



מדריך לרופא

קסרלטו 2.5 מ"ג

קסרלטו 10 מ"ג

קסרלטו 15 מ"ג

קסרלטו 20 מ"ג

תוכן עניינים

עמוד

5	מדריך לרופא.....
5	כרטיס מידע בטיחותי למטופל.....
5	המידע הבטיחותי החשוב ביותר לרושם התרופה.....
7	התוויות.....
8	התוויות-נגד.....

המלצות לקביעת מינון:

◆ קביעת מינון למניעת שבץ מוחי ותסחיפים סיסטמיים במבוגרים עם פרפור פרוזדורים

9	שאינו על רקע מחלה מסתמית (Non Valvular Atrial Fibrillation, NVAF).....
9	• חולים עם הפרעה כלייתית.....
9	• משך הטיפול.....
10	• החמצת מנה.....
10	• מטופלים העוברים התערבות כלילית מלעורית (PCI) עם החדרת תומכן (stent).....
10	• מטופלים העוברים היפוך קצב לב (cardioversion).....

◆ קביעת מינון לטיפול בפקקת ורידים עמוקים (Deep vein thrombosis, DVT) ותסחיף

10	ריאתי (Pulmonary embolism, PE) ולמניעת הישנות PE - I.....
11	• חולים עם הפרעה כלייתית.....
11	• משך הטיפול.....
12	• החמצת מנה.....

◆ קביעת מינון למניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים עם מחלת עורקים כלילית

12	(coronary artery disease, CAD) או מחלת עורקים פריפריית (peripheral artery disease, PAD) סימפטומטית אשר נמצאים בסיכון גבוה לאירועים איסכמיים.....
13	• חולים עם הפרעה כלייתית.....
13	• משך הטיפול.....
13	• אזהרות נוספות לגבי מטופלים בהתוויה של CAD/PAD.....
14	• החמצת מנה.....

◆ קביעת מינון למניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים לאחר תסמונת כלילית חריפה

14	(ACS) עם עלייה בביומרקרים לבביים.....
15	• חולים עם הפרעה כלייתית.....
15	• משך הטיפול.....
15	• אזהרות נוספות לגבי מטופלים עם תסמונת כלילית חריפה.....
15	• החמצת מנה.....

◆ מניעת פקקת ורידים תסחיפית (VTE) בחולים בוגרים העוברים ניתוח אלקטיבי להחלפת

16	ירך או ברך.....
16	• משך הטיפול.....
16	• החמצת מנה.....

16	הוראות לנטילה פומית.....
17	הנחיות טרם ניתוח או טיפול פולשני.....
17	הרדמה או ניקור אפידורלים או ספינלים.....

עמוד

19.....	מעבר מאנטגוניסטים של ויטמין K (VKA) לקסרלטו.
20.....	מעבר מקסרלטו לאנטגוניסטים של ויטמין K (VKA).
21.....	מעבר מנוגדי קרישה פראנטרליים לקסרלטו.
21.....	מעבר מקסרלטו לנוגדי קרישה פראנטרליים.
21.....	תגובות בין תרופתיות.
22.....	אוכלוסיות בעלות סיכון מוגבר לדמם.
23.....	מינון יתר.
24.....	טיפול במקרה של דימום.
24.....	בדיקות קרישה.
25.....	דיווח על תופעות לוואי.
25.....	מידע נוסף.
26.....	סיכום משטרי המינון.

מדריך לרופא

מדריך זה כולל המלצות לשימוש בקסרלטו במטרה למזער את הסיכון לדימום במהלך הטיפול בתכשיר. המדריך לרופא אינו מחליף את העלון לרופא. למידע נוסף יש לעיין בעלון העדכני לרופא.

כרטיס מידע בטיחותי למטופל

חובה לתת לכל מטופל בקסרלטו 2.5/10/15/20 מ"ג את "הכרטיס למטופל בנוגד הקרישה קסרלטו". אנא תן כרטיס לכל מטופל שנרשמה עבורו התרופה קסרלטו. כמו כן, יש להסביר למטופל את ההשלכות של הטיפול בנוגד קרישה. בפרט, יש לדון עם המטופל בחשיבות של לקיחת התרופה על-פי הוראות הטיפול, בסימנים שיכולים להעיד על דימום ומתי עליו לפנות לייעוץ רפואי.

הכרטיס ישמש את המטופל בכדי ליידע רופאים ורופאי שיניים על היותו מטופל בנוגד קרישה וכייל פרטי התקשרות לשעת חירום. יש להנחות את המטופל לשאת את הכרטיס עימו בכל עת ולהראותו לכל איש צוות רפואי המטפל בו.

המידע הבטיחותי החשוב ביותר לרושם התרופה

בתחילת מדריך זה ברצוננו להסב את תשומת ליבך למספר הנחיות לשימוש מושכל בקסרלטו, במטרה להבטיח יעילות ובטיחות מירבית בעת השימוש בתכשיר:

♦ יש להתאים את המינון לתפקוד הכלייתי של המטופל.

הנחיות להתאמת מינון בהתאם לתפקוד הכלייתי בהתוויות השונות מופיעות בהמשך מדריך זה. השימוש בקסרלטו אינו מומלץ עבור חולים עם קצב פינוי קריאטינין הנמוך מ- 15 מ"ל לדקה.

♦ לא קיימת הנחייה להתאמת מינון בהתאם לגיל המטופל או משקלו.

אנא ראו בהמשך המדריך אזהרות מיוחדות עבור הטיפול בקסרלטו 2.5 מ"ג במטופלים בגיל 75 שנים ומעלה או במשקל גוף נמוך (פחות מ- 60 ק"ג).

♦ יש להתחשב בתרופות הניתנות במקביל לקסרלטו, לרבות תרופות המשפיעות על

המוסטזיס כגון: תכשירי NSAIDs, חומצה אצטילסליצילית (כגון אספירין) או מעכבי הצמתת טסיות.

מידע נוסף על תגובות בין-תרופתיות מופיע בסעיפים "תגובות בין-תרופתיות" ו"אוכלוסיות בעלות סיכון מוגבר לדמם".

◆ אוכלוסיות בסיכון מוגבר לדמם:

בדומה לכלל נוגדי הקרישה, קסרלטו עלול להגביר את הסיכון לדמם. קיימות מספר תת-אוכלוסיות של מטופלים הנמצאות בסיכון מוגבר לדמם ולפיכך צריכות להיות מנוטרות בקפידה לגילוי תסמינים העשויים להעיד על דימום:

- מטופלים עם הפרעה כלייתית (כמפורט במדריך זה).
 - מטופלים הנוטלים תרופות מסויימות במקביל לקסרלטו (כמפורט במדריך זה)
 - מטופלים עם גורמי סיכון נוספים לדמם (כמפורט במדריך זה)
- ההחלטה לגבי הטיפול במטופלים אלה צריכה להתקבל לאחר הערכת התועלת שבטיפול אל מול הסיכון לדמם.

◆ מצבים בהם יש להפסיק את הטיפול

במקרה של דימום חמור יש להפסיק את הטיפול בקסרלטו. הנחיות לטיפול במקרי דמם מופיעות בהמשך המדריך.

◆ הפסקת הטיפול בטרם עת מעלה את הסיכון להווצרות קרישי דם

הפסקה בטרם עת של טיפול בכל נוגד קרישה, לרבות קסרלטו, מעלה את הסיכון להווצרות קרישי דם. אם הטיפול בקסרלטו הופסק מסיבה כלשהי שאינה דימום פתולוגי או השלמת הטיפול, יש לשקול טיפול בנוגד קרישה חלופי.

◆ הרדמה או ניקור אפידורלים או ספינלים

בעת הרדמה נירואקסיאלית (אפידורלית או ספינלית) או ניקור אפידורלי או ספינלי, חולים המטופלים בנוגדי קרישה, למניעת סיבוכים טרומבואמוליים, נמצאים בסיכון מוגבר לשטף דם אפידורלי או ספינלי, העלול לגרום לשיתוק ארוך טווח או קבוע. אנא ראו מידע נוסף בנושא בהמשך המדריך.

התוויות:

תכשיר	התוויה
קסרלטו 20 מ"ג קסרלטו 15 מ"ג	מניעת שבץ מוחי ותסחיפים סיסטמיים במבוגרים עם פרפור פרזדורים שאינו על רקע מחלה מסתמית, בעלי גורם סיכון אחד או יותר כגון אי-ספיקת לב, יתר לחץ דם, גיל 75 שנים ומעלה, סוכרת, שבץ מוחי או התקף איסכמי חולף בעבר. טיפול בפקקת ורידים עמוקים (DVT) ותסחיף ריאתי (PE), ומניעת הישנות של DVT ו-PE - במבוגרים.
קסרלטו 10 מ"ג	מניעת פקקת ורידים תסחיפית (VTE) במבוגרים העוברים ניתוח אלקטיבי להחלפת ירך או ברך. מניעת הישנות פקקת ורידית עמוקים (DVT) ותסחיף ריאתי (PE) במבוגרים (לאחר השלמת 6 חודשי טיפול לפחות ב-DVT/PE).
קסרלטו 2.5 מ"ג	קסרלטו, בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית, מתווה למניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים עם מחלת עורקים כלילית (CAD) או מחלת עורקים פריפרית (PAD) סימפטומטית אשר נמצאים בסיכון גבוה לאירועים איסכמיים. קסרלטו, בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית בלבד או בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית וקלופידוגרל, מתווה למניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים לאחר תסמונת כלילית חריפה (ACS) עם עלייה בביומרקרים לבביים.

התוויות-נגד לטיפול:

בכל המינונים:

1. רגישות יתר לחומר הפעיל או לאחד מהמרכיבים האחרים של התרופה
2. דימום פעיל בעל משמעות קלינית
3. נגעים או מצבים שמגבירים את הסיכון לדימום משמעותי כגון: כיבים במערכת העיכול כעת או בתקופה האחרונה, גידולים סרטניים בעלי סיכון גבוה לדם, חבלה במוח או בעמוד השדרה בתקופה האחרונה, ניתוח במוח, בעמוד השדרה או בעיניים בתקופה האחרונה, דימום תוך-גולגולתי בתקופה האחרונה, אבחנה או חשד לדליות בושט, מלפורמציות בכלי הדם, מפרצת בכלי הדם, ליקויים משמעותיים בכלי הדם של המוח או של עמוד השדרה.
4. טיפול בנוגדי קרישה אחרים במקביל לקסרלטו כגון: הפריין, הפרין בעל משקל מלקורי נמוך (אנוקספריין, דלטפריין וכו'), נגזרות הפריין (פונדאפרינוקס וכו'), נוגדי קרישה פומיים (וארפארין, דביגטראן אטקסילאט, אפיקסבאן וכו'), מלבד במקרים ספציפיים של מעבר מנוגד קרישה אחד למשנהו או בעת מתן הפרינים דרך צנתר ורידי או עורקי כדי להשאירו פתוח.
5. מחלות כבד הגורמת להפרעות בתהליך הקרישה ולעליה בסיכון לדימום שהינה משמעותית קלינית לרבות חולים עם שחמת כבד עם Child Pugh B and C.
6. הריון או הנקה - נשים בעלות פוטנציאל להרות צריכות להמנע מלהרות במהלך הטיפול בקסרלטו.

התוויות-נגד נוספות עבור קסרלטו 2.5 מ"ג בלבד:

1. טיפול בנוגדי טסיות במקביל לקסרלטו בהתוויה של תסמונת כלילית חריפה במטופלים אשר חוו בעבר שבץ מוחי או (TIA) Transient Ischemic Attack.
2. טיפול בחומצה אסטילסליצילית במקביל לקסרלטו בהתוויה של מחלת עורקים כלילית (CAD) או מחלת עורקים פריפרית (PAD) במטופלים אשר חוו בעבר שבץ המורגי או לאקונארי או מטופלים אשר חוו שבץ מוחי מכל סוג בחודש האחרון.

מידע תרופתי:

המלצות לקביעת מינון

קביעת מינון למניעת שבץ מוחי ותסחיפים סיסטמיים במבוגרים עם פרפור פרוזדורים שאינו על רקע מחלה מסתמית (Non valvular atrial fibrillation, NVAf)

המינון המומלץ למניעת שבץ מוחי והיווצרות תסחיפים סיסטמיים בחולים בוגרים עם פרפור פרוזדורים שאינו על רקע מחלה מסתמית הוא 20 מ"ג פעם אחת ביום.

תכנית טיפול



טיפול רציף

חובה ליטול עם מזון



קסרלטו 20 מ"ג פעם ביום*

* אנא ראה בהמשך המדריך הוראות להתאמת מינון בחולים עם פרפור פרוזדורים והפרעה בינונית או חמורה בתפקוד הכליות

חולים עם הפרעה כלייתית

עבור חולים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה) או חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה), המינון המומלץ הוא 15 מ"ג פעם ביום. יש לנקוט בזהירות בעת טיפול בחולים עם הפרעה כלייתית חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה). הטיפול בקסרלטו אינו מומלץ עבור חולים עם קצב פינוי קריאטינין הנמוך מ-15 מ"ל לדקה. יש לנקוט בזהירות בעת השימוש בקסרלטו בחולים עם הפרעה בתפקוד הכליות אשר נוטלים במקביל תרופות נוספות אשר גורמות לעלייה ברמות ריברוקסבאן בפלסמה.

משך הטיפול

יש לתת טיפול רציף וארוך טווח בקסרלטו בתנאי כי התועלת של מניעת שבץ מוחי ותסחיפים סיסטמיים עולה על הסיכון הפוטנציאלי לדמם.

החמצת מנה

במקרה של החמצת מנה, על המטופל ליטול קסרלטו באופן מיידי ולמחרת להמשיך בנטילת התרופה פעם אחת ביום בהתאם להמלצה. אין להכפיל את המינון באותו היום על מנת לפצות על המנה שהוחמצה.

מטופלים העוברים התערבות כלילית מלעורית (Percutaneous coronary intervention, PCI) עם החדרת תומכן (stent)

קיים ניסיון מוגבל בשימוש במינון מופחת של קסרלטו 15 מ"ג פעם ביום בשילוב עם מעכבי P2Y₁₂ למשך תקופה של 12 חודשים לכל היותר, במטופלים עם פרפור פרזודורים שאינו על רקע מחלה מסתמית שדורשים טיפול בנוגד קרישה פומי ועוברים PCI עם החדרת תומכן.

מטופלים העוברים היפוך קצב לב (Cardioversion)

ניתן להתחיל או להמשיך טיפול בקסרלטו במטופלים שעשויים לעבור היפוך קצב לב.

במטופלים העוברים היפוך קצב לב המונחה על-ידי אקו לב דרך הוושט (Transesophageal echocardiography, TEE), שלא קיבלו טיפול קודם בנוגדי קרישה, יש להתחיל את הטיפול בקסרלטו לפחות 4 שעות לפני מועד היפוך הקצב בכדי להבטיח אנטיקואגולציה נאותה.

בכל המטופלים, יש לוודא לפני היפוך הקצב שהמטופל אכן נטל קסרלטו כפי שנרשם עבורו. ההחלטה לגבי התחלת הטיפול ומשכו צריכה להתקבל תוך התחשבות בהמלצות קווי ההנחייה המקובלים לטיפול בנוגדי קרישה במטופלים העוברים היפוך קצב.

קביעת מינון לטיפול בפקקת ורידים עמוקים (Deep vein thrombosis, DVT) ותסחיף ריאתי (Pulmonary embolism, PE) ולמניעת הישנות DVT ו-PE

המינון המומלץ לטיפול ראשוני ב-DVT או PE אקוטיים הוא 15 מ"ג פעמיים ביום, במהלך שלושת השבועות הראשונים לטיפול. לאחר מכן, המינון המומלץ הוא 20 מ"ג פעם אחת ביום למשך תקופת הטיפול המתמשכת ולמניעת הישנות של DVT ו-PE.

כאשר יש צורך במניעה ארוכת טווח של הישנות של DVT/PE (לאחר השלמת 6 חודשי טיפול ב-DVT/PE **לפחות**) המינון מומלץ הוא 10 מ"ג פעם ביום.

קסרלטו 10 מ"ג אינו מומלץ ב-6 החודשים הראשונים לטיפול ב-DVT או PE.

חולים עם הפרעה כלייתית

במטופלים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה) או חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה), בהתוויה של טיפול ב-DVT או PE אקוטיים או למניעת הישנות של DVT או PE, יש להתחיל את הטיפול במינון של 15 מ"ג פעמיים ביום, למשך 3 השבועות הראשונים.

- לאחר מכן, המינון המומלץ הוא 20 מ"ג פעם ביום. יש לשקול הורדת המינון מ-20 מ"ג פעם ביום ל-15 מ"ג פעם ביום במקרים בהם הסיכון לדימום עולה על הסיכון להישנות של DVT או PE. ההמלצה להפחתת מינון ל-15 מ"ג מבוססת על מודלים של פרמקוקינטיקה ולא נבחנה במערך קליני.

יש לנקוט בזהירות בשימוש בקסרלטו בחולים עם הפרעה כלייתית חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה).

השימוש בקסרלטו אינו מומלץ עבור חולים עם קצב פינוי קריאטינין הנמוך מ-15 מ"ל לדקה.

יש לנקוט בזהירות בעת השימוש בקסרלטו בחולים עם הפרעה בתפקוד הכליות[†] אשר נוטלים במקביל תרופות נוספות אשר גורמות לעלייה ברמות ריבורקסבאן בפלסמה.

* הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין של 30-49 מ"ל לדקה) עבור קסרלטו 10 מ"ג.

משך הטיפול

במטופלים עם DVT/PE שנגרם כתוצאה מגורמי סיכון מאגוריים חולפים (כגון ניתוח משמעותי בעת האחרונה או טראומה) יש לשקול טיפול קצר טווח (למשך 3 חודשים לפחות). ההחלטה על טיפול ממושך יותר צריכה להתבסס על גורמי סיכון קבועים או DVT/PE אידופטי.

כאשר יש צורך בטיפול ארוך-טווח למניעת הישנות של DVT/PE (לאחר השלמת 6 חודשי טיפול ב-DVT/PE לפחות) המינון מומלץ הוא 10 מ"ג אחת ליום. לא נקבעה בטיחות ויעילות הטיפול למשך תקופה של למעלה מ-12 חודשים. יש לשקול האם להאריך את הטיפול מעבר לתקופה של 12 חודשים. יש להתאים את משך הטיפול באופן אישי לאחר הערכת התועלת שבטיפול לעומת הסיכון לדמם.

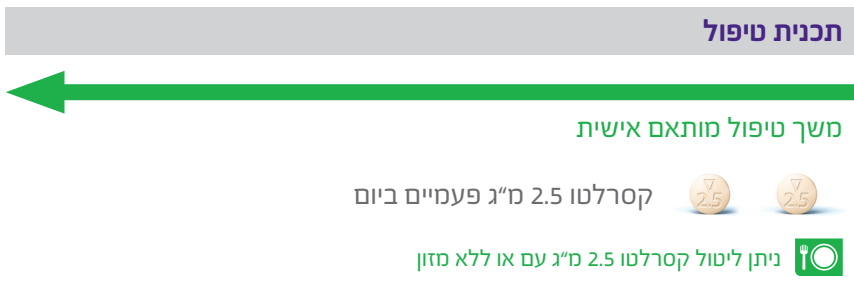
החמצת מנה

♦ **שלב הטיפול פעמיים ביום** (15 מ"ג פעמיים ביום במהלך 3 השבועות הראשונים): במקרה של החמצת מנה, על המטופל ליטול קסרלטו באופן מיידי על מנת להבטיח נטילת 30 מ"ג ליום. במקרה זה, ניתן ליטול 2 טבליות של קסרלטו 15 מ"ג בו זמנית. למחרת יש להמשיך בנטילת 15 מ"ג פעמיים ביום כרגיל.

♦ **שלב הטיפול פעם אחת ביום** (לאחר 3 שבועות): במקרה של החמצת מנה, על המטופל ליטול קסרלטו באופן מיידי ולמחרת להמשיך בנטילת התרופה פעם אחת ביום בהתאם להמלצה. אין להכפיל את המינון באותו היום על מנת לפצות על המנה שהוחמצה.

קביעת מינון למניעת אירועים אטרורומבוטיים במבוגרים עם מחלת עורקים כלילית (coronary artery disease, CAD) או מחלת עורקים פריפריית (peripheral artery disease, PAD) סימפטומטית אשר נמצאים בסיכון גבוה לאירועים איסכמיים.

המינון המומלץ הוא 2.5 מ"ג פעמיים ביום. מטופלים הנוטלים קסרלטו 2.5 מ"ג פעמיים ביום צריכים ליטול בנוסף מנה יומית של 75-100 מ"ג חומצה אצטילסליצילית (Acetylsalicylic acid, ASA).



היעילות והבטיחות של קסרלטו 2.5 מ"ג פעמיים ביום בשילוב עם ASA יחד עם clopidogrel/ ticlopidine נבחנה רק במטופלים עם ACS בתקופה האחרונה (ראו פירוט מטה). לא נחקר טיפול בשני מעכבי טסיות בשילוב עם קסרלטו 2.5 מ"ג פעמיים ביום במטופלים עם CAD ו/או PAD כרוניות.

חולים עם הפרעה כלייתית

אין צורך בהתאמת מינון במטופלים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה). יש לנקוט בזהירות בטיפול בקסרלטו בחולים עם הפרעה כלייתית חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה).

הטיפול בקסרלטו אינו מומלץ עבור חולים עם קצב פינוי קריאטינין הנמוך מ- 15 מ"ל לדקה.

יש לנקוט בזהירות בשימוש בקסרלטו במטופלים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה) אשר נוטלים במקביל תרופות המעלות את ריכוז ריברוקסבאן בפלסמה.

משך הטיפול

משך הטיפול צריך להקבע באופן אישי עבור כל מטופל על בסיס הערכות קבועות, תוך התחשבות בסיכון לאירועים טרומבוטיים אל מול הסיכונים לדימום.

אזהרות נוספות במטופלים בהתוויה של CAD/PAD

במטופלים עם אירוע טרומבוטי אקוטי או שאמורים לעבור הליך וסקולרי ושבהם יש צורך לטיפול בשני מעכבי טסיות, יש לשקול את המשך הטיפול בקסרלטו 2.5 מ"ג פעמיים ביום כתלות בסוג האירוע או ההליך ומשטר הטיפול בנוגדי הטסיות.

קיימת התווית נגד לטיפול בקסרלטו בשילוב עם ASA בהתוויה של CAD/PAD במטופלים אשר חוו שבץ המורגי או לאקונארי או במטופלים אשר חוו שבץ מוחי מכל סוג בחודש האחרון.

יש לנקוט בזהירות בעת הטיפול בקסרלטו בשילוב עם ASA במטופלים עם CAD/PAD והמאפיינים הבאים:

- גיל 75 שנים ומעלה. יש להעריך באופן פרטני וקבוע את התועלת שבטיפול אל מול הסיכון הכרוך בו.
- משקל גוף נמוך (פחות מ- 60 ק"ג)

- מטופלים עם מחלת עורקים כלילית (CAD) עם כשל לבבי סימפטומטי חמור. הנתונים מחקריים מצביעים על כך שבמטופלים אלה התועלת של הטיפול בקסרלטו עשויה להיות פחותה (ראה סעיף 5.1 בעלון לרופא להבהרות נוספות)

החמצת מנה

במקרה של החמצת מנה על המטופל ליטול את המנה הבאה של קסרלטו 2.5 מ"ג במועד הבא בזמן הרגיל. אין להכפיל את המינון על מנת לפצות על המנה שהוחמצה.

קביעת מינון למניעת אירועים אטרורומבוטיים במבוגרים לאחר תסמונת כלילית חריפה (Acute coronary syndrome, ACS) עם עלייה בביומרקרים לבביים

המינון המומלץ של קסרלטו הוא 2.5 מ"ג פעמיים ביום.

יש להתחיל את הטיפול בקסרלטו 2.5 מ"ג בהקדם האפשרי, לאחר השגת התייצבות התסמונת הכלילית החריפה אך לכל המוקדם 24 שעות לאחר האישפוז בבית-החולים ובזמן שבדרך כלל מפסיקים את טיפול נוגד הקרישה במתן פראנטרל.

במקביל לקסרלטו 2.5 מ"ג על המטופל ליטול מנה יומית של 75-100 מ"ג חומצה אצטילסליצילית או מנה יומית של 75-100 מ"ג חומצה אצטילסליצילית יחד עם מנה יומית של 75 מ"ג קלופידוגרל.

טיפול בקסרלטו 2.5 מ"ג יחד עם מעכבי הצמתת טסיות נוספים (כגון prasugrel או ticagrelor) לא נבדק במחקרים קליניים ואינו מומלץ (למעט ticlopidine).

תכנית טיפול



משך טיפול מותאם אישית

קסרלטו 2.5 מ"ג פעמיים ביום



ניתן ליטול קסרלטו 2.5 מ"ג עם או ללא מזון 

חולים עם הפרעה כלייתית

אין צורך בהתאמת מינון במטופלים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה). יש לנקוט בזהירות בעת הטיפול בקסרלטו במטופלים עם הפרעה כלייתית חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה). הטיפול בקסרלטו אינו מומלץ עבור חולים עם קצב פינוי קריאטינין הנמוך מ- 15 מ"ל לדקה.

יש לנקוט בזהירות בעת הטיפול בחולים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה) אשר נוטלים במקביל לקסרלטו תרופות נוספות אשר מעלות את ריכוז ריברוקסבאן בפלסמה.

משך הטיפול

יש להעריך באופן שגרתי את הטיפול בכל חולה, באופן פרטני, תוך שקילת הסיכון לאירוע איסכמי אל מול הסיכון לדמם. החלטה על המשך הטיפול מעבר ל- 12 חודשים צריכה להתקבל תוך הערכת הנתונים עבור כל מטופל, באופן פרטני, כיוון שקיים מידע מוגבל בלבד לגבי הארכת הטיפול עד 24 חודשים.

אזהרות נוספות במטופלים עם תסמונת כלילית חריפה

♦ יש לנקוט בזהירות בעת הטיפול בקסרלטו בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית או חומצה אצטילסליצילית וקלופידוגרל במטופלים עם תסמונת כלילית חריפה במצבים הבאים:

- גיל 75 שנים ומעלה. יש לשקול באופן פרטני וקבוע את התועלת שבטיפול אל מול הסיכון הכרוך בו.
- משקל גוף נמוך (פחות מ- 60 ק"ג)

♦ קיימת התווית-נגד לטיפול משולב בקסרלטו ובמעכבי הצמתת טסיות במטופלים עם תסמונת כלילית חריפה (ACS) אשר עברו בעבר שבץ מוחי או transient ischemic attack (TIA).

החמצת מנה

במקרה של החמצת מנה, על המטופל לקחת את המנה הבאה של קסרלטו 2.5 מ"ג בזמן הרגיל בהתאם להמלצה. אין ליטול מנה כפולה כדי לפצות על מנה שהוחמצה.

קביעת מינון מניעת פקקת ורידים תסחיפית (VTE) בחולים בוגרים העוברים ניתוח אלקטיבי להחלפת מפרק ירך או ברך

המינון המומלץ של קסרלטו הינו 10 מ"ג פעם ביום במתן פומי. יש לתת את המנה הראשונה 6-10 שעות לאחר הניתוח, בתנאי שהושג המוסטזיס.

משך הטיפול

משך הטיפול תלוי בסיכון הפרטני של המטופל לאירוע של פקקת ורידית תסחיפית כתלות בסוג הניתוח האורטופדי:

- ◆ במטופלים העוברים ניתוח להחלפת מפרק הירך, משך הטיפול המומלץ הינו 5 שבועות
- ◆ במטופלים העוברים ניתוח להחלפת מפרק הברך, משך הטיפול המומלץ הינו 2 שבועות

החמצת מנה

במקרה של החמצת מנה, על המטופל ליטול קסרלטו באופן מיידי ולמחרת להמשיך בנטילת התרופה פעם אחת ביום בהתאם להמלצה. אין ליטול מנה כפולה באותו יום על-מנת לפצות על מנה שהוחמצה.

הוראות לנטילה פומית

- ◆ קסרלטו 2.5 מ"ג ו-10 מ"ג - ניתן ליטול עם או בלי מזון.
- ◆ קסרלטו 15 מ"ג ו-20 מ"ג חובה ליטול עם מזון. נטילת מינונים אלה יחד עם מזון באותו הזמן תומכת בספיגת התרופה ומבטיחה זמינות ביולוגית גבוהה.
- מטופלים המתקשים לבלוע את הטבליה בשלמותה, יכולים לרסק את הטבליה ולערבב עם מים או מחית תפוחים, מיד לפני בליעתה.
- במינונים 15 מ"ג או 20 מ"ג - על המטופל לאכול מיד לאחר נטילת התרופה המרוסקת. לא קיים מידע לגבי לעיסה או חציה של הטבליה.
- בנוסף, ניתן לתת את טבליית קסרלטו המרוסקת דרך צינור הזנה לקיבה, לאחר ווידוא מיקום תקין של הצינור. יש לתת את הטבליה המרוסקת בכמות קטנה של מים דרך צינור

ההזנה לקיבה ולאחר מכן לשטוף בכמות נוספת של מים. לאחר מתן טבלייה מרוסקת של קסרלטו 15 מ"ג או 20 מ"ג יש לתת מייד הזנה אנטרלית.

הנחיות טרם ניתוח או הליך פולשני

אם יש צורך בהתערבות כירורגית או בהליך פולשני:

קסרלטו 2.5 מ"ג - יש להפסיק את הטיפול לפחות 12 שעות לפני ההתערבות

קסרלטו 10/15/20 מ"ג - יש להפסיק את מתן קסרלטו לפחות 24 שעות לפני ההתערבות זאת במידת האפשר ובהסתמך על שיקול דעתו של הרופא. אם אין אפשרות לדחות את ההליך, יש להעריך את הסיכון המוגבר לדמם לעומת דחיפות ההתערבות.

יש לחדש את מתן קסרלטו לאחר ההליך או ההתערבות הכירורגית בהקדם האפשרי, בתנאי שהמצב הקליני מאפשר זאת והושג המוסטזיס הולם.

כאשר קסרלטו 2.5 מ"ג ניתן בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית בלבד או עם חומצה אצטילסליצילית יחד עם קלופידוגרל - אם המטופל צפוי לעבור ניתוח אלקטיבי והאפקט של מעכבי הטסיות אינו רצוי, הפסקת הטיפול במעכבי הטסיות צריכה להעשות על-פי ההנחיות בעלוני התכשיר של היצרן.

הרדמה או ניקור אפידורלים או ספינלים

בעת הרדמה נוירואקסיאלית (אפידורלית או ספינלית) או ניקור אפידורלי או ספינלי, חולים המטופלים בנוגדי קרישה, למניעת סיבוכים טרומבואמוליים, נמצאים בסיכון מוגבר לשטף דם אפידורלי או ספינלי, העלול לגרום לשיתוק ארוך טווח או קבוע.

הסיכון להופעת אירועים אלה עלול לעלות לאור השימוש בצנתר אפידורלי או בעת שימוש מקביל בתרופות נוספות המשפיעות על המוסטזיס. הסיכון עלול לעלות גם עקב ניקור אפידורלי/ספינלי טראומתי או חוזר. לפיכך, יש לנטר את המטופלים לעיתים קרובות לצורך זיהוי סימנים ותסמינים של הפרעה נוירולוגית (כגון חוסר תחושה או חולשה ברגליים, פגיעה בתפקוד המעי או שלפוחית השתן). במקרים בהם זוהתה פגיעה נוירולוגית, יש צורך דחוף באיבחון ובטיפול. לפני התערבות נוירואקסיאלית במטופלים המקבלים טיפול בנוגד קרישה או במטופלים בהם מתוכנן טיפול מניעתי בנוגד קרישה, על הרופא להעריך את התועלת לעומת הסיכון.

הלן המלצות מיוחדות בעת הרדמה או ניקור אפידורלים או ספינאלים בהתאם להתוויות:

- **מניעת שבץ מוחי ותסחיפים סיסטמיים במבוגרים עם פרפור פרוזדורים שאינו על רקע מחלה מסתמית.**

טיפול בפקקת ורידים עמוקים (DVT) ותסחיף ריאתי (PE) ולמניעת הישנות DVT ו-PE במבוגרים

לא קיים ניסיון קליני בשימוש בקסרלטו 15 מ"ג או 20 מ"ג במצבים אלה. להפחתת הסיכון הפוטנציאלי לדימום הכרוך בטיפול בריברוקסבאן בעת הרדמה נירורואקסיאלית (אפידורלית או ספינלית) או ניקור ספינלי יש להתחשב בפרופיל הפרמקוקינטי של ריברוקסבאן.

באופן מיטבי, יש לבצע את ההחדרה או ההסרה של הצנתר האפידורלי או הניקור המותני בעת שהשפעה האנטיקואגולנטית של ריברוקסבאן מוערכת כנמוכה. עם זאת, לא ידוע מהו התזמון המדויק בו ההשפעה האנטיקואגולנטית של ריברוקסבאן מוערכת כנמוכה מספיק עבור כל מטופל.

לצורך הסרה של הצנתר האפידורלי, ובהתבסס על מאפיינים פרמקוקינטיים כלליים, לפחות כפליים זמן מחצית חיים ($2x$ half life) צריך לחלוף, כלומר לפחות 18 שעות במטופלים צעירים ו-26 שעות במטופלים קשישים, מאז מתן המנה האחרונה של ריברוקסבאן (ראה סעיף 5.2 בעלון לרופא).

לאחר הסרת הצנתר, יש להמתין לפחות 6 שעות לפני מתן המנה הבאה של ריברוקסבאן.

במקרה של ניקור טראומטי, יש לדחות את המתן של ריברוקסבאן ב-24 שעות.

- **מניעת פקקת ורידים תסחיפית (VTE) בחולים מבוגרים העוברים ניתוח אלקטיבי להחלפת ירך או ברך**

יש להתחשב בפרופיל הפרמקוקינטי של ריברוקסבאן בכדי להפחית את הסיכון הפוטנציאלי לדימום הכרוך בטיפול בריברוקסבאן בעת הרדמה נירורואקסיאלית (אפידורלית/ספינלית).

באופן מיטבי, יש לבצע את ההחדרה או ההסרה של הצנתר האפידורלי או הניקור המותני בעת שהשפעה האנטיקואגולנטית של ריברוקסבאן מוערכת כנמוכה (ראה סעיף 5.2 בעלון לרופא).

טרם הסרה של צנתר אפידורלי צריכות לחלוף לפחות 18 שעות מאז המנה האחרונה של ריברוקסבאן. לאחר הסרת הצנתר, צריכות לחלוף לפחות 6 שעות לפני מתן המנה הבאה של ריברוקסבאן. במקרה של ניקור טראומטי, יש לדחות את המתן של ריברוקסבאן ב- 24 שעות.

- מניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים עם מחלת עורקים כלילית (CAD) או מחלת עורקים פריפרית (PAD) סימפטומטית אשר נמצאים בסיכון גבוה לאירועים איסכמיים
- מניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים לאחר תסמונת כלילית חריפה (ACS) עם עלייה בביומרקרים לבביים

לא קיים ניסיון קליני בשימוש בקסרלטו 2.5 מ"ג בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית בלבד או חומצה אצטילסליצילית יחד עם קלופידוגרל במצבים אלה. להפחתת הסיכון הפוטנציאלי לדימום הכרוך בטיפול בריברוקסבאן בעת הרדמה נירורואקסיאלית (אפידורלית או ספינלית) או ניקור ספינלי, יש לקחת בחשבון את הפרופיל הפרמקוקינטי של ריברוקסבאן.

באופן מיטבי, יש לבצע את ההחדרה או ההסרה של הצנתר האפידורלי או הניקור המותני בעת שהשפעה האנטיקואגולנטית של ריברוקסבאן מוערכת כנמוכה (ראה סעיף 5.2 בעלון לרופא). עם זאת, לא ידוע מהו התזמון המדויק בו ההשפעה האנטיקואגולנטית של ריברוקסבאן מוערכת כנמוכה מספיק עבור כל מטופל.

את מתן מעכבי הצמתת הטסיות יש להפסיק בהתאם להוראות בעלון לרופא של יצרן התכשירים הרלוונטים.

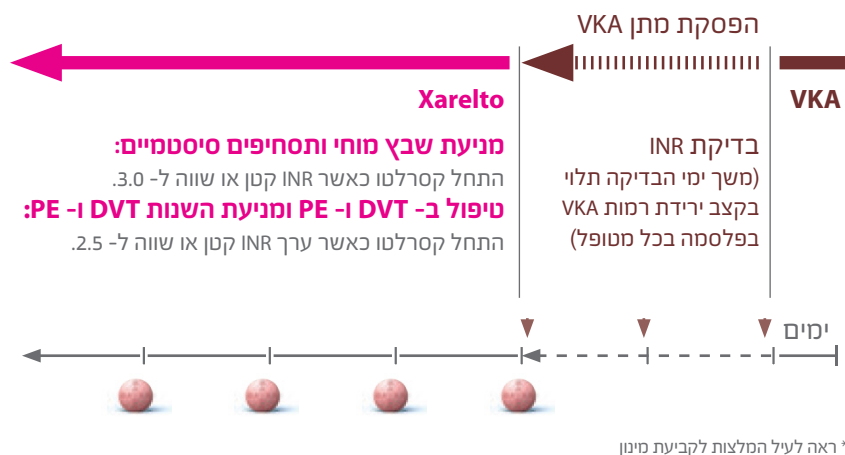
מעבר מאנטגוניסטים של ויטמין K (Vitamin K antagonist, VKA) לקסרלטו

חולים עם פרפור פרוזדורים שאינו על רקע מחלה מסתמית, המקבלים טיפול למניעת שבץ מוחי והיווצרות תסחיפים סיסטמיים, יש להפסיק את הטיפול ב- VKA ולהתחיל את הטיפול בקסרלטו כאשר ערך INR קטן או שווה ל- 3.0.

חולים המקבלים טיפול בשל DVT או תסחיף ריאתי (PE) ולמניעת הישנות DVT ותסחיף ריאתי (PE), יש להפסיק את הטיפול ב- VKA ולהתחיל את הטיפול בקסרלטו כאשר ערך INR קטן או שווה ל- 2.5.

מדידת INR אינה מתאימה להערכת הפעילות האנטיקואגולנטית של קסרלטו, ולכן אין להשתמש בה למטרה זו. טיפול בקסרלטו בלבד אינו מחייב ניטור שגרתי של תפקודי קרישה.

מעבר מ- VKA לקסרלטו



מעבר מקסרלטו לאנטגוניסטים של ויטמין K (VKA)

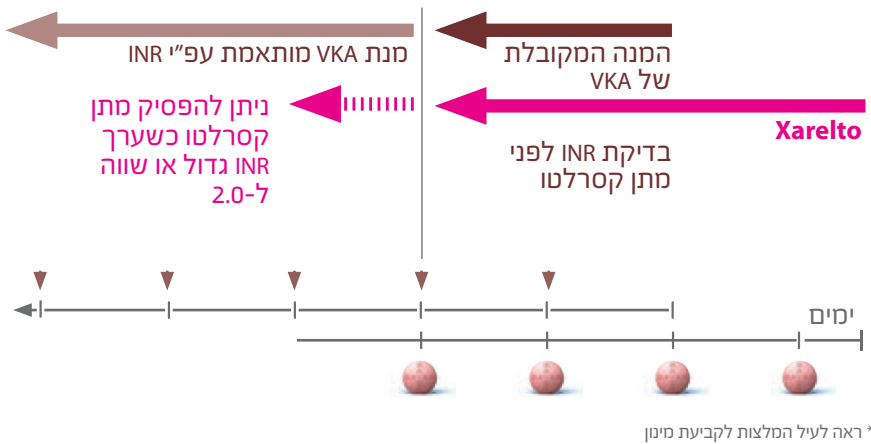
קיים פוטנציאל לאנטיקואגולציה שאינה נאותה בעת המעבר מקסרלטו ל- VKA.

במהלך המעבר בין הטיפולים, חשוב ביותר להבטיח אנטיקואגולציה נאותה, תוך מזעור הסיכון לדמם.

בעת המעבר ל- VKA יש לתת קסרלטו ו- VKA במקביל עד אשר ערך ה- INR יגיע לפחות ל- 2.0. במהלך היומיים הראשונים לתקופת המעבר, יש לתת את המינון ההתחלתי המקובל של VKA, ולאחר מכן יש להתאים את המינון על סמך בדיקות INR.

מדידת INR אינה מתאימה להערכת הפעילות האנטיקואגולנטית של קסרלטו. כאשר החולים מקבלים במקביל הן קסרלטו והן VKA אין למדוד INR בטרם חלפו 24 שעות מנטילת המנה הקודמת של קסרלטו, אך יש לבצע את המדידה לפני נטילת המנה הבאה של קסרלטו. לאחר הפסקת הטיפול בקסרלטו, ניתן למדוד INR באופן אמין לפחות 24 שעות לאחר נטילת המנה האחרונה.

מעבר מקסרלטו ל- VKA



מעבר מנוגדי קרישה פראנטרליים לקסרלטו

- ◆ עבור חולים המקבלים טיפול פראנטרלי תוך ורידי רציף (כגון טיפול בהפארין תוך ורידי רציף) יש להתחיל את הטיפול בקסרלטו מיד עם הפסקת הטיפול הפראנטרלי.
- ◆ עבור חולים המטופלים בטיפול פראנטרלי במינון קבוע, כגון מינון קבוע של Low Molecular Weight Heparin: יש להפסיק את הטיפול הפראנטרלי ויש להתחיל את הטיפול בקסרלטו 0-2 שעות לפני הזמן בו הייתה אמורה להינתן המנה הבאה של הטיפול הפראנטרלי.

מעבר מקסלרטו לנוגדי קרישה פראנטרליים

יש לתת את המנה הראשונה של נוגד קרישה פראנטרלי בזמן בו היתה אמורה להנתן המנה הבאה של קסרלטו.

תגובות בין תרופתיות

- ◆ תרופות שהן משפעות חזקות של פעילות CYP3A4 (כגון rifampicin, phenytoin, St. John's Wort או carbamazepine, phenobarbital) עלולות להוריד את הריכוז של ריברוקסבאן בפלסמה ולכן מומלץ להימנע משילוב שלהן עם קסרלטו אלא אם המטופל נמצא תחת ניטור הדוק לסימנים ותסמינים של הופעת קרישי דם.

לתגובות בין תרופתיות נוספות ראה פירוט מטה בסעיף 'אוכלוסיות בעלות סיכון מוגבר לדמם' תת-סעיף 'מטופלים הנוטלים תרופות נוספות במקביל לקסרלטו'.

אוכלוסיות בעלות סיכון מוגבר לדמם

בדומה לכל נוגדי הקרישה, קסרלטו עלול להגביר את הסיכון לדמם.

יש לשים לב להתוויות הנגד לטיפול המופיעות לעיל.

הסיכון לדמם עולה עם הגיל.

קיימות מספר תת-אוכלוסיות של מטופלים הנמצאות בסיכון מוגבר לדמם ולפיכך צריכות להיות מנוטרות בקפידה לגילוי סימנים ותסמינים העשויים להעיד על דימום ואנמיה. יש לחפש מקור דימום בכל מקרה של ירידה בלתי מוסברת ברמת ההמוגלובין או בלחץ הדם. ההחלטה לגבי הטיפול במטופלים אלה צריכה להתקבל לאחר הערכת התועלת שבטיפול אל מול הסיכון לדמם:

◆ **מטופלים בעלי הפרעה כלייתית** - אנא ראה במדריך זה המלצות להתאמת מינון למטופלים עם הפרעה כלייתית בינונית (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל לדקה) או חמורה (קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה) בהתאם להתוויות השונות. יש לנקוט בזהירות בעת הטיפול בקסרלטו במטופלים עם קצב פינוי קריאטינין של 15-29 מ"ל לדקה או במטופלים עם הפרעה בתפקוד הכליות* הנוטלים במקביל לקסרלטו תרופות נוספות הגורמות לעלייה את ריכוזוריברוקסבאן בפלסמה.

הטיפול בקסרלטו אינו מומלץ עבור חולים עם קצב פינוי קריאטינין הנמוך מ- 15 מ"ל לדקה.

* עם הפרעה בינונית בתפקוד הכליות (קצב פינוי קריאטינין 30-49 מ"ל דקה) עבור קסרלטו 2.5 מ"ג ו- 10 מ"ג.

◆ מטופלים הנוטלים תרופות נוספות במקביל לקסרלטו:

- טיפול סיסטמי בתכשירים אנטי-פטריותיים על בסיס azole (כגון ketoconazole
- itraconazole, voriconazole, ו- posaconazole), או מעכבי פרונאזות של HIV (כגון ritonavir) - מתן קסרלטו אינו מומלץ.
- תרופות המשפיעות על המוסטזיס כגון תכשירי Non-steroidal anti-inflammatory Drugs (NSAIDs), חומצה אצטילסליצילית (כגון אספירין), מעכבי הצמתת טסיות, מעכבים סלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרטונין (SSRIs) ומעכבים של ספיגה

חוזרת של סרטונין- נוראפינפרין (SNRIs) יש לנקוט בזהירות. עבור מטופלים הנמצאים בסיכון למחלקה כיבית במערכת העיכול ניתן לשקול טיפול מונע מתאים.

- מטופלים בהתויות של ACS ו- CAD/PAD - טיפול ב- NSAIDs במטופלים בקסרלטו בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית או בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית וקלופידוגרל צריך להנתן רק במקרים בהם התועלת שבטיפול עולה על הסיכון לדימום.
- dronedarone - בשל מיעוט מידע קליני, מומלץ להימנע משילוב עם קסרלטו.
- התגובה הבין תרופתית עם אריתרומיצין, קלריתרומיצין ופלוקונאזול הינה ככל הנראה חסרת משמעות קלינית במרבית המטופלים אך עשויה להיות משמעותית במטופלים הנמצאים בסיכון גבוה (ראה מעלה מידע נוסף לגבי מטופלים בעלי הפרעה כלייתית).

הערה: למידע על תגובות בין תרופתיות נוספות עם קסרלטו, אנא עיינו בעלון לרופא.

◆ מטופלים עם גורמי סיכון נוספים לדמם:

בדומה לנוגדי קרישה אחרים, הטיפול בקסרלטו אינו מומלץ במטופלים עם סיכון מוגבר לדמם כגון:

- הפרעות המגבירות את הנטייה לדימום (מולדות או נרכשות)
- יתר לחץ דם עורקי חמור בלתי מאוזן
- מחלות במערכת העיכול העלולות להוביל לסיבוכי דמם (פרט לכיב פעיל או כיב לאחרונה במערכת העיכול המהווים התוויית נגד לטיפול) כגון מחלת מעי דלקתית, דלקת של הוושט או הקיבה או מחלת החזר קיבתי-ושטי (רפלוקס)
- רטינופתיה וסקולרית
- ברונכיאיטקטזיות או היסטוריה של דימום ריאתי

מינון יתר

בשל ספיגה מוגבלת, צפוי שבמינונים של 50 מ"ג ויותר, שהינם מעל הטווח התרפויטי, יתקיים אפקט תקרה ללא עליה נוספת ברמה הממוצעת בפלסמה. במקרה של מינון יתר ניתן לשקול שימוש בפחם פעיל להפחתת הספיגה.

טיפול במקרה של דימום

במקרה של אירוע דמם בחולה המטופל בקסרלטו יש לדחות את מתן המנה הבאה של קסרלטו או להפסיק את הטיפול בהתאם למצב.

הטיפול בדמם צריך להיות מותאם אישית בהתאם לחומרת הדימום ומיקומו. טיפול פרטני מותאם באירוע דמם עשוי לכלול:

◆ טיפול סימפטומטי כגון לחץ מכאני, התערבות כירורגית, מתן נוזלים

◆ תמיכה המודינמית - עירוי מוצרי דם או מרכיבי דם

◆ במקרה של אירוע דמם מסכן חיים שאינו ניתן לשליטה באמצעים המפורטים לעיל, יש לשקול מתן מוצר פרו-קואגולנטי כגון Prothrombin complex concentrate (PCC) או Activated prothrombin complex concentrate (APCC) או פקטור VIIa רקומביננטי (r-FVIIa). עם זאת, נכון להיום, הניסיון הקליני עם מוצרים אלה באנשים המטופלים בקסרלטו הוא מוגבל.

לאור מידת הקישור הגבוהה לחלבוני הפלסמה, קסרלטו אינו צפוי להיות מפונה באמצעות דיאליזה.

בדיקות קרישה

הטיפול בקסרלטו אינו מחייב ניטור שגרת של תפקודי קרישה. עם זאת, מדידת הרמות של קסרלטו עשויה להיות לעזר במקרים חריגים בהם ידיעת רמת החשיפה לתכשיר תסייע בקבלת החלטות רפואיות למשל במצבים של מינון יתר או צורך בניתוח חירום.

תבחין anti-Factor Xa עם כיוול מתאים למדידת רמות rivaroxaban זמין כעת בצורה מסחרית.

בעת הצורך ניתן לבצע בדיקה של מצב ההמוסטזיס גם באמצעות תבחין PT תוך שימוש ב- Neoplastin, כמפורט בעלון לרופא.

תוצאות הבדיקות המפורטות להלן עלולות להיות גבוהות יותר:

Prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (aPTT) וכן INR, יתרה מכך, בדיקת INR פותחה לצורך ניטור ההשפעות של VKA על PT ולכן אינה מתאימה לניטור הפעילות של קסרלטו. אין לבסס החלטות לגבי מינון או טיפול על סמך ערך INR, למעט מקרים של מעבר מקסרלטו ל- VKA כמתואר במדריך זה.

דיווח על תופעות לוואי

קיימת חשיבות לדיווח על תופעות לוואי לאחר רישומו של תכשיר. הדיווח מאפשר ניטור מתמשך של פרופיל התועלת/סיכון של התכשיר.

יש לדווח כל חשד לתופעת לוואי למשרד הבריאות בהתאם לרגולציה המקומית באמצעות הטופס המקוון:

<https://:sideeffects.health.gov.il/>

כמו כן, ניתן לדווח על תופעות לוואי ופגמי איכות ליחידת המעקב התרופתי של באייר ישראל:

דואר אלקטרוני: dsisrael@bayer.com

פקס: 09-7626741

מידע נוסף

לפרטים נוספים יש לעיין בעלון העדכני לרופא.

לפרטים נוספים ניתן לפנות לחברת באייר ישראל:

כתובת: החרש 36, הוד-השרון, 4527702

טלפון: 09-7626700

פקס: 09-7626730

סיכום משטרי המינן

התוויה	מינן מומלץ	מינן מומלץ באוכלוסיות מיוחדות
<p>מניעת שבץ מוחי ותסחיפים סיסטמיים במבוגרים עם פרפור פרזודורים שאינו על רקע מחלה מסתמית, בעלי גורם סיכון אחד או יותר כגון אי-ספיקת לב, יתר לחץ דם, גיל 75 שנים ומעלה, סוכרת, שבץ מוחי או התקף איסכמי חולף בעבר.</p>	<p>20 מ"ג פעם ביום</p>	<p>מטופלים עם הפרעה בתפקוד הכלייתי (קצב פינוי קריאטינין 15-49 מ"ל/דקה)*</p> <p>קסרלטו 15 מ"ג אחת ליום</p> <p>ראו במדריך מידע לגבי מטופלים העוברים התערבות כלילית מלעורית Percutaneous coronary intervention, PCI) עם החדרת תומכן (stent)</p>
<p>טיפול בפקת ורידים עמוקים (DVT) ותסחיף ריאתי (PE) **, ומניעת הישנות של DVT ו- PE - במבוגרים.</p> <p>מניעת הישנות של DVT ו- PE במבוגרים (לאחר השלמת לפחות 6 חודשים של טיפול ב- DVT/PE)</p>	<p>במהלך ימים 1-21 לטיפול ב- PE או DVT אקוטי ולמניעת הישנות DVT ו- PE - המינן המומלץ הוא 15 מ"ג פעמיים ביום.</p> <p>החל מיום 22 לטיפול - המינן המומלץ הוא 20 מ"ג פעם ביום</p> <p>לטיפול ארוך-טווח למניעת הישנות של DVT ו- PE לאחר השלמת 6 חודשי טיפול לפחות - המינן המומלץ הינו 10 מ"ג פעם ביום</p>	<p>מטופלים עם הפרעה בתפקוד הכלייתי (קצב פינוי קריאטינין 15-49 מ"ל/דקה)*</p> <p>ימים 1-21: קסרלטו 15 מ"ג פעמיים ביום.</p> <p>לאחר מכן קסרלטו 15 מ"ג פעם ביום במקום 20 מ"ג פעם ביום במטופלים בהם הסיכון המוערך לדמם עולה על הסיכון להישנות DVT/PE.</p>
<p>מניעת פקת ורידים תסחיפית (VTE) במבוגרים העוברים ניתוח אלקטיבי להחלפת ירך או ברך.</p>	<p>המינן המומלץ הוא 10 מ"ג פעם ביום.</p>	

התוויה	מינון מומלץ	מינון מומלץ באוכלוסיות מיוחדות
קסרלטו, בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית, מתווה למניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים עם מחלת עורקים כלילית (CAD) או מחלת עורקים פריפרית (PAD) סימפטומטית אשר נמצאים בסיכון גבוה לאירועים איסכמיים.	המינון המומלץ הוא 2.5 מ"ג פעמיים ביום. בשילוב עם מנה יומית של חומצה אצטילסליצילית 75-100 מ"ג.	
קסרלטו, בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית בלבד או בשילוב עם חומצה אצטילסליצילית וקלופידוגרל, מתווה למניעת אירועים אטרורובוטיים במבוגרים לאחר תסמונת כלילית חריפה (ACS) עם עלייה בביומרקרים לבביים	המינון המומלץ הוא 2.5 מ"ג פעמיים ביום. בשילוב עם 75-100 מ"ג/יום חומצה אצטילסליצילית או עם 75-100 מ"ג/יום חומצה אצטילסליצילית ו-75 מ"ג/יום קלופידוגרל.	

קסרלטו 15 מ"ג ו-20 מ"ג חובה ליטול עם מזון

קסרלטו 2.5 מ"ג ו-10 מ"ג ניתן ליטול עם או בלי מזון

מטופלים המתקשים לבלוע את הטבליה בשלמותה, יכולים לרסק את הטבליה ולערבב עם מים או מחית תפוחים, מיד לפני בליעתה. במינון במינונים 15 מ"ג או 20 מ"ג - על המטופל לאכול מיד לאחר נטילת התרופה המרוסקת. אין מידע על לעיסה/חציה.

* יש לנקוט בזהירות בעת השימוש בקסרלטו בחולים עם קצב פינוי קריאטינין 15-29 מ"ל לדקה ובמטופלים עם הפרעה כלייתית אשר נוטלים במקביל תרופות נוספות אשר גורמות לעלייה ברמות ריבורקסבאן בפלסמה.

** קסרלטו אינו מומלץ כחלופה ל- unfractionated heparin בחולים עם PE שאינם יציבים המודינמית או שעשוים לקבל טיפול טרומבוליטי או לעבור pulmonary embolectomy.

גירסה 4,

חוברת זו ותוכנה נבדקו ואושרו על ידי משרד הבריאות בתאריך 31.01.2021



A series of horizontal lines for writing, consisting of 17 evenly spaced lines across the page.



MA-XAR-IL-0026-1

באייר ישראל בע"מ: החרש 36, הוד-השרון, 4527702, טלפון: 09-7626700, פקס: 09-7626730

