

**1. BEZEICHNUNG DER ARZNEIMITTEL**

Clexane® 60 mg  
Clexane® 80 mg  
Clexane® 100 mg

Wirkstoff: Enoxaparin-Natrium

**2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG**

**Clexane 60 mg**

1 Fertigspritze mit 0,6 ml Injektionslösung enthält 60 mg Enoxaparin-Natrium (entsprechend 6.000 I. E. anti-Xa).

**Clexane 80 mg**

1 Fertigspritze mit 0,8 ml Injektionslösung enthält 80 mg Enoxaparin-Natrium (entsprechend 8.000 I. E. anti-Xa).

**Clexane 100 mg**

1 Fertigspritze mit 1,0 ml Injektionslösung enthält 100 mg Enoxaparin-Natrium (entsprechend 10.000 I. E. anti-Xa).

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1.

**3. DARREICHUNGSFORM**

Injektionslösung.

**4. KLINISCHE ANGABEN**

**4.1 Anwendungsgebiete**

- Therapie tiefer Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie.
- Therapie der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI):  
Clexane ist indiziert zur Prävention von erneut auftretender schwerer Angina Pectoris oder eines drohenden Myokardinfarktes bei Patienten mit instabiler Angina Pectoris oder Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarkt.  
Von der Behandlung mit Clexane profitieren am ehesten Patienten, die innerhalb von 24 Stunden nach der letzten Schmerzsymptomatik behandelt werden und die ischämische EKG-Veränderungen und/oder erhöhte kardiale Enzymkonzentrationen vor Therapiebeginn aufweisen.

**Hinweise:**

Falls eine koronare Bypass-Operation während der Behandlung mit Clexane notwendig wird, sollte Clexane abgesetzt und der Patient auf die übliche antithrombotische Standardtherapie (z. B. unfraktioniertes Heparin) umgestellt werden (siehe auch Abschnitt 4.4).  
Clexane wird, falls nicht kontraindiziert, zusätzlich zu 100 bis 325 mg Acetylsalicylsäure (ASS) pro Tag angewendet.

- Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) bei Patienten, die konservativ oder zunächst konservativ mit nachfolgender perkutaner Koronarintervention (PCI) versorgt werden.
- Thromboseprophylaxe und Gerinnungshemmung bei extrakorporalem Kreislauf während der Hämodialyse.

**4.2 Dosierung,**

**Art und Dauer der Anwendung**

**Dosierung**

**Therapie tiefer Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie**

Zur Therapie tiefer Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie wird Clexane in einer Dosierung von 1 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht zweimal täglich injiziert. Für die Einzelinjektion ergibt sich das Injektionsvolumen in ml aus dem jeweiligen Körpergewicht geteilt durch 100. Das sich ergebende Injektionsvolumen kann auf die erste Dezimalstelle ab- bzw. aufgerundet werden (siehe Tabelle 1).

**Therapie der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI)**

Die Dosierung beträgt 1 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht alle 12 Stunden. Für die Einzelinjektion ergibt sich das Injektionsvolumen in ml aus dem jeweiligen Körpergewicht geteilt durch 100. Das sich ergebende Injektionsvolumen kann auf die erste Dezimalstelle ab- bzw. aufgerundet werden (siehe Tabelle 1).

Gleichzeitig soll – falls nicht kontraindiziert – Acetylsalicylsäure in einer Dosierung von 100 bis 325 mg gegeben werden.

**Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI)**

Die Therapie wird mit einem einzelnen intravenösen Bolus von 30 mg Enoxaparin-Natrium, unmittelbar gefolgt von einer Dosis von 1 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht subkutan eingeleitet. Anschließend werden alle 12 Stunden 1 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht subkutan verabreicht. Die ersten beiden subkutanen Dosen dürfen jeweils maximal 100 mg Enoxaparin betragen. Diese Obergrenze gilt nicht für die nachfolgenden subkutanen Dosierungen. Für den i.v.-Bolus ist Clexane multidose 100 mg/ml zu verwenden. Bezüglich des praktischen Vorgehens zur i.v.-Gabe siehe diesen Abschnitt unter „Art der Anwendung“. Für die subkutanen Applikationen können Clexane Fertigspritzen der Wirkstärken 60 mg, 80 mg oder 100 mg verwendet werden. Für die subkutane Einzelinjektion ergibt sich das Injektionsvolumen in ml aus dem jeweiligen Körpergewicht geteilt durch 100. Das sich ergebende Injektionsvolumen kann auf die erste Dezimal-

stelle ab- bzw. aufgerundet werden (siehe Tabelle 1). Diese Dosierung gilt für Patienten unter 75 Jahren. Für Patienten ab 75 Jahren siehe Abschnitt „Ältere Patienten“.

Bei gleichzeitiger Verabreichung eines Thrombolytikums (fibrinspezifisch oder nicht fibrinspezifisch) sollte Clexane innerhalb von 15 Minuten vor bis 30 Minuten nach dem Beginn der fibrinolytischen Therapie gegeben werden. Alle Patienten, bei denen ein ST-Hebungs-Myokardinfarkt festgestellt wurde, sollten sofort 75 bis 325 mg Acetylsalicylsäure (ASS) einmal täglich erhalten und diese Therapie fortsetzen, falls keine Kontraindikationen bestehen.

Für Patienten mit perkutaner Koronarintervention (PCI) gilt: Falls die letzte subkutane Gabe von Enoxaparin-Natrium weniger als 8 Stunden vor der Ballondilatation erfolgte, ist keine weitere Dosis erforderlich. Falls sie länger als 8 Stunden zurückliegt, sollte ein intravenöser Bolus von 0,3 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht verabreicht werden.

**Hämodialyse**

Die Dosis muss für jeden Patienten individuell eingestellt werden. In Abhängigkeit von den Dialyseergebnissen in den ersten Dialysesitzungen sollten die Dosierungen in den nachfolgenden Dialysesitzungen entsprechend angepasst werden. Um eine individuelle Dosierung zu erleichtern, steht auch ein Mehrfachdosensbehältnis unter der Bezeichnung Clexane multidose 100 mg/ml zur Verfügung.

Bei Patienten, die sich ständig einer Hämodialyse unterziehen müssen, wird die Prävention einer Thrombose im extrakorporalen Kreislauf durch Injektion von 0,01 ml Clexane pro kg Körpergewicht in den arteriellen Schenkel des Dialysekreislaufs zu Beginn der Sitzung erzielt. Diese Dosis ist gewöhnlich für eine vierstündige Hämodialysesitzung ausreichend. Sollten sich Fibrinablagerungen bilden, ist es erforderlich, in Abhängigkeit von der Restdauer der Dialyse, darüber hinaus 0,005 ml bis 0,01 ml Clexane pro kg Körpergewicht zu applizieren.

Bei Hämodialysepatienten mit einem hohen Hämorrhagierisiko (im Besonderen prä- oder postoperativ) oder mit einer progressiven hämorrhagischen Erkrankung sollten die Dialysesitzungen mit einer Dosis von 0,005 ml (doppelter Gefäßzugang) bzw.

Tabelle 1: Dosierungstabelle für die Therapie von tiefen Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie, der instabilen Angina Pectoris, des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI) und des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) (hier nur für die subkutane Applikation)

| Körpergewicht | Einzeldosis in mg (Wirkstoff) | Einzeldosis in ml entsprechend der Spritzenkalibrierung | Zu verwendende Fertigspritzen (Handelsname) | Verwerfung von 0,1 ml aus der Fertigspritze vor Injektion |
|---------------|-------------------------------|---|---|---|
| 45 bis 54 kg  | 50 mg                         | 0,5 ml  | Clexane 60 mg                               | Ja  |
| 55 bis 64 kg  | 60 mg                         | 0,6 ml  | Clexane 60 mg                               | Nein  |
| 65 bis 74 kg  | 70 mg                         | 0,7 ml  | Clexane 80 mg                               | Ja  |
| 75 bis 84 kg  | 80 mg                         | 0,8 ml  | Clexane 80 mg                               | Nein  |
| 85 bis 94 kg  | 90 mg                         | 0,9 ml  | Clexane 100 mg                              | Ja  |
| 95 bis 104 kg | 100 mg                        | 1,0 ml  | Clexane 100 mg                              | Nein  |

0,0075 ml (einfacher Gefäßzugang) Clexane pro kg Körpergewicht durchgeführt werden.

**Ältere Patienten:**

Sofern die Nierenfunktion nicht eingeschränkt ist, ist bei älteren Patienten keine Dosisreduktion erforderlich (siehe aber auch Abschnitt 4.4 und Abschnitt 5.2). Für die Behandlung des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) bei älteren Patienten ab 75 Jahren entfällt der anfängliche intravenöse 30-mg-Bolus und die initiale subkutane Dosis wird auf 0,75 mg pro kg Körpergewicht reduziert. Anschließend werden alle 12 Stunden 0,75 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht subkutan verabreicht. Die ersten beiden subkutanen Dosen dürfen jeweils maximal 75 mg Enoxaparin betragen. Diese Obergrenze gilt nicht für die nachfolgenden subkutanen Dosierungen.

**Eingeschränkte Nierenfunktion:**

Bei leicht bzw. mäßig eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance 50–80 ml/min bzw. 30–50 ml/min) ist zumeist keine Dosisanpassung erforderlich (zur Abschätzung der Funktionseinschränkung nach Cockcroft siehe Abschnitt 4.4). Allerdings sollten die Patienten sorgfältig überwacht werden (siehe auch Abschnitt 4.4 und Abschnitt 5.2).

Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance <30 ml/min) wird empfohlen, folgende Dosierungen zu verabreichen:

Siehe Tabelle 2

Es liegen keine Ergebnisse aus kontrollierten Studien für Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion für subkutane Dosen über 1 mg/kg Körpergewicht zweimal täglich und einem Körpergewicht von mehr als 75 kg vor. Die Behandlung von Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion mit Enoxaparin sollte durch Kontrollen der anti-Faktor-Xa-Spitzenpiegel überwacht werden (siehe auch Abschnitt 4.4). Auf Blutungszeichen ist sorgfältig zu achten.

**Art der Anwendung**

Clexane darf nicht intramuskulär appliziert werden.

**Subkutane Injektion**

Clexane wird zur Therapie der tiefen Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie, der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI) als subkutane Injektion gegeben. Lediglich bei der Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) geht den ansonsten ebenfalls subkutanen Injektionen ein einzelner intravenöser Bolus voraus (siehe dieser Abschnitt „Intravenöse Bolusinjektion“).

Die Fertigspritze ist gebrauchsfertig.

**Technik der subkutanen Injektion**

Die Injektion sollte vorzugsweise am liegenden Patienten vorgenommen werden. Die Nadelschutzkappe ist vor dem Gebrauch zu entfernen. Beachten Sie: Die in der Fertigspritze befindliche Luftblase darf vor der Injektion nicht entfernt werden. Sie dient dazu, ein vollständiges Entleeren der Spritze zu ermöglichen. Ein an der Injektionsnadel haftender Tropfen ist vor der

Tabelle 2: Dosierungstabelle für Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance <30 ml/min, KG = Körpergewicht)

| Indikation   | Dosierregime   |
|--|--|
| Therapie tiefer Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie                                 | 1 mg/kg KG s. c.<br>1 x täglich  |
| Therapie der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI) | 1 mg/kg KG s. c.<br>1 x täglich  |
| Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) (Patienten unter 75 Jahren)        | Einmalig 30 mg i. v. Bolus plus 1 mg/kg KG s. c.,<br>und dann<br>1 mg/kg KG s. c. alle 24 h<br>(max. 100 mg für die erste s. c. Dosis) |
| Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) (Patienten ab 75 Jahren)           | Kein i. v. Bolus, initial 1 mg/kg KG s. c.,<br>und dann<br>1 mg/kg KG s. c. alle 24 h<br>(max. 100 mg für die erste s. c. Dosis)       |

Injektion zu entfernen, da ein Nachlaufen von Clexane in den Einstichkanal zu einem ungefährlichen, oberflächlichen Bluterguss bzw. in seltenen Fällen zu einer lokalen allergischen Reizung führen kann. Der Tropfen sollte abgeschüttelt und nicht abgestreift werden.

Der Einstich der Injektionsnadel muss senkrecht zur Körperachse in die mit 2 Fingern abgehobene Hautfalte der vorderen seitlichen Bauchwand oder der Außenseite des Oberschenkels erfolgen. Die Hautfalte darf während der subkutanen Injektion nicht gelockert werden. Es wird empfohlen, Clexane exakt subkutan und langsam zu injizieren, ohne zu aspirieren. Danach wird die Nadel senkrecht herausgezogen und erst dann die Hautfalte langsam wieder losgelassen.

Die Fertigspritzen sind mit einem automatischen Sicherheitssystem ausgerüstet, das unbeabsichtigte Nadelstichverletzungen nach der Injektion verhindert. Das Sicherheitssystem wird am Ende der Injektion ausgelöst: Sobald der Spritzenstempel vollständig eingedrückt wird, springt eine Hülse aus dem Spritzenkörper und umhüllt die soeben verwendete Nadel ohne Beeinträchtigung des Patienten.

Hinweis: Bei Verabreichung einer Teilmenge (siehe Abschnitt 4.2) muss die überschüssige Flüssigkeitsmenge vor der Injektion abgespritzt werden, da der Nadelstichschutz nur bei vollständig entleerter Spritze ausgelöst wird. Dabei ist die Nadelspitze nach unten zu richten, damit die Luftblase in der Spritze verbleibt.

**Intravenöse Bolusinjektion**

Die Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) wird mit der intravenösen Injektion eines Bolus begonnen, der unmittelbar eine subkutane Injektion folgt. Für die initiale Bolusinjektion ist Clexane multidose 100 mg/ml zu verwenden.

**Technik der intravenösen Bolusinjektion (nur bei akutem ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI))**

Enoxaparin-Natrium sollte über einen intravenösen Zugang appliziert werden. Es sollte nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt oder gleichzeitig appliziert werden. Um das mögliche Vermischen von Enoxaparin-Natrium mit anderen Medikamenten zu vermeiden, sollte der intravenöse Zugang vor und nach der intravenösen Bolusgabe mit aus-

reichend Natriumchlorid- oder Dextroselösung gespült werden, um ihn vom Arzneimittel zu reinigen. Enoxaparin-Natrium kann unbedenklich mit normaler Natriumchloridlösung (0,9%) oder 5% Dextrose in Wasser gegeben werden.

**Injektion in den arteriellen Schenkel des Dialysekreislaufs**

Für die Thromboseprophylaxe und Gerinnungshemmung bei extrakorporalem Kreislauf während der Hämodialyse wird Clexane über den arteriellen Schenkel eines Dialysekreislaufs appliziert.

**Dauer der Anwendung**

**Therapie tiefer Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie**

Die Behandlungsdauer mit Clexane soll mindestens 5 Tage betragen. Überlappend sollte innerhalb von 2 bis spätestens 3 Tagen mit der Gabe von oralen Antikoagulanzen begonnen werden und die Applikation von Clexane so lange weitergeführt werden, bis ein INR-Wert von 2 bis 3 erreicht ist.

**Therapie der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI)**

Bei diesen Patienten soll die Behandlung mit Clexane über mindestens 2 Tage erfolgen und bis zur klinischen Stabilisierung fortgeführt werden. Die übliche Behandlungsdauer beträgt im Mittel 3 Tage und sollte 5 Tage nicht überschreiten.

**Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI)**

Die subkutane Behandlung wird über 8 Tage oder bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt (je nachdem welcher Zeitpunkt früher liegt).

**Hinweis:**

Verschiedene niedermolekulare Heparine sind nicht notwendigerweise gleichwertig, denn sie unterscheiden sich bezüglich des Herstellungsprozesses, des Molekulargewichtes, der anti-Xa-Aktivität, der Einheiten und der Dosierung. Deshalb sollten jeweils die spezifische Dosierungsanleitung und die Hinweise für die Anwendung befolgt werden.

**4.3 Gegenanzeigen**

Clexane darf nicht angewendet werden bei – Überempfindlichkeit gegen Enoxaparin-Natrium, Heparin oder Heparin-Ab-

- kömmlinge, einschließlich anderer niedermolekularer Heparine,
- kürzlich zurückliegenden (z. B. innerhalb der letzten 6 Wochen vor der Behandlung) Verletzungen oder Operationen am Zentralnervensystem oder am Auge oder Ohr,
  - kürzlich (z. B. innerhalb der letzten 30 Tage vor der Behandlung) zurückliegender, klinisch relevanter Blutung (z. B. gastrointestinaler Blutung, makroskopisch sichtbarer Urogenitalblutung oder sonstiger anomaler Blutung),
  - weniger als 6 Monate zurückliegendem oder akutem (oder Verdacht auf) hämorrhagischen Schlaganfall oder anderen intrakraniellen Blutungen,
  - akuter oder anamnestisch bekannter, intrakranieller Erkrankung (Neoplasma, arteriovenöse Malformation, Aneurysma),
  - klinisch relevanten Gerinnungsstörungen (hämorrhagische Diathese – auch in der Anamnese, Mangel an Gerinnungsfaktoren, Thrombozytopenie),
  - Magen- oder Darmulzera,
  - Abortus imminens,
  - schweren Leber- oder Pankreaserkrankungen,
  - unkontrollierbarer schwerer Hypertonie,
  - Endokarditis,
  - aktueller oder aus der Anamnese bekannter, allergisch bedingter Thrombozytopenie (HIT-Typ II) auf Heparin,
  - Verdacht auf vaskuläre Retinopathie, Glaskörperblutungen oder anderen intraokularen Blutungen.

Clexane darf zur Behandlung der instabilen Angina Pectoris nicht angewendet werden, falls der Patient vor Therapiebeginn orale Antikoagulanzen erhalten hat mit einer INR > 1,4 bzw. aktivierten partiellen Thromboplastinzeit (aPTT) > 41 Sekunden.

Bei der Therapie von tiefen Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie, der instabilen Angina Pectoris, des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI) und des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) darf Clexane nicht angewendet werden, wenn gleichzeitig eine Spinal-, Peridural-, Epiduralanästhesie oder Lumbalpunktion durchgeführt wird.

#### 4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Clexane darf nicht intramuskulär appliziert werden.

Clexane sollte, wie jedes andere Antikoagulans auch, nur unter erhöhter Vorsicht angewendet werden bei Zuständen mit erhöhtem Blutungsrisiko, wie

- Störungen der Thrombozytenfunktion,
  - gering bis mäßig eingeschränkter Leber- oder Pankreasfunktion,
  - peptischen Ulzera in der Vorgeschichte,
  - Verdacht auf Malignome mit Blutungsneigung,
  - Nieren- und Harnleitersteinen,
  - gleichzeitiger Behandlung mit oralen Antikoagulanzen (siehe Abschnitt 4.5).
- Clexane sollte auch nur unter besonderer Vorsicht angewendet werden bei gleichzeitiger Anwendung von Arzneimitteln, die den Serumkaliumspiegel erhöhen. Die Serumkaliumspiegel sollten bei Risikopatienten (z. B. aufgrund von Diabetes mellitus, Einschränk-

kung der Nierenfunktion oder Anwendung von Arzneimitteln, die den Serumkaliumspiegel erhöhen) während der Enoxaparin-Gabe kontrolliert werden.

#### Blutungen:

In Abhängigkeit von der Dosierung muss, wie bei anderen Antikoagulanzen, mit einem vermehrten Auftreten von offenen oder okkulten Blutungskomplikationen (insbesondere an Haut, Schleimhäuten, Wunden sowie im Bereich des Gastrointestinal- und Urogenitaltraktes) gerechnet werden. Die Ursache dieser Blutungen sollte untersucht und eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden (siehe auch Abschnitt 4.3 und Abschnitt 4.5).

Vor Beginn der Behandlung mit Clexane sollten mögliche vorbestehende Blutgerinnungsanomalien abgeklärt und während der Behandlung entsprechende Laborkontrollen durchgeführt werden. Eine sorgfältige Überwachung der Anzeichen einer Blutung während der Therapie ist erforderlich, um ggf. Gegenmaßnahmen einleiten zu können (siehe auch Abschnitt 4.9).

Auch niedermolekulare Heparine können antikörpervermittelte heparininduzierte Thrombozytopenien (HIT-Typ II) auslösen (siehe auch Abschnitt 4.8). Sollte dies der Fall sein, tritt dies üblicherweise zwischen dem 5. und 21. Tag der Enoxaparin-Behandlung auf. Daher sollen Kontrollen der Thrombozytenzahl

- vor Beginn der Enoxaparin-Gabe,
- am 1. Tag nach Beginn der Enoxaparin-Gabe und
- anschließend während der ersten 3 Wochen regelmäßig alle 3 bis 4 Tage erfolgen.

Darüber hinaus wird eine Kontrolle der Thrombozytenzahl am Ende der Enoxaparin-Gabe empfohlen.

Wenn eine bestätigte, signifikante Abnahme der Thrombozytenzahl beobachtet wird (30 bis 50 % des Ausgangswertes), muss Clexane sofort abgesetzt und der Patient auf eine andere Therapie umgestellt werden.

#### Anwendung bei Patienten mit künstlichen Herzklappen:

Es liegen keine ausreichenden Studienergebnisse zur Sicherheit und Wirksamkeit einer Verwendung von Enoxaparin zur Prävention thromboembolischer Ereignisse bei Patienten mit künstlichen Herzklappen vor. Bei einigen Patienten wurden während einer Thromboseprophylaxe mit Enoxaparin Fälle von thrombotischem Klappenverschluss berichtet. Die Begleitumstände, einschließlich Grunderkrankungen und unzureichender klinischer Daten, lassen allerdings nur eine eingeschränkte Bewertung dieser Fälle zu. Vereinzelt waren schwangere Frauen betroffen, bei denen die Thrombose zum Tod von Mutter und Kind führte. Möglicherweise sind schwangere Frauen mit künstlichen Herzklappen stärker durch thromboembolische Ereignisse gefährdet (siehe auch Abschnitt 4.6). Bei Patienten mit künstlichen Herzklappen sollte Clexane daher nur nach strenger Indikationsstellung angewendet werden.

#### Anwendung bei älteren Patienten:

Bei älteren Patienten ist grundsätzlich eine Einschränkung der Nierenfunktion in Be-

tracht zu ziehen (siehe unten sowie Abschnitt 4.2 und Abschnitt 5.2). Deshalb soll Enoxaparin in der Therapie bei älteren Patienten (insbesondere über 80 Jahre) mit besonderer Vorsicht angewendet werden, weil diese Patienten ein erhöhtes Blutungsrisiko haben. Diese Patienten sind im Hinblick auf eine Blutung eng zu überwachen. Bei der Therapie 65- bis 75-jähriger Patienten mit akutem ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) wurden vermehrt Blutungsereignisse beobachtet. Möglicherweise besitzen diese Patienten ein besonderes Blutungsrisiko und sollten daher eng überwacht werden.

In prophylaktischer Dosierung wird bei älteren Patienten keine erhöhte Blutungsneigung beobachtet.

#### Anwendung bei eingeschränkter Nierenfunktion:

Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion<sup>1</sup> ist die Exposition gegenüber Enoxaparin erhöht, wodurch das Blutungsrisiko ansteigen kann.

Bei leicht bzw. mäßig eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance 50–80 ml/min bzw. 30–50 ml/min) ist üblicherweise keine Dosisanpassung erforderlich. Dennoch sollten die Patienten sorgfältig überwacht werden, um rechtzeitig auf Blutungszeichen reagieren zu können.

Patienten mit einer stark eingeschränkten Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) weisen eine signifikant erhöhte Exposition gegenüber Enoxaparin auf, wodurch die Blutungshäufigkeit ansteigt.

Bei Behandlung von Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion muss die Enoxaparin-Dosis reduziert werden (siehe Abschnitt 4.2 und Abschnitt 5.2). Zusätzlich sollte die Behandlung von Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion mit Enoxaparin durch Kontrollen der anti-Faktor-Xa-Spitzenpiegel überwacht werden. Die anti-Xa-Spitzenpiegel sollten 4 Stunden nach der s.c. Applikation gemessen werden und nach Gabe prophylaktischer Dosierungen zwischen 0,1 und 0,4 I.E. anti-Xa/ml und nach Gabe therapeutischer Dosierungen zwischen 0,4 und 1,1 I.E. anti-Xa/ml liegen. Auf Blutungszeichen ist sorgfältig zu achten.

#### Anwendung bei Kindern:

Über die Anwendung bei Kindern liegen keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor.

#### Spezielle Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

Es bestehen keine ausreichenden Therapieerfahrungen hinsichtlich einer Enoxaparin-Anwendung während koronarer Bypass-Operationen. Daher sollte Enoxaparin vor einer derartigen Intervention abgesetzt und auf die übliche antithrombotische Standard-

<sup>1</sup> Zur genaueren Einschätzung der individuellen Nierenfunktionseinschränkung kann die Kreatinin-Clearance mithilfe folgender Formeln nach Cockcroft berechnet werden:

$$\text{Männer: Kreatinin-Clearance [ml/min]} = \frac{[(140 - \text{Alter}) \times \text{Gewicht [kg]}]}{[72 \times \text{Serumkreatinin [mg/dl]}]}$$

bzw.

$$\text{Kreatinin-Clearance [ml/min]} = \frac{[(140 - \text{Alter}) \times \text{Gewicht [kg]}]}{[0,814 \times \text{Serumkreatinin [\mu mol/l]}]}$$

Frauen:

$$0,85 \times \text{dem für Männer berechneten Wert}$$

therapie (z. B. unfraktioniertes Heparin) umgestellt werden.

Infolge seiner im Vergleich zu Heparin längeren Halbwertszeit besteht nach der Enoxaparin-Gabe eine länger anhaltende antikoagulative Wirkung, für deren Überwachung die aPTT und aktivierte Gerinnungszeit (ACT) nicht geeignet sind. Daher darf bis zu 8 Stunden nach subkutaner Applikation von 1 mg Enoxaparin-Natrium/kg Körpergewicht kein intravenöses Heparin gegeben werden, bzw. zwischen 8 und 12 Stunden nach der letzten Enoxaparin-Gabe eine Heparin-Infusion nur unter äußerster Vorsicht erfolgen. Wenn möglich sollte demzufolge eine koronare Bypass-Operation erst frühestens 12 Stunden nach der letzten Enoxaparin-Gabe bzw. nach Umstellung auf die übliche antithrombotische Standardtherapie erfolgen.

Wurde im Rahmen der Behandlung der instabilen Angina Pectoris, des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI) oder des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) unter Enoxaparin eine PTCA durchgeführt, so ist es wichtig, zur Verringerung des Blutungsrisikos nach der PTCA an der Punktionsstelle hämostatische Bedingungen zu erreichen. Wenn ein Gefäßverschluss verwendet wird, kann die Gefäßschleuse sofort entfernt werden. Wenn eine manuelle Kompressionsmethode verwendet wird, sollte die Gefäßschleuse 6 Stunden nach der letzten Enoxaparin-Gabe entfernt werden. Wenn die Behandlung mit Enoxaparin-Natrium fortgesetzt wird, sollte die nächste Dosis frühestens 6 bis 8 Stunden nach Entfernung der Gefäßschleuse gegeben werden. Falls während der PTCA Heparin verabreicht wurde, sollte zusätzlich vor Schleusenentfernung sichergestellt werden, dass sich die aktivierte Gerinnungszeit (ACT) normalisiert hat (d. h. weniger als 180 s beträgt). Es ist zu berücksichtigen, dass ein verbleibender antikoagulativer Effekt von Enoxaparin durch die ACT-Bestimmung nicht erfasst wird (siehe oben). Deshalb sind Patienten, die noch unter Enoxaparin-Wirkung eine dringliche PTCA oder eine koronare Bypass-Operation erhalten müssen, besonders gefährdet, Blutungen – auch schwere – zu erleiden.

Da nur limitierte Erfahrungen bezüglich der kombinierten Anwendung von Enoxaparin und GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten bzw. Clopidogrel sowie Stent-Implantationen vorliegen und die Wirksamkeit bisher nicht in randomisierten Untersuchungen geprüft wurde, sollte derzeit deren gleichzeitige Anwendung nur mit besonderer Vorsicht erfolgen.

Wenn bei Patienten, die wegen instabiler Angina Pectoris oder Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarkt (NSTEMI) mit Enoxaparin behandelt werden, ein ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) auftritt, sollte geprüft werden, ob eine fibrinolytische Therapie angezeigt ist. Falls seit der letzten Enoxaparin-Gabe weniger als 8 Stunden vergangen sind, sollte keine Applikation von unfraktioniertem Heparin erfolgen.

Sollte unter Enoxaparin-Wirkung eine Gefäßpunktion – insbesondere eine arterielle –

notwendig werden, besteht erhöhtes Blutungsrisiko an der Punktionsstelle.

Eine erhöhte Blutungsrate wurde bei Patienten nicht kaukasischer Abstammung in einer klinischen Studie bei akutem ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) beobachtet. Obwohl keine endgültige Schlussfolgerung aus dieser Beobachtung gezogen werden kann, sollten diese Patienten eng auf Anzeichen für Blutungen überwacht werden.

#### 4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Folgende Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind nicht auszuschließen:

- Wirkungsverstärkung, z. B. erhöhte Blutungsneigung, durch Substanzen, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Acetylsalicylsäure, Ticlopidin, Clopidogrel, GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z. B. Tirofiban, Eptifibatid, Abciximab), Dipyridamol, orale Antikoagulantien (Dicumarole), Fibrinolytika, nicht steroidale Antirheumatika, Dextran und Zytostatika. In einer Interaktionsstudie (ca. n = 30/Gruppe) führte die gleichzeitige Verabreichung von Enoxaparin in therapeutischer Dosierung und Tirofiban zu einer stärkeren Inhibition der Thrombozytenaggregation und häufiger zu Blutungen als die gleichzeitige Verabreichung von unfraktioniertem Heparin und Tirofiban. Es wird empfohlen, Arzneimittel, die die Blutgerinnung beeinflussen, vor der Therapie mit Enoxaparin abzusetzen, wenn sie nicht streng indiziert sind. Wenn eine gleichzeitige Behandlung erforderlich ist, sollten angemessene Kontrollen (klinische Untersuchungen, Laborwerte) erfolgen.
- Wirkungsabschwächung durch Antihistaminika, Digitalispräparate, Tetracycline, Nikotin (Missbrauch) und Ascorbinsäure.
- Verdrängung von Phenytoin, Chinidin, Propranolol, Benzodiazepinen sowie des körpereigenen Bilirubins aus der Plasma-Eiweiß-Bindung.
- Bindung basischer Arzneimittel (z. B. Chinin) und Abschwächung ihrer Wirkung.
- Arzneimittel, die den Serumkaliumspiegel erhöhen, dürfen nur unter besonders sorgfältiger medizinischer Überwachung gleichzeitig mit Enoxaparin angewendet werden (siehe auch Abschnitt 4.4).
- Die Wechselwirkung von Heparin mit intravenös appliziertem Glyceroltrinitrat, die zu einer Wirkungsabschwächung von Heparin führt, kann auch für Enoxaparin nicht ausgeschlossen werden.

#### 4.6 Schwangerschaft und Stillzeit

##### Schwangerschaft

Es liegen bisher nur begrenzte Erfahrungen, jedoch keine gut kontrollierten Studien mit einer Anwendung von Enoxaparin an Schwangeren vor. Untersuchungen im 2. und 3. Trimenon geben keinen Anhalt für eine Plazentalpassage von subkutan verabreichtem Enoxaparin. Tierstudien haben keine Hinweise auf ein spezifisches entwicklungstoxisches Potential gezeigt (siehe Abschnitt 5.3). Clexane sollte nur nach strenger Indikationsstellung in der Schwangerschaft angewendet werden.

Unter der Geburt ist die epidurale Anästhesie bei Schwangeren, die mit Antikoagulantien behandelt werden, absolut kontraindiziert. Die gerinnungshemmende Therapie ist bei Blutungsneigung, wie z. B. bei Abortus imminens (siehe Abschnitt 4.3), kontraindiziert. Umstritten ist in der Schwangerschaft die akute Behandlung mit Heparin bei disseminierter intravasaler Gerinnung mit Verbrauchskoagulopathie, wie z. B. bei vorzeitiger Plazentalösung. Hier werden heute synthetische Antifibrinolytika eingesetzt.

Zur intravenösen Anwendung von Enoxaparin zur Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI) bei Schwangeren liegen keine Erfahrungen vor.

Zur Anwendung von Enoxaparin zur Thromboseprophylaxe bei Schwangeren mit künstlichen Herzklappen liegen nur unzureichende Erkenntnisse vor. In einer klinischen Studie an Schwangeren mit künstlichen Herzklappen, die zweimal täglich 1 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht zur Prävention thromboembolischer Ereignisse erhalten hatten, traten bei zwei von acht Frauen Thromben auf, die zur Blockade der Herzklappe und zum Tod von Mutter und Kind führten. Darüber hinaus gibt es vereinzelte Spontanberichte über Klappenthrombosen bei Schwangeren mit künstlichen Herzklappen, die Enoxaparin zur Thromboseprophylaxe erhalten hatten. Möglicherweise sind schwangere Frauen mit künstlichen Herzklappen stärker durch thromboembolische Ereignisse gefährdet. Bei Schwangeren mit künstlichen Herzklappen sollte Clexane nur nach strenger Indikationsstellung angewendet werden (siehe auch Abschnitt 4.4).

##### Stillzeit

Niedermolekulares Heparin und/oder Metaboliten gehen bei der Ratte in die Muttermilch über, jedoch wurde keine anti-Xa-Aktivität nachgewiesen.

Es liegen keine ausreichenden Untersuchungen zur Frage eines eventuellen Überganges von niedermolekularen Heparinen in die Muttermilch vor, jedoch erscheint ein gerinnungshemmender Effekt auf den Säugling unwahrscheinlich.

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

Keine bekannt.

#### 4.8 Nebenwirkungen

Die in klinischen Studien beobachteten und nach der Markteinführung berichteten Nebenwirkungen werden unten im Einzelnen aufgeführt.

Die Häufigkeiten werden wie folgt definiert: sehr häufig ( $\geq 1/10$ ); häufig ( $\geq 1/100$  bis  $< 1/10$ ); gelegentlich ( $\geq 1/1.000$  bis  $< 1/100$ ); selten ( $\geq 1/10.000$  bis  $< 1/1.000$ ); sehr selten ( $< 1/10.000$ ).

Nebenwirkungen, die nicht in klinischen Studien beobachtet, aber nach der Markteinführung berichtet wurden, wurden unter die Häufigkeit „selten“ eingestuft.

##### Blutungen

In klinischen Studien waren Blutungen die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen.

Tabelle 3:

|                   |   |   |  |
|-------------------|---|---|--|
| Systemorganklasse | Behandlung der tiefen Venenthrombose mit oder ohne Lungenembolie                                      | Behandlung der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes | Behandlung des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes  |
| Gefäßerkrankungen | <b>Sehr häufig:</b> Blutung*<br><b>Gelegentlich:</b> Intrakranielle Blutung, retroperitoneale Blutung | <b>Häufig:</b> Blutung*<br><b>Selten:</b> Retroperitoneale Blutung                  | <b>Häufig:</b> Blutung*<br><b>Gelegentlich:</b> Intrakranielle Blutung, retroperitoneale Blutung |

\* wie Hämatom, Ekchymose fern der Injektionsstelle, Wundhämatom, Hämaturie, Nasenbluten und gastrointestinale Blutung.

Tabelle 4:

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Systemorganklasse                            | Behandlung der tiefen Venenthrombose mit oder ohne Lungenembolie      | Behandlung der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes | Behandlung des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes  |
| Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems | <b>Sehr häufig:</b> Thrombozytose*<br><b>Häufig:</b> Thrombozytopenie | <b>Gelegentlich:</b> Thrombozytopenie   | <b>Häufig:</b> Thrombozytose*, Thrombozytopenie<br><b>Sehr selten:</b> Immuno-allergische Thrombozytopenie |

\* Thrombozytenanstieg > 400 G/l.

Tabelle 5:

| Systemorganklasse  | Sehr häufig   | Häufig   | Gelegentlich   | Selten                                   |
|--|---|--|--|--|
| Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems                 |   |  |  | Asymptomatische Leukopenien              |
| Erkrankungen des Immunsystems                                |   | Allergische Reaktion   |  | Anaphylaktische, anaphylaktoide Reaktion |
| Leber- und Gallenerkrankungen                                | Erhöhung der Leberenzymwerte (hauptsächlich Transaminasen*) |  |  |  |
| Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes           |   | Urtikaria, Pruritus, Erythem   | Bullöse Dermatitis                                     |  |
| Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort |   | Hämatom an der Injektionsstelle, Schmerzen an der Injektionsstelle, weitere Reaktionen an der Injektionsstelle** | Lokale Irritation, Hautnekrose an der Injektionsstelle |  |
| Untersuchungen   |   |  |  | Hyperkaliämie                            |

\* Transaminasenspiegel > dem Dreifachen des oberen Grenzwertes des Normalbereiches.

\*\* wie Ödem an der Injektionsstelle, Blutung, Überempfindlichkeit, Entzündung, Verhärtung, Schmerzen oder andere, nicht spezifizierte Reaktion.

Darunter befanden sich schwere Blutungen, die bei maximal 4,2% der Patienten (chirurgische Patienten<sup>2</sup>) berichtet wurden. Einige dieser Fälle verliefen tödlich. Wie bei anderen Antikoagulanzen kann eine Blutung beim Vorhandensein entsprechender Risikofaktoren (z. B. Organläsionen mit Blutungsneigung, invasive Verfahren oder gleichzeitiger Gebrauch von Arzneimitteln, die die Hämostase beeinträchtigen) auftreten (siehe Abschnitt 4.4 und 4.5).

Siehe Tabelle 3

Zusätzliche Meldungen nach der Markteinführung:  
**Selten:** Es wurden spinale (oder neuraxiale) Hämatome bei der Anwendung von Enoxaparin-Natrium und gleichzeitiger Peridural-/Spinalanästhesie bzw. Lumbalpunktion berichtet. Diese Reaktionen verursachten neurologische Schädigungen unterschiedlichen Grades, wie langanhaltende oder permanente Paralyse.

Thrombozytopenie und Thrombozytose  
Siehe Tabelle 4

Zusätzliche Meldungen nach der Markteinführung:  
**Selten:** Fälle immuno-allergischer Thrombozytopenie mit Thrombosebildung; in einigen Fällen war die Thrombosebildung mit einem Organinfarkt oder Ischämie der Gliedmaßen verbunden (siehe Abschnitt 4.4 zur Kontrolle der Thrombozytenzahl).

Andere klinisch relevante Nebenwirkungen  
Siehe Tabelle 5

Zusätzliche Meldungen nach der Markteinführung:

- Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes  
**Selten:**
  - Kutane Vaskulitis, Hautnekrose, die üblicherweise an der Injektionsstelle auftritt (diesen gingen meist Purpura oder erythematöse Plaques voraus, die infiltriert und schmerzhaft waren). Die Behandlung mit Enoxaparin muss beendet werden.
  - Knötchen an der Injektionsstelle (entzündliche Knötchen, die keine zystischen Einschlüsse von Enoxaparin waren). Sie lösen sich nach einigen Tagen wieder auf und sollten nicht zur Beendigung der Therapie führen.

Nebenwirkungen wie bei einer Behandlung mit unfragmentiertem Heparin, wie Haarausfall, Kopfschmerz, Azidose, Osteoporose, Hautnekrosen, Priapismus, Hypotonie, Bra-

<sup>2</sup> Bei chirurgischen Patienten wurden Blutungskomplikationen als schwer eingestuft, wenn: (1) die Blutung ein signifikantes klinisches Ereignis verursachte oder (2) sie mit einem Hämoglobinabfall von  $\geq 2$  g/dl oder mit einer Bluttransfusion von mindestens 2 Einheiten verbunden war. Retroperitoneale und intrakranielle Blutungen wurden immer als schwer angesehen.

dykardie und Hypoaldosteronismus, sind in Einzelfällen möglich.

Wie durch unfragmentiertes Heparin können durch Enoxaparin folgende klinisch-chemische Untersuchungsergebnisse verfälscht werden:

- Vortäuschung niedriger Cholesterinwerte im Serum.
- Falsch hohe T<sub>3</sub>- und T<sub>4</sub>-Werte bei nicht nüchternen Patienten.
- Falsch hohe Blutzuckerwerte (erhöht um bis zu 30 mg%).
- Verfälschung des Ergebnisses des Bromsulfalein-Testes.

#### 4.9 Überdosierung

Eine versehentliche Überdosierung nach intravenöser, extrakorporaler oder subkutaner Verabreichung kann auf Grund der antikoagulierenden Eigenschaften zu hämorrhagischen Komplikationen führen.

Symptome einer Überdosierung sind im Allgemeinen Blutungen, zumeist aus Haut und Schleimhäuten, aus Wunden, dem Gastrointestinal- und Urogenitaltrakt (Nasenbluten, Hämaturie, Meläna, Hämatome, Petechien). Blutdruckabfall, Abfall des Hämatokrits oder andere Symptome können Zeichen einer okkulten Blutung sein.

Sollten Blutungen auftreten, ist die Anwendung von Enoxaparin in Abhängigkeit von der Schwere der Blutung und dem Thromboserisiko zu unterbrechen.

Die Blutungskomplikationen können zum Teil durch langsame intravenöse Injektion von Protamin (Sulfat oder Hydrochlorid) verhindert werden. Die Gabe von Protamin sollte aber nur in schweren Fällen erwogen werden, da ein Überschuss von Protamin selbst einen gerinnungshemmenden Effekt ausübt sowie anaphylaktische Reaktionen bewirken kann.

Die Protamin-Dosis sollte dabei der von Enoxaparin-Natrium entsprechen: 1 mg oder 100 Antiheparineinheiten Protamin, um die anti-Faktor-IIa-Aktivität, die von 0,01 ml Clexane hervorgerufen wird, zu neutralisieren, wenn Enoxaparin-Natrium in den vorhergehenden 8 Stunden verabreicht wurde. Wenn Enoxaparin-Natrium vor mehr als 8 Stunden gegeben wurde oder eine zweite Dosis erforderlich ist, können 0,5 mg Protamin pro 0,01 ml Clexane infundiert werden. Liegt die Verabreichung von Enoxaparin-Natrium mehr als 12 Stunden zurück, braucht Protamin nicht mehr gegeben zu werden.

Auch mit hohen Dosen Protamin kann die anti-Faktor-Xa-Aktivität nur bis maximal 60 % neutralisiert werden.

## 5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

### 5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antithrombotika  
ATC-Code: B01 AB 05

Enoxaparin-Natrium ist ein niedermolekulares Heparin mit einem mittleren Molekulargewicht von 4.500 Dalton.

Der Wirkstoff ist das Natriumsalz. Das Molekulargewicht verteilt sich wie folgt:

|                        |       |
|------------------------|-------|
| <2.000 Dalton          | ≤20 % |
| 2.000 bis 8.000 Dalton | ≥68 % |
| >8.000 Dalton          | ≤18 % |

Enoxaparin-Natrium ist ein biologischer Wirkstoff und wird durch alkalische Depolymerisation aus Heparin-Benzylester gewonnen, der aus intestinaler Mukosa vom Schwein stammt. Seine Struktur wird durch eine 2-O-sulfo-4-enpyranosuronsäure-Gruppe am nicht reduzierenden Ende und einen 2-N,6-O-disulfo-D-glukosamin-Rest am reduzierenden Ende der Kette charakterisiert. Etwa 20 % (zwischen 15 % und 25 %) der Enoxaparin-Struktur enthält ein 1,6-Anhydro-Derivat am reduzierenden Ende der Polysaccharidkette.

Enoxaparin-Natrium unterscheidet sich vom natürlichen Heparin durch ein deutlich höheres Verhältnis zwischen anti-Xa- und anti-IIa-Aktivität, welches im Mittel 4,3 beträgt. Diese antikoagulatorischen Wirkungen werden durch Antithrombin III (AT III) vermittelt und führen zur antithrombotischen Wirkung beim Menschen.

Über die anti-Xa/IIa-Wirkung hinaus wurden weitere antithrombotische und entzündungshemmende Eigenschaften von Enoxaparin bei gesunden Probanden, Patienten und in nicht klinischen Modellen identifiziert.

Diese umfassen die AT-III-abhängige Hemmung anderer Gerinnungsfaktoren, wie des Faktors VIIa, die Induktion der Freisetzung des endogenen Tissue Factor Pathway Inhibitors (TFPI) und eine verminderte Freisetzung des von-Willebrand-Faktors (vWF) aus dem Gefäßendothel in den Blutkreislauf. Es ist bekannt, dass diese Faktoren zur gesamten antithrombotischen Wirkung von Enoxaparin beitragen.

Enoxaparin verändert weder die Thrombozytenaggregation noch die Bindung von Fibrinogen an die Blutplättchen. Neben seinen nachgewiesenen deutlichen antithrombotischen Eigenschaften besitzt Enoxaparin auch thrombolytische Eigenschaften.

In prophylaktischen Dosen (20 bzw. 40 mg einmal täglich) werden keine signifikanten Änderungen bei Standard-Gerinnungstests beobachtet. Die Applikation von therapeutischen Dosen (1 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht alle 12 Stunden) führte in einer großen klinischen Studie bei der Mehrzahl der Patienten zu aPTT-Werten von 45 Sekunden oder weniger. Bei einer subkutanen Gabe von 1,5 mg Enoxaparin-Natrium pro kg Körpergewicht zeigte sich ein Anstieg auf das bis zu 1,8-Fache der Kontrollwerte der Thrombinzeit (TT) und der aktivierten partiellen Thromboplastinzeit (aPTT). Diese Erhöhungen korrelieren nicht linear mit der antithrombotischen Aktivität von Enoxaparin-Natrium. Deshalb sind Bestimmungen der aPTT oder der aktivierten Blutgerinnungszeit nicht geeignet, den Verlauf der Enoxaparin-Aktivität zu verfolgen. Die Bestimmung der anti-Xa-Aktivität kann mittels chromogener Substrats oder des Heptests erfolgen.

Die biologische Aktivität von Enoxaparin kann durch diese Tests jedoch nicht mit

der anderer niedermolekularer Heparine verglichen werden, um hieraus Dosisvergleiche zwischen den Präparaten in den jeweiligen Indikationen abzuleiten.

### Klinische Studien

#### Therapie tiefer Venenthrombosen mit und ohne Lungenembolie:

In einer randomisierten, offenen Parallelgruppenstudie (CPK 2091) wurden 501 Patienten mit akuter, proximaler tiefer Venenthrombose mit Enoxaparin-Natrium (zweimal täglich 1 mg/kg Körpergewicht subkutan) oder Heparin (Bolus plus aPTT-gesteuerte Infusion) behandelt. Alle Patienten erhielten – beginnend am Abend des zweiten Behandlungstages – zusätzlich Warfarin-Natrium (Dosisanpassung auf einen International Normalized Ratio (INR) von 2,0 bis 3,0). Die Enoxaparin-Injektionen bzw. Standard-Heparin-Infusionen folgten über mindestens 5 Tage. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach drei Monaten erwies sich Enoxaparin als äquivalent zu Standard-Heparin in der Vermeidung von rezidivierenden thromboembolischen Ereignissen (VTE). Das 95-%-Konfidenzintervall für die Differenz aller thromboembolischen Ereignisse (Heparin minus Enoxaparin) lag zwischen –2,7 % und 5,6 %.

Die Studie bestätigte die Ergebnisse einer vorangegangenen vergleichenden Untersuchung (Studie PK 529) zwischen einer Behandlung mit Enoxaparin 1 mg/kg Körpergewicht subkutan alle 12 Stunden bzw. i. v. Heparin, in der für den Behandlungsunterschied bezüglich VTE (Heparin minus Enoxaparin) ein 95-%-Konfidenzintervall von –1,7 bis 4,2 % ermittelt wurde. Ein Drittel der Patienten in jeder Behandlungsgruppe hatte bei Einschluss in die Studie tiefe Venenthrombosen mit leichteren Lungenembolien.

Ergebnisse:

Siehe Tabelle 6 auf Seite 7

#### Therapie der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI):

In der pivotalen ESSENCE-Studie erhielten Patienten (n = 3.171) mit instabiler Angina Pectoris oder Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarkt (NSTEMI) randomisiert und doppelt verblindet Enoxaparin-Natrium 1 mg/kg Körpergewicht subkutan alle 12 Stunden oder Standard-Heparin als i. v. Bolus gefolgt von einer aPTT-gesteuerten Dauerinfusion. Die Patienten erhielten zusätzlich 100 bis 325 mg Acetylsalicylsäure (ASS) pro Tag. Bei den Patienten musste die letzte ischämische Episode innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sein und die koronare Herzkrankung durch ischämische EKG-Veränderungen und/oder früheren Herzinfarkt und/oder PTCA/CABG und/oder angiographisch nachgewiesene Gefäßstenose ≥50 % verifiziert sein. Die Behandlung wurde innerhalb von 24 Stunden nach Beginn der Angina Pectoris initialisiert und im Mittel 3,6 Tage fortgeführt (Median 2,6 Tage).

Ergebnisse der ESSENCE-Studie:

Siehe Tabelle 7 auf Seite 7

Tabelle 6:

|   | Studie CPK 2091                                     |   | Studie PK 529                                       |   |
|---|---|---|---|---|
|   | Enoxaparin-Na<br>1,0 mg/kg KG<br>q12 s. c.<br>n (%) | Heparin<br>i. v. Therapie<br>nach aPTT<br>n (%) | Enoxaparin-Na<br>1,0 mg/kg KG<br>q12 s. c.<br>n (%) | Heparin<br>i. v. Therapie<br>nach aPTT<br>n (%) |
| Anzahl der randomisierten Patienten         | 247 (100)   | 254 (100)                                       | 312 (100)   | 290 (100)                                       |
| Thromboembolische Ereignisse <sup>1</sup> : |   |   |   |   |
| gesamt VTE <sup>2</sup>                     | 13 (5,3)  | 17 (6,7)  | 9 (2,9)   | 12 (4,1)  |
| DVT*  | 12 (4,9)*   | 16 (6,3)*                                       | 7 (2,2)*  | 11 (3,8)*                                       |
| proximale DVT                               | 10 (4,0)  | 12 (4,7)  | 6 (1,9)   | 7 (2,4)   |
| PE*   | 2 (0,8)*  | 3 (1,2)*  | 2 (0,6)*  | 4 (1,4)*  |
| Größere Blutungen                           | 5 (2,0)   | 3 (1,2)   | 4 (1,3)   | 6 (2,1)   |

<sup>1</sup> Primärer Endpunkt: Rezidive thromboembolischer Ereignisse nach drei Monaten.  
<sup>2</sup> VTE = venöse thromboembolische Ereignisse (tiefe Venenthrombosen (DVT) und/oder Lungenembolie (PE)).  
 \* Einige Patienten hatten sowohl eine DVT als auch eine PE und sind in beiden Kategorien aufgeführt.  
 KG = Körpergewicht.

Tabelle 7:

|   | Enoxaparin-Na<br>1 mg/kg KG<br>q12h s. c.<br>n (%) | Heparin<br>aPTT-angepasste<br>i. v. Therapie<br>n (%) | Risiko-<br>Reduktion<br>RR<br>(%) | p-Wert |
|---|--|---|-----------------------------------|--------|
| Anzahl der randomisierten Patienten   | 1.607 (100)  | 1.564 (100)   |                                   |        |
| Kombinierter Endpunkt: Tod, Myokardinfarkt oder rezidivierende Angina Pectoris                          |  |   |                                   |        |
| Zum Zeitpunkt:  |  |   |                                   |        |
| 48 Stunden  | 99 (6,2)   | 115 (7,4)   | 16,2                              | 0,111  |
| 14 Tage*  | 266 (16,6)   | 309 (19,8)  | 16,2                              | 0,019  |
| 30 Tage   | 318 (19,8)   | 364 (23,3)  | 15,0                              | 0,016  |
| Kombinierter Endpunkt: Tod, Myokardinfarkt  |  |   |                                   |        |
| Zum Zeitpunkt:  |  |   |                                   |        |
| 48 Stunden  | 18 (1,1)   | 21 (1,3)  | 16,6                              | 0,119  |
| 14 Tage   | 79 (4,9)   | 96 (6,1)  | 20,0                              | 0,132  |
| 30 Tage   | 99 (6,2)   | 121 (7,7)   | 20,4                              | 0,081  |
| Blutungen während der Akutbehandlung<br>(behandelte Patienten: Enoxaparin n = 1.578, Heparin n = 1.529) |  |   |                                   |        |
| Bedrohliche Blutungen <sup>1</sup><br>sonstige klinisch relevante<br>Blutungen <sup>2</sup>             | 17 (1,1)<br>131 (8,3)                              | 18 (1,2)<br>63 (4,1)                                  |                                   | 0,892  |

\* Primärer Endpunkt.  
<sup>1</sup> Klinisch manifest mit mindestens einem der folgenden Kriterien: Tod, Bluttransfusion  $\geq 2$  Einheiten, Hämoglobinabfall  $\geq 30$  g/l, retroperitoneal, intrakraniell, intraokulär.  
<sup>2</sup> Sonstige Blutungen, die keines der Kriterien unter <sup>1</sup> erfüllten.  
 KG = Körpergewicht.

Die Ergebnisse der doppelblinden, randomisierten TIMI 11B-Studie, die die Wirksamkeit von unfractioniertem Heparin (i. v. Bolus gefolgt von einer aPTT-gesteuerten Infusion) mit der von Enoxaparin (30 mg i. v. Bolus gefolgt von einer subkutanen Injektion von 1 mg/kg Körpergewicht alle 12 Stunden) verglich, unterstützten die Resultate der ESSENCE-Studie bezüglich der Akutbehandlung (im Mittel 4 Tage) von Patienten mit instabiler Angina Pectoris bzw. Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarkt (NSTEMI). Diese Studie zeigte aber auch, dass eine längerfristige Enoxaparin-Therapie (bis zu 43 Tagen) keinen zusätzlichen Nutzen zu der Akutbehandlung, aber ein deutlich erhöhtes Blutungsrisiko für die mit Enoxaparin behandelten Patienten ergab.

**Therapie des akuten ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI):**

In einer großen Multicenterstudie erhielten 20.479 Patienten mit STEMI, die für eine fibrinolytische Therapie geeignet waren, randomisiert entweder Enoxaparin-Natrium oder unfractioniertes Heparin. Enoxaparin-Natrium: zunächst einmalig einen intravenösen 30-mg-Bolus und eine subkutane Injektion mit 1,0 mg/kg Körpergewicht, gefolgt von subkutanen Injektionen mit 1,0 mg/kg Körpergewicht alle 12 Stunden. Die subkutanen Injektionen von Enoxaparin-Natrium wurden bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus oder maximal über 8 Tage gegeben, je nachdem, was zuerst eintraf. Unfractioniertes Heparin: intravenös, adjustiert mit tels aktivierter partieller Thromboplastinzeit

(aPTT), über 48 Stunden. Alle Patienten wurden auch über mindestens 30 Tage mit Acetylsalicylsäure behandelt. Das Dosierungsschema für Enoxaparin-Natrium wurde für Patienten mit starker Einschränkung der Nierenfunktion und bei älteren Patienten ab 75 Jahren adjustiert.

Bei 4.716 Patienten wurde eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt, bei der die verblindete Studienmedikation als adjuvante antithrombotische Therapie fortgesetzt wurde. Bei Patienten unter Enoxaparin-Natrium-Medikation sollte auch die PCI entsprechend unter Enoxaparin-Natrium durchgeführt werden (keine Änderung der Medikation), und zwar in dem durch vorangegangene Studien belegten Regime, d. h. ohne zusätzliche Enoxaparin-Gabe, soweit die letzte subkutane Injektion vor weniger als 8 Stunden gegeben wurde. Dagegen wurde ein intravenöser Bolus von 0,3 mg/kg Körpergewicht gegeben, wenn die letzte subkutane Injektion mehr als 8 Stunden vor der Ballondilatation lag.

Enoxaparin-Natrium erniedrigte im Vergleich zu unfractioniertem Heparin die Inzidenz des kombinierten primären Endpunktes aus Tod jeglicher Ursache oder erneutem Myokardinfarkt (Reinfarkt) in den ersten 30 Tagen nach Randomisierung [9,9 % in der Enoxaparin-Gruppe im Vergleich zu 12,0 % in der Gruppe mit unfractioniertem Heparin] mit einer relativen Risiko-Reduktion von 17 % (p < 0,001).

Die Vorteile der Therapie mit Enoxaparin-Natrium, sichtbar bei einer ganzen Anzahl von Wirksamkeitsparametern, zeigten sich nach 48 Stunden. Zu diesem Zeitpunkt war das relative Risiko, einen erneuten Myokardinfarkt zu erleiden, im Vergleich zu unfractioniertem Heparin um 35 % reduziert (p < 0,001). Der vorteilhafte Effekt von Enoxaparin-Natrium auf den primären Endpunkt zeigte sich konsistent auch in wichtigen Untergruppen, gebildet nach Alter (unter 75 Jahren versus 75 Jahre und älter), Geschlecht, Lokalisation des Infarktes (anterior oder andere), Diabetes in der Anamnese, Myokardinfarkt in der Anamnese, Art des verwendeten Fibrinolytikums (Streptokinase versus fibrinspezifisch) und Zeit vom Infarkt bis zum Beginn der Therapie mit Studienmedikation.

Es gab einen signifikanten Behandlungsvorteil zugunsten Enoxaparin-Natrium im Vergleich zu unfractioniertem Heparin bei Patienten, die eine perkutane Koronarintervention (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach Randomisierung erhielten (Reduktion des Risikos um 23 %) oder die konservativ behandelt wurden (Reduktion des Risikos um 15 %). Der Unterschied der Risiko-Reduktionen in diesen beiden Behandlungsgruppen war statistisch nicht signifikant (Interaktionstest: p = 0,27).

Bei Patienten nicht kaukasischer Abstammung wurde eine Reduktion des relativen Risikos um 1 % für den primären Endpunkt beobachtet. Dies war mit einem relativen Risiko von 2,26 für schwere Blutungen verbunden.

Zudem war der Nutzen der Therapie bei Patienten ohne begleitende Betablockertherapie geringer.

Unter Enoxaparin-Natrium entwickelten im Vergleich zu unfraktioniertem Heparin signifikant mehr Patienten schwere Blutungen (2,1 % versus 1,4 %,  $p < 0,0001$ ). Jedoch wurden nicht vermehrt schwere Blutungen bei Patienten beobachtet, bei denen nach Randomisierung eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde.

Die Häufigkeit des kombinierten Endpunktes aus Tod, erneutem Myokardinfarkt oder intrakranieller Blutung nach 30 Tagen (als Maß für den klinischen Gesamtvorteil) war in der Enoxaparin-Gruppe (10,1 %) signifikant niedriger ( $p < 0,0001$ ) als in der Heparin-Gruppe (12,2 %), was eine Reduktion des relativen Risikos um 17 % durch die Behandlung mit Clexane darstellt.

Der günstige Effekt von Enoxaparin auf den primären Endpunkt, der während der ersten 30 Tage beobachtet wurde, blieb auch in der 12-monatigen Nachbeobachtungsperiode erhalten.

## 5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Die pharmakokinetischen Parameter von Enoxaparin-Natrium wurden primär aus den Änderungen der anti-Xa-Aktivität im Plasma ermittelt. Untersucht wurden die empfohlenen Dosierungen nach einmaliger und mehrmaliger subkutaner und nach einmaliger intravenöser Applikation.

Die maximale mittlere anti-Xa-Aktivität wird 3 bis 5 Stunden nach subkutaner Enoxaparin-Applikation erreicht und beträgt nach Injektion von 20 mg im Mittel 0,16 I.E./ml (1,58 µg/ml) und nach Injektion von 40 mg 0,38 I.E./ml (3,83 µg/ml). Nach Applikation von 1,0 mg/kg Körpergewicht subkutan alle 12 Stunden werden im Steady State im Mittel anti-Xa-Aktivitäten von 1,1 I.E./ml erzielt.

Ein intravenöser Bolus von 30 mg, unmittelbar gefolgt von 1 mg/kg Körpergewicht subkutan alle 12 Stunden führt zu einem initialen Maximalwert des anti-Faktor-Xa-Spiegels von 1,16 I.E./ml ( $n = 16$ ) und entspricht damit im Durchschnitt einer Exposition von 88 % des Spiegels im Steady State. Der Steady State wird am zweiten Tag der Behandlung erreicht.

Die Pharmakokinetik von Enoxaparin nach subkutaner Gabe verhält sich augenscheinlich linear über den empfohlenen Dosisbereich. Die intra- und interindividuelle Variabilität bei Patienten ist gering. Nach wiederholter subkutaner Applikation von 40 mg bzw. 1,5 mg/kg Körpergewicht pro Tag wird bei Probanden der Steady State am 2. Tag erreicht, wobei die durchschnittliche Exposition etwa 15 % höher als nach einer Einzelgabe ist.

Nach wiederholter subkutaner Applikation von 1 mg/kg Körpergewicht zweimal täglich wird der Steady State zwischen dem 3. und 4. Tag erreicht, wobei die durchschnittliche Exposition etwa 65 % höher als nach Einzelgabe ist. Die mittleren Spitzen- bzw. Talspiegel betragen 1,2 I.E./ml bzw. 0,52 I.E./ml.

Die absolute Bioverfügbarkeit von Enoxaparin nach subkutaner Injektion beträgt circa 92 %.

Das Verteilungsvolumen liegt bei etwa 5 Litern und entspricht damit ungefähr dem Blutvolumen.

Die Elimination verläuft augenscheinlich monophasisch. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt nach einmaliger subkutaner Verabreichung 4,4 Stunden und nach wiederholter Verabreichung etwa 7 Stunden. Nach einer Dosis von 40 mg subkutan einmal täglich ist die anti-Xa-Aktivität noch nach 24 Stunden im Plasma nachweisbar. Bei älteren Patienten ist die Halbwertszeit geringfügig auf 6 bis 7 Stunden verlängert.

Die Metabolisierung von Enoxaparin-Natrium findet hauptsächlich in der Leber unter Desulfatierung und Depolymerisation statt. Geringe Anteile des Produkts werden über die Nieren in unveränderter (ca. 10 %) oder geringfügig veränderter Form (ca. 30 %) ausgeschieden.

Niedermolekulares Heparin und/oder Metaboliten gehen bei der Ratte in die Muttermilch über, jedoch wurde keine anti-Xa-Aktivität nachgewiesen.

### Alter

In populationskinetischen Untersuchungen zeigte das kinetische Profil von Enoxaparin bei älteren Menschen keine Unterschiede zu jungen Menschen, sofern die Nierenfunktion normal war. Da jedoch im Alter die Nierenfunktion abnimmt, kann bei älteren Patienten die Elimination von Enoxaparin verringert sein (siehe auch Abschnitt 4.4).

### Eingeschränkte Nierenfunktion

Im Steady State lässt sich eine lineare Korrelation zwischen der anti-Xa-Plasma-Clearance und der Kreatinin-Clearance zeigen, was auf eine verringerte Clearance von Enoxaparin bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion hinweist. Bei leicht bzw. mäßig eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance 50–80 ml/min bzw. 30–50 ml/min) ist im Steady State nach wiederholter subkutaner Gabe von 40 mg pro Tag die anti-Xa-Exposition, gemessen als AUC, leicht erhöht (siehe auch Abschnitt 4.4).

Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance  $< 30$  ml/min) ist im Steady State nach wiederholter subkutaner Gabe von 40 mg pro Tag die AUC um durchschnittlich 65 % signifikant erhöht. Deshalb muss bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion die Enoxaparin-Dosis sowohl zur Prophylaxe tiefer Venenthrombosen als auch zur Behandlung tiefer Venenthrombosen und zur Behandlung der instabilen Angina Pectoris und des Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarktes (NSTEMI) reduziert werden (siehe auch Abschnitt 4.2). Pharmakokinetische und klinische Daten bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion und instabiler Angina Pectoris sprechen für eine Reduktion der Enoxaparin-Dosis um mindestens 36 %. Da viele Patienten mit akutem Koronarsyndrom weitere antikoagulatorisch wirksame Pharmaka erhalten, erscheint eine Dosisreduktion auf 50 % in dieser Patientengruppe sinnvoll.

### Gewicht

Nach einer subkutanen Einmalgabe von 40 mg (ohne Gewichtskorrektur) ist die

anti-Xa-Exposition bei leichtgewichtigen Frauen ( $< 45$  kg) um 50 % höher und bei leichtgewichtigen Männern ( $< 57$  kg) um 27 % höher als bei normalgewichtigen Kontrollpersonen.

### Pharmakokinetische Wechselwirkungen

Es wurden keine pharmakokinetischen Wechselwirkungen zwischen Enoxaparin-Natrium und Thrombolytika bei gleichzeitiger Gabe beobachtet.

## 5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

### Akute Toxizität

Die Untersuchungen zur akuten Toxizität an verschiedenen Tierspezies haben bei vorschriftsmäßiger Applikation keine besondere Empfindlichkeit ergeben (siehe auch Abschnitt 4.9). Toxische Effekte traten nach intramuskulärer Applikation in Form von nekrotisierenden Hämatomen auf.

### Chronische Toxizität

In subchronischen und chronischen Untersuchungen nach i. v. und s.c. Applikationen traten bei verschiedenen Tierarten in Abhängigkeit von der Dosis innere Blutungen und Hämatome auf. Osteoporotische Effekte traten in einer 6-Monats-Untersuchung am Hund und in einer 52-Wochen-Studie bei der Ratte auf. Die Ausbildung von Katarakten wird in der hohen Dosierung (25 mg/kg Körpergewicht) bei der Ratte verstärkt. Die Wundheilung, die Heilung von Knochenbrüchen und die Rekalzifizierung des Knochens werden im Tierversuch durch Heparin verzögert.

### Mutagenes und tumorerzeugendes Potential

Aus In-vitro- und In-vivo-Untersuchungen auf genotoxische Wirkungen haben sich keine Hinweise auf ein mutagenes Potential ergeben.

Untersuchungen zum tumorerzeugenden Potential wurden nicht durchgeführt.

### Reproduktionstoxizität

Tierexperimentelle Untersuchungen an Ratte und Kaninchen ergaben keine Hinweise auf ein teratogenes Potential von niedermolekularem Heparin.

### Lokale Verträglichkeit

Siehe Abschnitt 4.8.

## 6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

### 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Wasser für Injektionszwecke.

### 6.2 Inkompatibilitäten

#### Subkutane Injektion

Nicht mit anderen Produkten mischen.

#### Intravenöse (Bolus-)Injektion (nur für die Indikation akuter ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI))

Enoxaparin-Natrium kann unbedenklich zusammen mit normaler Natriumchloridlösung (0,9 %) oder 5 % Dextrose in Wasser verabreicht werden.

### 6.3 Dauer der Haltbarkeit

3 Jahre.

### 6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Nicht über 25 °C lagern. Nicht einfrieren.



**6.5 Art und Inhalt des Behältnisses**
Art:

1 ml Fertigspritzen aus klarem Glas Typ I (Ph.Eur).  
Kunststoffkolben mit Stopfen aus Chlorbutylgummi.  
Rostfreie Stahlkanüle G27 1/2 mit einer festen Schutzkappe.

Inhalt:***Clexane 60 mg***

Packung mit 2 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung (Unverkäufliches Muster)  
Packung mit 10 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung  
Packung mit 12 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung  
Packung mit 20 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung  
Packung mit 24 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung  
Klinikpackung mit 90 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung  
Klinikpackung mit 100 Fertigspritzen à 0,6 ml Lösung

***Clexane 80 mg***

Packung mit 2 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung (Unverkäufliches Muster)  
Packung mit 10 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung  
Packung mit 12 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung  
Packung mit 20 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung  
Packung mit 24 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung  
Klinikpackung mit 90 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung  
Klinikpackung mit 100 Fertigspritzen à 0,8 ml Lösung

***Clexane 100 mg***

Packung mit 2 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung (Unverkäufliches Muster)  
Packung mit 10 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung  
Packung mit 12 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung  
Packung mit 20 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung  
Packung mit 24 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung  
Klinikpackung mit 90 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung  
Klinikpackung mit 100 Fertigspritzen à 1,0 ml Lösung

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

**6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung**

Die Clexane Injektionslösung befindet sich in Fertigspritzen mit einem automatischen Sicherheitssystem, das unbeabsichtigte Nadelstichverletzungen nach der Injektion verhindert.

Nähere Angaben zum Gebrauch der Spritze finden sich unter Abschnitt 4.2.

**7. INHABER DER ZULASSUNG**

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH  
65926 Frankfurt am Main

## Postanschrift:

Postfach 80 08 60  
65908 Frankfurt am Main

Telefon: (01 80) 2 22 20 10\*

Telefax: (01 80) 2 22 20 11\*

E-Mail: medinfo.de@sanofi-aventis.com

**8. ZULASSUNGSNUMMERN**

Clexane 60 mg: 40759.00.00

Clexane 80 mg: 40759.01.00

Clexane 100 mg: 40759.02.00

**9. DATUM DER ZULASSUNG/ VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG**

03.05.2001/07.12.2010

**10. STAND DER INFORMATION**

Juli 2011

**11. VERKAUFSABGRENZUNG**

Verschreibungspflichtig.

\*0,06 €/Anruf (dt. Festnetz); max. 0,42 €/min (Mobilfunk).

Zentrale Anforderung an:

Rote Liste Service GmbH

|                  |
|------------------|
| FachInfo-Service |
|------------------|

Postfach 11 01 71

10831 Berlin