzen (siehe Abschnitt 4.5).

4.8 Nebenwirkungen

In Abhängigkeit von der individuellen Empfindlichkeit des Patienten und der eingenommenen Dosis können insbesondere zu Beginn der Therapie folgende Nebenwirkungen auftreten:

gedämpfte Emotionen, Bewegungs- und Gangunsicherheit (Sturzgefahr, besonders bei älteren Patienten), Sehstörungen, Nachwirkungen am folgenden Tage (Schläfrigkeit, herabgesetzte Reaktionsfähigkeit usw.), Störungen des vegetativen Nervensystems (Blasenfunktionsstörungen).

In der Regel verringern sich diese Symptome bei wiederholter Anwendung.

Selten kann es zu einer Atemdepression kommen, insbesondere während der Nacht.

Bei den Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen werden folgende Kategorien zugrunde gelegt:

Siehe Tabelle auf Seite 4

Abhängigkeit

Die Anwendung von Benzodiazepinen (auch schon in therapeutischen Dosen) kann zur Entwicklung einer physischen und psychischen Abhängigkeit führen; bei Beenden der Therapie können Entzugs- und/oder Rebound-Phänomene auftreten (siehe Abschnitt 4.4).

Der Missbrauch von Benzodiazepinen wurde berichtet (siehe Abschnitt 4.4).

Amnesie

Benzodiazepine können anterograde Amnesien (Gedächtnislücken für den Zeitraum nach der Einnahme) verursachen (siehe Abschnitt 4.4).

Psychiatrische und „paradoxe“ Reaktionen

Bei der Anwendung von Benzodiazepinen kann es, insbesondere bei älteren Patienten oder Kindern, zu psychiatrischen sowie „paradoxen“ Reaktionen wie Unruhe, Erregbarkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Verknüpfungen, Wut, Alpträumen, Halluzinationen, Psychosen, unangemessenem Verhalten und anderen Verhaltensstörungen kommen. In solchen Fällen sollte die Behandlung mit diesem Präparat beendet werden.

Depressionen

Eine bereits vorhandene Depression kann während der Anwendung von Benzodiazepinen demaskiert werden (siehe Abschnitt 4.4).

Allergie

Tafil 0,5 mg Tabletten enthalten Gelborange S. Gelborange S kann allergische Reaktionen hervorrufen.

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

Wie auch bei anderen Benzodiazepinen ist eine Überdosierung von Alprazolam im Allgemeinen nicht lebensbedrohlich, es sei denn, dass es zusammen mit anderen ZNS-dämpfenden Substanzen, einschließlich Alkohol, eingenommen wurde (Mehrfachintoxikation!).

Bei der Behandlung einer Überdosierung sollte immer in Betracht gezogen werden, dass verschiedene Substanzen eingenommen wurden.

Intoxikationen mit Benzodiazepinen sind gewöhnlich, in Abhängigkeit von der aufgenommenen Dosis, durch verschiedene Stadien der zentralen Dämpfung gekennzeichnet, die von Benommenheit bis Koma reichen. In leichten Fällen können Benommenheit, geistige Verwirrung, Lethargie, Sehstörungen und Dystonie auftreten, in schwerer verlaufenden Fällen Ataxie, erniedrigter Muskeltonus, erniedrigter Blutdruck, Bewusstlosigkeit, zentrale Atem- und Kreislaufdepression und selten Koma. In sehr seltenen Fällen auch der Tod.

Patienten mit leichteren Vergiftungserscheinungen, die noch bei Bewusstsein sind, sollten unter Atem- und Kreislaufkontrolle ausschlafen, gegebenenfalls ist (innerhalb der ersten Stunde) nach der Vergiftung ein Erbrechen auszulösen.

In schweren Fällen, wenn der Patient bereits bewusstlos ist, können weitere Maßnahmen (Magenspülung bis hin zur Gabe von Aktivkohle zur Reduzierung der Absorption, Kreislaufstabilisierung, Intensivüberwachung der Atem- und Herzfunktionen) erforderlich werden.

Aufgrund der hohen Plasmaeiweißbindung und des großen Verteilungsvolumens dürften forcierte Dialyse oder Hämodialyse bei reinen Alprazolam-Vergiftungen nur von geringem Nutzen sein.

Erforderlichenfalls steht als Antidot der spezifische Benzodiazepin-Antagonist Flumazenil zur Verfügung.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Benzodiazepin-Derivate
ATC-Code: N05BA12

Alprazolam ist eine psychotrope Substanz aus der Klasse der 1,4-Triazolobenzodiazepine und bindet mit hoher Affinität an spezifische Benzodiazepin-Rezeptoren im ZNS. Alprazolam verstärkt die hemmende Wirkung der GABA-ergen Übertragung auf unterschiedliche Neuronenverbände. Hieraus resultieren die spannungs-, erregungs- und angstdämpfenden Eigenschaften sowie sedierenden und hypnotischen Effekte. Darüber hinaus zeigt Alprazolam den Muskeltonus dämpfende und antikonvulsive Eigenschaften.

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Alprazolam wird nach oraler Gabe rasch und gut resorbiert. Maximale Plasmaspiegel werden nach einmaliger oraler Gabe nach 1 bis 2 Stunden erreicht.

Tafil® 0,5/1,0 mg Tabletten



Sehr häufig (≥ 1/10)	Häufig (≥ 1/100 bis < 1/10)	Gelegentlich (≥ 1/1.000 bis < 1/100)	Selten (≥ 1/10.000 bis < 1/1.000)	Sehr selten (< 1/10.000)	Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar)
Endokrine Erkrankungen					
					Hyperprolaktinämie*
Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen					
	verminderter Appetit				
Psychiatrische Erkrankungen					
Depression	Verwirrtheit, Desorientiertheit, verminderte Libido, Angst, Schlaflosigkeit, Nervosität, gesteigerte Libido*	Manie* (siehe Abschnitt 4.4), Halluzinationen*, Wut*, Agitiertheit*			Hypomanie*, Aggressivität*, Feindseligkeit*, Denkstörungen*, psychomotorische Unruhe*
Erkrankungen des Nervensystems					
Sedierung, Benommenheit, Ataxie, Gedächtnisstörungen, Dysarthrie, Schwindel, Kopfschmerzen	Koordinationsstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Hypersomnie, Lethargie, Tremor	Amnesie			Störungen des vegetativen Nervensystems*, Dystonie*
Augenerkrankungen					
	verschwommenes Sehen				
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts					
Obstipation, Mundtrockenheit	Nausea	Erbrechen			gastrointestinale Störungen*
Leber- und Gallenerkrankungen					
					Hepatitis*, Störungen der Leberfunktion*, Gelbsucht*
Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes					
	Dermatitis*				Angioödem*, Lichtempfindlichkeitsreaktion*
Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen					
		Muskelschwäche			
Erkrankungen der Nieren und Harnwege					
		Harninkontinenz*			Harnretention*
Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse					
	sexuelle Dysfunktion*	Menstruationsstörungen*			
Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort					
Ermüdung, Reizbarkeit					peripheres Ödem*
Untersuchungen					
	Gewichtsänderung				erhöhter intraokularer Druck*

* beobachtet nach der Markteinführung

Die Bioverfügbarkeit liegt bei 80 %.

Die Plasmaproteinbindung beträgt 70 bis 80 %.

Das Verteilungsvolumen beträgt durchschnittlich 1,0 bis 1,2 l/kg und ist bei adipösen Patienten signifikant größer.

Die Eliminationshalbwertszeit nach einmaliger Gabe liegt zwischen 12 und 15 Stunden. Bei älteren männlichen Patienten kann die Eliminationshalbwertszeit verlängert sein.

Da die Niere das Hauptausscheidungsorgan darstellt, ist bei eingeschränkter Nierenfunktion mit einer Verlängerung der Eliminationshalbwertszeit zu rechnen. Etwa 20 % der Dosis werden unverändert über die Nieren ausgeschieden. Bei Leberfunktionsstörungen ist mit verzögerter Metabolisierung der Wirksubstanz und einer Ver-

längerung der Eliminationshalbwertszeit zu rechnen.

Neben unmetabolisiertem Alprazolam (ca. 20 %) werden als Hauptmetaboliten alpha-Hydroxyalprazolam (ca. 17 %) sowie ein Benzophenonderivat ausgeschieden. Darüber hinaus sind eine Vielzahl weiterer Metaboliten identifiziert worden. Die pharmakologische Aktivität von alpha-Hydroxyalprazolam beträgt ca. 50 %, verglichen mit Alprazolam. Das Benzophenonderivat zeigt keine pharmakologische Aktivität. Die Halbwertszeit der beiden Hauptmetaboliten liegt im gleichen Bereich wie die von Alprazolam. Die Metaboliten tragen aufgrund niedriger Konzentration wahrscheinlich kaum zum therapeutischen Effekt bei.

Alprazolam passiert die Plazentaschranke und wird mit der Muttermilch sezerniert.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Nach Alprazolam-Gabe über 24 Monate zeigte sich eine Tendenz zu einer dosisabhängigen Zunahme von Katarakten bei weiblichen und von Hornhautvaskularisationen bei männlichen Ratten. In einer chronischen Toxizitätsstudie (12 Monate) an Hunden traten bei hohen Dosierungen *per os* Krampfanfälle auf, die bei einigen Tieren letal endeten. Die Relevanz für den Menschen ist unklar.

Untersuchungen zur Mutagenität von Alprazolam verliefen negativ. Langzeituntersuchungen an Ratte und Maus ergaben keine Hinweise auf ein tumor erzeugendes Potenzial von Alprazolam.

Eine Beeinträchtigung der männlichen und weiblichen Fertilität konnte am Versuchstier nicht festgestellt werden, die Plazentapas-



sage von Alprazolam wurde tierexperimentell nachgewiesen. In Untersuchungen an Ratten und Kaninchen sind nach sehr hohen Dosierungen embryonale Effekte und Fehlbildungen des Skeletts beobachtet worden. Daten zur peri- und postnatalen Entwicklung nach Gabe von Alprazolam liegen nicht vor. Es gibt jedoch Hinweise auf Verhaltensstörungen der Nachkommen von Alprazolam-exponierten Nagern.

Tierexperimentelle Studien mit Alprazolam haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Tafil 0,5 mg Tabletten

Mikrokristalline Cellulose
 Docusat-Natrium
 Gelborange S, Aluminiumsalz (E 110)
 Lactose
 Magnesiumstearat
 Maisstärke
 Natriumbenzoat
 Hochdisperses Siliciumdioxid

Tafil 1,0 mg Tabletten

Mikrokristalline Cellulose
 Docusat-Natrium
 Indigocarmin, Aluminiumsalz (E 132)
 Lactose
 Magnesiumstearat
 Maisstärke
 Natriumbenzoat
 Hochdisperses Siliciumdioxid

6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend

6.3 Dauer der Haltbarkeit

5 Jahre

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für diese Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Packung mit 10 N 1, 20 N 2 und 50 Tabletten N 3
 Klinikpackung mit 10 × 10 Tabletten

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung

Keine besonderen Anforderungen.

7. INHABER DER ZULASSUNGEN

PFIZER PHARMA PFE GmbH
 Linkstr. 10
 10785 Berlin
 Tel.: 0800 8535555
 Fax: 0800 8545555

8. ZULASSUNGSNUMMERN

Tafil 0,5 mg Tabletten: 29946.00.00
 Tafil 1,0 mg Tabletten: 29946.01.00

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNGEN/ VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNGEN

Datum der Erteilung der Zulassungen:
 29. März 1995

10. STAND DER INFORMATION

Juli 2017

11. VERKAUFSABGRENZUNG

Verschreibungspflichtig

Empfehlungen des Sachverständigenausschusses der Bundesregierung für den Arzt zur sachgerechten Anwendung von Benzodiazepinen

Benzodiazepine stellen einen Fortschritt in der Arzneimitteltherapie von schweren Angstzuständen und den meisten medikamentös zu behandelnden Schlafstörungen dar. Neben der Prämedikation und der Sedierung bei schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) sind sie kurzfristig (4 bis 6 Wochen) bei ausgeprägten Angstzuständen, die durch ein ärztliches Gespräch nicht zu beheben sind, indiziert. Sie sind gegebenenfalls auch indiziert bei Einleitung einer antidepressiven Therapie sowie bei schweren reaktiven Ausnahmezuständen unter situativen Belastungen. Über das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer langfristigen Benzodiazepin-Medikation (über 2 Monate) bei Patienten mit behandlungsbedürftigen chronischen Angstzuständen liegen bislang keine wissenschaftlich allgemein anerkannten Erkenntnisse vor. Risiken sind Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. Verkehrsgefährdung), paradoxe Reaktionen und Kumulationsneigung bestimmter Stoffe, insbesondere bei älteren Menschen. Neuerdings geben Missbrauch und Abhängigkeit auch bei niedriger Dosierung Anlass zur Besorgnis. Benzodiazepine werden nach bisherigen Erkenntnissen nicht primär zu häufig, sondern zu lange Zeit verordnet.

Deshalb sind die Ärzte aufgerufen, folgende Richtlinien, die unter Berücksichtigung von Veröffentlichungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und der Arbeitsgemeinschaft Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie formuliert wurden, zu beachten.

1. Sorgfältige Indikationsstellung!
2. Bei Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel keine Verschreibung.
3. In der Regel kleinste Packungseinheit verordnen.
4. In möglichst niedriger, aber ausreichender Dosierung verordnen. Dosis möglichst schon in der ersten Behandlungswoche reduzieren bzw. Dosierungsintervall vergrößern.
5. Therapiedauer vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbaren und Behandlungsnotwendigkeit in kurzen Zeitabständen überprüfen. Es gibt Abhängigkeit auch ohne Dosissteigerung (sogenannte „Niedrigdosis-Abhängigkeit“)! Schon ganz normale Dosen können zur Abhängigkeit führen.

6. Nach langfristiger Anwendung schrittweise Dosisreduktion, um Entzugssymptome, wie z. B. Unruhe, Angst, Schlafstörungen, Delir oder Krampfanfälle, zu vermeiden. Auch leichte Entzugssymptome können zu erneuter Einnahme führen.
7. Beachtung der Informationen des pharmazeutischen Unternehmers und der einschlägigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen.
8. Aufklärung des Patienten, dass Benzodiazepine keinesfalls an Dritte weiterzugeben sind.
9. Alle Abhängigkeitsfälle über die jeweiligen Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Kenntnis bringen.
10. Verschreibungen von Benzodiazepinen sollten vom Arzt stets eigenhändig ausgefertigt werden.

Zentrale Anforderung an:

Rote Liste Service GmbH

Fachinfo-Service

Mainzer Landstraße 55

60329 Frankfurt