

ANEKS I
CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Iclusig 15 mg tabletki powlekane
Iclusig 30 mg tabletki powlekane
Iclusig 45 mg tabletki powlekane

2. SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY

Iclusig 15 mg tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 15 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).

Substancje pomocnicze o znanym działaniu:

Każda tabletki powlekana zawiera 40 mg laktozy jednowodnej.

Iclusig 30 mg tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 30 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).

Substancje pomocnicze o znanym działaniu:

Każda tabletki powlekana zawiera 80 mg laktozy jednowodnej.

Iclusig 45 mg tabletki powlekane

Każda tabletki powlekana zawiera 45 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).

Substancje pomocnicze o znanym działaniu:

Każda tabletki powlekana zawiera 120 mg laktozy jednowodnej.

Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1.

3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Tabletki powlekane (tabletki).

Iclusig 15 mg tabletki powlekane

Białe, dwuwypukłe okrągłe tabletki powlekane o średnicy około 6 mm, z symbolem „A5” wytłoczonym z jednej strony.

Iclusig 30 mg tabletki powlekane

Białe, dwuwypukłe okrągłe tabletki powlekane o średnicy około 8 mm, z symbolem „C7” wytłoczonym z jednej strony.

Iclusig 45 mg tabletki powlekane

Białe, dwuwypukłe okrągłe tabletki powlekane o średnicy około 9 mm, z symbolem „AP4” wytłoczonym z jednej strony.

4. SZCZEGÓŁOWE DANE KLINICZNE

4.1 Wskazania do stosowania

Produkt Iclusig jest wskazany do stosowania u dorosłych pacjentów z:

- fazą przewlekłą, fazą akceleracji lub fazą przełomu blastycznego przewlekłej białaczki szpikowej (CML) z opornością lub nietolerancją leczenia dazatynibem lub nilotynibem i dla których kolejne leczenie imatynibem nie jest właściwe ze względów klinicznych, lub u pacjentów z mutacją T315I.

- ostrą białaczką limfoblastyczną z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+ ALL) z opornością lub nietolerancją leczenia dazatynibem i dla których kolejne leczenie imatynibem nie jest właściwe ze względów klinicznych, lub u pacjentów z mutacją T315I.

Produkt leczniczy Iclusig jest wskazany do stosowania w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności u dorosłych pacjentów z nowo rozpoznaną Ph+ ALL (patrz punkt 5.1).

Patrz ocena stanu układu krążenia przed rozpoczęciem leczenia w punkcie 4.2 oraz sytuacje, w których można rozważyć alternatywne leczenie w punkcie 4.4.

4.2 Dawkowanie i sposób podawania

Leczenie powinno być rozpoczęte przez lekarza z doświadczeniem w rozpoznawaniu i leczeniu pacjentów z białaczką. Podczas leczenia można stosować wspomaganie układu krwiotwórczego przez przetaczanie płytek krwi i hematopoetycznych czynników wzrostu, jeśli będzie to wskazane klinicznie.

Przed rozpoczęciem leczenia ponatynibem należy ocenić stan układu krążenia pacjenta, wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym, i podjąć czynne działania w celu ograniczenia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Podczas leczenia ponatynibem należy w dalszym ciągu monitorować stan układu krążenia i odpowiednio dostosowywać leczenie zachowawcze i podtrzymujące w przypadku stanów zwiększających ryzyko sercowo-naczyniowe.

Dawkowanie

Pacjenci z CML i ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia (Ph+ ALL) wcześniej leczeni innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) lub z mutacją T315I:

Zalecana dawka początkowa wynosi 45 mg ponatynibu raz na dobę. Dostępne są tabletki powlekane 45 mg umożliwiające podawanie standardowej dawki 45 mg. Leczenie należy kontynuować do stwierdzenia u pacjenta oznak progresji choroby lub niedopuszczalnej toksyczności.

Pacjenci powinni być obserwowani w celu wykrycia odpowiedzi na leczenie zgodnie ze standardowymi wytycznymi klinicznymi.

Należy rozważyć przerwanie leczenia ponatynibem w razie nieosiągnięcia pełnej odpowiedzi hematologicznej w ciągu 3 miesięcy (90 dni).

Ryzyko zdarzeń związanych z niedrożnością tętnic jest prawdopodobnie zależne od dawki. Należy rozważyć zmniejszenie dawki produktu leczniczego Iclusig do 15 mg u pacjentów z fazą przewlekłą (CP) CML, którzy osiągnęli odpowiedź molekularną (MR2, tj. $\leq 1\%$ BCR-ABL1^{IS}), biorąc pod uwagę następujące czynniki w indywidualnej ocenie pacjenta: ryzyko ze strony układu krążenia, działania niepożądane leczenia ponatynibem, czas do wystąpienia odpowiedzi oraz poziomu transkryptów BCR-ABL (patrz punkty 4.4 i 5.1). W razie zmniejszania dawki zaleca się dokładne monitorowanie odpowiedzi. U pacjentów z utratą odpowiedzi, dawkę produktu leczniczego Iclusig można ponownie zwiększyć do wcześniej tolerowanej dawki 30 mg lub 45 mg doustnie raz na dobę. Leczenie produktem leczniczym Iclusig należy kontynuować do czasu utraty odpowiedzi po ponownym zwiększeniu dawki lub wystąpienia objawów ciężkiej toksyczności.

Pacjenci z nowo zdiagnozowaną Ph+ ALL w skojarzeniu z chemioterapią:

Zalecana dawka początkowa to 30 mg ponatynibu raz na dobę w skojarzeniu z chemioterapią, ze zmniejszeniem dawki do 15 mg raz na dobę po uzyskaniu całkowitej odpowiedzi z ujemną MRD (*ang. minimal residual disease*, minimalna choroba resztkowa) ($\leq 0,01\%$ BCR-ABL1) na końcu leczenia indukcyjnego.

U pacjentów z utratą ujemnej MRD można ponownie zwiększyć dawkę ponatynibu do wcześniej tolerowanej dawki maksymalnie do 30 mg raz na dobę. Po zakończeniu leczenia ponatynibem w skojarzeniu z chemioterapią należy kontynuować leczenie ponatynibem w monoterapii aż do utraty

odpowiedzi po podaniu dawki ponownie podwyższonej lub wystąpienia objawów nieakceptowalnej toksyczności (patrz punkt 5.1 Właściwości farmakodynamiczne).

Profilaktyka lub leczenie zająca OUN, leczenie indukcyjne steroidami, terapia skierowana przeciwko CD20 u pacjentów z CD20+ lub chemioterapia powinny być zgodne z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego i standardowymi wytycznymi klinicznymi.

Należy rozważyć przerwanie stosowania ponatynibu, jeśli po fazie leczenia indukcyjnego nie wystąpiła całkowita odpowiedź molekularna.

Postępowanie w razie działań toksycznych:

W leczeniu hematologicznej i niehematologicznej toksyczności należy rozważyć modyfikację dawki produktu leczniczego Iclusig lub przerwanie podawania produktu. W razie wystąpienia ciężkich działań niepożądanych należy wstrzymać leczenie. W przypadku stosowania produktu leczniczego Iclusig w skojarzeniu z chemioterapią należy zastosować standardowe zmniejszenie dawki produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii, patrz odpowiednie Charakterystyki Produktów Leczniczych i standardowe wytyczne kliniczne.

U pacjentów, u których działania niepożądane ustąpiły lub zmniejszyło się ich nasilenie, można rozważyć wznowienie podawania produktu Iclusig i stopniowe zwiększenie dawki do dawki dobowej podawanej przed wystąpieniem danego działania niepożądanego, jeśli jest to uzasadnione klinicznie.

Dostępne są tabletki powlekane 15 mg i 30 mg umożliwiające podawanie dawki 15 mg lub 30 mg.

Mielosupresja

W Tabeli 1 przedstawione są modyfikacje dawki w przypadku neutropenii ($BLN^* < 1,0 \times 10^9/l$) i małopłytkowości (liczba płytek $< 50 \times 10^9/l$), które nie są związane z białaczką.

Tabela 1 Modyfikacje dawki w przypadku mielosupresji

| | |
|--|---|
| BLN* $< 1,0 \times 10^9/l$ albo liczba płytek $< 50 \times 10^9/l$ | Pierwsze wystąpienie: <ul style="list-style-type: none">Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig i wznowić podawanie tej samej dawki po powrocie do $BLN \geq 1,5 \times 10^9/l$ i liczby płytek $\geq 75 \times 10^9/l$ |
| | Ponowne wystąpienie po dawce 45 mg: <ul style="list-style-type: none">Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig i wznowić podawanie dawki 30 mg po powrocie do $BLN \geq 1,5 \times 10^9/l$ i liczby płytek $\geq 75 \times 10^9/l$ |
| | Ponowne wystąpienie po dawce 30 mg: <ul style="list-style-type: none">Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig i wznowić podawanie dawki 15 mg po powrocie do $BLN \geq 1,5 \times 10^9/l$ i liczby płytek $\geq 75 \times 10^9/l$ |
| *BLN = bezwzględna liczba neutrofilii | |

Niedrożność tętnic i żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

W razie podejrzenia wystąpienia u pacjenta zdarzenia związanego z niedrożnością tętnic lub żylną chorobą zakrzepowo-zatorową należy natychmiast przerwać leczenie produktem Iclusig. Decyzja o wznowieniu leczenia produktem Iclusig po ustąpieniu zdarzenia powinna być oparta na ocenie stosunku korzyści do ryzyka (patrz punkty 4.4 i 4.8).

Nadciśnienie może zwiększać ryzyko zdarzeń związanych z niedrożnością tętnic. Jeżeli nadciśnienia nie da się opanować leczeniem farmakologicznym, należy tymczasowo wstrzymać leczenie produktem Iclusig.

Zapalenie trzustki

W Tabeli 2 przedstawione są zalecane modyfikacje dawki w przypadku działań niepożądanych dotyczących trzustki.

Tabela 2 Modyfikacje dawki w przypadku zapalenia trzustki i zwiększenia aktywności lipazy

| | |
|--|---|
| Zapalenie trzustki stopnia 2. i (lub) zwiększenie aktywności lipazy stopnia 2. (> 1,5 – 2,0 x IGGN lub > 2,0 – 5,0 x IGGN i bezobjawowe) | Należy kontynuować leczenie produktem Iclusig w tej samej dawce. |
| Bezobjawowe zwiększenie aktywności lipazy stopnia 3. (> 5,0 x IGGN*) | Wystąpienie po dawce 45 mg: <ul style="list-style-type: none">• Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig i wznowić leczenie w dawce 30 mg po powrocie do \leq stopnia 1. (< 1,5 x IGGN) Wystąpienie po dawce 30 mg: <ul style="list-style-type: none">• Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig i wznowić leczenie w dawce 15 mg po powrocie do \leq stopnia 1. (< 1,5 x IGGN) Wystąpienie po dawce 15 mg: <ul style="list-style-type: none">• Należy rozważyć przerwanie leczenia produktem Iclusig |
| Zapalenie trzustki stopnia 3 lub objawowe zwiększenie aktywności lipazy stopnia 3. (> 2,0 – 5,0 x IGGN) | Wystąpienie po dawce 45 mg: <ul style="list-style-type: none">• Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig do uzyskania całkowitego ustąpienia objawów i po przywróceniu zwiększenia aktywności lipazy do < stopnia 2. i wznowić leczenie w dawce 30 mg. Wystąpienie po dawce 30 mg: <ul style="list-style-type: none">• Należy wstrzymać podawanie produktu Iclusig do uzyskania całkowitego ustąpienia objawów i po przywróceniu zwiększenia aktywności lipazy do < stopnia 2. i wznowić leczenie w dawce 15 mg. Wystąpienie po dawce 15 mg: <ul style="list-style-type: none">• Należy rozważyć przerwanie leczenia produktem Iclusig |
| Zapalenie trzustki stopnia 4. lub zwiększenie aktywności lipazy stopnia 4. (> 5,0 x IGGN i objawowe) | Należy przerwać leczenie produktem Iclusig |
| *IGGN = górna granica normy przyjęta w danej placówce | |

Hepatotoksyczność

Może być konieczne przerwanie podawania lub odstawienie produktu zgodnie z opisem podanym w Tabeli 3.

Tabela 3 Zalecane modyfikacje dawki z powodu hepatotoksyczności

| | |
|--|--|
| <p>Zwiększenie aktywności aminotransferazy wątrobowej $> 3 \times \text{GGN}^*$</p> <p>Długotrwałe utrzymywanie się stopnia 2. (powyżej 7. dni)</p> <p>Stopień 3 lub wyższy</p> | <p>Występowanie po dawce 45 mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy przerwać podawanie produktu Iclusig i monitorować czynność wątroby Należy wznowić podawanie produktu Iclusig w dawce 30 mg po powrocie do wartości \leq stopień 1 ($< 3 \times \text{GGN}$) lub do wartości sprzed leczenia <p>Występowanie po dawce 30 mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy przerwać podawanie produktu Iclusig i wznowić w dawce 15 mg po powrocie do wartości \leq stopień 1 lub do wartości sprzed leczenia <p>Występowanie po dawce 15 mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy przerwać leczenie produktem Iclusig |
| <p>Zwiększenie aktywności AspAT lub AlAT $\geq 3 \times \text{GGN}$ z towarzyszącym zwiększeniem stężenia bilirubiny $> 2 \times \text{GGN}$ i aktywności fosfatazy zasadowej $< 2 \times \text{GGN}$</p> | <p>Należy przerwać leczenie produktem Iclusig</p> |

*GGN = górna granica normy dla laboratorium

Pacjenci w podeszłym wieku

Wśród 732 pacjentów biorących udział w badaniach klinicznych PACE i OPTIC produktu Iclusig 191 (26%) miało ≥ 65 lat. W porównaniu do pacjentów w wieku < 65 lat, u starszych pacjentów większe było prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych.

Pacjenci z zaburzeniem czynności wątroby

Pacjenci z zaburzeniem czynności wątroby mogą otrzymać zalecaną dawkę początkową. Zaleca się ostrożność przy podawaniu produktu Iclusig pacjentom z zaburzeniem czynności wątroby (patrz punkty 4.4 i 5.2).

Pacjenci z zaburzeniem czynności nerek

Wydalenie przez nerki nie jest ważnym szlakiem eliminacji ponatynibu. Nie przeprowadzono badań produktu Iclusig u pacjentów z zaburzeniem czynności nerek. Pacjenci z szacowanym klirensiem kreatyniny ≥ 50 ml/min powinni być w stanie bezpiecznie przyjmować produkt Iclusig bez dostosowywania dawki. Należy zachować ostrożność przy podawaniu produktu Iclusig pacjentom z szacowanym klirensiem kreatyniny < 50 ml/min lub w schyłkowej fazie niewydolności nerek.

Dzieci i młodzież

Nie określono bezpieczeństwa stosowania ani skuteczności produktu leczniczego Iclusig u pacjentów w wieku poniżej 18 lat. Brak dostępnych danych.

Sposób podawania

Produkt Iclusig jest przeznaczony do podawania doustnego. Tabletki należy połykać w całości. Pacjenci nie powinni kruszyć ani rozpuszczać tabletek. Produkt Iclusig może być przyjmowany jednocześnie z posiłkiem lub niezależnie od niego.

Pacjentów należy poinformować, aby nie połykali pojemnika z pochłaniaczem wilgoci znajdującego się w butelce.

4.3 Przeciwwskazania

Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1.

4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

Istotne działania niepożądane

Mielosupresja

Stosowanie produktu Iclusig wiąże się z ciężką małopłytkowością, neutropenią i niedokrwistością (stopień 3 lub 4 wg kryteriów NCI CTCAE [wspólnych kryteriów oceny zdarzeń niepożądanych Narodowego Instytutu Raka]). U większości pacjentów z małopłytkowością, neutropenią lub niedokrwistością stopnia 3. lub 4. stwierdzono wystąpienie tych zdarzeń w ciągu pierwszych trzech miesięcy leczenia. Częstość występowania tych zdarzeń jest większa u pacjentów z fazą akceleracji CML (AP-CML), fazą przełomu blastycznego CML (BP-CML) lub Ph+ ALL niż z fazą przewlekłą CML (CP-CML). Pełną morfologię krwi należy oznaczać co 2 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące, a następnie co miesiąc lub zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Mielosupresja była generalnie odwracalna i zwykle ustępowała po okresowym odstawieniu produktu Iclusig lub zmniejszeniu jego dawki (patrz punkt 4.2).

Niedrożność tętnic

U pacjentów leczonych produktem Iclusig występowały przypadki niedrożności tętniczej, w tym przypadki zawału mięśnia sercowego zakończone zgonem, udaru, niedrożności tętnic siatkówki wiążące się niekiedy z trwałym uszkodzeniem wzroku lub jego utratą, stenozy dużych naczyń tętniczych w mózgu, ciężkiej choroby tętnic obwodowych, zwężenia tętnicy nerkowej (z towarzyszącym nasilającym się, niestabilnym lub opornym na leczenie nadciśnieniem tętniczym) i konieczność pilnych zabiegów rewaskularyzacyjnych. Zdarzenia takie występowały u pacjentów z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego i bez takich czynników, w tym u pacjentów w wieku 50 lat i młodszych. Zdarzenia niepożądane związane z niedrożnością tętnic występowały częściej u starszych pacjentów oraz u pacjentów z niedokrwieniem, nadciśnieniem, cukrzycą lub hiperlipidemią w wywiadzie.

Ryzyko zdarzeń związanych z niedrożnością tętnic jest prawdopodobnie zależne od dawki (patrz punkty 4.8 i 5.1).

Podczas badań klinicznych wystąpiły działania niepożądane związane z niedrożnością tętnic, w tym poważne (patrz punkt 4.8). U części pacjentów wystąpiły zdarzenia więcej niż jednego typu.

Nie należy stosować produktu Iclusig u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego, zabiegiem rewaskularyzacji lub udarem w wywiadzie, chyba że potencjalne korzyści z leczenia przeważają nad potencjalnym zagrożeniem (patrz punkty 4.2 i 4.8). U pacjentów takich należy także rozważyć alternatywne możliwości leczenia przed rozpoczęciem leczenia ponatynibem.

Przed rozpoczęciem leczenia ponatynibem należy ocenić stan układu krążenia pacjenta, wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym, i podjąć czynne działania w celu ograniczenia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Podczas leczenia ponatynibem należy w dalszym ciągu monitorować stan układu krążenia i odpowiednio dostosowywać leczenie zachowawcze i podtrzymujące w przypadku stanów zwiększających ryzyko sercowo-naczyniowe. Bezpieczeństwa stosowania ponatynibu nie badano u pacjentów z migotaniem przedsionków.

Pacjentów należy monitorować w celu wykrycia objawów niedrożności naczyń tętniczych, zaś w przypadku pogorszenia wzroku lub wystąpienia nieostrego widzenia należy wykonać badanie okulistyczne (w tym fundoskopię). W razie wystąpienia niedrożności naczyń tętniczych przerwać natychmiast leczenie produktem Iclusig. Decyzja o wznowieniu leczenia produktem Iclusig powinna być oparta na ocenie stosunku korzyści do ryzyka (patrz punkty 4.2 i 4.8).

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Podczas badań klinicznych wystąpiły działania niepożądane w postaci żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych, w tym poważne (patrz punkt 4.8).

Pacjentów należy monitorować w celu wykrycia objawów choroby zakrzepowo-zatorowej. W razie wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej należy natychmiast przerwać leczenie produktem Iclusig. Przed wznowieniem leczenia produktem Iclusig należy dokonać oceny stosunku korzyści do ryzyka (patrz punkty 4.2 i 4.8).

U pacjentów leczonych produktem Iclusig stwierdzono występowanie niedrożności naczyń żylnych siatkówki, która w niektórych przypadkach wiązała się z nieodwracalnym pogorszeniem wzroku lub utratą wzroku. W przypadku pogorszenia wzroku lub wystąpienia nieostrego widzenia należy wykonać badanie okulistyczne (w tym fundoskopię).

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie może zwiększać ryzyko zdarzeń zakrzepowych w naczyniach tętniczych, w tym ryzyko zwężenia tętnicy nerkowej. Podczas leczenia produktem Iclusig należy monitorować ciśnienie krwi pacjenta podczas każdej wizyty w przychodni; w razie nadciśnienia należy je leczyć do uzyskania wartości prawidłowych. Jeżeli nadciśnienie nie da się opanować leczeniem farmakologicznym, należy tymczasowo wstrzymać leczenie produktem Iclusig (patrz punkt 4.2).

W przypadku wystąpienia istotnego, nasilającego się, niestabilnego lub opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego należy przerwać stosowanie produktu leczniczego i rozważyć przeprowadzenie badań w celu wykluczenia zwężenia tętnicy nerkowej.

U pacjentów leczonych produktem Iclusig występowały podczas leczenia epizody nadciśnienia (w tym przełom nadciśnieniowy). Pacjenci mogą wymagać pilnej interwencji w razie nadciśnienia z towarzyszącym splątaniem, bólem głowy, bólem w klatce piersiowej lub dusznością.

Tętniak i rozwarstwienie tętnicy

Stosowanie inhibitorów szlaku VEGF u pacjentów z nadciśnieniem lub bez nadciśnienia może sprzyjać tworzeniu tętniaka i (lub) rozwarstwieniu tętnicy. Przed rozpoczęciem stosowania leku Iclusig należy starannie rozważyć to ryzyko, zwłaszcza u pacjentów z takimi czynnikami ryzyka, jak nadciśnienie lub tętniak w wywiadzie.

Zastoinowa niewydolność serca

U pacjentów leczonych produktem Iclusig występowały przypadki dysfunkcji lewej komory serca lub poważne i prowadzące do zgonu przypadki niewydolności serca, w tym zdarzenia związane z uprzednią niedrożnością naczyń. Należy monitorować pacjentów w celu wykrycia przedmiotowych i podmiotowych objawów wskazujących na niewydolność serca i wdrożyć odpowiednie leczenie w zależności od sytuacji klinicznej, w tym z przerwaniem podawania produktu Iclusig. W przypadku pacjentów, u których wystąpi poważna niewydolność serca należy rozważyć przerwanie leczenia ponatynibem (patrz punkty 4.2 i 4.8).

Zapalenie trzustki i aktywność lipazy w surowicy

Stosowanie produktu Iclusig wiąże się z zapaleniem trzustki. Częstość występowania zapalenia trzustki jest większa w ciągu pierwszych 2 miesięcy leczenia. Należy oznaczać aktywność lipazy w surowicy co 2 tygodnie przez pierwsze 2 miesiące, a następnie okresowo. Konieczne może być przerwanie leczenia lub zmniejszenie dawki. Jeżeli zwiększeniu aktywności lipazy towarzyszą objawy w obrębie jamy brzusznej, przerwać stosowanie produktu Iclusig i ocenić pacjenta pod kątem objawów zapalenia trzustki (patrz punkt 4.2). Zaleca się ostrożność w przypadku pacjentów z przebyłym zapaleniem trzustki lub nadużywaniem alkoholu w wywiadzie. U pacjentów z ciężką lub bardzo ciężką hipertriglicydemią należy wdrożyć odpowiednie postępowanie, aby zmniejszyć ryzyko zapalenia trzustki.

Hepatotoksyczność

Produkt Iclusig może spowodować zwiększenie wyników oznaczenia AlAT, AspAT, bilirubiny i fosfatazy zasadowej. U większości pacjentów, u których stwierdzono hepatotoksyczność, pierwsze zdarzenie hepatotoksyczności zaobserwowano w pierwszym roku leczenia. Stwierdzono przypadki niewydolności wątroby (w tym zakończone zgonem). Testy wątrobowe należy przeprowadzić przed rozpoczęciem leczenia i powtarzać je okresowo, w odstępach zgodnych ze wskazaniem klinicznymi.

Czynność wątroby należy dokładnie monitorować, gdy ponatynib jest stosowany w skojarzeniu z lekami chemioterapeutycznymi, o których wiadomo, że zaburzają czynności wątroby (patrz punkt 4.8).

Krwotok

U pacjentów leczonych produktem Iclusig występowały ciężkie krwotoki, w tym przypadki zakończone zgonem. Częstość występowania ciężkiego krwawienia była większa u pacjentów z AP-CML, BP-CML i Ph+ ALL. Najczęściej zgłaszane epizody krwawienia stopnia 3. lub 4. obejmowały krwotok z przewodu pokarmowego i krwiak podtwardówkowy. Większość zdarzeń krwotocznych, choć nie wszystkie, wystąpiła u pacjentów z małopłytkowością stopnia 3/4. W razie wystąpienia poważnego lub ciężkiego krwotoku należy przerwać leczenie produktem Iclusig i ocenić stan pacjenta.

Reaktywacja wirusowego zapalenia wątroby typu B

U pacjentów będących przewlekłymi nosicielami wirusa zapalenia wątroby typu B dochodziło do reaktywacji zapalenia wątroby po otrzymaniu przez nich inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL. Niektóre przypadki prowadziły do ostrej niewydolności wątroby lub piorunującego zapalenia wątroby, a w konsekwencji do przeszczepienia wątroby lub zgonu pacjenta.

U pacjentów należy wykonać badania pod kątem zakażenia wirusem HBV przed rozpoczęciem leczenia produktem leczniczym Iclusig. Przed rozpoczęciem leczenia u pacjentów z dodatnim wynikiem badania serologicznego w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym u pacjentów z aktywną chorobą) i w przypadku pacjentów z dodatnim wynikiem badania w kierunku zakażenia wirusem HBV w trakcie leczenia należy skonsultować się z ekspertami ds. chorób wątroby i leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu B. Nosiciele wirusa HBV, którzy wymagają leczenia produktem leczniczym Iclusig, powinni być poddawani ścisłej obserwacji pod kątem objawów podmiotowych i przedmiotowych aktywnego zakażenia wirusem HBV w trakcie całego okresu leczenia i przez kilka miesięcy po jego zakończeniu (patrz punkt 4.8).

Zespół odwracalnej tylnej encefalopatii

U pacjentów leczonych produktem Iclusig stwierdzono przypadki zespołu odwracalnej tylnej encefalopatii (*ang. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome, PRES*) po wprowadzeniu produktu do obrotu.

PRES to schorzenie neurologiczne, które może się wiązać z takimi objawami przedmiotowymi i podmiotowymi jak: napad drgawkowy, ból głowy, zmniejszenie czujności, zmienione funkcjonowanie psychiczne, utrata widzenia oraz inne zaburzenia wzrokowe i neurologiczne.

W przypadku jego zdiagnozowania należy przerwać leczenie produktem Iclusig i ponownie rozpocząć leczenie dopiero po ustąpieniu zdarzenia i jeśli korzyść z kontynuacji leczenia przewyższa ryzyko związane z PRES.

Interakcje z produktami leczniczymi

Należy także zachować ostrożność podczas jednoczesnego stosowania produktu Iclusig z umiarkowanymi i silnymi inhibitorami CYP3A oraz z umiarkowanymi i silnymi induktorami CYP3A (patrz punkt 4.5).

U pacjentów zagrożonych występowaniem epizodów krwawienia należy zachować ostrożność w razie jednoczesnego stosowania ponatynibu i leków przeciwzakrzepowych (patrz punkty „Mielosupresja“ i „Krwotok“). Nie przeprowadzono formalnych badań oceniających jednoczesne stosowanie ponatynibu i przeciwzakrzepowych produktów leczniczych.

U pacjentów z Ph+ ALL podczas jednoczesnego stosowania ponatynibu z chemioterapią (patrz punkt 5.1) występowanie zdarzeń niepożądanych, tj. hepatotoksyczności, mielosupresji lub innych, może się nasilić (patrz punkt 4.8). Stosowanie ponatynibu w skojarzeniu z chemioterapią wymaga szczególnej ostrożności.

Wydłużenie odstępu QT

Możliwość wydłużania odstępu QT przez produkt Iclusig oceniano u 39 pacjentów z białaczką i nie zaobserwowano znaczącego klinicznie wydłużenia odstępu QT (patrz punkt 5.1). Jednakże nie

przeprowadzono wszechstronnego badania oceniającego odstęp QT, w związku z czym nie można wykluczyć klinicznie znaczącego wpływu na odstęp QT.

Specjalne populacje

Pacjenci z zaburzeniem czynności wątroby

Pacjenci z zaburzeniem czynności wątroby mogą otrzymać zalecaną dawkę początkową. Zaleca się ostrożność przy podawaniu produktu Iclusig pacjentom z zaburzeniem czynności wątroby (patrz punkty 4.2 i 5.2).

Pacjenci z zaburzeniem czynności nerek

Należy zachować ostrożność podczas podawania produktu Iclusig pacjentom z szacowanym klirenssem kreatyniny < 50 ml/min lub w schyłkowej fazie niewydolności nerek (patrz punkt 4.2).

Laktoza

Ten produkt leczniczy zawiera laktozę jednowodną. Pacjenci z rzadkimi dziedzicznymi zespołami nietolerancji galaktozy, niedoborem laktazy typu Lapp czy zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy nie powinni przyjmować tego produktu leczniczego.

4.5 Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji

Substancje, które mogą zwiększyć stężenie ponatynibu w surowicy

Inhibitory CYP3A

Ponatynib jest metabolizowany przez CYP3A4.

Jednoczesne podanie pojedynczej doustnej dawki 15 mg produktu Iclusig w obecności ketokonazolu (400 mg na dobę), silnego inhibitora CYP3A, spowodowało pewne zwiększenie ogólnoustrojowej ekspozycji na ponatynib, gdzie wartości $AUC_{0-\infty}$ i C_{maks} ponatynibu były większe o, odpowiednio, 78% i 47% w porównaniu z podawaniem samego ponatynibu.

Należy także zachować ostrożność i rozważyć zmniejszenie początkowej dawki produktu Iclusig do 30 mg przy jednoczesnym stosowaniu silnych inhibitorów CYP3A, takich jak klarytromycyna, indynawir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinawir, rytonawir, sakwinawir, telitromycyna, troleandomycyna, worykonazol oraz sok grejfrutowy.

Substancje, które mogą zmniejszyć stężenie ponatynibu w surowicy

Induktory CYP3A

Jednoczesne podanie 19 zdrowym ochotnikom pojedynczej dawki 45 mg produktu Iclusig w trakcie leczenia ryfampicyną (600 mg na dobę), silnym induktorem CYP3A, zmniejszyło $AUC_{0-\infty}$ i C_{max} dla ponatynibu odpowiednio o 62% i 42%, w porównaniu z podawaniem samego ponatynibu.

Należy unikać jednoczesnego podawania silnych induktorów CYP3A4, takich jak karbamazepina, fenobarbital, fenytoina, ryfabutyna, ryfampicyna oraz ziele dziurawca z ponatynibem i poszukiwać preparatów alternatywnych dla induktorów CYP3A4, chyba że korzyści z ich stosowania przewyższają możliwe ryzyko zmniejszonej ekspozycji na ponatynib.

Substancje, na których stężenie w surowicy może mieć wpływ ponatynib

Substraty transporterów

Ponatynib w warunkach *in vitro* jest inhibitorem P-gp i BCRP. W związku z tym ponatynib może teoretycznie zwiększać stężenie w osoczu podawanych jednocześnie substratów P-gp (np. digoksyny, dabigatranu, kolchicyny, prawastatyny) lub BCRP (np. metotreksatu, rozuwastatyny, sulfasalazyny), nasilając w ten sposób ich działanie lecznicze i działania niepożądane. Zaleca się ścisłą obserwację kliniczną w razie podawania ponatynibu z takimi produktami leczniczymi.

Dzieci i młodzież

Badania dotyczące interakcji przeprowadzono wyłącznie u dorosłych.

4.6 Wpływ na płodność, ciążę i laktację

Kobiety zdolne do poczęcia/Antykoncepcja u mężczyzn i kobiet

Kobietom zdolnym do poczęcia leczonym produktem Iclusig należy odradzić zachodzenie w ciążę, a mężczyznom leczonym produktem Iclusig należy odradzić płodzenie dziecka w okresie leczenia. W trakcie leczenia należy stosować skuteczną metodę antykoncepcji. Nie wiadomo czy ponatynib wpływa na skuteczność ogólnoustrojowych hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Należy stosować alternatywną lub dodatkową metodę antykoncepcji.

Ciąża

Nie ma wystarczających danych dotyczących stosowania produktu Iclusig u kobiet w ciąży. Badania na zwierzętach wykazały szkodliwy wpływ na reprodukcję (patrz punkt 5.3). Potencjalne zagrożenie dla człowieka nie jest znane. Produkt Iclusig można stosować w ciąży jedynie w przypadku zdecydowanej konieczności. Jeżeli produkt ten jest stosowany w okresie ciąży, należy poinformować pacjentkę o możliwym zagrożeniu dla płodu.

Karmienie piersią

Nie wiadomo, czy produkt Iclusig przenika do mleka karmiącej matki. Dostępne dane farmakodynamiczne i toksykologiczne nie wykluczają możliwości jego przenikania do mleka matki. Podczas leczenia produktem Iclusig należy przerwać karmienie piersią.

Płodność

Nie ma dostępnych danych dotyczących wpływu ponatynibu na płodność u ludzi. U szczurów leczenie ponatynibem wywierało wpływ na płodność samic, a płodność samców pozostawała niezmienną (patrz punkt 5.3). Znaczenie kliniczne tych wyników dla płodności człowieka jest nieznane.

4.7 Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn

Produkt Iclusig wywiera niewielki wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn. Stosowanie produktu Iclusig wiąże się z takimi działaniami niepożądanymi, jak ospałość, zawroty głowy i nieostre widzenie. W związku z tym zaleca się ostrożność przy prowadzeniu pojazdów lub obsługiwaniu maszyn.

4.8 Działania niepożądane:

Podsumowanie profilu bezpieczeństwa

Wcześniejsze leczenie CML lub Ph+ ALL lub pacjenci z mutacją T315I Pacjenci wcześniej leczeni z powodu CML lub Ph+ALL lub z mutacją T315I (badanie PACE) W badaniu II fazy PACE (patrz punkt 5.1) najczęstsze poważne działania niepożądane > 2% (częstość występowania podczas leczenia) obejmowały zapalenie płuc (7,3%); zapalenie trzustki (5,8%); ból w jamie brzusznej (4,7%); migotanie przedsionków (4,5%); gorączkę (4,5%), zawał mięśnia sercowego (4,0%), niedrożność tętniczych naczyń obwodowych (3,8%); niedokrwistość; (3,8%); dusznicę bolesną (3,3%); zmniejszenie liczby płytek krwi (3,1%); gorączkę neutropeniczną (2,9%); nadciśnienie (2,9%); chorobę tętnic wieńcowych (2,7%), zastoinową niewydolność serca (2,4%); epizod naczyniowo-mózgowy (2,4%); sepsę (2,4%), zapalenie tkanki łącznej (2,2%), ostre uszkodzenie nerek (2,0%), zakażenie dróg moczowych (2,0%) i zwiększenie aktywności lipazy (2,0%).

Poważne działania niepożądane w postaci niedrożności tętniczych naczyń wieńcowych, naczyń mózgowych oraz naczyń obwodowych (częstość zdarzeń występujących podczas leczenia) wystąpiły u, odpowiednio, 10%, 7% i 9% pacjentów leczonych produktem Iclusig. Poważne działania obejmujące niedrożność naczyń żylnych (częstość zdarzeń występujących podczas leczenia) wystąpiły u 5% pacjentów.

Działania niepożądane w postaci niedrożności tętniczych naczyń wieńcowych, naczyń mózgowych oraz naczyń obwodowych (częstość zdarzeń występujących podczas leczenia) wystąpiły u, odpowiednio, 13%, 9% i 11% pacjentów leczonych produktem Iclusig. W sumie działania niepożądane w postaci niedrożności naczyń tętniczych i żylnych wystąpiły u 25% pacjentów leczonych produktem Iclusig w badaniu fazy II PACE z obserwacją trwającą minimum 64 miesiące, a poważne działania niepożądane wystąpiły u 20% pacjentów. U części pacjentów wystąpiły zdarzenia więcej niż jednego typu.

Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe (częstość zdarzeń występujących podczas leczenia) wystąpiły u 6% pacjentów. Częstość występowania zdarzeń zakrzepowo-zatorowych jest większa u pacjentów z Ph+ ALL lub BP-CML niż u pacjentów z AP-CML lub CP-CML. Żadne zdarzenie związane z niedrożnością naczyń żylnych nie zakończyło się zgonem.

Po okresie obserwacji trwającym minimum 64 miesiące częstość występowania działań niepożądanych prowadzących do przerwania leczenia wynosiła 20% u pacjentów z CP-CML, 11% u pacjentów z AP-CML, 15% u pacjentów z BP-CML oraz 9% u pacjentów z Ph+ ALL.

Wcześniejsze leczenie CP-CML (badanie OPTIC)

W badaniu II fazy OPTIC (patrz punkt 5.1), w którym mediana czasu trwania obserwacji wynosiła 77,93 miesiąca, łącznie wystąpiły działania niepożądane w postaci niedrożności tętnic u 13,8% pacjentów leczonych produktem leczniczym Iclusig (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg) w tym 2 z nich były śmiertelne, a u 8,5% pacjentów (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg) wystąpiły poważne działania niepożądane. Działania niepożądane obejmujące reakcje sercowo-naczyniowe, mózgowo-naczyniowe i chorobę zarostową naczyń obwodowych (częstości związane z leczeniem) wystąpiły odpowiednio u 5,3%, 4,3% i 4,3% pacjentów leczonych produktem leczniczym Iclusig (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg). Spośród 94 pacjentów w kohorcie otrzymującej dawkę 45 mg u 1 pacjenta wystąpiła żylna reakcja zakrzepowo-zatorowa (niedrożność żyły siatkówki stopnia 1).

Pacjenci z nowo rozpoznaną Ph+ ALL (badanie PhALLCON)

U pacjentów z Ph+ ALL leczonych ponatynibem w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności profil bezpieczeństwa był zgodny z profilem bezpieczeństwa samego ponatynibu pod względem typu zdarzeń. Zdarzenia związane z mielosupresją zgłaszano u 83% pacjentów leczonych ponatynibem w badaniu PhALLCON. Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi leku były małopłytkowość (47%), neutropenia (44%) i niedokrwistość (44%). Zdarzenia hepatotoksyczności wystąpiły u 64% pacjentów. Ogólnie zaobserwowano większą częstość występowania mielosupresji związanej z chemioterapią (gorączka neutropeniczna, gorączka, zapalenie płuc i sepsa), jak również obwodowej neuropatii czuciowej i zapalenia jamy ustnej w porównaniu ze stosowaniem ponatynibu w monoterapii.

Tabelaryczne zestawienie działań niepożądanych

Częstość działań niepożądanych produktu leczniczego Iclusig w monoterapii opiera się na 449 pacjentach z CML i Ph+ ALL narażonych na działanie ponatynibu w badaniu II fazy PACE i 94 pacjentach z CML narażonych na działanie ponatynibu (dawka początkowa 45 mg) w badaniu OPTIC II fazy. Informacje na temat podstawowej charakterystyki uczestników badań podano w punkcie 5.1. Działania niepożądane zgłoszone u wszystkich pacjentów z CML i Ph+ ALL przedstawione są zgodnie z klasyfikacją układów i narządów i częstością w Tabeli 4.

Częstość występowania działań niepożądanych produktu leczniczego Iclusig w skojarzeniu z chemioterapią została określona na podstawie 163 pacjentów z nowo rozpoznaną Ph+ ALL leczonych ponatynibem w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności, a następnie kontynuowaniem leczenia produktem Iclusig w monoterapii w badaniu III fazy PhALLCON.

Informacje na temat podstawowej charakterystyki uczestników badania podano w punkcie 5.1.

Reakcje niepożądane zgłaszane u wszystkich pacjentów z nowo rozpoznaną Ph+ ALL zostały wymienione w Tabeli 5 zgodnie z klasyfikacją układów i narządów i częstością występowania.

Zastosowane częstości występowania to: bardzo często ($\geq 1/10$); często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$); niezbyt często ($\geq 1/1\ 000$ do $< 1/100$); rzadko ($\geq 1/10\ 000$ do $< 1/1\ 000$), bardzo rzadko ($< 1/10\ 000$) oraz częstość nieznaną (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). W obrębie każdej grupy

o określonej częstości występowania objawy niepożądane są wymienione zgodnie ze zmniejszającym się nasileniem.

Tabela 4 Działania niepożądane zaobserwowane u wcześniej leczonych pacjentów z CML i Ph+ ALL lub z obecną mutacją T315I – częstość podana dla zdarzeń występujących podczas leczenia

| Klasyfikacja układów i narządów | Częstość | Działania niepożądane |
|-------------------------------------|----------------|--|
| Zakażenia i zarażenia pasożytnicze | Bardzo często | zakażenie górnych dróg oddechowych |
| | Często | zapalenie płuc, posocznica, zapalenie mieszków włosowych, zapalenie tkanki łącznej, półpasiec |
| Zaburzenia krwi i układu chłonnego | Bardzo często | niedokrwistość, zmniejszenie liczby płytek krwi, zmniejszenie liczby neutrofilii |
| | Często | pancytopenia, gorączka neutropeniczna, zmniejszenie liczby białych krwinek, zmniejszenie liczby limfocytów, mielosupresja |
| Zaburzenia endokrynologiczne | Często | niedoczynność tarczycy ^a |
| Zaburzenia metabolizmu i odżywiania | Bardzo często | zmniejszenie apetytu, hipertriglicydemia, hipercholesterolemia |
| | Często | odwodnienie, zatrzymanie płynów, hipokalcemia, hiperglikemia, hiperurykemia, hipofosfatemia, hipokaliemia, zmniejszenie masy ciała, hiponatremia, dyslipidemia, upośledzona tolerancja glukozy, lipoproteiny o niskiej gęstości podwyższone, zwiększenie masy ciała, zespół rozpadu guza |
| Zaburzenia psychiczne | Bardzo często | bezsenna |
| | Często | lęk |
| Zaburzenia układu nerwowego | Bardzo często | ból głowy, zawroty głowy |
| | Często | zdarzenie naczyniowo-mózgowe, udar niedokrwieny mózgu, neuropatia obwodowa, ospałość, migrena, hiperestezja, hipestezja, parestezja, przemijający napad niedokrwieny, zaburzenie nerwu twarzowego, zwężenie tętnicy szyjnej |
| | Niezbyt często | zwężenie tętnic mózgowych, krwotok mózgowy, krwotok śródczaszkowy, zespół odwracalnej tylnej encefalopatii* |

| Klasyfikacja układów i narządów | Częstość | Działania niepożądane |
|--|-------------------|--|
| Zaburzenia oka | Często | nieostre widzenie, suchość oka, obrzęk okołoooczodołowy, obrzęk powiek, zapalenie spojówek, zaburzenia widzenia, ból oka, niedrożność żyły siatkówki |
| | Niezbyt często | zakrzepica żył siatkówki, niedrożność tętnic siatkówki |
| Zaburzenia serca | Często | niewydolność serca, zawał mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, dusznica bolesna, wysięk osierdziowy, migotanie przedsionków, zmniejszenie frakcji wyrzutowej, ostry zespół wieńcowy, trzepotanie przedsionków, dysfunkcja lewej komory, przerost lewej komory, bradykardia zatokowa, tachykardia, n-końcowy fragment prohormonu mózgowego peptydu natriuretycznego podwyższony, niestabilna dławica piersiowa, niedokrwienie mięśnia sercowego, skurcze dodatkowe nadkomorowe, dodatkowe skurcze komorowe, wydłużenie odstępu QT w elektrokardiogramie, przewlekła niewydolność serca, mózgowy peptyd natriuretyczny podwyższony |
| | Niezbyt często | dyskomfort ze strony serca, kardiomiopatia niedokrwienna, skurcz tętnic wieńcowych |
| Zaburzenia naczyniowe | Bardzo często | nadciśnienie tętnicze |
| | Często | choroba zarostowa tętnic obwodowych, niedokrwienie obwodowe, stenoza tętnic obwodowych, chromanie przestankowe, zakrzepica żył głębokich, uderzenia gorąca, niekiedy z zaczerwieniem skóry, przełom nadciśnieniowy |
| | Niezbyt często | słabe krążenie obwodowe, zawał śledziony, zatorowość żylna, zakrzepica żylna, zwężenie tętnicy nerkowej |
| | Częstość nieznana | tętniak i rozwarstwienie tętnicy |
| Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia | Bardzo często | duszność, kaszel |
| | Często | zatorowość płucna, wysięk opłucnowy, krwawienie z nosa, dysfonia, nadciśnienie płucne, ból jamy ustnej i gardła, produktywny kaszel |

| Klasyfikacja układów i narządów | Częstość | Działania niepożądane |
|---|-----------------|--|
| Zaburzenia żołądka i jelit | Bardzo często | ból jamy brzusznej, biegunka, wymioty, zaparcie, nudności, zwiększenie stężenia lipazy |
| | Często | zapalenie trzustki, zwiększenie stężenia amylazy we krwi, choroba refluksowa przełyku, zapalenie jamy ustnej, niestrawność, rozdęcie jamy brzusznej, dyskomfort w jamie brzusznej, suchość ust, krwotok żołądkowy, zapalenie żołądka, wrzód żołądka, krwawienie z dziąseł |
| Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych | Bardzo często | zwiększenie aktywności aminotransferazy alaninowej, zwiększenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej |
| | Często | zwiększenie stężenia bilirubiny we krwi, zwiększenie aktywności fosfatazy alkalicznej, zwiększenie aktywności gamma-glutamylotranspeptydazy, aminotransferazy podwyższone, hepatotoksyczność |
| | Niezbyt często | niewydolność wątroby, żółtaczką |
| Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej | Bardzo często | wysypka, suchość skóry, świąd |
| | Często | swędząca wysypka, złuszcząca wysypka, rumień, łysienie, łuszczenie się skóry, nocne poty, nadmierna potliwość, wybroczyny, krwawe podbiegnięcia, ból skóry, złuszczące zapalenie skóry, hiperkeratoza, hiperpigmentacja skóry, zapalenie podskórnej tkanki tłuszczowej (w tym rumień guzowaty), zapalenie skóry, wysypka plamisto-grudkowa, trądzikopodobne zapalenie skóry, wysypka rumieniowa, wyprysk, wysypka plamista, wysypka grudkowa, rumień wielopostaciowy, alergiczne zapalenie skóry, brodawczak skóry, łuszczycopodobne zapalenie skóry |
| Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej | Bardzo często | ból kości, ból stawów, ból mięśni, ból kończyn, ból pleców, kurcze mięśni |
| | Często | ból mięśniowo-szkieletowy, ból szyi, ból klatki piersiowej, osłabienie mięśniowe, sztywność mięśniowo-szkieletowa, ból kręgosłupa, zapalenie ścięgna |
| Zaburzenia układu rozrodczego i piersi | Często | zaburzenia wzrodu |
| Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania | Bardzo często | zmęczenie, astenia, obrzęk obwodowy, gorączka, ból |
| | Często | dreszcze, choroba grypopodobna, ból w klatce piersiowej pochodzenia pozasercowego, powstanie wyczuwalnego guzka, obrzęk twarzy, białko C-reaktywne podwyższone, ból w klatce piersiowej |

* Spontaniczne raporty związane z doświadczeniem po wprowadzeniu do obrotu.

^a Niedoczynność tarczycy obejmuje niedoczynność tarczycy i pierwotną niedoczynność tarczycy.

Tabela 5 Działania niepożądane obserwowane u pacjentów z nowo rozpoznaną Ph+ ALL w badaniu PhALLCON – częstość zgłaszana na podstawie częstości występowania zdarzeń niepożądanych związanych z lekiem

| Klasyfikacja układów i narządów | Częstość występowania | Ponatinib w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności Działania niepożądane |
|--|------------------------------|---|
| Zakażenia i zarażenia pasożytnicze | Często | zapalenie płuc, zapalenie spojówek, sepsa, wstrząs septyczny, zakażenie neutropeniczne |
| Zaburzenia krwi i układu chłonnego | Bardzo często | małopłytkowość, niedokrwistość, neutropenia, gorączka neutropeniczna, leukopenia, leukocytoza |
| | Często | mielosupresja, limfopenia, cytopenia, agranulocytoza |
| Zaburzenia metabolizmu i odżywiania | Bardzo często | hipokaliemia, hiperglikemia, hipokalcemia, hipofosfatemia, hiperurykemia |
| | Często | zmniejszenie apetytu, hipertriglicydemia, hiponatremia, hipoalbuminemia, hipercholesterolemia, dyslipidemia, zatrzymanie płynów |
| Zaburzenia psychiczne | Bardzo często | bezsennaść |
| Zaburzenia układu nerwowego | Bardzo często | ból głowy, neuropatia obwodowa, parestezja, obwodowa neuropatia czuciowa, zawroty głowy |
| | Często | hipestezja |
| Zaburzenia oka | Często | krwawienie spojówkowe |
| | Niezbyt często | niedrożność żyły siatkówki |
| Zaburzenia serca | Często | tachykardia, kołatanie serca, wysięk osierdziowy, migotanie przedsionków, bradykardia zatokowa, dusznica bolesna |
| | Niezbyt często | niewydolność serca, ostry zawał mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca |
| Zaburzenia naczyniowe | Bardzo często | nadciśnienie |
| | Często | zakrzepica żył głębokich, zakrzepica żył powierzchownych, zator |
| | Niezbyt często | choroba okluzyjna tętnic obwodowych, chłód obwodowy, zakrzepica |
| Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia | Bardzo często | kaszel |
| | Często | duszność, ból jamy ustnej i gardła, wysięk opłucnowy, dysfonia, zatorowość płucna |
| Zaburzenia żołądka i jelit | Bardzo często | zaparcie, nudności, wymioty, zapalenie jamy ustnej, biegunka, ból brzucha, ból w górnej części brzucha |
| | Często | niestrawność, rozdęcie jamy brzusznej, dyskomfort w jamie brzusznej, zapalenie trzustki, zapalenie błony śluzowej żołądka, ostre zapalenie trzustki |
| | Niezbyt często | krwotok z ust |

| Klasyfikacja układów i narządów | Częstość występowania | Ponatynib w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności Działania niepożądane |
|---|------------------------------|---|
| Zaburzenia wątroby i przewodów żółciowych | Często | hepatotoksyczność, hiperbilirubinemia, hipertransaminazemia, toksyczne zapalenie wątroby |
| | Niezbyt często | polekowe uszkodzenie wątroby, choroba wątroby i dróg żółciowych, uszkodzenie wątroby |
| Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej | Bardzo często | wysypka, suchość skóry |
| | Często | świąd, łysienie, wysypka plamisto-grudkowa |
| Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej | Bardzo często | ból pleców, ból kończyn, ból stawów, ból mięśni |
| | Często | ból kości, ból szyi, skurcze mięśni |
| Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania | Bardzo często | gorączka, zmęczenie, osłabienie, obrzęk obwodowy |
| | Często | ból w klatce piersiowej, ból |
| Badania diagnostyczne | Bardzo często | aminotransferaza alaninowa podwyższona, lipaza podwyższona, aminotransferaza asparaginianowa podwyższona, gamma-glutamylotransferaza podwyższona, dehydrogenaza mleczanowa we krwi podwyższona, amylaza podwyższona |
| | Często | fosfataza alkaliczna we krwi podwyższona, kreatynina we krwi podwyższona, fibrynogen we krwi obniżony, białko C-reaktywne podwyższone, liczba neutrofilii podwyższona, białko całkowite obniżone, liczba płytek krwi podwyższona, mózgowy peptyd natriuretyczny podwyższony, troponina I podwyższona. |
| | Niezbyt często | zmniejszenie frakcji wyrzutowej |
| Urazy, zatrucia i powikłania po zabiegach | Niezbyt często | krwiak podtwardówkowy |

Opis wybranych działań niepożądanych

Niedrożność naczyń (patrz punkty 4.2 i 4.4)

U pacjentów leczonych produktem Iclusig wystąpiły przypadki poważnej niedrożności naczyń, w tym zdarzenia sercowo-naczyniowe, naczyniowo-mózgowe i dotyczące naczyń obwodowych, jak również przypadki zakrzepicy żyłnej. Zdarzenia takie występowały u pacjentów z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego i bez takich czynników, w tym u pacjentów w wieku 50 lat i młodszych. Zdarzenia niepożądane w postaci niedrożności tętnic występowały częściej u starszych pacjentów oraz u pacjentów z niedokrwieniem, nadciśnieniem, cukrzycą lub hiperlipidemią w wywiadzie.

W badaniu II fazy PACE (patrz punkt 5.1) z co najmniej 64-miesięczną obserwacją, działania niepożądane obejmujące reakcje sercowo-naczyniowe, mózgowo-naczyniowe i chorobę zarostową naczyń obwodowych (częstości związane z leczeniem) wystąpiły odpowiednio u 13%, 9% i 11% pacjentów leczonych produktem leczniczym Iclusig. Łącznie działania niepożądane w postaci niedrożności tętnic wystąpiły u 25% pacjentów leczonych produktem leczniczym Iclusig podczas badania II fazy PACE, przy czym u 20% pacjentów wystąpiły poważne działania niepożądane. U niektórych pacjentów wystąpiło działanie niepożądane więcej niż jednego typu. Mediana czasu do

wystąpienia pierwszych przypadków sercowo-naczyniowych, mózgowo-naczyniowych i choroby zarostowej naczyń obwodowych wynosiła odpowiednio 351, 611 i 605 dni w badaniu PACE. Żylne reakcje zakrzepowo-zatorowe (częstości związane z leczeniem) wystąpiły u 6% pacjentów.

W badaniu II fazy OPTIC (patrz punkt 5.1) z medianą obserwacji wynoszącą 77,9 miesiąca działania niepożądane obejmujące reakcje sercowo-naczyniowe, mózgowo-naczyniowe i chorobę zarostową naczyń obwodowych (częstości związane z leczeniem) wystąpiły odpowiednio u 5,3%, 4,3% i 4,3% pacjentów leczonych produktem leczniczym Iclusig (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg). Łącznie działania niepożądane w postaci niedrożności tętnic wystąpiły u 13,8% pacjentów leczonych produktem leczniczym Iclusig (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg), przy czym u 8,5% pacjentów wystąpiły poważne działania niepożądane (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg). Mediana czasu do wystąpienia pierwszych przypadków sercowo-naczyniowych, mózgowo-naczyniowych i choroby zarostowej naczyń obwodowych wynosiła odpowiednio 473, 356 i 108 dni w badaniu OPTIC. Spośród 94 pacjentów w badaniu OPTIC (kohorta otrzymująca dawkę 45 mg) u 1 pacjenta wystąpiła żylna reakcja zakrzepowo-zatorowa.

W badaniu III fazy PhALLCON (patrz punkt 5.1), z medianą obserwacji wynoszącą 20,43 miesiąca, działania niepożądane obejmujące reakcje sercowo-naczyniowe, mózgowo-naczyniowe i chorobę zarostową naczyń obwodowych (częstości związane z leczeniem) wystąpiły odpowiednio u 1,2%, 0,6% i 0,6% pacjentów leczonych ponatynibem w skojarzeniu z chemioterapią. Żylne zdarzenia zakrzepowo-zatorowe wystąpiły u 12% pacjentów, którzy otrzymywali ponatynib w skojarzeniu z chemioterapią w badaniu PhALLCON.

Mielosupresja

W badaniu PACE mielosupresja była często obserwowana we wszystkich populacjach pacjentów. Częstość występowania małopłytkowości, neutropenii i niedokrwistości stopnia 3. lub 4. była większa u pacjentów z AP-CML i BP-CML/Ph+ ALL, niż u pacjentów z CP-CML (patrz Tabela 6). Mielosupresja była obserwowana u pacjentów z prawidłowymi wyjściowymi wartościami laboratoryjnymi, jak również u pacjentów z uprzednio istniejącymi nieprawidłowymi wynikami badań laboratoryjnych. Przerwanie leczenia z powodu mielosupresji zdarzało się rzadko (4% dla małopłytkowości, po < 1% dla neutropenii i niedokrwistości).

Zdarzenia związane z mielosupresją zgłaszano u 83% pacjentów leczonych ponatynibem w badaniu PhALLCON, u 63% pacjentów leczonych ponatynibem w badaniu OPTIC (kohorta 45 mg) i u 60% pacjentów leczonych ponatynibem w badaniu PACE.

Hepatotoksyczność

Zdarzenia hepatotoksyczności wystąpiły u 64 % pacjentów, którzy otrzymywali ponatynib w skojarzeniu z chemioterapią w badaniu PhALLCON, u 28 % pacjentów leczonych ponatynibem w badaniu OPTIC (kohorta 45 mg) i u 30% pacjentów leczonych ponatynibem w badaniu PACE (patrz punkt 4.4).

Reaktywacja wirusowego zapalenia wątroby typu B

Opisywano reaktywację wirusowego zapalenia wątroby typu B powiązaną ze stosowaniem inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL. Niektóre przypadki prowadziły do ostrej niewydolności wątroby lub piorunującego zapalenia wątroby, a w konsekwencji do przeszczepienia wątroby lub zgonu pacjenta (patrz punkt 4.4).

Ciężkie niepożądane reakcje skórne (ang. Severe Cutaneous Adverse Reactions, SCARs)

Ciężkie reakcje skórne (takie jak zespół Stevensa-Johnsona) zgłaszano u niektórych pacjentów leczonych inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL. Należy powiadomić pacjentów o konieczności niezwłocznego zgłaszania podejrzewanych reakcji skórnych, w szczególności w przypadku występowania pęcherzy, łuszczenia się skóry, zmian błony śluzowej lub objawów ogólnoustrojowych.

Tabela 6 Częstość występowania klinicznie znaczących nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych stopnia 3./4.* u $\geq 2\%$ pacjentów w poszczególnych grupach chorób w badaniu fazy II PACE (N = 449): minimalny okres obserwacji wynoszący 64 miesiące u wszystkich pacjentów aktualnie uczestniczących w badaniu

| Test laboratoryjny | Wszyscy pacjenci (N = 449) (%) | CP-CML (N = 270) (%) | AP-CML (N = 85) (%) | BP-CML/Ph+ ALL (N = 94) (%) |
|---|--------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Hematologia | | | | |
| Małopłytkowość (zmniejszenie liczby płytek) | 40 | 35 | 49 | 46 |
| Neutropenia (zmniejszenie ANC) | 34 | 23 | 52 | 52 |
| Leukopenia (zmniejszenie WBC) | 25 | 12 | 37 | 53 |
| Niedokrwistość (zmniejszenie stężenia HGB) | 20 | 8 | 31 | 46 |
| Limfopenia | 17 | 10 | 25 | 28 |
| Biochemia | | | | |
| Zwiększenie aktywności lipazy | 14 | 14 | 13 | 14 |
| Zmniejszenie stężenia fosforanów | 10 | 10 | 13 | 9 |
| Zwiększenie stężenia glukozy | 7 | 8 | 13 | 1 |
| Zwiększenie aktywności ALAT | 6 | 4 | 8 | 7 |
| Zmniejszenie stężenia sodu | 5 | 6 | 6 | 2 |
| Zwiększenie aktywności AspAT | 4 | 3 | 5 | 3 |
| Zwiększenie aktywności amylazy | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Zmniejszenie stężenia potasu | 2 | < 1 | 6 | 2 |
| Zwiększenie stężenia potasu | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Zwiększenie fosfatazy alkalicznej | 2 | 2 | 4 | 2 |
| Bilirubina | 1 | < 1 | 2 | 1 |
| Zmniejszenie stężenia wapnia | 1 | < 1 | 2 | 1 |
| ALAT = aminotransferaza alaninowa, BLN = bezwzględna liczba neutrofilów, AspAT = aminotransferaza asparaginowa, HGB = hemoglobina, WBC = liczba białych krwinek. *Zgłoszone wg wspólnych kryteriów oceny zdarzeń niepożądanych Narodowego Instytutu Raka (NCI-CTCAE) wersji 4.0. | | | | |

Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem krajowego systemu zgłaszania wymienionego w [załączniku V](#).

4.9 Przedawkowanie

W badaniach klinicznych zgłoszono pojedyncze przypadki przypadkowego przedawkowania produktu Iclusig. Pojedyncze dawki wynoszące 165 mg oraz szacowane 540 mg u dwóch pacjentów nie spowodowały żadnych klinicznie znaczących działań niepożądanych. Wielokrotne dawki 90 mg na dobę podawane przez 12 dni spowodowały u pacjenta zapalenie płuc, ogólnoustrojową reakcję zapalną, migotanie przedsionków oraz bezobjawowy umiarkowany wysięk osierdziowy. Po przerwaniu leczenia zdarzenia te ustąpiły i wznowiono leczenie produktem Iclusig w dawce 45 mg na dobę. W razie przedawkowania produktu Iclusig należy objąć pacjenta obserwacją i zastosować odpowiednie leczenie podtrzymujące.

5. WŁAŚCIWOŚCI FARMAKOLOGICZNE

5.1 Właściwości farmakodynamiczne

Grupa farmakoterapeutyczna: leki przeciwnowotworowe, inhibitory kinaz białkowych, kod ATC: L01EA05

Ponatinib jest silnym inhibitorem pan BCR-ABL z elementami budowy chemicznej, w tym z potrójnym wiązaniem węglowym, zapewniającymi duże powinowactwo do naturalnej BCR-ABL, jak również do zmutowanych form kinazy ABL. Ponatinib hamuje aktywność kinazy tyrozynowej ABL oraz mutacji T315I ABL z wartością IC_{50} wynosząca, odpowiednio, 0,4 i 2,0 nM. W testach komórkowych ponatinib był w stanie pokonać oporność na imatynib, dazatynib i nilotynib zależną od mutacji domeny kinazy BCR-ABL. W nieklinicznych testach mutagenetyzacji stwierdzono, że stężenie ponatinibu wynoszące 40 nM jest wystarczające do zmniejszenia żywotności komórek z ekspresją wszystkich badanych mutacji BCR-ABL (w tym T315I) o > 50% i zahamowania występowania klonów mutacji. W komórkowym teście przyspieszonej mutagenetyzacji nie wykryto żadnej mutacji BCR-ABL, która wykazywałaby oporność na ponatinib w stężeniu 40 nM. Ponatinib powodował kurczenie się guza i wydłużał przeżywalność myszy z nowotworem z ekspresją normalnej BCR-ABL lub jej mutacji T315I. Po dawkach 30 mg lub większych minimalne stężenie ponatinibu w osoczu w stanie równowagi zwykle przekraczało 21 ng/ml (40 nM). Po dawkach 15 mg lub większych u 32 z 34 pacjentów (94%) wykazano $\geq 50\%$ zmniejszenie fosforylacji CRK-like (CRKL), biologicznego wskaźnika inhibicji BCR-ABL, w jednojądrzastych komórkach krwi obwodowej. Ponatinib hamuje aktywność innych klinicznie znaczących kinaz przy wartościach IC_{50} poniżej 20 nM i wykazuje aktywność komórkową wobec RET, FLT3 i KIT członków rodzin kinaz FGFR, PDGFR i VEGFR.

Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo stosowania

Pacjenci z CML i Ph+ ALL wcześniej leczeni innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) lub z mutacją T315I.

Badanie PACE

Bezpieczeństwo i skuteczność produktu Iclusig u pacjentów z CML i Ph+ ALL opornych na lub nietolerujących poprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej oceniane są w międzynarodowym wielośrodkowym badaniu prowadzonym metodą otwartą w jednej grupie. Wszyscy pacjenci otrzymywali 45 mg produktu Iclusig raz na dobę z możliwością zmniejszenia dawki lub wstrzymania podawania, a następnie wznowienia podawania lub ponownego zwiększenia dawki. Pacjenci zostali przydzieleni do jednej z sześciu kohort w zależności od fazy choroby (CP-CML; AP-CML lub BP-CML/Ph+ ALL), oporności lub nietolerancji (R/I) na dazatynib lub nilotynib oraz obecności mutacji T315I.

Oporność w CP-CML zdefiniowano jako nieosiągnięcie pełnej odpowiedzi hematologicznej (w ciągu 3 miesięcy), mniejszej odpowiedzi cytogenetycznej (w ciągu 6 miesięcy) lub większej odpowiedzi cytogenetycznej (w ciągu 12 miesięcy) podczas leczenia dazatynibem lub nilotynibem. Pacjenci z CP-CML, u których doszło do utraty odpowiedzi lub mutacji domeny kinazy przy braku pełnej odpowiedzi cytogenetycznej lub progresji do AP-CML lub BP-CML w dowolnym momencie podczas leczenia dazatynibem lub nilotynibem również zostali uznani za opornych. Oporność w AP-CML i BP-CML/Ph+ ALL zdefiniowano jako nieosiągnięcie pełnej odpowiedzi hematologicznej (AP-CML w ciągu 3 miesięcy, BP-CML/Ph+ ALL w ciągu 1 miesiąca), utratę większej odpowiedzi hematologicznej (w dowolnym momencie) lub wystąpienie mutacji domeny kinazy przy braku większej odpowiedzi hematologicznej podczas leczenia dazatynibem lub nilotynibem.

Nietolerancję zdefiniowano jako przerwanie leczenia dazatynibem lub nilotynibem z powodu toksyczności pomimo optymalnego postępowania przy braku pełnej odpowiedzi cytogenetycznej dla pacjentów z CP-CML lub większej odpowiedzi hematologicznej u pacjentów z AP-CML, BP-CML lub Ph+ ALL.

Pierwszorzędnym punktem końcowym oceny skuteczności w CP-CML była większa odpowiedź cytogenetyczna (MCyR), co obejmowało pełną lub częściową odpowiedź cytogenetyczną (CCyR i

PCyR) w czasie do 12 miesięcy. Drugorzędowymi punktami końcowymi oceny skuteczności w CP-CML były: pełna odpowiedź hematologiczna (CHR) i większa odpowiedź molekularna (MMR).

Pierwszorzędowym punktem końcowym oceny skuteczności w AP-CML i BP-CML/Ph+ ALL była większa odpowiedź hematologiczna (MaHR), zdefiniowana jako pełna odpowiedź hematologiczna (CHR) lub brak dowodów białaczki (NEL). Drugorzędowymi punktami końcowymi oceny skuteczności w AP-CML i BP-CML/Ph+ ALL były MCyR i MMR.

Dodatkowe punkty końcowe oceny skuteczności dla wszystkich pacjentów obejmowały potwierdzoną MCyR, czas do odpowiedzi, czas trwania odpowiedzi, okres przeżycia bez progresji choroby i ogólną przeżywalność. Przeprowadzono również analizy post hoc oceniające zależność między większą odpowiedzią cytogenetyczną (MCyR) i większą odpowiedzią molekularną (MMR) w krótkim okresie a wynikami PFS i OS w długim okresie, utrzymaniem odpowiedzi (MCyR i MMR) po zmniejszeniu dawki oraz wynikami PFS i OS według statusu zdarzenia związanego z niedrożnością tętnic.

Do badania włączono 449 pacjentów, z których 444 kwalifikowało się do analizy: 267 pacjentów z CP-CML (kohorta R/I: n = 203, kohorta T315I: n = 64), 83 pacjentów z AP-CML (kohorta R/I: n = 65, kohorta T315I: n = 18), 62 pacjentów z BP-CML (kohorta R/I: n = 38, kohorta T315I: n = 24) oraz 32 pacjentów z Ph+ ALL (kohorta R/I: n = 10, kohorta T315I: n = 22). Uprzednia MCyR lub lepsza (MCyR, MMR lub CMR) na dazaty nib lub niloty nib osiągnięta została tylko u 26% pacjentów z CP-CML, a uprzednia MaHR lub lepsza (MaHR, MCyR, MMR lub CMR) osiągnięta została tylko u 21% i 24% pacjentów z, odpowiednio, AP-CML, and BP-CML/Ph+ALL. Wyjściowa charakterystyka demograficzna przedstawiona jest w Tabeli 7 poniżej.

Tabela 7 Dane demograficzne i charakterystyka choroby dla badania PACE

| Charakterystyka pacjentów włączonych do badania | Łączna populacja bezpieczeństwa N = 449 |
|--|--|
| Wiek | |
| Mediana, lata (zakres) | 59 (18 - 94) |
| Płeć, n (%) | |
| Męska | 238 (53%) |
| Rasa, n (%) | |
| Żółta | 59 (13%) |
| Czarna/Afroamerykańska | 25 (6%) |
| Biała | 352 (78%) |
| Inna | 13 (3%) |
| Ocena sprawności w skali ECOG, n (%) | |
| ECOG = 0 lub 1 | 414 (92%) |
| Historia choroby | |
| Mediana czasu od rozpoznania do pierwszej dawki, lata (zakres) | 6,09 (0,33 - 28,47) |
| Oporność na uprzednie leczenie TKI ^{a*} , n (%) | 374 (88%) |
| Uprzednie leczenie TKI - liczba schematów, n (%) | |
| 1 | 32 (7%) |
| 2 | 155 (35%) |
| ≥ 3 | 262 (58%) |
| Mutacja BCR-ABL wykryta przy włączeniu, n (%) ^b | |
| Brak | 198 (44%) |
| 1 | 192 (43%) |
| ≥ 2 | 54 (12%) |

| Charakterystyka pacjentów włączonych do badania | Łączna populacja bezpieczeństwa N = 449 |
|--|--|
| Choroby współistniejące | |
| Nadciśnienie tętnicze | 159 (35%) |
| Cukrzyca | 57 (13%) |
| Hipercholesterolemia | 100 (22%) |
| Choroba niedokrwienna serca w wywiadzie | 67 (15%) |
| ** z 427 pacjentów zgłaszających uprzednie leczenie TKI dazatynibem lub nilotynibem. b wśród pacjentów, u których wykryto co najmniej jedną mutację domeny kinazy BCR-ABL w momencie włączenia, wykryto 37 indywidualnych mutacji | |

W sumie 55% pacjentów miało jedną lub więcej mutacji domeny kinazy BCR-ABL przy włączeniu do badania, z których najczęstsze były: T315I (29%), F317L (8%), E255K (4%) i F359V (4%). U 67% pacjentów z CP-CML z kohorty R/I nie wykryto żadnej mutacji przy włączeniu do badania.

Wyniki dotyczące skuteczności zostały przedstawione w Tabeli 8, 9 i 10.

Tabela 8 Skuteczność produktu Iclusig u pacjentów z przewlekłą fazą CML opornych na lub nietolerujących poprzedniego leczenia

| | Razem (N = 267) | Oporni lub nietolerujący | |
|--|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | | R/I Kohorta (N = 203) | T315I Kohorta (N = 64) |
| Odpowiedź cytogenetyczna | | | |
| Większa-(MCyR) ^a % (95% CI) | 55% (49-62) | 51% (44-58) | 70% (58-81) |
| Pełna (CCyR) % (95% CI) | 46% (40-52) | 40% (33-47) | 66% (53-77) |
| Większa odpowiedź molekularna^b % (95% CI) | 40% (35-47) | 35% (28-42) | 58% (45-70) |
| ^a Głównym punktem końcowym oceny w kohortach CP-CML była MCyR obejmująca zarówno pełną (brak wykrywalnych komórek Ph+), jak i częściową (1% do 35% komórek Ph+) odpowiedź cytogenetyczną. ^b Oznaczana we krwi obwodowej. Zdefiniowana jako stosunek transkryptów BCR-ABL do ABL ≤ 0,1% w Skali Międzynarodowej (IS) (tzn. ≤ 0,1% BCR-ABL ^{IS} ; pacjenci muszą mieć transkrypt b2a2/b3a2 (p210)) we krwi obwodowej, oznaczany przy użyciu ilościowej reakcji polimerazy łańcuchowej odwrotnej transkryptazy (qRT PCR). Zamknięcie bazy danych w dniu 6 lutego 2017 r. | | | |

Pacjenci z CP-CML, którzy otrzymywali uprzednio mniej TKI mieli lepsze odpowiedzi cytogenetyczne, hematologiczne i molekularne. Wśród pacjentów z CP-CML leczonych uprzednio jednym, dwoma, trzema lub czterema TKI, podczas leczenia produktem Iclusig MCyR osiągnęło, odpowiednio, 75% (12/16), 68% (66/97), 44% (63/142) i 58% (7/12). Mediana stosowanej dawki dobowej wynosiła 28 mg/dobę lub 63% oczekiwanej dawki 45 mg.

Wśród pacjentów z CP-CML bez mutacji przy włączeniu do badania, 49% (66/136) osiągnęło MCyR.

Dla każdej mutacji BCR-ABL wykrytej u więcej niż jednego pacjenta z CP-CML przy włączeniu do badania, po leczeniu produktem Iclusig osiągnięto MCyR.

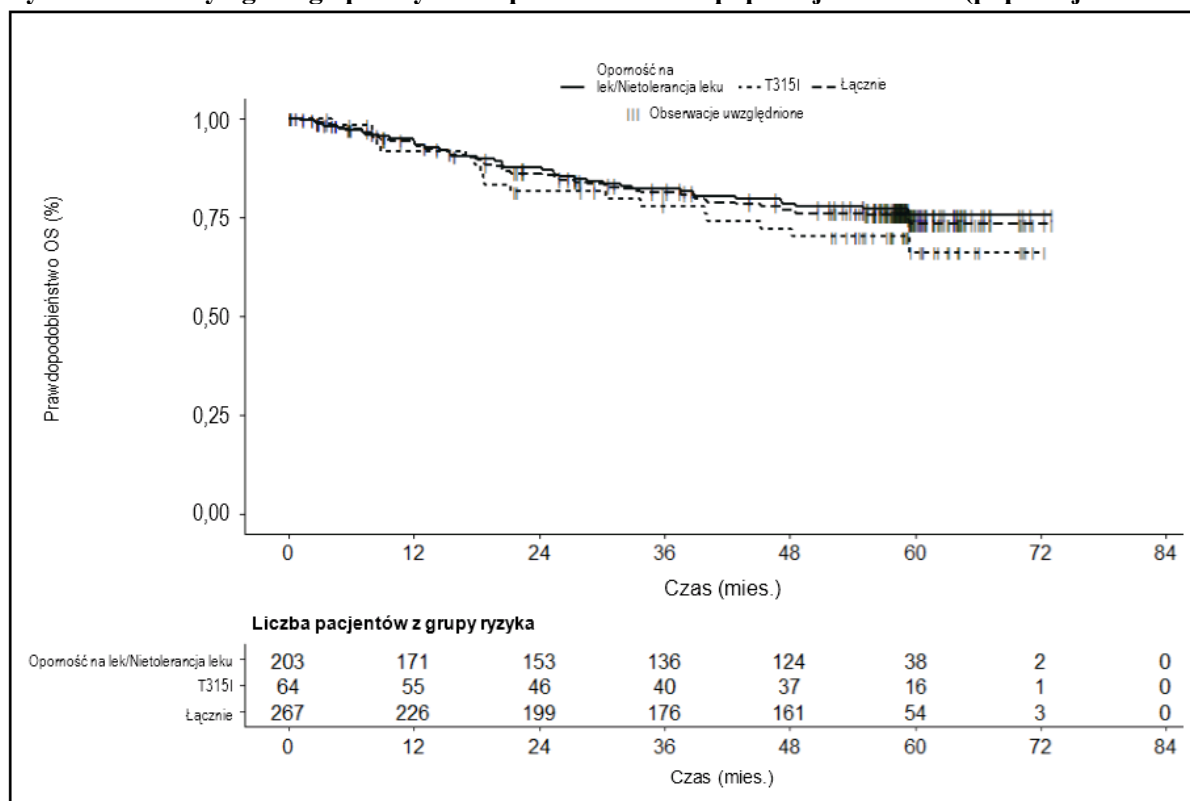
U pacjentów z CP-CML, którzy osiągnęli MCyR, mediana czasu do MCyR wynosiła 2,8 miesiąca (zakres od 1,6 do 11,3 miesiąca), a u pacjentów, którzy osiągnęli MMR, mediana czasu do MMR wynosiła 5,5 miesiąca (zakres od 1,8 do 55,5 miesiąca). W momencie składania uaktualnionego raportu, przy minimalnym okresie obserwacji wszystkich pacjentów aktualnie uczestniczących w

badaniu wynoszącym 64 miesiące, nie osiągnięto jeszcze mediany czasu trwania MCyR ani MMR. Opierając się na szacunkach Kaplana-Meiera przewiduje się, że u 82% (95% CI: [74%-88%]) pacjentów z CP-CML (mediana okresu leczenia: 32,2 miesiąca), którzy osiągnęli MCyR, odpowiedź ta utrzyma się po 48 miesiącach i u 61% (95% CI: [51%-70%]) pacjentów z CP-CML, którzy osiągnęli MMR, odpowiedź ta utrzyma się po 36 miesiącach. Prawdopodobieństwo utrzymania odpowiedzi MCyR i MMR u wszystkich pacjentów z CP-CML nie uległo dalszej zmianie po rozszerzeniu analizy do 5 lat.

Podczas minimalnego okresu obserwacji wynoszącego 64 miesiące u 3,4% (9/267) pacjentów z CP-CML zaobserwowano przekształcenie choroby ze stadium AP-CML do stadium BP-CML.

W przypadku pacjentów z CP-CML (N = 267) łącznie oraz pacjentów z CP-CML R/I z kohorty A (N = 203) i pacjentów z T315I z kohorty B (N = 64), mediana ogólnej przeżywalności (OS) nie została jeszcze osiągnięta. W przypadku całej grupy pacjentów z CP-CML prawdopodobieństwo przeżycia po 2, 3, 4 i 5 latach szacuje się odpowiednio na 86,0%, 81,2%, 76,9% i 73,3% zgodnie z ryc. 1.

Rycina 1 - Oceny ogólnego przeżycia Kaplana-Meiera w populacji CP-CML (populacja leczona)



U pacjentów z CP-CML, którzy osiągnęli większą odpowiedź cytogenetyczną (MCyR) lub większą odpowiedź molekularną (MMR) w pierwszym roku leczenia, zaobserwowano statystycznie istotne wydłużenie czasu przeżycia bez progresji choroby (PFS) i całkowitego czasu przeżycia (OS) w porównaniu z pacjentami, którzy nie osiągnęli przełomowych etapów w leczeniu. Większa odpowiedź cytogenetyczna (MCyR) po upływie przełomowego okresu 3 miesięcy wykazywała silną i statystycznie istotną korelację z czasem przeżycia bez progresji choroby (PFS) i całkowitym czasem przeżycia (OS) (odpowiednio $p < 0,0001$ i $p = 0,0006$). Statystyczną istotność osiągnięto w korelacji czasu przeżycia bez progresji choroby (PFS) i całkowitego czasu przeżycia (OS) z większą odpowiedzią cytogenetyczną (MCyR) po upływie przełomowego okresu 12 miesięcy (odpowiednio $p = < 0,0001$ i $p = 0,0012$).

Tabela 9 Skuteczność produktu Iclusig u pacjentów z zaawansowaną fazą CML opornych lub nietolerujących poprzedniego leczenia

| | Zaawansowana faza CML | | | Faza przełomu blastycznego CML | | |
|--|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| | Razem (N = 83) | Oporni lub nietolerujący | | Razem (N = 62) | Oporni lub nietolerujący | |
| | | R/I Kohorta (N = 65) | T315I Kohorta (N = 18) | | R/I Kohorta a (N = 38) | T315I Kohorta a (N = 24) |
| Wskaźnik odpowiedzi hematologicznej | | | | | | |
| Większa ^a (MaHR) % (95% CI) | 57% (45-68) | 57% (44-69) | 56% (31-79) | 31% (20-44) | 32% (18-49) | 29% (13-51) |
| Pełna ^b (CHR) % (95% CI) | 51% (39-62) | 49% (37-62) | 56% (31-79) | 21% (12-33) | 24% (11-40) | 17% (5-37) |
| Większa odpowiedź cytogenetyczna^c % (95% CI) | 39% (28-50) | 34% (23-47) | 56% (31-79) | 23% (13-35) | 18% (8-34) | 29% (13-51) |
| ^a Głównym punktem końcowym oceny dla kohort AP-CML i BP-CML/Ph+ ALL była MaHR obejmująca pełną odpowiedź hematologiczną i brak dowodów białaczki. ^b CHR: WBC ≤ ULN w danej placówce, BLN ≥ 1000/mm ³ , liczba płytek ≥ 100 000/mm ³ , brak blastów i promielocytów we krwi obwodowej, zawartość blastów w szpiku kostnym ≤ 5%, < 5% mielocytów i metamielocytów łącznie we krwi obwodowej, < 5% bazofilów we krwi obwodowej, bez zajęcia przez chorobę obszarów poza szpikiem kostnym (w tym brak powiększenia wątroby i śledziony). ^c MCyR obejmuje zarówno pełną (brak wykrywalnych komórek Ph+), jak i częściową (1% do 35% komórek Ph+) odpowiedź cytogenetyczną. Zamknięcie bazy danych w dniu 6 lutego 2017 r. | | | | | | |

Mediana stosowanej dawki dobowej wynosiła 32 mg/dobę u pacjentów z AP-CML.

Tabela 10 Skuteczność produktu Iclusig u pacjentów z Ph+ ALL opornych lub nietolerujących poprzedniego leczenia

| | Razem (N = 32) | Oporni lub nietolerujący | |
|--|-------------------|----------------------------|------------------------------|
| | | R/I Kohorta (N = 10) | T315I Kohorta (N = 22) |
| Wskaźnik odpowiedzi hematologicznej | | | |
| Większa ^a (MaHR) % (95% CI) | 41% (24-59) | 50% (19-81) | 36% (17-59) |
| Pełna ^b (CHR) % (95% CI) | 34% (19-53) | 40% (12-74) | 32% (14-55) |
| Większa odpowiedź cytogenetyczna^c % (95% CI) | 47% (29-65) | 60% (26-88) | 41% (21-64) |
| ^a Głównym punktem końcowym oceny dla kohort AP-CML i BP-CML/Ph+ ALL była MaHR obejmująca pełną odpowiedź hematologiczną i brak dowodów białaczki. ^b CHR: WBC ≤ GGN w danej placówce, BLN ≥ 1000/mm ³ , liczba płytek ≥ 100 000/mm ³ , brak blastów i promielocytów we krwi obwodowej, zawartość blastów w szpiku kostnym ≤ 5%, < 5% mielocytów i metamielocytów łącznie we krwi obwodowej, < 5% bazofilów we krwi obwodowej, bez zajęcia przez chorobę obszarów poza szpikiem kostnym (w tym brak powiększenia wątroby i śledziony). ^c MCyR obejmuje zarówno pełną (brak wykrywalnych komórek Ph+), jak i częściową (1% do 35% komórek Ph+) odpowiedź cytogenetyczną. Zamknięcie bazy danych w dniu 6 lutego 2017 r. | | | |

Mediana stosowanej dawki dobowej wynosiła 44 mg/dobę u pacjentów z PB CML/Ph+ ALL.

Mediana czasu do MaHR u pacjentów z AP-CML, BP-CML i Ph+ ALL wynosiła, odpowiednio, 0,7 miesiąca (zakres od 0,4 do 5,8 miesiąca), 1,0 miesiąc (zakres od 0,4 do 3,7 miesiąca) i 0,7 miesiąca (zakres od 0,4 do 5,5 miesiąca). W momencie składania uaktualnionego raportu, przy minimalnym okresie obserwacji wszystkich pacjentów aktualnie uczestniczących w badaniu wynoszącym 64 miesiące szacowana mediana czasu trwania MaHR u pacjentów z AP-CML (mediana okresu leczenia: 19,4 miesiąca), BP-CML (mediana okresu leczenia: 2,9 miesiąca) i Ph+ ALL (mediana okresu leczenia: 2,7 miesiąca), wynosiła, odpowiednio, 12,9 miesiąca (zakres od 1,2 do 68,4 miesiąca), 6,0 miesięcy (zakres od 1,8 do 59,6 miesiąca) i 3,2 miesiąca (zakres od 1,8 do 12,8 miesiąca).

U wszystkich pacjentów biorących udział w badaniu fazy II PACE zależność między wielkością dawki a parametrami bezpieczeństwa wskazuje na znaczący wzrost częstości występowania zdarzeń niepożądanych stopnia ≥ 3 (niewydolność serca, zakrzepica tętnicza, nadciśnienie, małopłytkowość, zapalenie trzustki, neutropenia, wysypka, zwiększenie aktywności ALAT, zwiększenie aktywności AspAT, zwiększenie aktywności lipazy, mielosupresja, artralgia) w zakresie dawek 15 do 45 mg raz na dobę.

Analiza zależności między wielkością dawki a parametrami bezpieczeństwa w tym badaniu fazy II PACE wskazuje, że, po skorygowaniu wobec współzmiennych, ogólna wielkość dawki jest znamienne związane ze zwiększonym ryzykiem niedrożności tętnic, przy ilorazie szans wynoszącym około 1,6 na każde zwiększenie dawki o 15 mg. Ponadto, wyniki analiz regresji logistycznej danych pochodzących od pacjentów z badania fazy I sugerują istnienie związku między ekspozycją ogólnoustrojową (AUC) a występowaniem zdarzeń zakrzepowych w naczyniach tętniczych. W związku z tym oczekuje się, że zmniejszenie dawki spowoduje zmniejszenie ryzyka przypadków niedrożności naczyń, jednakże z analizy wynika istnienie efektu „przeniesienia” większych dawek, w związku z czym może upłynąć kilka miesięcy, zanim zmniejszenie dawki przyniesie zmniejszenie ryzyka. Inne współzmiennie wykazujące statystycznie znamienne związki z występowaniem zdarzeń niedrożności naczyń to obecność niedokrwienia w wywiadzie i wiek pacjenta.

Zmniejszenie dawki u pacjentów z CP-CML

W badaniu fazy II PACE zmniejszenie dawki zalecane było po wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. Dodatkowo wprowadzono w niniejszym badaniu nowe zalecenia prospektywnego zmniejszania dawki u wszystkich pacjentów z CP-CML przy braku zdarzeń niepożądanych, w celu zmniejszenia ryzyka zdarzeń związanych z niedrożnością naczyń.

Podczas minimalnego okresu obserwacji wynoszącego 48 miesięcy i około 2 lata po zaleceniu potencjalnego zmniejszenia dawki w badaniu uczestniczyło 110 pacjentów z CP-CML. Zgłoszono, że większość tych pacjentów aktualnie uczestniczących w badaniu (82/110 pacjentów; 75%) otrzymywała 15 mg w ostatniej dawce, natomiast 24/110 pacjentów (22%) otrzymywało dawkę 30 mg, zaś 4/110 (4%) pacjentów otrzymywało dawkę 45 mg. W czasie rozpoczęcia zamykania badania (po minimalnym okresie obserwacji wynoszącym 64 miesiące i po ponad 3 latach po zaleceniu przyszłego zmniejszenia dawki), 99 pacjentów z CP-CML kontynuowało badanie, a 77 (78%) z nich otrzymało 15 mg jako ostatnią dawkę leku w ramach badania.

Bezpieczeństwo stosowania

W badaniu fazy II PACE 86 pacjentów z CP-CML osiągnęło MCyR po dawce 45 mg, a 45 pacjentów z CP-CML osiągnęło MCyR po zmniejszeniu dawki do 30 mg, głównie z powodu zdarzeń niepożądanych.

Zdarzenia związane z niedrożnością naczyń wystąpiły u 44 z tych 131 pacjentów. Większość z tych zdarzeń wystąpiła po dawce, po której dany pacjent osiągnął MCyR; mniejszość wystąpiła po zmniejszeniu dawki.

Tabela 11 Pierwsze zdarzenie niepożądane w postaci niedrożności naczyń u pacjentów z CP-CML, którzy osiągnęli MCyR po dawce 45 mg lub 30 mg (dane uzyskane 7 kwietnia 2014 r.)

| | Dawka przyjmowana w momencie wystąpienia pierwszego zdarzenia niepożądanego w postaci niedrożności naczyń | | |
|--|---|-------|-------|
| | 45 mg | 30 mg | 15 mg |
| Osiągnięcie MCyR po dawce 45 mg (N = 86) | 19 | 6 | 0 |
| Osiągnięcie MCyR po dawce 30 mg (N = 45) | 1 | 13 | 5 |

Mediana czasu do wystąpienia pierwszego zdarzenia niedrożności naczyń wieńcowych, mózgowych lub tętnic obwodowych wynosiła odpowiednio 351, 611 i 605 dni. Po korekcie uwzględniającej ekspozycję, częstość występowania pierwszego zdarzenia związanego z niedrożnością tętnic była największa w pierwszych dwóch latach obserwacji i malała wraz ze zmniejszaniem dawki dobowej (na skutek zalecenia przewidywanego zmniejszenia dawki). Na ryzyko wystąpienia niedrożności naczyń tętnicznych mogą wpływać również inne czynniki niż wielkość dawki.

Skuteczność

Dostępne są dane z badania fazy II PACE dotyczące utrzymywania się odpowiedzi (MCyR i MMR) u wszystkich pacjentów z CP-CML, u których zastosowano zmniejszenie dawki z dowolnego powodu. W Tabeli 12 przedstawione są te dane dla pacjentów, którzy osiągnęli MCyR lub MMR po dawce 45 mg; dostępne są podobne dane dla pacjentów, którzy osiągnęli MCyR lub MMR po dawce 30 mg. U większości pacjentów, u których zmniejszono dawki, odpowiedź (MCyR lub MMR) utrzymywała się przez aktualnie dostępny okres obserwacji. U pewnego odsetka pacjentów nie zmniejszono dawki w oparciu o indywidualną ocenę stosunku korzyści do ryzyka.

Tabela 12 Utrzymywanie się odpowiedzi u pacjentów z CP-CML, którzy osiągnęli MCyR lub MMR po dawce 45 mg (dane uzyskane 6 lutego 2017 r.)

| | Osiągnięcie MCyR po 45 mg (N = 86) | | Osiągnięcie MMR po 45 mg (N = 63) | |
|--|------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|
| | Liczba pacjentów | Utrzymanie MCyR | Liczba pacjentów | Utrzymanie MMR |
| Bez zmniejszenia dawki | 19 | 13 (68%) | 18 | 11 (61%) |
| Zmniejszenie dawki tylko do 30 mg | 15 | 13 (87%) | 5 | 3 (60%) |
| ≥ 3 miesiące zmniejszenia do 30 mg | 12 | 10 (83%) | 3 | 2 (67%) |
| ≥ 6 miesięcy zmniejszenia do 30 mg | 11 | 9 (82%) | 3 | 2 (67%) |
| ≥ 12 miesięcy zmniejszenia do 30 mg | 8 | 7 (88%) | 3 | 2 (67%) |
| ≥ 18 miesięcy zmniejszenia do 30 mg | 7 | 6 (86%) | 2 | 2 (100%) |
| ≥ 24 miesiące zmniejszenia do 30 mg | 6 | 6 (100%) | 2 | 2 (100%) |
| ≥ 36 miesięcy zmniejszenia do 30 mg | 1 | 1 (100%) | -- | -- |
| Dowolne zmniejszenie do 15 mg | 52 | 51 (98%) | 40 | 36 (90%) |
| ≥ 3 miesiące zmniejszenia do 15 mg | 49 | 49 (100%) | 39 | 36 (92%) |
| ≥ 6 miesięcy zmniejszenia do 15 mg | 47 | 47 (100%) | 37 | 35 (95%) |
| ≥ 12 miesięcy zmniejszenia do 15 mg | 44 | 44 (100%) | 34 | 33 (97%) |
| ≥ 18 miesięcy zmniejszenia do 15 mg | 38 | 38 (100%) | 29 | 29 (100%) |
| ≥ 24 miesiące zmniejszenia do 15 mg | 32 | 32 (100%) | 23 | 23 (100%) |
| ≥ 36 miesięcy zmniejszenia do 15 mg | 8 | 8 (100%) | 4 | 4 (100%) |

Aktywność produktu Iclusig wobec białaczki była oceniana także w zakończonym badaniu Fazy I ze zwiększaniem dawki obejmującym 65 pacjentów z CML i Ph+ ALL. Z 43 pacjentów z CP-CML, 31 pacjentów osiągnęło MCyR przy medianie okresu obserwacji 55,5 miesiąca (zakres od 1,7 do 91,4 miesiąca). W momencie składania raportu u 25 pacjentów utrzymywała się MCyR (nie osiągnięto mediany czasu trwania MCyR).

Otwarte, randomizowane badanie II fazy OPTIC

Bezpieczeństwo stosowania i skuteczność produktu leczniczego Iclusig oceniono w badaniu II fazy OPTIC z optymalizacją dawki. Pacjenci kwalifikujący się do udziału w badaniu mieli CP-CML, którą uznano za oporną na co najmniej 2 podawane wcześniej inhibitory kinazy lub u których występuje mutacja T315I. Oporność w CP-CML w czasie przyjmowania wcześniejszego inhibitora kinazy określono jako nieosiągnięcie pełnej odpowiedzi hematologicznej (w ciągu 3 miesięcy), mniejszej odpowiedzi cytogenetycznej (w ciągu 6 miesięcy) lub większej odpowiedzi cytogenetycznej (w ciągu 12 miesięcy) lub rozwinięcie się nowej mutacji domeny kinazy BCR-ABL1 lub nowej ewolucji klonalnej. Podczas włączania pacjentów do badania wymagany był u nich wynik ponad 1% BCR-ABL1^{IS} (test z użyciem polimerazy łańcuchowej w czasie rzeczywistym). Pacjenci otrzymali jedną z trzech dawek początkowych: 45 mg doustnie raz na dobę, 30 mg doustnie raz na dobę lub 15 mg doustnie raz na dobę. W przypadku pacjentów, którzy otrzymali dawkę początkową 45 mg lub 30 mg, obowiązywała redukcja dawki do 15 mg raz na dobę po osiągnięciu ≤ 1% BCR-ABL1^{IS}. Pierwszorzędowy punkt końcowy skuteczności był reakcją cząsteczkową opartą na osiągnięciu ≤ 1% BCR-ABL1^{IS} w ciągu 12 miesięcy. Wszyscy pacjenci osiągnęli 12-miesięczny punkt czasowy (pierwszorzędowy punkt końcowy) do czasu zamknięcia bazy danych analizy początkowej. Średni

czas trwania obserwacji w odniesieniu do kohorty otrzymującej dawkę 45 mg (N = 94) wynosił 77,9 miesiąca (95% CI: 72,4, 84,0). Poniżej opisano jedynie wyniki skuteczności dla zalecanej dawki początkowej wynoszącej 45 mg. Łącznie 282 pacjentów otrzymało produkt Iclusig: 94 otrzymało dawkę początkową 45 mg, 94 otrzymało dawkę początkową 30 mg i 94 otrzymało dawkę początkową 15 mg. Podstawowa charakterystyka demograficzna pacjentów, którzy otrzymali dawkę początkową wynoszącą 45 mg, została opisana w Tabeli 13

Tabela 13 Dane demograficzne i charakterystyka choroby dla badania OPTIC

| <u>Charakterystyka pacjentów podczas włączania do badania</u> | Iclusig 45 mg → 15 mg (N = 94) |
|--|---|
| Wiek | |
| Mediana lat (zakres) | 46 (od 19 do 81) |
| Płeć, n (%) | |
| Męczyzna | 50 (53%) |
| Rasa, n (%) | |
| Biała | 73 (78%) |
| Azjatycka | 16 (17%) |
| Inna/Nieznana | 4 (4%) |
| Czarna (afroamerykańska) | 1 (1%) |
| Stan sprawności w skali ECOG, n (%) | |
| ECOG 0 lub 1 | 93 (99%) |
| Wywiad medyczny | |
| Mediana czasu od rozpoznania do podania pierwszej dawki, lata (zakres) | 5,5 (od 1 do 21) |
| Odporność na wcześniej podawany inhibitor kinazy, n (%) | 92 (98%) |
| Obecność jednej lub więcej mutacji domeny kinazy BCR-ABL, n (%) | 41 (44%) |
| Liczba wcześniej podawanych inhibitorów kinazy, n (%) | |
| 1 | 1 (1%) |
| 2 | 43 (46%) |
| ≥ 3 | 50 (53%) |
| Mutacja T315I w punkcie wyjściowym | 25 (27%) |
| Choroby współistniejące | |
| Nadciśnienie tętnicze | 29 (31%) |
| Cukrzyca | 5 (5%) |
| Hipercholesterolemia | 3 (3%) |
| Choroba niedokrwienna serca w wywiadzie | 3 (3%) |

Wyniki badania skuteczności przedstawiono w Tabeli 14.

Pierwszorzędowy punkt końcowy został osiągnięty u pacjentów, u których dawka początkowa wynosiła 45 mg

Łącznie u 44% pacjentów występowała jedna lub więcej mutacji domeny kinazy BCR-ABL podczas włączania pacjenta do badania, przy czym najczęściej występowała mutacja T315I (27%). Analiza w podgrupach na podstawie podstawowego stanu mutacji T315I wykazała podobne odsetki ≤ 1% BCR-ABL^{IS} po 2 miesiącach u pacjentów z mutacją T315I i bez niej (patrz Tabela 14 poniżej). Nie wykryto mutacji podczas włączania do badania u 54% pacjentów, którzy otrzymali dawkę początkową 45 mg

Po medianie 6,5 roku obserwacji pacjentów z CP-CML odsetek pacjentów, u których występowało przekształcenie ich choroby do AP-CML lub BP-CML, wynosił odpowiednio 11,7% i 3,2%.

Tabela 14 Wyniki skuteczności u pacjentów z CP-CML, którzy otrzymywali produkt Iclusig przy początkowej dawce 45 mg w badaniu II fazy OPTIC

| | Iclusig 45 mg → 15 mg (N = 93)^(A) |
|---|---|
| Reakcja cząsteczkowa po 12 miesiącach^(b) | |
| Łącznie odsetek $\leq 1\%$ BCR-ABL1 ^{IS} % (n/N) (98,3% CI) ^(c) | 44% (41/93) (32%, 57%) |
| Pacjenci z mutacją T315I % (n/N) (95% CI) | 44% (11/25) (24%, 65%) |
| Pacjenci bez mutacji T315I % (n/N) (95% CI) | 44% (29/66) ^(d) (32%, 57%) |
| Reakcja cytogenetyczna po 12 miesiącach | |
| Większa (MCyR) ^(e) % (n/N) (95% CI) | 48% (44/91) ^(f) (38%, 59%) |
| Pacjenci z mutacją T315I % (n/N) (95% CI) | 52% (13/25) (31%, 72%) |
| Pacjenci bez mutacji T315I % (n/N) (95% CI) | 46% (30/65) ^(g) (34%, 59%) |

^(a) populacja ITT (N = 93) zdefiniowana jako pacjenci, u których występowały transkrypty b2a2/b3a2 BCR ABL1.

^(b) Odsetek pierwszorzędnego punktu końcowego wynosił $\leq 1\%$ BCR-ABL1^{IS} po 12 miesiącach. Zdefiniowany jako stosunek transkryptów BCR ABL do ABL $\leq 1\%$ w Skali Międzynarodowej (IS) (tzn. $\leq 1\%$ BCR-ABL^{IS}; pacjenci muszą mieć transkrypt b2a2/b3a2 (p210)) we krwi obwodowej, oznaczony przy użyciu ilościowej reakcji polimerazy łańcuchowej odwrotnej transkryptazy (qRT PCR).

^(c) 98,3% CI oblicza się z użyciem dokładnego rozkładu dwumianowego (Clopper-Pearson).

^(d) Spośród 93 pacjentów dwóch pacjentów nie miało oceny mutacji wyjściowej i zostało wyłączonych z odpowiedzi za pomocą analizy mutacji.

^(e) Drugorzędowym punktem końcowym była MCyR w ciągu 12 miesięcy, która obejmuje zarówno pełną (bez wykrywalnych komórek Ph+), jak i częściową (od 1% do 35% komórek Ph+ w co najmniej 20 metafazach) odpowiedź cytogenetyczną.

^(f) Analiza opiera się na populacji cytogenetycznej ITT (N = 91) zdefiniowanej jako pacjenci, u których na początku badania przeprowadzono ocenę cytogenetyczną ze zbadaniem co najmniej 20 metafaz. Z analizy wyłączono jednego pacjenta, u którego na początku badania stwierdzono całkowitą odpowiedź cytogenetyczną.

^(g) Spośród 91 pacjentów u jednego pacjenta nie przeprowadzono oceny mutacji na początku badania i został wyłączony z odpowiedzi za pomocą analizy mutacji.

Drugorzędowe punkty końcowe skuteczności obejmowały pełną odpowiedź cytogenetyczną (CCyR) w ciągu 12 miesięcy, większą odpowiedź cząsteczkową (MMR) w ciągu 12 i 24 miesięcy, pełną odpowiedź hematologiczną w ciągu 3 miesięcy, czas do wystąpienia odpowiedzi, czas utrzymywania się odpowiedzi, utrzymywanie się odpowiedzi, przeżycie bez progresji choroby (PFS) oraz całkowite przeżycie (OS). Dodatkowa ocena obejmowała szybkość odpowiedzi cząsteczkowej podczas każdej wizyty pacjenta w 3-miesięcznych odstępach czasu przez 36 miesięcy na podstawie osiągnięcia $\leq 1\%$ BCR-ABL1^{IS}.

- W czasie 12 miesięcy 34% (31/91) i 17% (16/93) pacjentów uzyskało odpowiednio CCyR i MMR. W czasie 24 miesięcy 34% (32/93) pacjentów uzyskało MMR. Mediana czasu trwania MMR nie została jeszcze osiągnięta.
- Mediana czasu trwania leczenia ponatynibem wynosiła 31 miesięcy.
- Spośród 45 pacjentów, u których obniżono dawkę od 45 mg do 15 mg po osiągnięciu $\leq 1\%$ BCRABL1^{IS}, u 25 pacjentów (55,6%) odpowiedź utrzymywała się przy obniżonej dawce przez co najmniej jeden rok. Spośród 25 pacjentów u 16 pacjentów (64%) odpowiedź po podaniu 15 mg utrzymywała się ponad 60 miesięcy. Nie osiągnięto mediany czasu trwania odpowiedzi (MR2).

Prawdopodobieństwo utrzymywania się MR2 po 60 miesiącach wynosiło 68,8% (95% CI, 53,9, 79,8)

- Częstość odpowiedzi molekularnej ($\leq 1\%$ BCR-ABL^{IS}) do 60 miesięcy wynosiła 64,0% (95% CI 42,5, 82,0) u pacjentów z mutacją T315I i 59,1% (95% CI, 46,3, 71,0) u pacjentów bez mutacji T315I.
- Odsetki odpowiedzi cząsteczkowej ($\leq 1\%$ BCRABL^{1S}) w ciągu 12 miesięcy były niższe u pacjentów, którzy otrzymali wcześniej leczenie ≤ 2 TKI w porównaniu do pacjentów, którzy otrzymali wcześniej leczenie ≥ 3 TKI (odpowiednio 40% w porównaniu do 48%).

Pacjenci z nowo rozpoznaną Ph+ ALL

Badanie PhALLCON

Skuteczność produktu leczniczego Iclusig stosowanego w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności, a następnie kontynuowane leczenie produktem leczniczym Iclusig w monoterapii oceniano w wielośrodkowym, randomizowanym, otwartym badaniu klinicznym PhALLCON prowadzonym z grupą kontrolną otrzymującą substancję czynną.

Pacjenci kwalifikujący się do udziału w badaniu mieli nowo rozpoznaną Ph+ALL. Randomizację podzielono według wieku w czasie leczenia indukcyjnego (od 18 lat do <45 lat; od ≥ 45 lat do <60 lat; i ≥ 60 lat). Pacjenci zostali zrandomizowani (2:1) do grupy otrzymującej produkt Iclusig 30 mg doustnie raz na dobę lub imatynib 600 mg doustnie raz na dobę w skojarzeniu z 20 cyklami chemioterapii, a następnie pacjenci otrzymywali produkt Iclusig lub imatynib w monoterapii. Dawkę produktu leczniczego Iclusig zmniejszono do 15 mg raz na dobę po zakończeniu fazy leczenia indukcyjnego i osiągnięciu CR z ujemną MRD. Jeśli u pacjenta nastąpiła utrata ujemnej MRD w dowolnym momencie po zmniejszeniu dawki opartej na odpowiedzi do 15 mg, dozwolone było ponowne zwiększenie dawki do 30 mg raz na dobę. Jedynie pacjenci, którzy uzyskali CR lub całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) z ujemną MRD pod koniec leczenia indukcyjnego, mogli kontynuować leczenie według uznania badacza.

Fazy i schematy leczenia badania

- Faza leczenia indukcyjnego: Pacjenci otrzymali trzy 28-dniowe cykle leczenia produktem leczniczym Iclusig w dawce początkowej 30 mg doustnie raz na dobę lub imatynib w dawce początkowej 600 mg doustnie raz na dobę; podawane od dnia 1. do dnia 28. cykli od 1 do 3 schematu leczenia w skojarzeniu z:
 - winkrystyną: w dawce 1,4 mg/m² pc. podawanej dożylnie w dniu 1. i 14. i z ograniczeniem dawki do 2 mg oraz
 - deksametazonem: pacjenci w wieku poniżej 60 lat otrzymywali doustnie dawkę 40 mg w dniach od 1. do 4. i w dniach od 11. do 14. Pacjenci w wieku ≥ 60 lat otrzymywali doustnie dawkę 20 mg w dniach od 1 do 4 i w dniach od 11 do 14.
- Faza konsolidacji (naprzemienne stosowanie metotreksatu i cytarabiny): Pacjenci otrzymali sześć 28-dniowych cykli leczenia produktem leczniczym Iclusig, rozpoczynając od ostatniej dawki podawanej w fazie indukcyjnej; zmodyfikowanej dawki na podstawie CR z ujemną MRD lub leczenia imatynibem, rozpoczynając od ostatniej dawki w fazie indukcyjnej; podawanej od dnia 1. do dnia 28. cykli leczenia od 4 do 9 w skojarzeniu z:
 - metotreksatem: pacjenci w wieku poniżej 60 lat otrzymywali w dniu 1. dożylnie w 24-godzinnej infuzji dawkę 1000 mg/m² pc. Pacjenci w wieku ≥ 60 lat otrzymywali w dniu 1. dożylnie w 24-godzinnej infuzji dawkę 250 mg/m² pc. Lek doraźny: kwas folinowy. Cykle badania 4, 6 i 8;
 - cytarabiną: pacjenci w wieku poniżej 60 lat otrzymywali co 12 godzin w dniu 1., 3. i 5. dożylnie w 2-godzinnej infuzji dawkę 1000 mg/m² pc. Pacjenci w wieku ≥ 60 lat otrzymywali co 12 godzin w dniu 1., 3. i 5. dożylnie w 2-godzinnej infuzji dawkę 250 mg/m² pc. Cykle badania 5, 7 i 9.
- Faza leczenia podtrzymującego: Pacjenci otrzymali jedenaście 28-dniowych cykli leczenia produktem leczniczym Iclusig, rozpoczynając od ostatniej dawki podawanej w fazie konsolidacji; zmodyfikowanej dawki na podstawie CR z ujemną MRD lub leczenia imatynibem, rozpoczynając od ostatniej dawki w fazie konsolidacji; podawanej od dnia 1. do dnia 28. cykli leczenia od 10 do 20 w skojarzeniu z:

- o winkrystyną: w dawce 1,4 mg/m² pc., wstrzykiwanej dożylnie w ciągu jednej minuty w dniu 1. każdego cyklu fazy leczenia podtrzymującego, 1 wstrzyknięcie/miesiąc; z ograniczeniem dawki do 2 mg oraz
- o prednizonem: pacjenci w wieku poniżej 60 lat: 200 mg/dobę, doustnie, w dniach od 1. do 5. Pacjenci w wieku od ≥60 lat do 69 lat: 100 mg/dobę, doustnie, w dniach od 1. do 5. Pacjenci w wieku ≥70 lat: 50 mg/dobę, doustnie, w dniach od 1. do 5.

Po 20 cyklach leczenia produktem leczniczym Iclusig lub imatynibem w skojarzeniu z chemioterapią pacjenci nadal otrzymywali produkt leczniczy Iclusig (21%) lub imatynib (9%) w monoterapii aż do nawrotu choroby po całkowitej remisji (CR), progresji choroby (*ang. progressive disease*, PD), przeprowadzenia allogenicznego przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych (*ang. haematopoietic stem cell transplant*, HSCT), leczenia alternatywnego lub ciężkiej toksyczności. Podstawową charakterystykę demograficzną zrandomizowanej populacji opisano w Tabeli 15.

Tabela 15 Dane demograficzne i charakterystyka choroby dla badania PhALLCON

| Charakterystyka pacjenta podczas włączania do badania | Iclusig 30 mg → 15 mg z chemioterapią (N = 164) | Imatynib 600 mg z chemioterapią (N = 81) |
|---|--|---|
| Wiek (lata) | | |
| Mediana, lata (zakres) | 54 (od 19 do 82) | 52 (od 19 do 75) |
| Kategoria wiekowa^(a), n (%) | | |
| Od 18 do < 45 lat | 58 (35%) | 29 (36%) |
| Od 45 do < 60 lat | 45 (27%) | 22 (27%) |
| ≥ 60 lat | 61 (37%) | 30 (37%) |
| Płeć, n (%) | | |
| Kobieta | 90 (55%) | 43 (53%) |
| Rasa, n (%) | | |
| Biała | 104 (63%) | 62 (77%) |
| Nie zgłoszono | 28 (17%) | 2 (3%) |
| Azjatycka | 20 (12%) | 11 (14%) |
| Czarna (afroamerykańska) | 9 (5%) | 4 (5%) |
| Stan sprawności w skali ECOG, n (%) | | |
| 0 | 72 (44%) | 33 (41%) |
| 1 | 85 (52%) | 43 (53%) |
| 2 | 7 (4%) | 5 (6%) |
| Wywiad medyczny | | |
| Obecność dominujących wariantów BCR-ABL1 p190 lub p210, n (%) | 154 (94%) | 78 (96%) |
| Bez choroby pozaszpikowej, n (%) | 154 (94%) | 78 (96%) |
| Mediana, liczba białych krwinek ^(b) (zakres) | 4,37 (od 0,4 do 197) | 3,21 (od 0,2 do 81) |
| Mediana, blasty białaczkowe szpiku kostnego (%) | 80% | 75% |
| Choroby współistniejące, n (%) | | |
| Nadciśnienie tętnicze | 58 (35%) | 30 (37%) |
| Cukrzyca | 39 (24%) | 24 (30%) |
| Dyslipidemia | 29 (18%) | 23 (28%) |

^(a) Randomizację podzielono według wieku (od 18 do <45 lat; od ≥45 lat do <60 lat; i ≥60 lat)

^(b) Liczba białych krwinek na podstawie 10⁹/l.

Głównym wskaźnikiem skuteczności była CR z ujemną MRD po zakończeniu leczenia indukcyjnego. Ujemną MRD zdefiniowano jako ≤0,01% BCR-ABL1 w oznaczeniu w badaniach przeprowadzonych przez laboratorium centralne. Status CR został zdefiniowany jako obecność <5% blastów w szpiku

kosnym i brak choroby pozaszpikowej z normalizacją parametrów hematologicznych przez co najmniej 4 tygodnie w ocenie przeprowadzonej przez badacza.

Populacja pacjentów do analizy CR z ujemną MRD i odpowiedzią molekularną obejmowała 232 zrandomizowanych pacjentów, u których na początku badania stwierdzono dominujący wariant BCR-ABL1 p190 lub p210, określony w badaniach przeprowadzonych przez laboratorium centralne (154 pacjentów w grupie otrzymującej produkt Iclusig i 78 pacjentów w grupie otrzymującej imatynib).

Główną drugorzędową miarę skuteczności obejmującą przeżycie bez zdarzeń (*ang. event-free survival*, EFS) zdefiniowano jako czas od randomizacji do pierwszego wystąpienia któregośkolwiek z następujących zdarzeń: niepowodzenie osiągnięcia CR po zakończeniu leczenia indukcyjnego, nawrót po osiągnięciu CR lub zgon z dowolnej przyczyny. O ile nie określono inaczej, populacja pacjentów z EFS obejmowała 245 zrandomizowanych pacjentów w populacji zgodnej z intencją leczenia (*ang. intention-to-treat*, ITT) ze 164 zrandomizowanymi pacjentami w grupie otrzymującej produkt Iclusig (w tym jeden pacjent, który zmarł z powodu wirusa COVID przed otrzymaniem pierwszej dawki) i 81 zrandomizowanych pacjentów w grupie otrzymującej imatynib.

Całkowity odsetek HSCT wynosił 34% (56/164) w grupie leczonej produktem Iclusig w porównaniu do 48% (39/81) w grupie otrzymującej imatynib.

Mediana czasu trwania obserwacji w zakresie całkowitego przeżycia wynosiła 20,43 miesiąca (95% CI: 18,39, 23,93) w przypadku grupy otrzymującej produkt leczniczy Iclusig i 18,14 miesiąca [95% CI: 13,86, 24,25) w grupie otrzymującej imatynib.

Badanie wykazało statystycznie istotnie większy odsetek CR z ujemną MRD po zakończeniu leczenia indukcyjnego u pacjentów zrandomizowanych do grupy otrzymującej produkt leczniczy Iclusig w porównaniu z grupą otrzymującą imatynib.

W momencie zakończenia gromadzenia danych wyniki głównej drugorzędowej miary skuteczności EFS nie były kompletne, z 33,5% zdarzeń wymaganych do ostatecznej analizy (34/164 zdarzeń w grupie otrzymującej produkt Iclusig i 24/81 zdarzeń w grupie otrzymującej imatynib).

Wyniki badania skuteczności podsumowano w Tabeli 16.

Tabela 16 Wyniki skuteczności u pacjentów z Ph+ ALL w badaniu PhALLCON^(a)

| | Iclusig 30 mg → 15 mg z chemioterapią (N = 154) | Imatynib 600 mg z chemioterapią (N = 78) |
|---|--|---|
| CR z ujemną MRD^(b) po zakończeniu leczenia indukcyjnego | | |
| Osiągnięcia po zakończeniu leczenia indukcyjnego % (n/N) | 34,4% (53/154) | 16,7% (13/78) |
| Różnica w zakresie ryzyka (95% CI) ^(c) | 0,18 (0,06, 0,29) | |
| Wartość p ^(d) | 0,0021 | |
| Ryzyko względne (95% CI) ^(e) | 2,06 (1,19, 3,56) | |

MRD: Minimalna choroba resztkowa; CR: Całkowita odpowiedź; MR: Odpowiedź molekularna; BCR-ABL1: punkt przerwania klastra regionu-Abelson.

^(a) Na podstawie 232 zrandomizowanych pacjentów, u których stwierdzono dominujący wariant BCR-ABL1 p190 lub p210, określony w centralnych testach laboratoryjnych na początku badania.

^(b) Odsetek CR z ujemną MRD jest zdefiniowany jako odsetek pacjentów, którzy osiągnęli CR z ujemną MRD ($\leq 0,01\%$ BCR-ABL1/ABL1 lub wykrywalne transkrypty BCR-ABL1 w cDNA z $\geq 10\,000$ transkrypcji ABL1 i spełniających kryteria CR).

^(c) Różnica i 95% CI: Skorygowane ryzyko ICLUSIG – skorygowane ryzyko imatynibu i jego 95% CI.

^(d) Wartość p jest oparta na teście chi-kwadrat Cochran-Mantel-Haenszel (CMH), ze stratyfikacją według grupy randomizacji (wiek): od 18 lat do < 45 lat, od ≥ 45 do < 60 lat i ≥ 60 lat.

^(e) Skorygowane ryzyko względne i jego 95% CI oparty na metodzie CMH zdefiniowanej w przypisie [d].

Elektrofizjologia serca

Możliwość wydłużania odstępu QT przez produkt Iclusig oceniano u 39 pacjentów z białaczką, którzy otrzymywali 30 mg, 45 mg lub 60 mg produktu Iclusig raz na dobę. W punkcie początkowym i po uzyskaniu stanu równowagi wykonano serie EKG w trzech powtórzeniach, w celu oceny wpływu ponatynibu na odstęp QT. Podczas badania nie zaobserwowano klinicznie znaczących zmian średniego odstępu QTc (tzn. > 20 ms) wobec wartości wyjściowych. Ponadto w modelach farmakokinetycznych-farmakodynamicznych wykazano brak związku ekspozycji z efektem działania przy szacowanej średniej zmianie QTcF wynoszącej -6,4 ms (górną granicą przedziału ufności -0,9 ms) przy C_{maks} w grupie 60 mg.

Dzieci i młodzież

Europejska Agencja Leków (EMA) uchyliła obowiązek dołączania wyników badań produktu Iclusig u dzieci z CML lub Ph+ ALL w wieku od urodzenia do 1 roku. Europejska Agencja Leków (EMA) wstrzymała obowiązek dołączania wyników badań produktu Iclusig u pacjentów pediatrycznych z CML lub Ph+ ALL w wieku od 1 roku do 18 lat (stosowanie u dzieci, patrz punkt 4.2).

5.2 Właściwości farmakokinetyczne

Wełnianie

Maksymalne stężenie ponatynibu obserwowane jest po około 4 godzinach po podaniu doustnym. W zakresie dawek stosowanych klinicznie (15 mg do 60 mg), ponatynib wykazuje proporcjonalne do dawki zwiększenie C_{maks} i AUC. Średnia geometryczna (CV%) C_{maks} i $AUC_{(0-\tau)}$ ekspozycji osiągniętej dla ponatynibu w dawce 45 mg na dobę w stanie równowagi wynosiła, odpowiednio, 77 ng/ml (50%) i 1296 ng•godz/ml (48%). Ekspozycja na ponatynib w osoczu (C_{maks} i AUC) po wysoko- i niskotłuszczowym posiłku nie różniły się od ekspozycji na czczo. Produkt Iclusig może być przyjmowany jednocześnie z posiłkiem lub niezależnie od niego. Jednoczesne podawanie produktu Iclusig z produktem silnie hamującym wydzielanie kwasu solnego w żołądku powodowało niewielkie zmniejszenie C_{max} ponatynibu bez zmniejszenia $AUC_{0-\infty}$.

Dystrybucja

Ponatynib wiąże się w wysokim stopniu (> 99%) z białkami osocza w warunkach *in vitro*. Stosunek zawartości ponatynibu we krwi/osoczu wynosi 0,96. Jednoczesne podawanie ibuprofenu, nifedypiny, propranololu, kwasu salicylowego lub warfaryny nie powoduje wypierania ponatynibu z połączeń z białkami. Po dawkach dobowych 45 mg, średnia geometryczna (CV%) pozornej objętość dystrybucji w stanie równowagi wynosi 1101 L (94%), co sugeruje, że ponatynib ulega silnej dystrybucji do przestrzeni pozanaczyniowej. Z badań *in vitro* wynika, że ponatynib nie jest substratem lub jest słabym substratem zarówno P-gp, jak i białka oporności raka sutka (BCRP). Ponatynib nie jest substratem ludzkich polipeptydów transportujących aniony organiczne (OATP1B1, OATP1B3) ani transporterów anionów organicznych OCT-1.

Metabolizm

Ponatynib jest metabolizowany do nieaktywnego kwasu karboksylowego przez esterazy i/lub amidazy oraz jest metabolizowany przez CYP3A4 do N-demetylo metabolitu, który jest 4 razy mniej aktywny od ponatynibu. Kwas karboksylowy i N-demetylo metabolit stanowią, odpowiednio, 58% i 2% stężenia ponatynibu w krwiobiegu.

Ponatynib w terapeutycznym stężeniu w surowicy w warunkach *in vitro* nie hamuje OATP1B1 ani OATP1B3, OCT1 ani OCT2, transporterów anionów organicznych OAT1 ani OAT3, ani pompy eksportu soli kwasów żółciowych (BSEP). W związku z tym wystąpienie klinicznych interakcji z produktami leczniczymi w związku z hamowaniem przez ponatynib substratów tych transporterów jest bardzo mało prawdopodobne. Badania *in vitro* wskazują, że wystąpienie klinicznych interakcji z produktami leczniczymi w związku z hamowaniem przez ponatynib metabolizmu substratów CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A lub CYP2D6 jest bardzo mało prawdopodobne.

Badanie *in vitro* na ludzkich hepatocytach wskazuje, że wystąpienie klinicznych interakcji z produktami leczniczymi w związku z hamowaniem przez ponatynib metabolizmu substratów CYP1A2, CYP2B6 lub CYP3A jest także bardzo mało prawdopodobne.

Eliminacja

Po jednorazowym i wielokrotnym podaniu produktu Iclusig w dawce 45 mg, końcowy okres półtrwania eliminacji ponatynibu wynosił 22 godziny, a warunki stanu równowagi są zwykle osiągnięte w ciągu tygodnia nieprzerwanego podawania. Przy podawaniu raz na dobę ekspozycja na ponatynib w osoczu wzrasta o około 1,5 razy od podania pierwszej dawki do osiągnięcia stanu równowagi. Ekspozycja na ponatynib w osoczu wzrasta do stężenia stanu równowagi przy ciągłym podawaniu, jednakże analiza farmakokinetyki populacyjnej wskazuje na możliwość ograniczonego wzrostu pozornego klirensu po podaniu doustnym w ciągu pierwszych dwóch tygodni ciągłego podawania; wzrost taki nie jest uważany za istotny klinicznie. Ponatynib jest eliminowany głównie ze stolcem. Po podaniu pojedynczej doustnej dawki ponatynibu znakowanego [¹⁴C] około 87% radioaktywnej dawki znajduje się w stolcu, a około 5% w moczu. Niezmieniony ponatynib stanowi 24% i < 1% podanej dawki w, odpowiednio, stolcu i moczu; pozostałą część dawki stanowią metabolity.

Zaburzenie czynności nerek

Nie przeprowadzono badań produktu Iclusig u pacjentów z zaburzeniem czynności nerek. Wydalanie przez nerki nie jest główną drogą eliminacji ponatynibu, jednakże nie oceniano możliwego wpływu umiarkowanego lub ciężkiego zaburzenia czynności nerek na eliminację przez wątrobę (patrz punkt 4.2).

Zaburzenie czynności wątroby

Pojedynczą dawkę 30 mg ponatynibu podano pacjentom z łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim zaburzeniem czynności wątroby oraz zdrowym ochotnikom z prawidłową czynnością wątroby. C_{max} ponatynibu było porównywalne u pacjentów z łagodnym zaburzeniem czynności wątroby i u zdrowych ochotników z prawidłową czynnością wątroby. W porównaniu ze zdrowymi ochotnikami z prawidłową czynnością wątroby, u pacjentów z umiarkowanym lub ciężkim zaburzeniem czynności wątroby stwierdzono mniejsze wartości C_{max} i $AUC_{0-\infty}$ ponatynibu, a u pacjentów z łagodnym, umiarkowanym i ciężkim zaburzeniem czynności wątroby czas połowicznej eliminacji ponatynibu był dłuższy, jednak różnica nie była istotna klinicznie.

Dane z badań *in vitro* nie wykazały różnicy w wiązaniu białka w osoczu w próbkach pobranych od zdrowych uczestników oraz od uczestników z zaburzeniami czynności wątroby (łagodnymi, umiarkowanymi oraz ciężkimi). W porównaniu ze zdrowymi ochotnikami z prawidłową czynnością wątroby, nie stwierdzono istotnych różnic w wartości PK dla ponatynibu u pacjentów z różnym stopniem zaburzenia czynności wątroby. U pacjentów z zaburzeniem czynności wątroby nie jest konieczne zmniejszenie początkowej dawki produktu Iclusig (patrz punkty 4.2 i 4.4).

Zaleca się ostrożność podczas podawania produktu Iclusig pacjentom z zaburzeniem czynności wątroby (patrz punkty 4.2 i 4.4).

Produkt Iclusig nie był badany w dawkach powyżej 30 mg u pacjentów z zaburzeniem czynności wątroby (klasy A, B i C w skali Childa-Pugha).

Związane z pacjentem czynniki wpływające na farmakokinetykę ponatynibu

Nie przeprowadzono szczegółowych badań oceniających wpływ płci, wieku, rasy i masy ciała na farmakokinetykę ponatynibu. Płeć, rasa i masa ciała nie są wskaźnikami prognostycznym międzypersonalnej zmienności farmakokinetyki ponatynibu.

5.3 Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie

Produkt Iclusig był oceniany w badaniach bezpieczeństwa farmakologicznego, toksyczności po podaniu wielokrotnym, genotoksyczności, toksycznego wpływu na reprodukcję, fototoksyczności i rakotwórczości.

Ponatynib nie wykazuje właściwości genotoksycznych w standardowych systemach testów *in vitro* i *in vivo*.

Działania niepożądane, których nie obserwowano w badaniach klinicznych, a które występowały u zwierząt po narażeniu podobnym do występującego w warunkach klinicznych i które mogą mieć znaczenie w praktyce klinicznej, są opisane poniżej.

W badaniach toksyczności po podaniu wielokrotnym u szczurów i małp (makaków jawajskich) zaobserwowano zmniejszenie narządów limfatycznych. Wykazano, że działanie to jest odwracalne po odstawieniu leczenia.

W badaniach toksyczności po podaniu wielokrotnym u szczurów zaobserwowano zmiany hiper-/hipoplastyczne w chondrocytach chrząstek nasadowych kości.

U szczurów po wielokrotnym podaniu zaobserwowano zmiany zapalne z towarzyszącym zwiększeniem liczby neutrofilii, monocytów i eozynofili i stężenia fibrynogenu w gruczołach napletkowych i łechtaczkowych.

W badaniach toksyczności u makaków jawajskich zaobserwowano zmiany skórne w postaci strupów, nadmiernego rogowacenia i rumienia. W badaniach toksyczności u szczurów zaobserwowano suche łuszczenie się skóry.

W badaniach na szczurach, u zwierząt otrzymujących 5 i 10 mg ponatynibu na kg masy ciała, zaobserwowano rozlany obrzęk rogówki z naciekiem neutrofilii oraz zmiany hiperplastyczne nabłonka soczewki, co sugeruje łagodną reakcję fototoksyczną.

W badaniach toksyczności na makakach jawajskich, u pojedynczych zwierząt otrzymujących 5 i 45 mg/kg w badaniu toksyczności po podaniu jednorazowym oraz 1, 2,5 i 5 mg/kg w 4-tygodniowym badaniu toksyczności po podaniu wielokrotnym zaobserwowano skurczowe szmery w sercu, bez żadnych skorelowanych zmian makroskopowych ani mikroskopowych. Znaczenie kliniczne tej obserwacji jest nieznane.

W 4-tygodniowym badaniu toksyczności po podaniu wielokrotnym u makaków jawajskich zaobserwowano zanik pęcherzyków tarczycy, najczęściej skojarzony ze zmniejszeniem stężenia T3 i tendencją do zwiększenia stężenia TSH.

W badaniu toksyczności po podaniu wielokrotnym na makakach jawajskich u zwierząt otrzymujących ponatynib w dawce 5 mg/kg zaobserwowano związane z ponatynibem mikroskopijne zmiany w jajnikach (nasiloną atrezją pęcherzyków) i jądrach (minimalne zwyrodnienie komórek germinalnych).

W badaniach bezpieczeństwa farmakologicznego u szczurów ponatynib w dawce 3, 10 i 30 mg/kg powodował zwiększenie produkcji moczu i wydalanie elektrolitów oraz zmniejszenie opróżniania żołądka.

U szczurów, po dawkach toksycznych dla matek, zaobserwowano toksyczne działania na rozwój zarodkowo-płodowy w postaci utraty ciąży po zagnieżdżeniu, zmniejszonej masy ciała płodu oraz licznych zmian w tkankach miękkich i szkieletach. Liczne zmiany w tkankach miękkich i szkieletach zaobserwowano także przy dawkach nietoksycznych dla matek.

W badaniu płodności samców i samic szczurów płodność samic była zmniejszona przy poziomach dawki odpowiadających klinicznej ekspozycji u ludzi. Zaprezentowano dowód na obumarciu zarodków przed i po zagnieżdżeniu u szczurów, a zatem ponatynib może zaburzać płodność samic. Nie stwierdzono żadnego wpływu na płodność samców. Znaczenie kliniczne tych wyników dla płodności człowieka jest nieznane.

U młodocianych szczurów, którym podawano 3 mg/kg/dobę zaobserwowano zgony związane ze stanem zapalnym, natomiast po dawkach 0,75, 1,5 i 3 mg/kg/dobę podawanych przed odstawieniem

mleka matki i wcześniej po odstawieniu mleka matki zaobserwowano zmniejszony przyrost masy ciała. W badaniach toksyczności u młodocianych osobników ponatynib nie wpływał niekorzystnie na ważne parametry rozwojowe.

W dwuletnim badaniu rakotwórczości u samców i samic szczurów doustne podawanie ponatynibu w dawkach 0,05, 0,1 i 0,2 mg/kg/dobę u samców oraz w dawce 0,2 i 0,4 mg/kg/dobę u samic nie powodowało żadnych skutków rakotwórczych. Dawka 0,8 mg/kg/dobę u samic skutkowała z reguły poziomem ekspozycji osoczowej niższym lub równym ekspozycji człowieka w zakresie dawek od 15 do 45 mg na dobę. Po tej dawce obserwowano statystycznie istotne zwiększenie częstości występowania raka kolczystokomórkowego skóry gruczołu łechtaczkowego. Znaczenie kliniczne tych wyników dla ludzi jest nieznanne.

6. DANE FARMACEUTYCZNE

6.1 Wykaz substancji pomocniczych

Rdzeń tabletki

laktoza jednowodna
celuloza mikrokrystaliczna
karboksymetyloskrobia sodowa
krzemionka koloidalna bezwodna
magnezu stearynian

Otoczka tabletki

talk
makrogol 4000
alkohol poliwinylowy
tytanu dwutlenek (E 171)

6.2 Niezgodności farmaceutyczne

Nie dotyczy.

6.3 Okres ważności

4 lata

6.4 Specjalne środki ostrożności podczas przechowywania

Przechowywać w oryginalnym pojemniku w celu ochrony przed światłem.

Butelka zawiera jeden zapieczętowany pojemnik zawierający pochłaniacz wilgoci na bazie sita molekularnego. Nie usuwać pojemnika z butelki.

6.5 Rodzaj i zawartość opakowania

Iclusig 15 mg tabletki powlekane

Butelki z polietylenu o wysokiej gęstości (HDPE) z zakrętką, zawierające 30, 60 lub 180 tabletek powlekanych oraz plastikowy pojemnik zawierający pochłaniacz wilgoci na bazie sita molekularnego.

Iclusig 30 mg tabletki powlekane

Butelki z polietylenu o wysokiej gęstości (HDPE) z zakrętką, zawierające 30 tabletek powlekanych oraz plastikowy pojemnik zawierający pochłaniacz wilgoci na bazie sita molekularnego.

Iclusig 45 mg tabletki powlekane

Butelki z polietylenu o wysokiej gęstości (HDPE) z zakrętką, zawierające 30 lub 90 tabletek powlekanych oraz plastikowy pojemnik zawierający pochłaniacz wilgoci na bazie sita molekularnego.

Nie wszystkie wielkości opakowań muszą znajdować się w obrocie.

6.6 Specjalne środki ostrożności dotyczące usuwania i przygotowania produktu leczniczego do stosowania

Usuwanie

Bez specjalnych wymagań dotyczących usuwania.

7. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheuvelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

8. NUMERY POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Iclusig 15 mg tabletki powlekane

EU/1/13/839/001

EU/1/13/839/002

EU/1/13/839/005

Iclusig 30 mg tabletki powlekane

EU/1/13/839/006

Iclusig 45 mg tabletki powlekane

EU/1/13/839/003

EU/1/13/839/004

9. DATA WYDANIA PIERWSZEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU I DATA PRZEDŁUŻENIA POZWOLENIA

Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: 1 lipca 2013

Data ostatniego przedłużenia pozwolenia: 8 lutego 2018 r.

10. DATA ZATWIERDZENIA LUB CZĘŚCIOWEJ ZMIANY TEKSTU CHARAKTERYSTYKI PRODUKTU LECZNICZEGO

Szczegółowe informacje o tym produkcie leczniczym są dostępne na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków <https://www.ema.europa.eu>.

ANEKS II

- A. WYTWÓRCY ODPOWIEDZIALNI ZA ZWOLNIENIE SERII**
- B. WARUNKI LUB OGRANICZENIA DOTYCZĄCE ZAOPATRZENIA I STOSOWANIA**
- C. INNE WARUNKI I WYMAGANIA DOTYCZĄCE DOPUSZCZENIA DO OBROTU**
- D. WARUNKI LUB OGRANICZENIA DOTYCZĄCE BEZPIECZNEGO I SKUTECZNEGO STOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO**

A. WYTWÓRCY ODPOWIEDZIALNI ZA ZWOLNIENIE SERII

Nazwa i adres wytwórców odpowiedzialnych za zwolnienie serii

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheuvelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

Tjoapack Netherlands B.V.
Nieuwe Donk 9
4879 AC Etten-Leur
Holandia

Wydrukowana ulotka dla pacjenta musi zawierać nazwę i adres wytwórcy odpowiedzialnego za zwolnienie danej serii produktu leczniczego.

B. WARUNKI LUB OGRANICZENIA DOTYCZĄCE ZAOPATRZENIA I STOSOWANIA

Produkt leczniczy wydawany na receptę do zastrzeżonego stosowania (patrz aneks I: Charakterystyka Produktu Leczniczego, punkt 4.2).

C. INNE WARUNKI I WYMAGANIA DOTYCZĄCE DOPUSZCZENIA DO OBROTU

- **Okresowe raporty o bezpieczeństwie stosowania (ang. Periodic safety update reports, PSURs)**

Wymagania do przedłożenia okresowych raportów o bezpieczeństwie stosowania tego produktu leczniczego są określone w wykazie unijnych dat referencyjnych (wykaz EURD), o którym mowa w art. 107c ust. 7 dyrektywy 2001/83/WE i jego kolejnych aktualizacjach ogłaszanych na europejskiej stronie internetowej dotyczącej leków.

D. WARUNKI LUB OGRANICZENIA DOTYCZĄCE BEZPIECZNEGO I SKUTECZNEGO STOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO

- **Plan zarządzania ryzykiem (ang. Risk Management Plan, RMP)**

Podmiot odpowiedzialny podejmie wymagane działania i interwencje z zakresu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii wyszczególnione w RMP, przedstawionym w module 1.8.2 dokumentacji do pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, i wszelkich jego kolejnych aktualizacjach.

Uaktualniony RMP należy przedstawiać:

- na żądanie Europejskiej Agencji Leków;
- w razie zmiany systemu zarządzania ryzykiem, zwłaszcza w wyniku uzyskania nowych informacji, które mogą istotnie wpłynąć na stosunek ryzyka do korzyści, lub w wyniku uzyskania istotnych informacji, dotyczących bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego lub odnoszących się do minimalizacji ryzyka.

- Zobowiązania do wypełnienia po wprowadzeniu do obrotu**

Podmiot odpowiedzialny wykona, zgodnie z określonym harmonogramem, następujące czynności:

| Opis | Termin |
|---|------------------|
| W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego Iclusig w skojarzeniu z chemioterapią o zmniejszonej intensywności u dorosłych pacjentów z nowo rozpoznaną Ph+ALL podmiot odpowiedzialny powinien przedstawić końcowe wyniki wielośrodkowego, randomizowanego, otwartego badania klinicznego Ponatinib-3001 (PhALLCON) prowadzonego z grupą kontrolną otrzymującą substancję czynną. | Grudzień 2028 r. |

ANEKS III

OZNAKOWANIE OPAKOWAŃ I ULOTKA DLA PACJENTA

A. OZNAKOWANIE OPAKOWAŃ

**INFORMACJE ZAMIESZCZANE NA OPAKOWANIACH ZEWNĘTRZNYCH ORAZ
OPAKOWANIACH BEZPOŚREDNICH**

KARTONIK ZEWNĘTRZNY I ETYKIETA BUTELKI

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Iclusig 15 mg tabletki powlekane
ponatynib

2. ZAWARTOŚĆ SUBSTANCJI CZYNNEJ

Każda tabletki powlekana zawiera 15 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).

3. WYKAZ SUBSTANCJI POMOCNICZYCH

Produkt zawiera laktozę. Więcej informacji znajduje się w ulotce dla pacjenta.

4. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA I ZAWARTOŚĆ OPAKOWANIA

30 tabletek
60 tabletek
180 tabletek

5. SPOSÓB I DROGA PODANIA

Podanie doustne.
Należy zapoznać się z treścią ulotki przed zastosowaniem leku.

**6. OSTRZEŻENIE DOTYCZĄCE PRZECHOWYWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO
W MIEJSCU NIEWIDOCZNYM I NIEDOSTĘPNYM DLA DZIECI**

Lek przechowywać w miejscu niewidocznym i niedostępnym dla dzieci.

7. INNE OSTRZEŻENIA SPECJALNE, JEŚLI KONIECZNE

Kartonik zewnętrzny:
Nie połykać pojemnika z pochłaniaczem wilgoci znajdującego się w butelce.

8. TERMIN WAŻNOŚCI

Etykieta butelki:
EXP

Kartonik zewnętrzny:
Termin ważności (EXP)

9. WARUNKI PRZECHOWYWANIA

Przechowywać w oryginalnym pojemniku w celu ochrony przed światłem.

10. SPECJALNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE USUWANIA NIEZUŻYTEGO PRODUKTU LECZNICZEGO LUB POCHODZĄCYCH Z NIEGO ODPADÓW, JEŚLI WŁAŚCIWE**11. NAZWA I ADRES PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO**

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheuvelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

12. NUMERY POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

| | |
|-----------------|--------------------------|
| EU/1/13/839/001 | 60 tabletek powlekanych |
| EU/1/13/839/002 | 180 tabletek powlekanych |
| EU/1/13/839/005 | 30 tabletek powlekanych |

13. NUMER SERII

Etykieta butelki:
Lot

Kartonik zewnętrzny:
Nr serii (Lot)

14. OGÓLNA KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI**15. INSTRUKCJA UŻYCIA****16. INFORMACJA PODANA SYSTEMEM BRAILLE’A**

Kartonik zewnętrzny:
Iclusig 15 mg

17. NIEPOWTARZALNY IDENTYFIKATOR – KOD 2D

Objęmuje kod 2D będący nośnikiem niepowtarzalnego identyfikatora.

18. NIEPOWTARZALNY IDENTYFIKATOR – DANE CZYTELNE DLA CZŁOWIEKA

PC
SN
NN

**INFORMACJE ZAMIESZCZANE NA OPAKOWANIACH ZEWNĘTRZNYCH ORAZ
OPAKOWANIACH BEZPOŚREDNICH**

KARTONIK ZEWNĘTRZNY I ETYKIETA BUTELKI

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Iclusig 30 mg tabletki powlekane
ponatynib

2. ZAWARTOŚĆ SUBSTANCJI CZYNNEJ

Każda tabletki powlekana zawiera 30 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).

3. WYKAZ SUBSTANCJI POMOCNICZYCH

Produkt zawiera laktozę. Więcej informacji znajduje się w ulotce dla pacjenta.

4. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA I ZAWARTOŚĆ OPAKOWANIA

30 tabletek

5. SPOSÓB I DROGA PODANIA

Podanie doustne.
Należy zapoznać się z treścią ulotki przed zastosowaniem leku.

**6. OSTRZEŻENIE DOTYCZĄCE PRZECHOWYWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO
W MIEJSCU NIEWIDOCZNYM I NIEDOSTĘPNYM DLA DZIECI**

Lek przechowywać w miejscu niewidocznym i niedostępnym dla dzieci.

7. INNE OSTRZEŻENIA SPECJALNE, JEŚLI KONIECZNE

Kartonik zewnętrzny:
Nie połykać pojemnika z pochłaniaczem wilgoci znajdującego się w butelce.

8. TERMIN WAŻNOŚCI

Etykieta butelki:
EXP

Kartonik zewnętrzny:
Termin ważności (EXP)

9. WARUNKI PRZECHOWYWANIA

Przechowywać w oryginalnym pojemniku w celu ochrony przed światłem.

10. SPECJALNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE USUWANIA NIEZUŻYTEGO PRODUKTU LECZNICZEGO LUB POCHODZĄCYCH Z NIEGO ODPADÓW, JEŚLI WŁAŚCIWE**11. NAZWA I ADRES PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO**

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheuvelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

12. NUMER POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

EU/1/13/839/006 30 tabletek powlekanych

13. NUMER SERII

Etykieta butelki:
Lot

Kartonik zewnętrzny:
Nr serii (Lot)

14. OGÓLNA KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI**15. INSTRUKCJA UŻYCIA****16. INFORMACJA PODANA SYSTEMEM BRAILLE'A**

Kartonik zewnętrzny:
Iclusig 30 mg

17. NIEPOWTARZALNY IDENTYFIKATOR – KOD 2D

Obejmuje kod 2D będący nośnikiem niepowtarzalnego identyfikatora.

18. NIEPOWTARZALNY IDENTYFIKATOR – DANE CZYTELNE DLA CZŁOWIEKA

PC
SN
NN

**INFORMACJE ZAMIESZCZANE NA OPAKOWANIACH ZEWNĘTRZNYCH ORAZ
OPAKOWANIACH BEZPOŚREDNICH**

KARTONIK ZEWNĘTRZNY I ETYKIETA BUTELKI

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Iclusig 45 mg tabletki powlekane
ponatynib

2. ZAWARTOŚĆ SUBSTANCJI CZYNNEJ

Każda tabletki powlekana zawiera 45 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).

3. WYKAZ SUBSTANCJI POMOCNICZYCH

Produkt zawiera laktozę. Więcej informacji znajduje się w ulotce dla pacjenta.

4. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA I ZAWARTOŚĆ OPAKOWANIA

30 tabletek
90 tabletek

5. SPOSÓB I DROGA PODANIA

Podanie doustne.
Należy zapoznać się z treścią ulotki przed zastosowaniem leku.

**6. OSTRZEŻENIE DOTYCZĄCE PRZECHOWYWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO
W MIEJSCU NIEWIDOCZNYM I NIEDOSTĘPNYM DLA DZIECI**

Lek przechowywać w miejscu niewidocznym i niedostępnym dla dzieci.

7. INNE OSTRZEŻENIA SPECJALNE, JEŚLI KONIECZNE

Kartonik zewnętrzny:
Nie połykać pojemnika z pochłaniaczem wilgoci znajdującego się w butelce.

8. TERMIN WAŻNOŚCI

Etykieta butelki:
EXP

Kartonik zewnętrzny:
Termin ważności (EXP)

9. WARUNKI PRZECHOWYWANIA

Przechowywać w oryginalnym pojemniku w celu ochrony przed światłem.

10. SPECJALNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE USUWANIA NIEZUŻYTEGO PRODUKTU LECZNICZEGO LUB POCHODZĄCYCH Z NIEGO ODPADÓW, JEŚLI WŁAŚCIWE**11. NAZWA I ADRES PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO**

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheuvelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

12. NUMERY POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

| | |
|-----------------|-------------------------|
| EU/1/13/839/003 | 30 tabletek powlekanych |
| EU/1/13/839/004 | 90 tabletek powlekanych |

13. NUMER SERII

Etykieta butelki:
Lot

Kartonik zewnętrzny:
Nr serii (Lot)

14. OGÓLNA KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI**15. INSTRUKCJA UŻYCIA****16. INFORMACJA PODANA SYSTEMEM BRAILLE’A**

Kartonik zewnętrzny:
Iclusig 45 mg

17. NIEPOWTARZALNY IDENTYFIKATOR – KOD 2D

Obejmuje kod 2D będący nośnikiem niepowtarzalnego identyfikatora.

18. NIEPOWTARZALNY IDENTYFIKATOR – DANE CZYTELNE DLA CZŁOWIEKA

PC
SN
NN

B. ULOTKA DLA PACJENTA

Ulotka dołączona do opakowania: informacja dla pacjenta

Iclusig 15 mg tabletki powlekane
Iclusig 30 mg tabletki powlekane
Iclusig 45 mg tabletki powlekane
ponatynib

Należy uważnie zapoznać się z treścią ulotki przed zażyciem leku, ponieważ zawiera ona informacje ważne dla pacjenta.

- Należy zachować tę ulotkę, aby w razie potrzeby móc ją ponownie przeczytać.
- W razie jakichkolwiek wątpliwości należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty.
- Lek ten przepisano ściśle określonej osobie. Nie należy go przekazywać innym. Lek może zaszkodzić innej osobie, nawet jeśli objawy jej choroby są takie same.
- Jeśli u pacjenta wystąpią jakiegokolwiek objawy niepożądane, w tym wszelkie objawy niepożądane niewymienione w tej ulotce, należy powiedzieć o tym lekarzowi lub farmaceucie. Patrz punkt 4.

Spis treści ulotki

1. Co to jest Iclusig i w jakim celu się go stosuje
2. Informacje ważne przed przyjęciem leku Iclusig
3. Jak przyjmować lek Iclusig
4. Możliwe działania niepożądane
5. Jak przechowywać lek Iclusig
6. Zawartość opakowania i inne informacje

1. Co to jest Iclusig i w jakim celu się go stosuje

Lek Iclusig **stosowany jest w leczeniu** dorosłych pacjentów z następującymi typami **białaczki**, u których stosowanie innych leków nie przynosi już korzyści lub którzy mają pewną różnicę genetyczną, znaną jako mutacja T315I:

- przewlekła białaczka szpikowa (CML): nowotwór krwi, wiążący się z nadmierną liczbą białych krwinek we krwi i szpiku kostnym (miejscu, w którym wytwarzana jest krew).
- ostra białaczka limfoblastyczna z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+ ALL): typ białaczki wiążący się z nadmierną liczbą niedojrzałych białych krwinek we krwi i szpiku kostnym wytwarzającym krew. W tym typie białaczki część DNA (materiału genetycznego) może zostać przekształcona w nieprawidłowy chromosom, zwany chromosomem Filadelfia.

Lek Iclusig jest również **stosowany w leczeniu** dorosłych pacjentów z nowo rozpoznaną ostrą **białaczką** limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia (Ph+ ALL) w skojarzeniu z innymi lekami przeciwnowotworowymi (chemioterapia).

Iclusig należy do grupy leków zwanych inhibitorami kinazy tyrozynowej. U pacjentów z CML i Ph+ ALL zmiany w obrębie DNA powodują powstanie sygnału, który powoduje, że organizm produkuje nieprawidłowe białe krwinki. Iclusig hamuje ten sygnał i tym samym zatrzymuje produkcję tych komórek.

2. Informacje ważne przed przyjęciem leku Iclusig

Kiedy nie stosować leku Iclusig:

- **jeśli pacjent ma** uczulenie na ponatynib lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku (wymienionych w punkcie 6).

Ostrzeżenia i środki ostrożności

Przed rozpoczęciem przyjmowania leku Iclusig należy omówić to z lekarzem lub farmaceutą, jeżeli u pacjenta występuje:

- zaburzenie czynności wątroby lub trzustki, lub zaburzenie czynności nerek. Lekarz może zdecydować o zastosowaniu dodatkowych środków ostrożności.
- nadużywanie alkoholu stwierdzone w wywiadzie.
- zawał serca lub udar mózgu w wywiadzie.
- występowanie zakrzepów krwi w naczyniach krwionośnych w wywiadzie.
- zwężenie tętnicy nerkowej (zwężenie naczyń krwionośnych dochodzących do jednej lub obu nerek) w wywiadzie.
- problemy z sercem, w tym niewydolność serca, nieregularny rytm serca i wydłużenie odstępu QT.
- wysokie ciśnienie krwi.
- lub w przeszłości miał tętniaka (powiększenie i osłabienie ściany naczynia krwionośnego) lub rozdarcie ściany naczynia krwionośnego.
- problemy z krwawieniem w wywiadzie.
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B (trwające lub przebyte w przeszłości); wynika to stąd, że lek Iclusig może powodować ponowną aktywację wirusowego zapalenia wątroby typu B, co może w niektórych przypadkach być śmiertelne; pacjenci będą poddawani dokładnej kontroli przez lekarza pod kątem objawów tego zakażenia przed rozpoczęciem leczenia.

Lekarz wykona:

- Ocenę czynności serca oraz stanu tętnic i żył.
- Badanie pełnej morfologii krwi.
Badanie to będzie powtarzane co 2 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące po rozpoczęciu leczenia. Następnie będzie przeprowadzane co miesiąc lub w terminach wskazanych przez lekarza.
- Oznaczenie lipazy (pewnego białka) w surowicy.
Oznaczenie lipazy w surowicy będzie przeprowadzane co 2 tygodnie przez pierwsze 2 miesiące, a następnie okresowo. W razie zwiększenia poziomu lipazy konieczne może być przerwanie leczenia lub zmniejszenie dawki leku.
- Testy wątrobowe.
Testy wątrobowe będą przeprowadzane okresowo, w terminach wskazanych przez lekarza.

U pacjentów przyjmujących ponatynib stwierdzono schorzenie mózgu określane jako zespół odwracalnej tylnej encefalopatii (PRES). Do jego objawów mogą należeć: nagłe wystąpienie silnego bólu głowy, splątanie, napady drgawkowe i zaburzenia widzenia. Należy powiadomić lekarza od razu po wystąpieniu tych objawów w trakcie leczenia ponatynibem, ponieważ mogą być one poważne.

Dzieci i młodzież

Nie podawać tego leku dzieciom w wieku poniżej 18 lat z uwagi na brak dostępnych danych dotyczących stosowania u dzieci.

Lek Iclusig a inne leki

Należy powiedzieć lekarzowi lub farmaceutce o wszystkich lekach przyjmowanych przez pacjenta obecnie lub ostatnio, a także o lekach, które pacjent planuje przyjmować.

Następujące leki mogą wpływać na działanie leku Iclusig lub też lek Iclusig może wpływać na ich działanie:

- **ketokonazol, itrakonazol, worykonazol:** leki stosowane w leczeniu zakażeń grzybiczych.
- **indynawir, nelfinawir, rytonawir, sakwinawir:** leki stosowane w leczeniu zakażenia HIV.
- **klarytromycyna, telitromycyna, troleandomycyna:** leki stosowane w leczeniu zakażeń bakteryjnych.
- **nefazodon:** lek stosowany w leczeniu depresji.
- **ziele dziurawca:** produkt ziołowy stosowany w leczeniu depresji.

- **karbamazepina:** lek stosowany w leczeniu padaczki, stanów euforii/depresji oraz pewnych dolegliwości bólowych.
- **fenobarbital, fenytoina:** leki stosowane w leczeniu padaczki.
- **ryfabutyna, ryfampicyna:** leki stosowane w leczeniu gruźlicy i pewnych innych zakażeń;
- **digoksyna:** lek stosowany w leczeniu osłabienia mięśnia sercowego.
- **dabigatran:** lek zapobiegający powstawaniu zakrzepów krwi.
- **kolchicyna:** lek stosowany w leczeniu napadów dny moczanowej.
- **prawastatyna, rozuwastatyna:** leki stosowane w leczeniu zwiększonego stężenia cholesterolu.
- **metotreksat:** lek stosowany w leczeniu ciężkiego zapalenia stawów (reumatoidalnego zapalenia stawów), raka oraz łuszczycy (choroby skóry).
- **sulfasalazyna:** lek stosowany w leczeniu ciężkiego zapalenia jelit i reumatoidalnego zapalenia stawów.

Stosowanie leku Iclusig z jedzeniem i pićm

Unikać produktów z grejpfruta, takich jak sok grejpfrutowy.

Ciąża, karmienie piersią i wpływ na płodność

Jeśli pacjentka jest w ciąży lub karmi piersią, przypuszcza, że może być w ciąży lub gdy planuje mieć dziecko, powinna poradzić się lekarza lub farmaceuty przed zastosowaniem tego leku.

- **Porada dotycząca antykoncepcji dla mężczyzn i kobiet**
Kobiety w wieku rozrodczym powinny unikać zajścia w ciążę podczas leczenia lekiem Iclusig.
Mężczyźni leczeni lekiem Iclusig nie powinni płodzić dzieci w okresie leczenia. Podczas leczenia pacjenci muszą stosować skuteczną metodę antykoncepcji.
 Lek Iclusig można stosować podczas ciąży **tylko wtedy, gdy lekarz uzna to za bezwzględnie konieczne**, z uwagi na zagrożenie dla nienarodzonego dziecka.
- **Karmienie piersią**
 Należy przerwać karmienie piersią podczas leczenia lekiem Iclusig. Nie wiadomo, czy lek Iclusig przenika do mleka matki.

Prowadzenie pojazdów i obsługiwanie maszyn

Należy zachować szczególną ostrożność podczas prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn, ponieważ u pacjentów przyjmujących Iclusig mogą występować zaburzenia wzroku, zawroty głowy, senność i męczliwość.

Lek Iclusig zawiera laktozę

Jeżeli stwierdzono wcześniej u pacjenta nietolerancję niektórych cukrów, pacjent powinien skontaktować się z lekarzem przed przyjęciem leku.

3. Jak przyjmować lek Iclusig

Ten lek należy zawsze przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza lub farmaceuty. W razie wątpliwości należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty.

Lek Iclusig powinien być przepisywany przez lekarza z doświadczeniem w leczeniu białaczki.

Iclusig dostępny jest w postaci:

- tabletki powlekanej 45 mg i tabletki powlekanej 30 mg, co stanowi zalecane dawki początkowe.
- tabletki powlekanej 15 mg, które umożliwiają dostosowanie dawki.

Zalecana dawka początkowa to jedna tabletkę powlekaną 45 mg raz na dobę.

Zalecana dawka początkowa w skojarzeniu z chemioterapią to jedna tabletką powlekana 30 mg przyjmowana raz na dobę.

Lekarz może zmniejszyć dawkę leku lub polecić pacjentowi tymczasowe przerwanie przyjmowanie leku Iclusig, jeżeli:

- zostanie osiągnięta właściwa odpowiedź na leczenie;
- dojdzie do zmniejszenia liczby pewnego typu białych krwinek (neutrofilii);
- dojdzie do zmniejszenia liczby płytek krwi;
- wystąpią ciężkie działania niepożądane nie dotyczące krwi:
 - zapalenie trzustki.
 - zwiększenie poziomu pewnych białek (lipazy lub amylazy) w surowicy.
- wystąpią problemy z sercem lub naczyniami krwionośnymi.
- wystąpią zaburzenia wątroby.

Po ustąpieniu lub opanowaniu takiego zdarzenia leczenie lekiem Iclusig może być wznowione w tej samej lub zmniejszonej dawce. Lekarz może oceniać reakcję pacjenta na leczenie w regularnych odstępach czasu.

Sposób stosowania

Tabletkę należy połknąć w całości, popijając szklanką wody. Tabletki mogą być przyjmowane jednocześnie z posiłkiem lub niezależnie od niego. Nie kruszyć ani nie rozpuszczać tabletek.

Nie połykać pojemnika z pochłaniaczem wilgoci znajdującego się w butelce.

Czas stosowania

Należy pamiętać, aby przyjmować Iclusig codziennie tak długo, jak zalecił lekarz. Jest to leczenie długookresowe.

Przyjęcie większej niż zalecana dawki leku Iclusig

W takiej sytuacji należy zgłosić to natychmiast swojemu lekarzowi.

Pominięcie przyjęcia leku Iclusig

Nie należy stosować dawki podwójnej w celu uzupełnienia pominiętej dawki. Następną dawkę należy przyjąć o zwykłej porze.

Przerwanie stosowania leku Iclusig

Nie należy przerywać stosowania leku Iclusig bez zgody lekarza.

W razie jakichkolwiek dalszych wątpliwości związanych ze stosowaniem tego leku należy zwrócić się do lekarza lub farmaceuty.

4. Możliwe działania niepożądane

Jak każdy lek, lek ten może powodować działania niepożądane, chociaż nie u każdego one wystąpią.

Wystąpienie działań niepożądanych jest bardziej prawdopodobne u pacjentów w wieku 65 i więcej lat.

Jeżeli u pacjenta wystąpi którekolwiek z następujących poważnych działań niepożądanych należy natychmiast poszukiwać pomocy lekarskiej.

W razie uzyskania nieprawidłowych wyników testów krwi należy natychmiast skontaktować się z lekarzem.

Poważne działania niepożądane (mogą wystąpić u maksymalnie 1 na 10 osób):

- zapalenie płuc (może powodować trudności w oddychaniu),
- zapalenie trzustki. W razie wystąpienia zapalenia trzustki należy zgłosić to natychmiast swojemu lekarzowi. Objawy to silny ból brzucha i pleców,
- gorączka, często z innymi objawami zakażenia, związana ze zmniejszeniem liczby białych krwinek,
- zawał serca (objawy obejmują: nagłe uczucie przyspieszonego bicia serca, ból w klatce piersiowej, duszność),
- zmiana następujących parametrów krwi:
 - zmniejszenie liczby czerwonych krwinek (objawy obejmują: osłabienie, zawroty głowy, zmęczenie),
 - zmniejszenie liczby płytek krwi (objawy obejmują: zwiększoną skłonność do krwawienia lub powstawania sińców),
 - zmniejszenie liczby białych krwinek zwanych neutrofilami (objawy obejmują: zwiększoną skłonność do zakażeń),
 - zwiększenie poziomu białka w surowicy zwanego lipazą,
- zaburzenia rytmu serca, nieprawidłowe tętno,
- niewydolność serca (objawy obejmują: osłabienie, zmęczenie, obrzęk nóg),
- nieprzyjemny ucisk, uczucie pełności, ściskanie lub ból w klatce piersiowej (dławica piersiowa), ból w klatce piersiowej niezwiązany z sercem,
- nadciśnienie,
- zwężenie tętnic mózgowych, udar spowodowany słabym przepływem krwi do części mózgu,
- problemy z naczyniami krwionośnymi mięśnia sercowego,
- zakażenie krwi,
- opuchnięcie lub zaczerwienienie skóry wywołujące uczucie gorąca i tkliwości (zapalenie tkanki łącznej),
- odwodnienie,
- trudności w oddychaniu,
- płyn w obrębie klatki piersiowej (może powodować trudności w oddychaniu),
- biegunka,
- zakrzep krwi w żyłę głębokiej, nagła niedrożność żyły/żył, zakrzep krwi w naczyniu krwionośnym w płucu (objawy obejmują: uderzenia gorąca, zaczerwienienie skóry, zaczerwienienie twarzy, trudności w oddychaniu),
- udar mózgu (objawy obejmują: trudności w mówieniu, poruszaniu się, senność, migrenę, nieprawidłowe odczucia),
- zaburzenia krążenia krwi (objawy obejmują: ból w obrębie nóg lub rąk, oziębienie końcówek kończyn),
- zakrzep krwi w tętnicach głównych transportujących krew do głowy lub szyi (tętnica szyjna),
- zaparcie,
- zmniejszenie stężenia sodu we krwi,
- zwiększona skłonność do krwawienia lub powstawania sińców.

Inne możliwe działania niepożądane, jakie mogą wystąpić z podaną poniżej częstością:

Bardzo często występujące działania niepożądane (mogą wystąpić u więcej niż 1 na 10 osób):

- zakażenie górnych dróg oddechowych (może powodować trudności w oddychaniu),
- zmniejszenie łaknienia,
- bezsenność,
- ból głowy, zawroty głowy,
- kaszel,
- zapalenie jamy ustnej
- biegunka, wymioty, nudności, zaparcie, ból brzucha,
- zwiększona aktywność enzymów wątrobowych we krwi, zwanych:
 - aminotransferaza alaninowa,

- aminotransferaza asparaginianowa,
- niskie stężenie wapnia, fosforanu lub potasu we krwi
- wysypka skórna, suchość skóry, swędzenie,
- ból kości, stawów, mięśni, pleców, rąk lub nóg, kurcze mięśni,
- zaburzenia nerwów w ramionach i (lub) nogach (często powoduje drętwienie i ból dłoni i stóp)
- zwiększona lub zmniejszona wrażliwość dotykowa lub czucie, nieprawidłowe odczucia, takie jak mrowienie, kłucie i swędzenie
- zmęczenie, nagromadzenie płynu w rękach i (lub) nogach, gorączka, ból,
- zwiększone stężenia cukru lub kwasu moczowego we krwi
- duże stężenie triglicerydów we krwi,
- zwiększenie stężenia cholesterolu, wykryte podczas badań krwi.

Często występujące działania niepożądane (mogą wystąpić u maksymalnie 1 na 10 osób):

- uszkodzenie wątroby (objawami mogą być zmęczenie, swędzenie żółtej skóry lub zażółcenie białek oczu, nudności lub wymioty, utrata apetytu, ból w prawej górnej części brzucha, ciemny lub brązowy mocz, łatwiejsze niż zwykle krwawienie lub siniaczenie)
- zapalenie mieszków włosowych, opuchnięcie i zaczerwienienie skóry lub warstwy podskórnej wywołujące uczucie gorąca i tkliwość,
- zmniejszenie czynności tarczycy,
- zatrzymanie płynów w organizmie,
- utrata masy ciała,
- mini udar,
- zaburzenia nerwów w obrębie twarzy (często powoduje drętwienie lub osłabienie po jednej lub po obu stronach twarzy),
- ospałość, migrena,
- osłabienie mięśni, sztywność mięśniowo-szkieletowa,
-
- niewyraźne widzenie, suchość oczu, zakażenie oka, zaburzenia widzenia, ból oka,
- obrzęk tkanki powiek lub wokół oczu spowodowany przez nadmiar płynów w organizmie.
- kołatanie serca,
- ból jednej lub obu nóg podczas chodzenia lub wysiłku fizycznego ustępujący po kilku minutach odpoczynku,
- uderzenia gorąca, zaczerwienienie skóry,
- krwawienia z nosa, trudności w wydawaniu dźwięków, naciśnienie w płucach,
- zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych i trzustkowych we krwi:
 - amylazy,
 - fosfatazy zasadowej,
 - gamma-glutamylotranspeptydazy,
- zwiększone stężenie białka w surowicy nazywanego białkiem C-reaktywnym, które zwiększa się, gdy w organizmie występuje stan zapalny,
- zgaga spowodowana zarzucaniem soku żołądkowego do przełyku (refluksem), wrzód żołądka,
- ból gardła lub jamy ustnej, suchość w ustach, krwawienie z dziąseł,
- rozdęcie brzucha, dyskomfort w jamie brzusznej lub niestrawność,
- krwawienie z żołądka (objawy obejmują: ból żołądka, wymioty krwistą treścią),
- zwiększony poziom bilirubiny - żółtego produktu metabolizmu barwnika krwi - we krwi (objawy obejmują: ciemny, bursztynowy mocz),
- ból w obrębie układu kostnego lub szyi,
- ból spowodowany zapaleniem błony otaczającej ścięgna zwykle w stopach lub dłoniach,
- łuszczenie się skóry, nieprawidłowe zgrubienie skóry, zaczerwienienie skóry, tworzenie się sińców, ból skóry, zmiany koloru skóry, płaskie odbarwione obszary i małe uniesione guzki na skórze, brodawki, choroba skóry przypominająca trądzik, symetryczne, czerwone, uniesione obszary skóry, które mogą pojawić się na całym ciele,
- wypadanie włosów,
- obrzęk tkanek twarzy spowodowany przez nadmiar płynów,
- pocenie się w nocy, nasilona potliwość,
- trudności z osiągnięciem lub utrzymaniem erekcji,
- dreszcze, choroba grypopodobna

- półpasiec,
- nadczynność tarczycy, która przyspiesza metabolizm organizmu; może to powodować wiele objawów, takich jak utrata masy ciała, drżenie rąk i szybkie lub nieregularne bicie serca,
- zwiększenie masy ciała,
- lęk,
- problemy z sercem, ból po lewej stronie w klatce piersiowej, dysfunkcja lewej komory serca, zmiany w sposobie bicia serca, szybkie bicie serca, zwiększone stężenie białka w surowicy nazywanego mózgowym peptydem natriuretycznym i które może być podwyższone, gdy serce nie może pompować krwi tak, jak powinno,
- zwężenie naczyń krwionośnych, słabe krążenie krwi, nagłe zwiększenie ciśnienia krwi,
- niedrożność naczyń krwionośnych w oku,
- bolesne czerwone grudki, ból skóry, zaczerwienienie skóry (stan zapalny tkanki tłuszczowej pod skórą),
- zaburzenia metaboliczne spowodowane produktami rozpadu obumierających komórek nowotworowych.

Niezbyt często występujące działania niepożądane (mogą wystąpić u maksymalnie 1 na 100 osób):

- zwężenie tętnicy nerkowej (zwężenie naczyń krwionośnych dochodzących do jednej lub obu nerek),
- problemy z krążeniem krwi w śledzionie,
- żółtaczka (objawy obejmują: zażółcenie skóry i oczu),
- ból głowy, splątanie, napady drgawek i utrata widzenia, które mogą być objawami schorzenia mózgu określanego jako zespół odwracalnej tylnej encefalopatii (PRES).

Częstość nieznaną (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych):

- nawrót (reaktywacja) zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (zakażenia wątroby) u pacjentów, którzy przebyli tę chorobę w przeszłości,
- niepokojące wysypki skórne obejmujące powstawanie pęcherzy lub łuszczenie się skóry, rozprzestrzeniające się na całym ciele i związane ze zmęczeniem. Należy niezwłocznie poinformować lekarza w przypadku wystąpienia tych objawów,
- powiększenie i osłabienie ściany naczynia krwionośnego lub rozdarcie ściany naczynia krwionośnego (tętniak i rozwarstwienie tętnicy).

Dodatkowe działania niepożądane zgłaszane w przypadku stosowania ponatynibu w skojarzeniu z chemioterapią w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) z chromosomem Filadelfia:

Bardzo częste działania niepożądane (mogą występować częściej niż u 1 na 10 leczonych pacjentów):

- zmiany w parametrach krwi:
 - zwiększona liczba białych krwinek
 - zwiększone stężenie enzymu w surowicy zwanego dehydrogenazą mleczanową, które może być wskaźnikiem uszkodzenia tkanek.

Częste działania niepożądane (mogą wystąpić u 1 pacjenta na 10 leczonych pacjentów):

- zakażenie spowodowane małą liczbą we krwi białych krwinek zwanych neutrofilami
- zmiany w parametrach krwi:
 - zmniejszona liczba czerwonych i białych krwinek oraz płytek krwi (mielosupresja, cytopenia)
 - zwiększona liczba białych krwinek, zwanych neutrofilami
 - zwiększona liczba płytek krwi
 - mała liczba białych krwinek, która powoduje u pacjenta wysokie ryzyko poważnych zakażeń z powodu zahamowania czynności układu odpornościowego
 - zmniejszone stężenie białka zwanego albuminą w surowicy krwi
 - zwiększone stężenie w surowicy krwi białka zwanego kreatyniną i związanego z czynnością nerek
 - zwiększone stężenie w surowicy białka zwanego troponiną I, co może oznaczać, że doszło do pewnego uszkodzenia serca.

- zmniejszone stężenie fibrynogenu, białka krzepnięcia we krwi
- zmniejszenie całkowitej liczby białek we krwi
- pęknięte naczynie krwionośne, które krwawi na powierzchni oka
- kołatanie serca
- wolne bicie serca z tętnem spoczynkowym 60 uderzeń na minutę lub mniejszym
- ochrypliły głos
- zapalenie błony śluzowej żołądka

Niezbyt częste działania niepożądane (mogą wystąpić nie częściej niż u 1 na 100 leczonych pacjentów):

- uczucie zimna w ramionach i (lub) nogach
- zakrzepy krwi
- krwawienie z ust
- problemy z wątrobą i drogami żółciowymi, które mogą powodować podwyższenie stężeń enzymów takich jak amylaza lub lipaza we krwi

Zgłaszanie działań niepożądanych

Jeśli wystąpią jakiegokolwiek objawy niepożądane, w tym wszelkie objawy niepożądane niewymienione w tej ulotce, należy powiedzieć o tym lekarzowi lub farmaceucie. Działania niepożądane można zgłaszać bezpośrednio do „krajowego systemu zgłaszania” wymienionego w [załączniku V](#). Dzięki zgłaszaniu działań niepożądanych można będzie zgromadzić więcej informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leku.

5. Jak przechowywać lek Iclusig

Lek należy przechowywać w miejscu niewidocznym i niedostępnym dla dzieci.

Nie stosować tego leku po upływie terminu ważności zamieszczonego na etykiecie butelki i na pudełku po „EXP”. Termin ważności oznacza ostatni dzień podanego miesiąca.

Przechowywać w oryginalnym pojemniku w celu ochrony przed światłem.

Butelka zawiera jeden zapieczętowany plastikowy pojemnik zawierający pochłaniacz wilgoci na bazie sita molekularnego. Nie usuwać pojemnika z butelki. Nie połykać pojemnika z pochłaniaczem wilgoci.

Leków nie należy wyrzucać do kanalizacji ani domowych pojemników na odpadki. Należy zapytać farmaceutę, jak usunąć leki, których się już nie używa. Takie postępowanie pomoże chronić środowisko.

6. Zawartość opakowania i inne informacje

Co zawiera lek Iclusig

- Substancją czynną leku jest ponatynib.
Każda tabletkowa powlekana 15 mg zawiera 15 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).
Każda tabletkowa powlekana 30 mg zawiera 30 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).
Każda tabletkowa powlekana 45 mg zawiera 45 mg ponatynibu (w postaci chlorowodoru).
- Pozostałe składniki to laktoza jednowodna, celuloza mikrokrystaliczna, glikolan sodowo-skrobiowy, krzemionka koloidalna bezwodna, stearynian magnezu, talk, makrogl 4000, alkohol poliwinylowy, dwutlenek tytanu (E171). Patrz punkt 2 „Lek Iclusig zawiera laktozę”.

Jak wygląda lek Iclusig i co zawiera opakowanie

Tabletki powlekane leku Iclusig są białe, okrągłe i zaokrąglone z dolnej i górnej strony.

Tabletki powlekane leku Iclusig 15 mg mają około 6 mm średnicy i oznaczone są symbolem „A5” z jednej strony.

Tabletki powlekane leku Iclusig 30 mg mają około 8 mm średnicy i oznaczone są symbolem „C7” z jednej strony.

Tabletki powlekane leku Iclusig 45 mg mają około 9 mm średnicy i oznaczone są symbolem „AP4” z jednej strony.

Lek Iclusig dostępny jest w plastikowych buteleczkach, z których każda zawiera jeden pojemnik zawierający pochłaniacz wilgoci na bazie sita molekularnego. Butelki są zapakowane w tekturowe pudełko.

Butelki z lekiem Iclusig 15 mg zawierają 30, 60 lub 180 tabletek powlekanych.

Butelki z lekiem Iclusig 30 mg zawierają 30 tabletek powlekanych.

Butelki z lekiem Iclusig 45 mg zawierają 30 lub 90 tabletek powlekanych.

Niektóre wielkości opakowań mogą nie być dostępne w obrocie.

Podmiot odpowiedzialny

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheувelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

Wytwórca

Incyte Biosciences Distribution B.V.
Paasheувelweg 25
1105 BP Amsterdam
Holandia

Tjoapack Netherlands B.V.
Nieuwe Donk 9
4879 AC Etten-Leur
Holandia

Data ostatniej aktualizacji ulotki: {MM/RRRR}.

Szczegółowe informacje o tym leku znajdują się na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków <https://www.ema.europa.eu>.

Znajdują się tam również linki do stron internetowych o rzadkich chorobach i sposobach leczenia.

Ta ulotka jest dostępna we wszystkich językach UE/EOG na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków.