

**POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA**

## 1. IME ZDRAVILA

Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje

## 2. KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA

Ena viala vsebuje 3,5 mg bortezomiba (v obliki estra manitola in boronske kisline).

Po rekonstituciji 1 ml raztopine za subkutano injiciranje vsebuje 2,5 mg bortezomiba.

Po rekonstituciji 1 ml raztopine za intravensko injiciranje vsebuje 1 mg bortezomiba.

Za celoten seznam pomožnih snovi glejte poglavje 6.1.

## 3. FARMACEVTSKA OBLIKA

prašek za raztopino za injiciranje

Bela do belkasta pogača ali prašek.

## 4. KLINIČNI PODATKI

### 4.1 Terapevtske indikacije

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss je v monoterapiji ali v kombinaciji s pegiliranim liposomskim doksorubicinom ali z deksametazonom indicirano za zdravljenje odraslih bolnikov z napredujočim diseminiranim plazmocitomom, ki so prejeli najmanj eno vrsto predhodnega zdravljenja in so jim že presadili krvotvorne matične celice ali presaditev pri njih ni mogoča.

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss je v kombinaciji z melfalanom in prednizonom indicirano za zdravljenje odraslih bolnikov, pri katerih diseminirani plazmocitom še ni bil zdravljen in pri katerih pred presaditvijo krvotvornih matičnih celic kemoterapija v velikih odmerkih ni primerna.

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss je v kombinaciji z deksametazonom ali deksametazonom in talidomidom indicirano za uvaljalno zdravljenje odraslih bolnikov, pri katerih diseminirani plazmocitom še ni bil zdravljen in pri katerih je pred presaditvijo krvotvornih matičnih celic primerna kemoterapija v velikih odmerkih.

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss je v kombinaciji z rituksimabom, ciklofosfamidom, doksorubicinom in prednizonom indicirano za zdravljenje odraslih bolnikov z limfomom plaščnih celic, ki še niso prejeli zdravljenja in pri katerih presaditev krvotvornih matičnih celic ni mogoča.

### 4.2 Odmerjanje in način uporabe

Zdravljenje je treba začeti in izvajati pod nadzorom ustrezno usposobljenega zdravnika z izkušnjami zdravljenja s kemoterapevtiki. Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss mora rekonstituirati zdravstveno osebje.

Odmerjanje pri zdravljenju napredujočega diseminiranega plazmocitoma (bolniki, ki so pred tem že prejeli vsaj eno vrsto predhodnega zdravljenja)

#### *Monoterapija*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo. Priporočeni odmerek je 1,3 mg/m<sup>2</sup> telesne površine, dvakrat na teden, dva tedna,

na 1., 4., 8. in 11. dan v 21-dnevem ciklusu zdravljenja. To 3-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja. Priporoča se, da bolniki po potrjenem popolnem odgovoru prejmejo še dva ciklusa zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss. Priporoča se tudi, da odzivni bolniki, ki ne dosežejo popolne remisije, prejmejo skupno 8 ciklusov zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss. Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči najmanj 72 ur.

*Prilagoditev odmerka med zdravljenjem in pri ponovni uvedbi zdravljenja v obliki monoterapije*

Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss morate prekiniti ob pojavu katere koli nehematološke toksičnosti stopnje 3 ali katere koli hematološke toksičnosti stopnje 4, z izjemo nevropatije, kot je opisano v nadaljevanju (glejte tudi poglavje 4.4). Ko znaki toksičnosti minejo, lahko zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss ponovno uvedete, vendar s 25 % manjšim odmerkom (1,3 mg/m<sup>2</sup> zmanjšano na 1,0 mg/m<sup>2</sup>; 1,0 mg/m<sup>2</sup> zmanjšano na 0,7 mg/m<sup>2</sup>). Če toksičnost ne mine ali če se ponovi tudi pri najmanjšem odmerku, morate premisliti o ukinitvi zdravila Bortezomib PharmaSwiss, razen če koristi zdravljenja očitno odtehtajo tveganje.

*Nevropatska bolečina in/ali periferna nevropatija*

Bolnike, ki imajo nevropatsko bolečino in/ali periferno nevropatijo, povezano z jemanjem bortezomiba, zdravite v skladu s preglednico 1 (glejte poglavje 4.4). Bolnike z obstoječo hudo nevropatijo lahko zdravite z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss šele po skrbnem pretehtanju razmerja med koristmi in tveganji.

*Preglednica 1: Priporočena\* prilagoditev odmerka v primeru nevropatije, povezane z bortezomibom*

<b>Stopnja nevropatije</b>	<b>Prilagoditev odmerka</b>
Stopnja 1 (asimptomatična; izguba refleksa globoke tetive ali parestezija) brez bolečine ali izguba funkcije	Ni potrebna.
Stopnja 1 z bolečino ali stopnja 2 (zmerni simptomi; omejene instrumentalne osnovne vsakodnevne aktivnosti (ADL – <i>Activities of Daily Living</i> **))	Zmanjšajte odmerek zdravila Bortezomib PharmaSwiss na 1,0 mg/m <sup>2</sup> ali spremenite shemo zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss na 1,3 mg/m <sup>2</sup> enkrat na teden.
Stopnja 2 z bolečino ali stopnja 3 (hudi simptomi; omejene fizične ADL***)	Prekinite zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, dokler ne minejo znaki toksičnosti. Ko znaki toksičnosti minejo, ponovno uvedite zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss in zmanjšajte odmerek na 0,7 mg/m <sup>2</sup> enkrat na teden.
Stopnja 4 (posledice, ki ogrožajo življenje; potrebno je nujno ukrepanje) in/ali močna avtonomna nevropatija	Ukinite zdravilo Bortezomib PharmaSwiss.

\* Na osnovi prilagoditev odmerka v študijah faze II in III pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom in izkušenj v obdobju trženja. Razvrstitev temelji na 4. različici enotnih meril toksičnosti za vrednotenje neželenih učinkov nacionalnega onkološkega inštituta ZDA (*NCI Common Toxicity Criteria CTCAE v 4.0*).

\*\* *Instrumentalna ADL*: zajema pripravo obrokov, nakup živil ali oblačil, uporabo telefona, upravljanje z denarjem itd.

\*\*\* *Fizična ADL*: zajema kopanje, oblačenje in slačenje, hranjenje, uporabo stranišča, jemanje zdravil, ne zajema pa bolnikov, priklenjenih na posteljo zaradi bolezni.

*Kombinirano zdravljenje s pegiliranim liposomskim doksorubicinom*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo. Priporočeni odmerek je 1,3 mg/m<sup>2</sup> telesne površine, dvakrat na teden, dva tedna, na 1., 4., 8. in 11. dan v 21-dnevem ciklusu zdravljenja. To 3-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja. Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči najmanj 72 ur.

Pegilirani liposomski doksorubicin se daje v obliki 1-urne intravenske infuzije v odmerku 30 mg/m<sup>2</sup> na 4. dan ciklusa zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, po injiciranju zdravila Bortezomib PharmaSwiss.

Bolniki, pri katerih bolezni ne napreduje in zdravljenje dobro prenašajo, lahko prejmejo največ 8 ciklusov kombiniranega zdravljenja. Bolniki s popolnim odgovorom lahko z zdravljenjem

nadaljujejo še najmanj 2 ciklusa po prvi ugotovitvi popolnega odgovora, tudi če to zahteva zdravljenje, daljše od 8 ciklusov. Bolniki, pri katerih se koncentracija paraproteinov po 8 ciklusih še znižuje, lahko z zdravljenjem nadaljujejo, dokler zdravljenje dobro prenašajo in se odzivajo nanj.

Za dodatne informacije o pegiliranem liposomskem doksorubicinu glejte ustrezen povzetek glavnih značilnosti zdravila.

#### *Kombinirano zdravljenje z deksametazonom*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo. Priporočeni odmerek je 1,3 mg/m<sup>2</sup> telesne površine, dvakrat na teden, dva tedna, na 1., 4., 8. in 11. dan v 21-dnevnom ciklusu zdravljenja. To 3-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja. Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči najmanj 72 ur.

Deksametazon se jemlje peroralno v odmerku 20 mg na 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. in 12. dan v ciklusu zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss.

Bolniki, ki po 4 ciklusih tega kombiniranega zdravljenja dosežejo odgovor ali so stabilni, lahko prejema enako zdravljenje še največ 4 dodatne cikluse.

Za dodatne informacije o deksametazonu glejte ustrezen povzetek glavnih značilnosti zdravila.

#### *Prilagoditev odmerka pri kombiniranem zdravljenju bolnikov z napredujočim diseminiranim plazmocitomom*

Za prilagoditev odmerka zdravila Bortezomib PharmaSwiss pri kombiniranem zdravljenju upoštevajte navodila za monoterapijo, opisana zgoraj.

#### Odmerjanje pri bolnikih, pri katerih diseminirani plazmocitom še ni bil zdravljen in niso primerni za presaditev krvotvornih matičnih celic

#### *Kombinirano zdravljenje z melfalanom in prednizonom*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo v kombinaciji s peroralnim melfalanom in prednizonom, kot je prikazano v preglednici 2. 6-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja. V ciklusih 1–4 se zdravilo Bortezomib PharmaSwiss daje dvakrat na teden, na 1., 4., 8., 11., 22., 25., 29. in 32. dan, v ciklusih 5–9 pa enkrat na teden, na 1., 8., 22. in 29. dan. Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči vsaj 72 ur.

Melfalan in prednizon je treba dati peroralno na 1., 2., 3. in 4. dan v prvem tednu vsakega ciklusa zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss.

Zdravljenje s tem kombiniranim zdravljenjem traja devet ciklusov.

*Preglednica 2: Priporočeno odmerjanje zdravila Bortezomib PharmaSwiss v kombinaciji z melfalanom in prednizonom*

<b>Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss dvakrat na teden (ciklusi 1–4)</b>												
<b>Teden</b>	<b>1</b>				<b>2</b>		<b>3</b>	<b>4</b>		<b>5</b>		<b>6</b>
Bz (1,3 mg/m <sup>2</sup> )	1. dan	--	--	4. dan	8. dan	11. dan	premor	22. dan	25. dan	29. dan	32. dan	premor
M (9 mg/m <sup>2</sup> ) P (60 mg/m <sup>2</sup> )	1. dan	2. dan	3. dan	4. dan	--	--	premor	--	--	--	--	premor
<b>Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss enkrat na teden (ciklusi 5–9)</b>												
<b>Teden</b>	<b>1</b>				<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>			
Bz (1,3 mg/m <sup>2</sup> )	1. dan	--	--	--	8. dan	premor	22. dan	29. dan	premor			
M (9 mg/m <sup>2</sup> ) P (60 mg/m <sup>2</sup> )	1. dan	2. dan	3. dan	4. dan	--	premor	--	--	premor			

Bz = zdravilo Bortezomib PharmaSwiss, M = melfalan, P = prednizon

#### *Prilagoditev odmerka med zdravljenjem in ob ponovni uvedbi kombiniranega zdravljenja z melfalanom in prednizonom*

Pred začetkom novega ciklusa zdravljenja:

- Število trombocitov mora biti  $\geq 70 \times 10^9/l$  in celokupno število nevtrofilcev (ANC – *Absolute Neutrophil Count*) mora biti  $\geq 1,0 \times 10^9/l$ .
- Nehematološke toksičnosti se morajo povrniti na stopnjo 1 ali stanje pred začetkom zdravljenja.

*Preglednica 3: Prilagoditev odmerka med kasnejšimi cikliki zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss v kombinaciji z melfalanom in prednizonom*

<b>Toksičnost</b>	<b>Prilagoditev ali zakasnitev odmerka</b>
<p><i>Hematološka toksičnost med zdravljenjem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Če je bila v prejšnjem ciklusu zdravljenja opažena dolgotrajna nevtropenija stopnje 4, trombocitopenija ali trombocitopenija s krvavitvijo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V naslednjem ciklusu zdravljenja razmislite o zmanjšanju odmerka melfalana za 25 %.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Če je na dan odmerka zdravila Bortezomib PharmaSwiss (razen 1. dneva) število trombocitov <math>\leq 30 \times 10^9/l</math> ali ANC <math>\leq 0,75 \times 10^9/l</math>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Če preskočite več odmerkov zdravila Bortezomib PharmaSwiss v enem ciklusu zdravljenja (<math>\geq 3</math> odmerke pri odmerjanju dvakrat na teden ali <math>\geq 2</math> odmerka pri odmerjanju enkrat na teden).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odmerek zdravila Bortezomib PharmaSwiss je treba zmanjšati za eno stopnjo (z <math>1,3 \text{ mg/m}^2</math> na <math>1 \text{ mg/m}^2</math> ali z <math>1 \text{ mg/m}^2</math> na <math>0,7 \text{ mg/m}^2</math>).</li> </ul>
<p><i>Nehematološka toksičnost stopnje <math>\geq 3</math></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti, dokler se simptomi toksičnosti ne povrnejo na stopnjo 1 ali stanje pred začetkom zdravljenja. Nato lahko ponovno uvedete zdravilo Bortezomib PharmaSwiss v odmerku, ki je eno stopnjo manjši od prejšnjega (z <math>1,3 \text{ mg/m}^2</math> na <math>1 \text{ mg/m}^2</math> ali z <math>1 \text{ mg/m}^2</math> na <math>0,7 \text{ mg/m}^2</math>). V primeru nevropatske bolečine in/ali periferne nevropatije, povezanih z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, zakasnite in/ali prilagodite odmerek zdravila Bortezomib PharmaSwiss, kot je opisano v preglednici 1.</li> </ul>

Za dodatne informacije o melfalanu in prednizonu glejte ustrezna povzetka glavnih značilnosti zdravila.

Odmerjanje pri bolnikih, pri katerih diseminirani plazmocitom še ni bil zdravljen in so primerni za presaditev krvotvornih matičnih celic (uvajalno zdravljenje)

#### *Kombinirano zdravljenje z deksametazonom*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo. Priporočeni odmerek je  $1,3 \text{ mg/m}^2$  telesne površine, dvakrat na teden, dva tedna, na 1., 4., 8. in 11. dan v 21-dnevem ciklusu zdravljenja. To 3-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja.

Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči najmanj 72 ur.

Deksametazon se jemlje peroralno v odmerku 40 mg na 1., 2., 3., 4., 8., 9., 10. in 11. dan v ciklusu zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss.

Zdravljenje s tem kombiniranim zdravljenjem traja štiri cikle.

#### *Kombinirano zdravljenje z deksametazonom in talidomidom*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo. Priporočeni odmerek je  $1,3 \text{ mg/m}^2$  telesne površine, dvakrat na teden, dva tedna, na 1., 4., 8. in 11. dan v 28-dnevem ciklusu zdravljenja. To 4-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja.

Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči najmanj 72 ur. Deksametazon se jemlje peroralno v odmerku 40 mg na 1., 2., 3., 4., 8., 9., 10. in 11. dan v ciklusu zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss. Talidomid se jemlje peroralno v odmerku 50 mg od 1. do 14. dneva. Če bolnik zdravljenje dobro prenaša, se odmerek poveča na 100 mg od 15. do 28. dneva, od 2. ciklusa zdravljenja pa se lahko poveča na 200 mg na dan (glejte preglednico 4). Zdravljenje s tem kombiniranim zdravljenjem traja štiri cikle. Priporoča se, da bolniki z najmanj delnim odgovorom prejmejo 2 dodatna ciklusa zdravljenja.

*Preglednica 4: Odmerjanje zdravila Bortezomib PharmaSwiss v kombiniranem zdravljenju pri bolnikih, pri katerih diseminirani plazmocitom še ni bil zdravljen in so primerni za presaditev krvotvornih matičnih celic*

<b>Bz+Dx</b>	<b>Ciklusi 1–4</b>				
	<b>Teden</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
	Bz (1,3 mg/m <sup>2</sup> )	1. in 4. dan	8. in 11. dan	premor	
	Dx 40 mg	1., 2., 3. in 4. dan	8., 9., 10. in 11. dan	-	
<b>Bz+Dx+T</b>	<b>Ciklus 1</b>				
	<b>Teden</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	Bz (1,3 mg/m <sup>2</sup> )	1. in 4. dan	8. in 11. dan	premor	premor
	T 50 mg	vsak dan	vsak dan	-	-
	T 100 mg <sup>a</sup>	-	-	vsak dan	vsak dan
	Dx 40 mg	1., 2., 3. in 4. dan	8., 9., 10. in 11. dan	-	-
	<b>Ciklusi 2–4<sup>b</sup></b>				
	Bz (1,3 mg/m <sup>2</sup> )	1. in 4. dan	8. in 11. dan	premor	premor
	T 200 mg <sup>a</sup>	vsak dan	vsak dan	vsak dan	vsak dan
	Dx 40 mg	1., 2., 3. in 4. dan	8., 9., 10. in 11. dan	-	-

Bz = zdravilo Bortezomib PharmaSwiss, Dx = deksametazon, T = talidomid

<sup>a</sup> Odmerek talidomida se sme v 3. tednu 1. ciklusa povečati na 100 mg samo, če bolnik dobro prenaša odmerek 50 mg, in v 2. ciklusu na 200 mg samo, če bolnik dobro prenaša odmerek 100 mg.

<sup>b</sup> Bolniki, ki po 4 ciklih dosežejo vsaj delni odgovor, lahko prejmejo 6 ciklov zdravljenja.

#### *Prilagoditev odmerka pri bolnikih, primernih za presaditev*

Za prilagoditev odmerka zdravila Bortezomib PharmaSwiss je treba upoštevati navodila za odmerjanje, opisana pri monoterapiji.

Kadar se zdravilo Bortezomib PharmaSwiss daje v kombinaciji z drugimi kemoterapevtiki, je v primeru pojava toksičnosti treba razmisliti o zmanjšanju odmerkov teh zdravil, skladno s priporočili v njihovih povzetkih glavnih značilnosti zdravil.

#### Odmerjanje pri bolnikih, pri katerih limfom plaščnih celic (MCL – *Mantle Cell Lymphoma*) še ni bil zdravljen

##### *Kombinirano zdravljenje z rituksimabom, ciklofosfamidom, doksorubicinom in prednizonom (BzR-CAP)*

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje se daje z intravensko ali subkutano injekcijo. Priporočeni odmerek je 1,3 mg/m<sup>2</sup> telesne površine, dvakrat na teden, dva tedna, na 1., 4., 8. in 11. dan. Sledi 10-dnevni premor, od 12. do 21. dneva. To 3-tedensko obdobje predstavlja en ciklus zdravljenja. Priporoča se, da bolnik prejme šest ciklov zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, vendar pa lahko bolniki, ki dosežejo odgovor šele v 6. ciklusu, prejmejo 2 dodatna ciklusa zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss. Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči najmanj 72 ur.

Zdravila, ki se dajejo v obliki intravenske infuzije na 1. dan vsakega 3-tedenskega ciklusa zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss so: rituksimab v odmerku 375 mg/m<sup>2</sup>, ciklofosfamid v odmerku 750 mg/m<sup>2</sup> in doksorubicin v odmerku 50 mg/m<sup>2</sup>.

Prednizon se daje peroralno v odmerku 100 mg/m<sup>2</sup> na 1., 2., 3., 4. in 5. dan vsakega ciklusa zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss.

*Prilagoditev odmerka med zdravljenjem pri bolnikih, pri katerih limfom plaščnih celic še ni bil zdravljen*

Pred začetkom novega ciklusa zdravljenja:

- Število trombocitov mora biti  $\geq 100.000$  celic/ $\mu$ l in celokupno število nevtrofilcev (ANC – *Absolute Neutrophil Count*) mora biti  $\geq 1.500$  celic/ $\mu$ l.
- Pri bolnikih z infiltracijo kostnega mozga ali sekvestracijo vranice mora biti število trombocitov  $\geq 75.000$  celic/ $\mu$ l.
- Hemoglobin  $\geq 8$  g/dl.
- Nehematološke toksičnosti se morajo povrniti na stopnjo 1 ali stanje pred začetkom zdravljenja.

Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti ob pojavu katere koli nehematološke toksičnosti stopnje  $\geq 3$  (razen nevropatije), povezane z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, ali hematološke toksičnosti stopnje  $\geq 3$  (glejte tudi poglavje 4.4). Za prilagajanje odmerkov glejte spodnjo preglednico 5.

Glede na lokalne smernice se za hematološke toksičnosti lahko daje granulocitne kolonije spodbujajoče faktorje. Če se zakasnitve ciklusov zdravljenja ponavljajo, je treba razmisliti o profilaktični uporabi granulocitne kolonije spodbujajočih faktorjev. Če je klinično ustrezno, je treba za zdravljenje trombocitopenije razmisliti o transfuziji trombocitov.

*Preglednica 5: Prilagoditev odmerka med zdravljenjem pri bolnikih, pri katerih limfom plaščnih celic še ni bil zdravljen*

<b>Toksičnost</b>	<b>Prilagoditev ali zakasnitev odmerka</b>
<i>Hematološka toksičnost</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nevtropenija stopnje <math>\geq 3</math> s povišano telesno temperaturo, nevtropenija stopnje 4, ki traja več kot 7 dni, število trombocitov <math>&lt; 10.000</math> celic/<math>\mu</math>l.</li> </ul>	<p>Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti za največ 2 tedna, dokler nima bolnik ANC <math>\geq 750</math> celic/<math>\mu</math>l in število trombocitov <math>\geq 25.000</math> celic/<math>\mu</math>l.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Če po prekinitvi zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss toksičnost ne mine, kot je opisano zgoraj, je treba zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss ukiniti.</li> <li>• Če toksičnost mine oziroma ima bolnik ANC <math>\geq 750</math> celic/<math>\mu</math>l in število trombocitov <math>\geq 25.000</math> celic/<math>\mu</math>l, se lahko zdravilo Bortezomib PharmaSwiss ponovno uvede v odmerku, ki je eno stopnjo manjši od prejšnjega (z 1,3 mg/m<sup>2</sup> na 1 mg/m<sup>2</sup> ali z 1 mg/m<sup>2</sup> na 0,7 mg/m<sup>2</sup>).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Če je na dan odmerka zdravila Bortezomib PharmaSwiss (razen 1. dneva vsakega ciklusa) število trombocitov <math>&lt; 25.000</math> celic/<math>\mu</math>l ali ANC <math>&lt; 750</math> celic/<math>\mu</math>l.</li> </ul>	<p>Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti.</p>

Nehematološka toksičnost stopnje $\geq 3$ , povezana z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss	Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti, dokler se simptomi toksičnosti ne povrnejo na stopnjo 2 ali manj. Nato lahko ponovno uvedete zdravilo Bortezomib PharmaSwiss v odmerku, ki je eno stopnjo manjši od prejšnjega (z $1,3 \text{ mg/m}^2$ na $1 \text{ mg/m}^2$ ali z $1 \text{ mg/m}^2$ na $0,7 \text{ mg/m}^2$ ). V primeru nevropatske bolečine in/ali periferne nevropatije, povezane z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, zakasnite in/ali prilagodite odmerke zdravila Bortezomib PharmaSwiss, kot je opisano v preglednici 1.
---	---

Kadar se zdravilo Bortezomib PharmaSwiss daje v kombinaciji z drugimi kemoterapevtiki, je v primeru pojava toksičnosti treba razmisliti o zmanjšanju odmerkov teh zdravil, skladno s priporočili v njihovih povzetkih glavnih značilnosti zdravil.

### Posebne skupine bolnikov

#### *Starejši bolniki*

Dokazov, ki bi potrdili, da je pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom ali limfomom plaščnih celic, starejših od 65 let, potrebna prilagoditev odmerka, ni.

Študij o uporabi zdravila Bortezomib PharmaSwiss pri starejših bolnikih, pri katerih diseminirani plazmocitom še ni bil zdravljen in pri katerih je pred presaditvijo krvotvornih matičnih celic primerna kemoterapija v velikih odmerkih, niso izvedli. Zato priporočil za odmerjanje pri tej populaciji ni mogoče dati.

V študiji z bortezomibom pri bolnikih, pri katerih limfom plaščnih celic še ni bil zdravljen, je bilo 42,9 % bolnikov starih 65–74 let in 10,4 % bolnikov starih  $\geq 75$  let. Bolniki, stari  $\geq 75$  let, so oba režima zdravljenja, BzR-CAP kot tudi R-CHOP (rituksimab, ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin in prednizon), slabše prenašali (glejte poglavje 4.8).

#### *Okvara jeter*

Pri bolnikih z blago jetrno okvaro ni treba prilagajati odmerka, treba jih je zdraviti s priporočenim odmerkom. Pri bolnikih z zmerno ali hudo jetrno okvaro je treba zdravljenje uvesti z manjšim odmerkom zdravila Bortezomib PharmaSwiss,  $0,7 \text{ mg/m}^2$  na injekcijo v prvem ciklusu zdravljenja. Na osnovi bolnikovega prenašanja zdravljenja je treba pretehtati možnost povečanja odmerka na  $1,0 \text{ mg/m}^2$  ali zmanjšanja odmerka na  $0,5 \text{ mg/m}^2$  (glejte preglednico 6 ter poglavji 4.4 in 5.2).

*Preglednica 6: Priporočena prilagoditev začetnega odmerka zdravila Bortezomib PharmaSwiss pri bolnikih z okvaro jeter*

Stopnja okvare jeter*	Raven bilirubina	Raven SGOT (AST)	Prilagoditev začetnega odmerka
Blaga	$\leq 1,0 \times \text{ULN}$	$> \text{ULN}$	ni potrebna
	$> 1,0\text{--}1,5 \times \text{ULN}$	katera koli	ni potrebna
Zmerna	$> 1,5\text{--}3 \times \text{ULN}$	katera koli	Zmanjšajte odmerke zdravila Bortezomib PharmaSwiss na $0,7 \text{ mg/m}^2$ v prvem ciklusu zdravljenja. Na osnovi bolnikovega prenašanja zdravljenja je treba v nadaljnjih ciklikih pretehtati možnost povečanja odmerka na $1,0 \text{ mg/m}^2$ ali zmanjšanja na $0,5 \text{ mg/m}^2$ .
Huda	$> 3 \times \text{ULN}$	katera koli	

Okrajšave: SGOT = serumska glutamat:oksalacetat transaminaza, AST = aspartat aminotransferaza, ULN – upper limit of the normal range = zgornja meja razpona normalnih vrednosti.



\* Na osnovi klasifikacije jetrnih okvar (blaga, zmerna, huda) delovne skupine za disfunkcije organov nacionalnega onkološkega inštituta ZDA (*NCI Organ Dysfunction Working Group*)

#### *Okvara ledvic*

Pri bolnikih z blago do zmerno okvaro ledvic (očistek kreatinina [CrCL] > 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) farmakokinetika bortezomiba ni spremenjena, zato pri njih ni treba prilagajati odmerka. Vpliv hude okvare ledvic na farmakokinetiko bortezomiba pri bolnikih, ki se še ne zdravijo z dializo (CrCL < 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), ni znan. Ker lahko dializa zmanjša koncentracijo bortezomiba, je treba zdravilo Bortezomib PharmaSwiss injicirati po zaključku dializnega postopka (glejte poglavje 5.2).

#### *Pediatrična populacija*

Varnost in učinkovitost zdravila Bortezomib PharmaSwiss pri otrocih, mlajših od 18 let, nista bili dokazani (glejte poglavji 5.1 in 5.2). Trenutno dostopni podatki so opisani v poglavju 5.1, vendar priporočil o odmerjanju ni mogoče dati.

#### Način uporabe

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje je namenjeno za intravensko ali subkutano uporabo.

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss se ne sme dajati po nobeni drugi poti. Intratekalna uporaba se je končala s smrtjo.

#### *Intravensko injiciranje*

Rekonstituirano raztopino zdravila Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg dajte naenkrat v obliki 3–5 sekund trajajoče bolusne intravenske injekcije preko perifernega ali osrednjega intravenskega katetra, čemur naj sledi izpiranje katetra z 9 mg/ml (0,9%) raztopino natrijevega klorida za injiciranje. Med zaporednima odmerkoma zdravila Bortezomib PharmaSwiss mora preteči vsaj 72 ur.

#### *Subkutano injiciranje*

Rekonstituirano raztopino zdravila Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg dajte subkutano v stegno (desno ali levo) ali trebuh (na desni ali levi strani). Raztopino morate injicirati subkutano, pod kotom 45–90 °. Za uspešno injiciranje je treba mesta injiciranja menjati.

Če se po subkutanem injiciranju zdravila Bortezomib PharmaSwiss na mestu injiciranja pojavijo lokalne reakcije, se priporoča, da subkutano injicirate manj koncentrirano raztopino zdravila Bortezomib PharmaSwiss (zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg rekonstituirajte na 1 mg/ml namesto 2,5 mg/ml) ali pa preidete na intravensko dajanje zdravila.

Pri sočasni uporabi zdravila Bortezomib PharmaSwiss z drugimi zdravili za navodila za odmerjanje glejte povzetke glavnih značilnosti teh zdravil.

### **4.3 Kontraindikacije**

Preobčutljivost na zdravilno učinkovino, bor ali katero koli pomožno snov, navedeno v poglavju 6.1. Akutna difuzna infiltracijska bolezen pljuč in perikarda.

Pri sočasni uporabi zdravila Bortezomib PharmaSwiss z drugimi zdravili za dodatne kontraindikacije glejte povzetke glavnih značilnosti teh zdravil.

### **4.4 Posebna opozorila in previdnostni ukrepi**

Kadar se zdravilo Bortezomib PharmaSwiss uporablja v kombinaciji z drugimi zdravili, je treba pred začetkom zdravljenja z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss prebrati povzetke glavnih značilnosti teh zdravil. Pri sočasni uporabi s talidomidom je potrebna posebna pozornost pri preverjanju nosečnosti in ukrepih za preprečevanje nosečnosti (glejte poglavje 4.6).

#### Intratekalna uporaba

Nenamerna intratekalna uporaba zdravila Bortezomib PharmaSwiss je privedla do smrtnih primerov. Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje je namenjeno za intravensko ali subkutano uporabo. Zdravila Bortezomib PharmaSwiss ne smete dajati intratekalno.

### Toksični učinki na prebavila

Med zdravljenjem z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss se zelo pogosto pojavijo toksični učinki na prebavila, kot so slabost, driska, bruhanje in zaprtje. Občasno so poročali o primerih zapore črevesja (glejte poglavje 4.8). Zato je treba bolnike z zaprtjem skrbno spremljati.

### Toksični učinki na hematološki sistem

Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je zelo pogosto povezano s toksičnimi učinki na hematološki sistem (trombocitopenija, nevtropenija in anemija). V študijah zdravljenja z bortezomibom pri bolnikih s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma in pri bolnikih z nezdravljenim MCL, v kombinaciji z rituksimabom, ciklofosfamidom, doksorubicinom in prednizonom (BzR-CAP), je bil eden najpogostejših toksičnih učinkov na hematološki sistem prehodna trombocitopenija. Število trombocitov je bilo najmanjše na 11. dan vsakega ciklusa zdravljenja z bortezomibom in se je do naslednjega ciklusa zdravljenja običajno povrnilo na začetno vrednost. Znakov kumulativne trombocitopenije ni bilo. Povprečna vrednost najmanjšega izmerjenega števila trombocitov je v študijah diseminiranega plazmocitoma z uporabo ene učinkovine znašala približno 40 % in v študiji MCL 50 % začetne vrednosti. Pri bolnikih z napredovalim plazmocitomom je bila stopnja trombocitopenije povezana s številom trombocitov pred zdravljenjem: 90 % od 21 bolnikov, ki so imeli začetno število trombocitov < 75.000/ $\mu$ l, je med študijo imelo število trombocitov  $\leq$  25.000/ $\mu$ l (vključno s 14 % bolnikov, ki so imeli število trombocitov < 10.000/ $\mu$ l), izmed 309 bolnikov, ki so imeli začetno število trombocitov > 75.000/ $\mu$ l, pa jih je med študijo le 14 % imelo število trombocitov  $\leq$  25.000/ $\mu$ l.

Pri bolnikih z MCL (študija LYM-3002) je bila pojavnost trombocitopenije stopnje  $\geq$  3 v skupini, ki je prejela bortezomib (BzR-CAP), v primerjavi s skupino, ki bortezomiba ni prejela (rituksimab, ciklofosfamid, doksorubicin, vinkristin in prednizon [R-CHOP]), večja (56,7 % v primerjavi s 5,8 %). V obeh skupinah pa je bila podobna celokupna pojavnost krvavitev vseh stopenj (6,3 % v BzR-CAP in 5,0 % v R-CHOP) in krvavitev stopnje  $\geq$  3 (BzR-CAP: 4 bolniki [1,7 %]; R-CHOP: 3 bolniki [1,2 %]). V skupini BzR-CAP je prejelo infuzijo trombocitov 22,5 % bolnikov, v skupini R-CHOP pa 2,9 % bolnikov.

V povezavi z zdravljenjem z bortezomibom so poročali o gastrointestinalni in intracerebralni krvavitvi. Zato je treba pred vsakim dajanjem odmerka zdravila Bortezomib PharmaSwiss določiti število trombocitov. Zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba prekiniti, kadar je število trombocitov < 25.000/ $\mu$ l ali če se bolnik zdravi v kombinaciji z melfalanom in prednizonom in je število trombocitov  $\leq$  30.000/ $\mu$ l (glejte poglavje 4.2). Skrbno je treba pretehtati potencialne koristi zdravljenja glede na tveganja, še posebno v primeru zmerne do hude trombocitopenije in ob obstoječih dejavnikih tveganja za krvavitev.

Med zdravljenjem z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss je treba z diferencialno krvno sliko pogosto spremljati število krvnih celic, vključno s številom trombocitov. Če je klinično ustrezno, je treba razmisliti o transfuziji trombocitov (glejte poglavje 4.2).

Pri bolnikih z MCL so opažali prehodno nevtropenijo, ki je bila med ciklusi zdravljenja reverzibilna. Znakov kumulativne nevtropenije ni bilo. Število nevtrofilcev je bilo najmanjše na 11. dan vsakega ciklusa zdravljenja z bortezomibom in se je do naslednjega ciklusa zdravljenja običajno povrnilo na začetno vrednost. V študiji LYM-3002 je podporno zdravljenje s kolonije spodbujajočimi faktorji prejelo 78 % bolnikov v skupini BzR-CAP in 61 % bolnikov v skupini R-CHOP. Bolniki z nevtropenijo so izpostavljeni povečanemu tveganju za okužbe, zato jih je treba spremljati glede pojava znakov in simptomov okužbe in takoj zdraviti. Glede na lokalne smernice se za hematološke toksičnosti lahko daje granulocitne kolonije spodbujajoče faktorje. Če se zakasnitve ciklusov

zdravljenja ponavljajo, je treba razmisliti o profilaktični uporabi granulocitne kolonije spodbujajočih faktorjev (glejte poglavje 4.2).

#### Reaktivacija virusa herpes zoster

Pri bolnikih, ki se zdravijo z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss, se priporoča protivirusna profilaksa. V študiji faze III pri bolnikih s predhodno nezdravljenim diseminiranim plazmocitomom je bila splošna pojavnost reaktivacije virusa herpes zoster pri bolnikih, zdravljenih s kombinacijo bortezomiba, melfalana in prednizona, pogostejša kot pri bolnikih, zdravljenih s kombinacijo melfalana in prednizona (14 % v primerjavi s 4 %).

Pri bolnikih z MCL (študija LYM-3002) je bila pojavnost okužbe z virusom herpes zoster v skupini BzR-CAP 6,7 % in v skupini R-CHOP 1,2 % (glejte poglavje 4.8).

#### Reaktivacija in okužba z virusom hepatitisa B (HBV)

Pri bolnikih s tveganjem za okužbo s HBV je treba pred uporabo rituksimaba v kombinaciji z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss vedno opraviti presejalni test na HBV. Prenášalce virusa hepatitisa B in bolnike, ki so že imeli hepatitis B, je treba med zdravljenjem in v nadaljevanju zdravljenja z rituksimabom v kombinaciji z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss skrbno spremljati glede kliničnih in laboratorijskih znakov aktivne okužbe s HBV. Razmisliti je treba o protivirusni profilaksi. Za več informacij o rituksimabu glejte njegov povzetek glavnih značilnosti zdravila.

#### Progresivna multifokalna levkoencefalopatija (PML)

Pri bolnikih, zdravljenih z bortezomibom, so poročali o zelo redkih primerih okužbe z virusom JC (virus John Cunningham), z neznano vzročno povezavo, ki je vodila v PML in smrt. Bolniki s PML so že pred diagnozo ali sočasno prejeli imunosupresivno zdravljenje. Večina primerov PML je bila diagnosticirana v 12 mesecih po prvem odmerku bortezomiba. Kot del diferencialne diagnoze težav CZS je pri bolnikih treba redno spremljati pojav novih ali poslabšanje nevroloških simptomov ali znakov, ki bi lahko nakazovali na PML. V primeru suma na PML je treba bolnika napotiti k specialistu in opraviti ustrezne diagnostične teste. Če se pri bolniku diagnosticira PML, je treba zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss prekiniti.

#### Periferna nevropatija

Zdravljenje z bortezomibom je zelo pogosto povezano s periferno nevropatijo, ki je pretežno senzorična. Poročali so tudi o primerih resne motorične nevropatije z ali brez senzorične periferne nevropatije. Pojavnost periferne nevropatije se poveča v začetku zdravljenja in doseže najvišjo vrednost v 5. ciklusu zdravljenja.

Priporoča se, da se bolnike skrbno spremlja glede pojava simptomov nevropatije, npr. pekočega občutka, hiperestezije, hipestezijske, parestezijske, neprijetnega občutka, nevropatične bolečine ali oslabelosti.

V študiji faze III z bortezomibom, ki je primerjala intravensko in subkutano dajanje zdravila, je bila pojavnost dogodkov periferne nevropatije stopnje  $\geq 2$  v skupini, ki je prejela zdravilo subkutano, 24 %, v skupini, ki je prejela zdravilo intravensko, pa 41 % ( $p = 0,0124$ ). Periferna nevropatija stopnje  $\geq 3$  se je pojavila pri 6 % bolnikov v skupini s subkutanim dajanjem v primerjavi s 16 % bolnikov v skupini, ki je prejela zdravilo intravensko ( $p = 0,0264$ ). Pojavnost vseh stopenj periferne nevropatije pri dajanju bortezomiba intravensko je bila v predhodno opravljenih študijah z bortezomibom nižja kot v študiji MMY-3021.

Pri bolnikih, pri katerih se periferna nevropatija pojavi prvič ali se obstoječa periferna nevropatija poslabša, je treba opraviti nevrološko oceno in po potrebi prilagoditi odmerek ali shemo odmerjanja ali pot uporabe na subkutano (glejte poglavje 4.2). Nevropatijo so zdravili s podpornim zdravljenjem in z drugimi načini.

Pri bolnikih, ki prejemajo zdravilo Bortezomib PharmaSwiss v kombinaciji z zdravili, ki so povezana s pojavom nevropatije (npr. talidomid), je potrebno zgodnje in redno spremljanje pojava simptomov z zdravljenjem povezane nevropatije, treba je opraviti nevrološko oceno ter ustrezno zmanjšati odmerke ali razmisliti o ukinitvi zdravljenja.

Poleg periferne nevropatije lahko avtonomna nevropatija prispeva k nastanku nekaterih neželenih učinkov, npr. posturalne hipotenzije in hudega zaprtja z ileusom. Podatki o avtonomni nevropatiji in tem, koliko le-ta prispeva k tem neželenim učinkom, so omejeni.

### Epileptični napadi

Pri bolnikih, ki pred zdravljenjem niso imeli epileptičnih napadov ali epilepsije, so občasno poročali o epileptičnih napadih. Pri zdravljenju bolnikov z dejavniki tveganja za epileptične napade je potrebna posebna previdnost.

### Hipotenzija

Zdravljenje z bortezomibom je pogosto povezano z ortostatsko/posturalno hipotenzijo. Ti neželeni učinki so po jakosti večinoma blagi do zmerni in se jih opaža ves čas zdravljenja. Bolniki, zdravljeni z bortezomibom (injiciranim intravensko), pri katerih se je pojavila ortostatska hipotenzija, niso imeli nobenih znakov ortostatske hipotenzije pred zdravljenjem z bortezomibom. Pri večini bolnikov je bilo potrebno zdravljenje ortostatske hipotenzije. Manjši del bolnikov z ortostatsko hipotenzijo je imel sinkope. Ortostatska/posturalna hipotenzija ni bila akutno povezana z bolusno infuzijo bortezomiba. Mehanizem nastanka tega pojava ni znan, čeprav je deloma lahko posledica avtonomne nevropatije. Avtonomna nevropatija je lahko povezana z bortezomibom oz. bortezomib lahko poslabša osnovno bolezen, npr. diabetično ali amiloidno nevropatijo. Pri zdravljenju bolnikov s sinkopami v anamnezi, ki prejemajo zdravila, za katera je znano, da so povezana s pojavom hipotenzije, ali ki so dehidrirani zaradi ponavljajoče se driske ali bruhanja, se svetuje previdnost. Zdravljenje ortostatske/posturalne hipotenzije lahko vključuje prilagoditev odmerkov antihipertenzivov, rehidracijo bolnika ali dajanje mineralokortikosteroidov in/ali simpatikomimetikov. Bolnikom morate naročiti, naj se posvetujejo z zdravnikom, če imajo simptome omotice, vrtoglavice ali napade nezavesti.

### Sindrom reverzibilne posteriorne encefalopatije (PRES – *Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome*)

Pri bolnikih, ki so prejeli bortezomib, so poročali o PRES. PRES je redka, pogosto reverzibilna nevrološka motnja, ki se razvije hitro in se lahko kaže z epileptičnimi napadi, hipertenzijo, glavobolom, letargijo, zmedenostjo, slepoto in drugimi motnjami vida ter nevrološki motnjami. Diagnoza se potrdi s slikovnimi preiskavami možganov, najbolje z magnetnoresonančnim slikanjem (MRI – *Magnetic Resonance Imaging*). Če se pri bolniku pojavi PRES, je teba zdravljenje z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss prekiniti.

### Srčno popuščanje

Med zdravljenjem z bortezomibom so poročali o akutnem razvoju ali poslabšanju kongestivnega srčnega popuščanja in/ali novem pojavu zmanjšanja iztisne frakcije levega prekata. Zastajanje tekočin v telesu je lahko dejavnik tveganja za pojav znakov in simptomov srčnega popuščanja. Bolnike z dejavniki tveganja za srčno bolezen ali z obstoječo srčno boleznijo je treba skrbno spremljati.

### Elektrokardiogram

V kliničnih preskušanjih so poročali o posameznih primerih podaljšanja QT-intervalov. Vzroka za podaljšanje QT-intervalov niso ugotovili.

### Bolezni pljuč

Pri bolnikih, ki so prejeli borteomib, so redko poročali o akutni difuzni infiltracijski bolezni pljuč neznan etiologije, kot so pnevmonitis, intersticijska pljučnica, infiltracija pljuč in sindrom akutne respiratorne stiske (SARS) (glejte poglavje 4.8). Nekateri izmed teh dogodkov so bili smrtni. Pred zdravljenjem je priporočljivo opraviti rentgensko slikanje prsnega koša za oceno potencialnih pljučnih sprememb po zdravljenju.

V primeru pojava novih ali poslabšanja obstoječih pljučnih simptomov (npr. kašelj, dispneja) sta potrebni takojšnja diagnostična ocena in uvedba ustreznega zdravljenja bolnika. Pred nadaljevanjem zdravljenja z zdravilom Borteomib PharmaSwiss je treba oceniti razmerje med koristmi in tveganji.

V kliničnem preskušanju sta dva bolnika (od dveh), pri katerih so ponovitev akutne mielogene levkemije zdravili z velikim odmerkom citarabina ( $2 \text{ g/m}^2$  na dan) v 24-urni kontinuirani infuziji skupaj z daunorubicinom in borteomibom, umrla zaradi SARS na začetku zdravljenja in študijo so zaključili. Zato ta režim dajanja s sočasnim dajanjem velikih odmerkov citarabina v 24-urni kontinuirani infuziji ( $2 \text{ g/m}^2$  na dan) ni priporočljiv.

### Okvara ledvic

Pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom so pogosti ledvični zapleti. Bolnike z motenim delovanjem ledvic je treba skrbno spremljati (glejte poglavji 4.2 in 5.2).

### Okvara jeter

Borteomib se presnavlja z jetrnimi encimi. Pri bolnikih z zmerno ali hudo jetrno okvaro je izpostavljenost borteomibu povečana. Zato je treba te bolnike zdraviti z manjšimi odmerki zdravila Borteomib PharmaSwiss in pri njih skrbno spremljati morebiten pojav toksičnosti (glejte poglavji 4.2 in 5.2).

### Bolezni jeter

Pri bolnikih z obstoječimi resnimi boleznimi, ki so borteomib prejeli sočasno z drugimi zdravili, so poročali o redkih primerih odpovedi jeter. Poročali so tudi o drugih boleznih jeter, npr. povišanju vrednosti jetrnih encimov, hiperbilirubinemiji in hepatitisu. Po prekinitvi zdravljenja z borteomibom so te spremembe lahko reverzibilne (glejte poglavje 4.8).

### Sindrom razpada tumorja

Borteomib je citotoksična učinkovina in lahko hitro uniči maligne plazemske celice in celice MCL, zato lahko povzroči zaplete sindroma razpada tumorja. Tveganje za pojav sindroma razpada tumorja je večje pri bolnikih z večjo maso tumorja pred začetkom zdravljenja. Te bolnike je treba skrbno spremljati in upoštevati ustrezne previdnostne ukrepe.

### Sočasno jemanje zdravil

Bolnike, ki prejema borteomib v kombinaciji z močnimi inhibitorji encima CYP3A4, je treba skrbno spremljati. Še posebna previdnost je potrebna, kadar se daje borteomib v kombinaciji s substrati encimov CYP3A4 ali CYP2C19 (glejte poglavje 4.5).

Pri bolnikih, ki jemljejo peroralne antidiabetike, je treba potrditi normalno delovanje jeter. Pri teh bolnikih je potrebna previdnost (glejte poglavje 4.5).

### Reakcije, povzročene z imunokompleksi

Občasno so poročali o reakcijah, povzročenih z imunokompleksi, kot so serumska bolezen, poliartritis z izpuščajem in proliferativni glomerulonefritis. Če se pojavijo resni neželeni učinki, je treba zdravljenje z borteomibom prekiniti.

#### 4.5 Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij

Študije *in vitro* kažejo, da je borteomib šibek zaviralec izoencimov citokroma P450 (CYP) 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 in 3A4. Na osnovi majhnega deleža (7 %) encima CYP2D6 pri presnovi borteomiba ni pričakovati, da bi fenotip slabe presnove z encimom CYP2D6 vplival na skupno izločanje borteomiba.

Študija medsebojnega delovanja zdravil, ki je ocenjevala učinek ketokonazola, močnega inhibitorja encima CYP3A4, na farmakokinetiko borteomiba (injiciranega intravensko), je na osnovi podatkov 12 bolnikov pokazala povečanje povprečne AUC borteomiba za 35 % (90% IZ: 1,032–1,772). Zato je treba bolnike, ki prejemajo borteomib v kombinaciji z močnimi inhibitorji encima CYP3A4 (npr. ketokonazolom, ritonavirjem), skrbno spremljati.

V študiji medsebojnega delovanja zdravil, ki je ocenjevala učinek omeprazola, močnega inhibitorja encima CYP2C19, na farmakokinetiko borteomiba (injiciranega intravensko), na osnovi podatkov 17 bolnikov ni bilo pomembnega vpliva na farmakokinetiko borteomiba.

Študija medsebojnega delovanja zdravil, ki je ocenjevala učinek rifampicina, močnega induktorja encima CYP3A4, na farmakokinetiko borteomiba (injiciranega intravensko), je na osnovi podatkov 6 bolnikov pokazala zmanjšanje povprečne AUC borteomiba za 45 %. Ker se lahko zmanjša učinkovitost, se sočasna uporaba borteomiba z močnimi induktorji encima CYP3A4 (npr. rifampicinom, karbamazepinom, fenitoinom, fenobarbitalom in šentjanževko) ne priporoča.

V isti študiji medsebojnega delovanja zdravil so ocenjevali učinek deksametazona, šibkega induktorja encima CYP3A4, na farmakokinetiko borteomiba (injiciranega intravensko). Na osnovi podatkov 7 bolnikov ni bilo pomembnega vpliva na farmakokinetiko borteomiba.

Študija medsebojnega delovanja zdravil, ki je ocenjevala učinek melfalana in prednizona na farmakokinetiko borteomiba (injiciranega intravensko), je na osnovi podatkov 21 bolnikov pokazala povečanje povprečne AUC borteomiba za 17 %. Rezultat nima kliničnega pomena.

Med kliničnimi preskušnji so pri bolnikih s sladkorno boleznijo, ki prejemajo peroralne antidiabetike, občasno poročali o hipoglikemiji in pogosto o hiperglikemiji. Pri bolnikih, ki prejemajo peroralne antidiabetike in zdravilo Borteomib PharmaSwiss, bosta morda potrebna skrbno spremljanje koncentracije glukoze v krvi in prilagoditev odmerka antidiabetika.

#### 4.6 Plodnost, nosečnost in dojenje

##### Kontracepcija pri moških in ženskah

Moški in ženske v rodni dobi morajo uporabljati ustrezno kontracepcijsko metodo med in še 3 mesece po zdravljenju.

##### Nosečnost

Za borteomib ni na voljo kliničnih podatkov za nosečnice, ki so bile izpostavljene zdravilu. Teratogenost borteomiba še ni bila v celoti raziskana.

V nekliničnih raziskavah borteomib ni imel nobenih učinkov na embrionalni/fetalni razvoj pri podganah in kuncih pri največjih odmerkih, ki so jih samice še lahko prenašale. Študije na živalih za ugotavljanje učinkov borteomiba na porod in postnatalni razvoj niso bile opravljene (glejte poglavje 5.3). Zdravilo Borteomib PharmaSwiss se ne sme uporabljati med nosečnostjo, razen če klinično stanje ženske zahteva zdravljenje z zdravilom Borteomib PharmaSwiss.

Če se zdravilo Borteomib PharmaSwiss uporablja v času nosečnosti ali če bolnica zanosi med jemanjem tega zdravila, jo morate obvestiti o potencialnem tveganju za plod.

Talidomid je učinkovina z znanim teratogenim učinkom pri ljudeh. Povzroča hude, življenjsko nevarne prirojene napake. Uporaba talidomida je med nosečnostjo in pri ženskah v rodni dobi kontraindicirana, razen če so doseženi vsi pogoji programa preprečevanja nosečnosti za talidomid. Bolniki, ki prejemajo zdravilo Bortezomib PharmaSwiss v kombinaciji s talidomidom, morajo upoštevati program preprečevanja nosečnosti, kot je predpisan pri talidomidu. Za dodatne podatke glejte povzetek glavnih značilnosti zdravila s talidomidom.

#### Dojenje

Ni znano, ali se bortezomib izloča v materino mleko. Zaradi morebitnih resnih neželenih učinkov na dojene otroke je treba med zdravljenjem z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss dojenje prekiniti.

#### Plodnost

Študije plodnosti pri uporabi bortezomiba niso bile izvedene (glejte poglavje 5.3).

### **4.7 Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji**

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss ima lahko zmeren vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji. Uporaba zdravila Bortezomib PharmaSwiss je lahko zelo pogosto povezana z utrujenostjo, pogosto z omotico, občasnno s sinkopo in pogosto z ortostatsko/posturalno hipotenzijo ali zamegljenim vidom, zato morajo biti bolniki pri vožnji ali upravljanju s stroji previdni (glejte poglavje 4.8).

### **4.8 Neželeni učinki**

#### Povzetek varnostnega profila

Med zdravljenjem z bortezomibom so občasnno poročali o resnih neželenih učinkih, kot so srčno popuščanje, sindrom razpada tumorja, pljučna hipertenzija, sindrom reverzne posteriorne encefalopatije in akutna difuzna infiltracijska bolezen pljuč, ter redko o avtonomni nevropatiji. Med zdravljenjem z bortezomibom so najpogosteje poročali o slabosti, driski, zaprtju, bruhanju, utrujenosti, povišani telesni temperaturi, trombocitopeniji, anemiji, nevtropeniji, periferni nevropatiji (vključno s senzorično nevropatijo), glavobolu, paresteziji, zmanjšanjem apetitu, dispneji, izpuščaju, herpesu zostre in mialgiji.

#### Tabelarični povzetek neželenih učinkov

##### *Diseminirani plazmocitom*

Za neželene učinke, navedene v preglednici 7, so raziskovalci menili, da imajo vsaj možno do verjetno vzročno povezavo z bortezomibom. Ti neželeni učinki so navedeni na podlagi celotnega nabora podatkov 5.476 bolnikov, od katerih je bilo 3.996 bolnikov zdravljenih z bortezomibom v odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup> telesne površine, in so vključeni v preglednico 7. Za zdravljenje diseminiranega plazmocitoma je bortezomib prejelo skupno 3.974 bolnikov.

Neželeni učinki so v spodnji preglednici navedeni po organskih sistemih in po pogostnosti. Pogostnost neželenih učinkov je opredeljena, kot sledi: zelo pogosti ( $\geq 1/10$ ), pogosti ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ), občasni ( $\geq 1/1.000$  do  $< 1/100$ ), redki ( $\geq 1/10.000$  do  $< 1/1.000$ ), zelo redki ( $< 1/10.000$ ), neznana (ni mogoče oceniti iz razpoložljivih podatkov). V razvrstitvah pogostnosti so neželeni učinki navedeni po padajoči resnosti. Preglednica 7 je pripravljena po klasifikaciji MedDRA, različica 14.1. Vključuje tudi neželene učinke v obdobju trženja, ki se v kliničnih študijah niso pojavili.

*Preglednica 7: Neželeni učinki pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom, zdravljenih z bortezomibom v monoterapiji ali v kombinaciji*

<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
Infekcijske in parazitske bolezni	pogosti	herpes zoster (vključno z diseminiranim in očesnim), pljučnica*, herpes simpleks*, glivična okužba*

<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
	občasni	okužba*, bakterijske okužbe*, virusne okužbe*, sepsa (vključno s septičnim šokom)*, bronhopnevmonija, okužba s herpesvirusom*, herpetični meningoencefalitis#, bakteriemija (vključno s stafilokokno), hordeol, gripa, celulitis, z uporabo katetra povezana okužba, okužba kože*, ušesna okužba*, okužba s stafilokoki, okužba zob*
	redki	meningitis (vključno z bakterijskim), okužba z virusom Epstein-Barr, genitalni herpes, tonzilitis, mastoiditis, postvirusni sindrom utrujenosti
Benigne, maligne in neopredeljene neoplazme (vključno s cistami in polipi)	redki	maligne neoplazme, plazmocitna levkemija, karcinom ledvičnih celic, masa, fungoidna mikoza, benigne neoplazme*
Bolezni krvi in limfatičnega sistema	zelo pogosti	trombocitopenija*, nevtropenija*, anemija*
	pogosti	levkopenija*, limfopenija*
	občasni	pancitopenija*, febrilna nevtropenija, koagulopatija*, levkocitoza*, limfadenopatija, hemolitična anemija#
	redki	diseminirana intravaskularna koagulacija, trombocitoza*, hiperviskozni sindrom, bolezni trombocitov NOS, trombocitopenična purpura, bolezni krvi NOS, hemoragična diateza, limfocitna infiltracija
Bolezni imunskega sistema	občasni	angioedem#, preobčutljivost*
	redki	anafilaktični šok, amiloidoza, z imunskim kompleksom tipa III povzročene reakcije
Bolezni endokrinega sistema	občasni	Cushingov sindrom*, hipertiroidizem*, motnje izločanja antidiuretičnega hormona
	redki	hipotiroidizem
Presnovne in prehranske motnje	zelo pogosti	zmanjšan apetit
	pogosti	dehidracija, hipokaliemija*, hiponatriemija*, nenormalne koncentracije glukoze v krvi*, hipokalcemija*, encimske motnje*
	občasni	sindrom razpada tumorja, zastoj rasti*, hipomagneziemija*, hipofosfatemija*, hiperkaliemija*, hiperkalcemija*, hipernatriemija*, nenormalne koncentracije sečne kisline*, sladkorna bolezen*, zastajanje tekočine
	redki	hipermagneziemija*, acidoza, motnje ravnovesja elektrolitov*, čezmerno nabiranje tekočine, hipokloremija*, hipovolemija, hiperkloremija*, hiperfosfatemija*, presnovne motnje, pomanjkanje vitaminov B-kompleksa, pomanjkanje vitamina B <sub>12</sub> , protin, povečan apetit, neprenašanje alkohola
Psihiatrične motnje	pogosti	motnje razpoloženja*, anksiozne motnje*, motnje spanja*
	občasni	duševne motnje*, halucinacije*, psihotične motnje*, zmedenost*, nemir
	redki	samomorilne misli*, motnje prilagajanja, delirij, zmanjšan libido
Bolezni živčevja	zelo pogosti	nevropatije*, periferna senzorična nevropatija, disestezija*, nevralgija*
	pogosti	motorična nevropatija*, izguba zavesti (vključno s sinkopo), omotica*, disgevizija*, letargija, glavobol*



<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
	občasni	tremor, periferna senzomotorična nevropatija, diskinezija*, motnje koordinacije in ravnotežja v malih možganih*, izguba spomina (brez demence)*, encefalopatija*, sindrom posteriorne reverzibilne encefalopatije#, nevrotoksičnost, motnje s krči*, postherpetična nevralgija, motnje govora*, sindrom nemirnih nog, migrena, išias, motnje pozornosti, nenormalni refleksi*, parozmija
	redki	možganska krvavitev*, znotrajlobanjska krvavitev (vključno s subarahnoidno)*, možganski edem, tranzitorna ishemična ataka, koma, neravnovesje v delovanju avtonomnega živčevja, avtonomna nevropatija, kranialna paraliza*, paraliza*, pareza*, presinkopa, sindrom možganskega debla, možganskožilne bolezni, lezija živčnih korenov, psihomotorna hiperaktivnost, kompresija hrbtenjače, kognitivna motnja NOS, motorične motnje, bolezni živčevja NOS, radikulitis, slinjenje, hipotonija
Očesne bolezni	pogosti	zatekanje očesa*, nenormalen vid*, konjunktivitis*
	občasni	krvavitev v očesu*, okužba veke*, vnetje očesa*, diplopija, suho oko*, draženje očesa*, bolečina v očesu, povečano solzenje, izcedek iz očesa
	redki	poškodba roženice*, eksoftalmus, vnetje mrežnice, skotom, očesne bolezni (vključno z vekami) NOS, pridobljen dakrioadenitis, fotofobija, fotopsija, optična nevropatija#, različne stopnje okvare vida (do slepote)*
Ušesne bolezni, vključno z motnjami labirinta	pogosti	vrtočlavlja*
	občasni	disakuza (vključno s tinitusom)*, okvara sluha (do in vključno z gluhostjo), neprijeten občutek v ušesu*
	redki	ušesna krvavitev, vestibularni nevronitis, ušesne bolezni NOS
Srčne bolezni	občasni	tamponada srca#, srčno-pljučni zastoj*, fibrilacija srca (vključno z atrijsko), srčno popuščanje (vključno s popuščanjem levega in desnega prekata)*, aritmija*, tahikardija*, palpitanje, angina pectoris, perikarditis (vključno s perikardialnim izlivom)*, kardiomiopatija*, motnje v delovanju prekatov*, bradikardija
	redki	atrijska undulacija, miokardni infarkt*, atrioventrikularni blok*, srčno-žilne bolezni (vključno s kardiogenim šokom), <i>torsade de pointes</i> , nestabilna angina pectoris, bolezni srčnih zaklopk*, insuficienca koronarnih arterij, sinusni zastoj
Žilne bolezni	pogosti	hipotenzija*, ortostatska hipotenzija, hipertenzija*
	občasni	cerebrovaskularni dogodek#, globoka venska tromboza*, krvavitev*, tromboflebitis (vključno s površinskim), cirkulatorni kolaps (vključno s hipovolemničnim šokom), flebitis, zardevanje*, hematoma (vključno s perirenalnim)*, slaba periferna prekrvitev*, vaskulitis, hiperemija (vključno z očesno)*
	redki	periferni embolizem, limfedem, bledica, eritromelalgija, vazodilatacija, sprememba barve ven, venska insuficienca
Bolezni dihal, prsnega koša in	pogosti	dispneja*, epistaksa, okužba zgornjih/spodnjih dihal*, kašelj*

<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
mediastinalnega prostora	občasni	pljučni embolizem, plevralni izliv, pljučni edem (vključno z akutnim), pljučna alveolarna krvavitev <sup>#</sup> , bronhospazem, kronična obstruktivna pljučna bolezen*, hipoksemija*, kongestija dihal*, hipoksija, plevritis*, kolcanje, izcedek iz nosu, disfonija, piskanje v pljučih
	redki	respiratorna odpoved, sindrom akutne respiratorne stiske, apneja, pnevmotoraks, atelektaza, pljučna hipertenzija, hemoptiza, hiperventilacija, ortopneja, pnevmonitis, respiratorna alkalozna, tahipneja, pljučna fibroza, bolezn bronhijev*, hipokapnija*, intersticijska bolezen pljuč, infiltracija pljuč, stiskanje v grlu, suho grlo, povečana sekrecija iz zgornjih dihal, draženje žrela, sindrom kašlja zgornjih dihalnih poti
Bolezni prebavil	zelo pogosti	simptomi navzee in bruhanja*, driska*, zaprtje
	pogosti	krvavitev v prebavilih (vključno s sluznico)*, dispepsija, stomatitis*, napetost v trebuhu, bolečina v žrelu in grlu*, bolečina v trebuhu (vključno z bolečino v prebavilih in vranici)*, bolezn ust*, flatulenca
	občasni	pankreatitis (vključno s kroničnim)*, hematemeza, otekanje ustnic*, obstrukcija prebavil (vključno z obstrukcijo tankega črevesa, ileusom)*, neprijeten občutek v trebuhu, razjede v ustih*, enteritis*, gastritis*, krvavitev iz dlesni, gastroezofagealna refluksna bolezen*, kolitis (vključno s kolitisom, povzročenim s <i>Clostridium difficile</i> )*, ishemični kolitis <sup>#</sup> , vnetje prebavil*, disfagija, sindrom razdražljivega črevesja, bolezn prebavil NOS, obložen jezik, motnje črevesne motilitete*, motnje v delovanju žlez slinavk*
redki	akutni pankreatitis, peritonitis*, edem jezika*, ascites, ezofagitis, heilitis, inkontinenca blata, atonija analnega sfinktra, koprolit*, razjede in perforacije v prebavilih*, hipertrofija dlesni, megakolon, izcedek iz rektuma, orofaringealni mehurji*, bolečina v ustnicah, parodontitis, analna fisura, spremembe pri odvajanju blata, proktalgija, nenormalno blato	
Bolezni jeter, žolčnika in žolčevodov	pogosti	nenormalne koncentracije jetrnih encimov*
	občasni	hepatotoksičnost (vključno z boleznimi jeter), hepatitis*, holestaza
	redki	odpoved jeter, hepatomegalija, Budd-Chiarijev sindrom, citomegalovirusni hepatitis, krvavitev v jetrih, holelitiaza
Bolezni kože in podkožja	pogosti	izpuščaj*, pruritus*, eritem, suha koža
	občasni	multiformni eritem, urtikarija, akutna febrilna nevtrofilna dermatoma, toksični kožni izpuščaj, toksična epidermalna nekroliza <sup>#</sup> , Stevens-Johnsonov sindrom <sup>#</sup> , dermatitis*, bolezn las*, petehije, ekhimoza, spremembe na koži, purpura, kožna masa*, luskavica, hiperhidroza, nočno znojenje, dekubitusna razjeda <sup>#</sup> , akne*, mehurček*, motnje pigmentacije*
	redki	kožna reakcija, Jessnerjeva limfocitna infiltracija, sindrom palmarno-plantarne eritrodisezije, podkožna krvavitev, <i>livedo reticularis</i> , zatrdlina kože, papula, fotosenzitivna reakcija, seboreja, hladen znoj, bolezn kože NOS, eritroza, kožna razjeda, bolezn nohtov
Bolezni mišično-skeletnega	zelo pogosti	mišično-skeletna bolečina*
	pogosti	mišični krči*, bolečine v udih, mišična šibkost

<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
sistema in vezivnega tkiva	občasni	trzanje mišic, otekanje sklepov, artritis*, okorelost sklepov, miopatije*, občutek teže
	redki	rabdiomioliza, sindrom temporomandibularnega sklepa, fistula, izliv v sklep, bolečina v čeljusti, bolezni kosti, okužbe in vnetja mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva*, sinovialna cista
Bolezni sečil	pogosti	okvara ledvic*
	občasni	akutna odpoved ledvic, kronična odpoved ledvic*, okužba sečil*, znaki in simptomi bolezni sečil*, hematurija*, zastajanje urina, težave pri uriniranju*, proteinurija, azotemija, oligurija*, polakisurija
	redki	draženje sečnega mehurja
Motnje reprodukcije in dojk	občasni	krvavitev iz nožnice, bolečina v spolovilih*, erektilna disfunkcija
	redki	bolezni mod*, prostatitis, bolezni dojk pri ženskah, občutljivost epididimisa, epididimitis, bolečina v medenici, razjede vulve
Prirojene in dedne genetske okvare	redki	aplazija, gastrointestinalne malformacije, ihtioza
Splošne težave in spremembe na mestu aplikacije	zelo pogosti	povišana telesna temperatura*, izčrpanost, astenija
	pogosti	edem (vključno s perifernim), mraženje, bolečina*, oslabelost*
	občasni	poslabšanje splošnega zdravstvenega stanja*, edem obraza*, reakcija na mestu injiciranja*, bolezni sluznice*, bolečina v prsih, motnje hoje, občutek mraženja, ekstravazacija*, s katetrom povezani zapleti*, spremembe občutka žeje*, občutek nelagodja v prsih, občutek spreminjanja telesne temperature*, bolečina na mestu injiciranja*
	redki	smrt (vključno z nenadno), odpoved več organov, krvavitev na mestu injiciranja*, kila (vključno s hiatusno)*, slabše celjenje*, vnetje, flebitis na mestu injiciranja*, občutljivost, razjeda, razdražljivost, bolečina v prsih, ki ni srčnega izvora, bolečina na mestu katetra, občutek tujka
Preiskave	pogosti	zmanjšana telesna masa
	občasni	hiperbilirubinemija*, nenormalni izvidi analiz proteinov*, povečana telesna masa, nenormalni izvidi krvnih preiskav*, povišana koncentracija C-reaktivnega proteina
	redki	nenormalne koncentracije plinov v krvi*, nenormalen elektrokardiogram (vključno s podaljšanjem QT-intervalov)*, nenormalno mednarodno umerjeno razmerje*, znižan pH v želodcu, povečana agregacija trombocitov, povišana koncentracija troponina I, identifikacija in serologija virusov*, nenormalni izvidi analize urina*
Poškodbe in zastrupitve in zapleti pri posegih	občasni	padec, kontuzija
	redki	reakcije na transfuzijo, zlomi*, okorelost*, poškodbe obraza, poškodbe sklepov*, opekline, raztrganine, bolečina pri posegu, poškodbe pri obsevanju*
Kirurški in drugi medicinski posegi	redki	aktivacija makrofagov

NOS – *not otherwise specified* = ni drugače določeno

\* združevanje več priporočenih terminov po klasifikaciji MedDRA

# neželeni učinki v obdobju trženja

### *Limfom plaščnih celic (MCL)*

Varnostni profil bortezomiba pri 240 bolnikih z MCL, zdravljenih z bortezomibom v odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup> v kombinaciji z rituksimabom, ciklofosamidom, doksorubicinom in prednizonom (BzR-CAP), v primerjavi z 242 bolniki, zdravljenimi z rituksimabom, ciklofosamidom, doksorubicinom, vinkristinom in prednizonom [R-CHOP], je bil relativno skladen s profilom, opaženim pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom. Glavne razlike so opisane v nadaljevanju. Dodatno ugotovljena neželena učinka, povezana z uporabo kombiniranega zdravljenja (BzR-CAP), sta bila okužba z virusom hepatitisa B (< 1 %) in ishemija miokarda (1,3 %). Podobna pojavnost teh neželenih učinkov v obeh zdravljenih skupinah kaže, da ju ni možno pripisati samo uporabi bortezomiba. Opazne razlike v populaciji bolnikov z MCL v primerjavi z bolniki v študijah diseminiranega plazmocitoma so bile  $\geq 5$  % večja pojavnost hematoloških neželenih učinkov (nevtropenija, trombocitopenija, levkopenija, anemija, limfopenija), periferna senzorična nevropatija, hipertenzija, povišana telesna temperatura, pljučnica, stomatitis in bolezn las.

V preglednici 8 so navedeni ugotovljeni neželeni učinki s pojavnostjo  $\geq 1$  %, ki je bila podobna ali večja v skupini BzR-CAP, in z najmanj verjetno ali možno vzročno povezanostjo s komponentami v skupini BzR-CAP. Vključeni so tudi neželeni učinki, ugotovljeni v skupini BzR-CAP, ki so na osnovi historičnih podatkov študij diseminiranega plazmocitoma in po mnenju raziskovalcev najmanj verjetno ali možno povezani z uporabo bortezomiba.

Neželeni učinki so v spodnji preglednici navedeni po organskih sistemih in po pogostnosti. Pogostnost neželenih učinkov je opredeljena, kot sledi: zelo pogosti ( $\geq 1/10$ ), pogosti ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ), občasni ( $\geq 1/1.000$  do  $< 1/100$ ), redki ( $\geq 1/10.000$  do  $< 1/1.000$ ), zelo redki ( $< 1/10.000$ ), neznan (ni mogoče oceniti iz razpoložljivih podatkov). V razvrstitvah pogostnosti so neželeni učinki navedeni po padajoči resnosti. Preglednica 8 je pripravljena po klasifikaciji MedDRA, različica 16.

*Preglednica 8: Neželeni učinki pri bolnikih z limfomom plaščnih celic, zdravljenih z BzR-CAP*

<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
Infekcijske in parazitske bolezni	zelo pogosti	pljučnica*
	pogosti	sepsa (vključno s septičnim šokom)*, herpes zoster (vključno z diseminiranim in očesnim), okužba s herpesvirusom, bakterijske okužbe*, okužba zgornjih/spodnjih dihal*, glivična okužba*, herpes simpleks*
	občasni	okužba z virusom hepatitisa B*, bronhopnevmonija
Bolezni krvi in limfatičnega sistema	zelo pogosti	trombocitopenija*, febrilna nevtropenija, nevtropenija*, levkopenija*, anemija*, limfopenija*
	občasni	pancitopenija*
Bolezni imunskega sistema	pogosti	preobčutljivost*
	občasni	anafilaktična reakcija
Presnovne in prehranske motnje	zelo pogosti	zmanjšan apetit
	pogosti	hipokaliemija*, nenormalne koncentracije glukoze v krvi*, hiponatriemija*, sladkorna bolezen*, zastajanje tekočine
	občasni	sindrom razpada tumorja
Psihiatrične motnje	pogosti	motnje spanja*
Bolezni živčevja	zelo pogosti	periferna senzorična nevropatija, disestezija*, nevralgija*
	pogosti	nevropatije*, motorična nevropatija*, izguba zavesti (vključno s sinkopo), encefalopatija*, periferna senzomotorična nevropatija, omotica*, disgevizija*, avtonomna nevropatija
	občasni	neravnovesje v delovanju avtonomnega živčevja
Očesne bolezni	pogosti	nenormalen vid*
Ušesne bolezni, vključno z motnjami labirinta	pogosti	disakuza (vključno s tinitusom)*
	občasni	vrtočlavica*, okvara sluha (do in vključno z gluhostjo)

<b>Organski sistem</b>	<b>Pogostnost</b>	<b>Neželeni učinek</b>
Srčne bolezni	pogosti	fibrilacija srca (vključno z atrijsko), aritmija*, srčno popuščanje (vključno s popuščanjem levega in desnega prekata)*, ishemijska miokarda, motnje v delovanju prekatov*
	občasni	srčno-žilne bolezni (vključno s kardiogenim šokom)
Žilne bolezni	pogosti	hipertenzija*, hipotenzija*, ortostatska hipotenzija
Bolezni dihal, prsnega koša in mediastinalnega prostora	pogosti	dispneja*, kašelj*, kolcanje
	občasni	sindrom akutne respiratorne stiske, pljučni embolizem, pnevmonitis, pljučna hipertenzija, pljučni edem (vključno z akutnim)
Bolezni prebavil	zelo pogosti	simptomi navzee in bruhanja*, driska*, stomatitis*, zaprtje
	pogosti	krvavitev v prebavilih (vključno s sluznico)*, napetost v trebuhu, dispepsija, bolečina v ustih in žrelu*, gastritis*, razjede v ustih*, neprijeten občutek v trebuhu, disfagija, vnetje prebavil*, bolečina v trebuhu (vključno z bolečino v prebavilih in vranici)*, bolezni ust*
	občasni	kolitis (vključno s kolitisom, povzročenim s <i>Clostridium difficile</i> )*
Bolezni jeter, žolčnika in žolčevodov	pogosti	hepatotoksičnost (vključno z boleznimi jeter)
	občasni	odpoved jeter
Bolezni kože in podkožja	zelo pogosti	boleznine las*
	pogosti	pruritus*, dermatitis*, izpuščaji*
Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva	pogosti	mišični krči*, mišično-skeletna bolečina*, bolečine v udih
Bolezni sečil	pogosti	okužba sečil*
Splošne težave in spremembe na mestu aplikacije	zelo pogosti	povišana telesna temperatura*, izčrpanost, astenija
	pogosti	edem (vključno s perifernim), mrznenje, reakcija na mestu injiciranja*, splošno slabo počutje*
Preiskave	pogosti	hiperbilirubinemija*, nenormalni izvidi analiz proteinov*, zmanjšana telesna masa, povečana telesna masa

\* združevanje več priporočenih terminov po klasifikaciji MedDRA

### Opis izbranih neželenih učinkov

#### *Reaktivacija virusa herpes zoster*

##### Diseminirani plazmocitom

V študiji je v skupini Bz+M+P protivirusno profilakso prejelo 26 % bolnikov. Pojavnost virusa herpes zoster v skupini, zdravljeni z Bz+M+P, je bila 17 % pri bolnikih, ki niso prejeli protivirusne profilakse, pri bolnikih, ki so prejeli protivirusno profilakso, pa 3 %.

##### Limfom pljučnih celic

V študiji je v skupini BzR-CAP protivirusno profilakso prejelo 137 od 240 bolnikov (57 %). Pojavnost virusa herpes zoster v skupini BzR-CAP je bila 10,7 % pri bolnikih, ki niso prejeli protivirusne profilakse, pri bolnikih, ki so prejeli protivirusno profilakso, pa 3,6 % (glejte poglavje 4.4).

#### *Reaktivacija in okužba z virusom hepatitisa B (HBV)*

##### Limfom pljučnih celic

Do okužbe s HBV s smrtnim izidom je prišlo pri 0,8 % (N = 2) bolnikov v skupini, ki ni prejela bortezomiba (rituksimab, ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin in prednizon; skupina R-CHOP), in pri 0,4 % (N = 1) bolnikov v skupini, ki je prejela bortezomib v kombinaciji z rituksimabom, ciklofosamidom, doksorubicinom in prednizonom (skupina BzR-CAP). Celokupna pojavnost okužbe

z virusom hepatitisa B je bila podobna pri bolnikih, zdravljenih z BzR-CAP ali z R-CHOP (0,8 % v primerjavi z 1,2 %).

#### *Periferna nevropatija pri kombiniranem zdravljenju*

Diseminirani plazmocitom

Pojavnost periferne nevropatije v preskušanih bortezumiba pri uvajalnem zdravljenju v kombinaciji z deksametazonom (študija IFM-2005-01) ter deksametazonom in talidomidom (študija MMY-3010) je navedena v preglednici v nadaljevanju.

*Preglednica 9: Pojavnost periferne nevropatije med uvajalnim zdravljenjem glede na stopnjo toksičnosti in prekinitev zdravljenja zaradi periferne nevropatije*

	IFM-2005-01		MMY-3010	
	VDDx (N = 239)	BzDx (N = 239)	TDx (N = 126)	BzTDx (N = 130)
Pojavnost PN (%)				
PN vseh stopenj	3	15	12	45
PN stopnje $\geq 2$	1	10	2	31
PN stopnje $\geq 3$	< 1	5	0	5
Prekinitev zdravljenja zaradi PN (%)	< 1	2	1	5

VDDx = vinkristin, doksorubicin, deksametazon, BzDx = bortezumib, deksametazon, TDx = talidomid, deksametazon, BzTDx = bortezumib, talidomid, deksametazon, PN = periferna nevropatija

Opomba: periferna nevropatija vključuje priporočene termine: periferna nevropatija, periferna motorična nevropatija, periferna senzorična nevropatija in polinevropatija.

#### *Limfom plaščnih celic*

Pojavnost periferne nevropatije pri kombiniranem zdravljenju v študiji LYM-3002 z bortezumibom, skupaj z rituksimabom, ciklofosfamidom, doksorubicinom in prednizonom (R-CAP), je navedena v preglednici v nadaljevanju.

*Preglednica 10: Pojavnost periferne nevropatije v študiji LYM-3002 glede na stopnjo toksičnosti in prekinitev zdravljenja zaradi periferne nevropatije*

	BzR-CAP (N = 240)	R-CHOP (N = 242)
Pojavnost PN (%)		
PN vseh stopenj	30	29
PN stopnje $\geq 2$	18	9
PN stopnje $\geq 3$	8	4
Prekinitev zdravljenja zaradi PN (%)	2	< 1

BzR-CAP = bortezumib, rituksimab, ciklofosfamid, doksorubicin in prednizon, R-CHOP = rituksimab, ciklofosfamid, doksorubicin, vinkristin in prednizon, PN = periferna nevropatija

Opomba: periferna nevropatija vključuje priporočene termine: periferna senzorična nevropatija, periferna nevropatija, periferna motorična nevropatija in periferna senzomotorična nevropatija.

#### *Starejši bolniki z MCL*

V skupini BzR-CAP je bilo 42,9 % bolnikov, starih 65–74 let, in 10,4 % bolnikov, starih  $\geq 75$  let. Čeprav so bolniki, stari  $\geq 75$  let, slabše prenašali oba režima zdravljenja, BzR-CAP in R-CHOP, je bila stopnja resnih neželenih učinkov v skupini BzR-CAP 68 %, v skupini R-CHOP pa 42 %.

#### *Pomembne razlike v varnostnem profilu bortezumiba v monoterapiji, uporabljenega subkutano oz. intravensko*

V študiji faze III so imeli bolniki, ki so prejeli bortezumib subkutano, 13 % manjšo celokupno pojavnost neželenih učinkov zaradi zdravljenja, stopnje toksičnosti 3 ali več, in 5 % manjšo pojavnost prekinitve zdravljenja z bortezumibom v primerjavi z bolniki, ki so bortezumib prejeli intravensko. Celokupna pojavnost driske, gastrointestinalne in abdominalne bolečine, asteničnih stanj, okužb zgornjih dihal in perifernih nevropatij je bila 12–15 % manjša v subkutani kot v intravenski skupini. Dodatno je bila v subkutani skupini v primerjavi z intravensko skupino 10 % manjša pojavnost perifernih nevropatij stopnje 3 ali več in 8 % manjša pojavnost prekinitve zdravljenja zaradi perifernih nevropatij.

Šest odstotkov bolnikov je imelo lokalne reakcije na mestu subkutanega injiciranja, večinoma rdečico. Primere so rešili v medianem času 6 dni, dvema bolnikoma so morali prilagoditi odmere zdravila. Pri dveh bolnikih (1 %) so se pojavile hude reakcije, v enem primeru pruritus in v drugem rdečica.

Pojavnost smrti med zdravljenjem je bila v subkutani skupini 5 % in v intravenski skupini 7 %. Pojavnost smrti zaradi napredujoče bolezni je bila v subkutani skupini 18 % in v intravenski skupini 9 %.

#### *Ponovno zdravljenje bolnikov s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma*

V študiji so z bortezomibom ponovno zdravili 130 bolnikov s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma, ki so imeli vsaj delni odgovor na predhodno zdravljenje z bortezomibom. Najpogostejši neželeni učinki (vseh stopenj), ki so se pojavili pri najmanj 25 % bolnikov, so bili trombocitopenija (55 %), nevropatija (40 %), anemija (37 %), driska (35 %) in zaprtje (28 %). Periferno nevropatijo (vseh stopenj) so opazili pri 40 %, periferno nevropatijo stopnje  $\geq 3$  pa pri 8,5 % bolnikov.

#### Poročanje o domnevnih neželenih učinkih

Poročanje o domnevnih neželenih učinkih zdravila po izdaji dovoljenja za promet je pomembno. Omogoča namreč stalno spremljanje razmerja med koristmi in tveganji zdravila. Od zdravstvenih delavcev se zahteva, da poročajo o katerem koli domnevnem neželenem učinku zdravila na Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika

Center za zastrupitve

Zaloška cesta 2

SI-1000 Ljubljana

Faks: + 386 (0)1 434 76 46

e-pošta: [farmakovigilanca@kclj.si](mailto:farmakovigilanca@kclj.si)

## **4.9 Preveliko odmerjanje**

Pri bolnikih je bilo preveliko odmerjanje (odmerki so bili več kot dvakrat večji od priporočenega) povezano z akutnim pojavom simptomatske hipotenzije in trombocitopenije s smrtnimi izidi. Za predklinične farmakološke študije kardiovaskularne varnosti zdravila glejte poglavje 5.3.

Specifičen antidot za bortezomib ni znan. V primeru prevelikega odmerka zdravila je treba spremljati bolnikove vitalne znake in uvesti ustrezne podporne ukrepe za vzdrževanje krvnega tlaka (npr. tekočine, učinkovine, ki zvišujejo krvni tlak, in/ali inotropne učinkovine) in telesne temperature (glejte poglavji 4.2 in 4.4).

## **5. FARMAKOLOŠKE LASTNOSTI**

### **5.1 Farmakodinamične lastnosti**

Farmakoterapevtska skupina: zdravila z delovanjem na novotvorbe, druga zdravila z delovanjem na novotvorbe (citostatiki), oznaka ATC: L01XX32

#### Mehanizem delovanja

Bortezomib je zaviralec proteasoma. Izdelan je specifično za zaviranje kimotripsinske aktivnosti 26S proteasoma v sesalskih celicah. 26S proteasom je velik beljakovinski kompleks, ki razgradi ubikvitinske beljakovine. Pot prek kompleksa ubikvitin–proteasom ima pomembno vlogo pri uravnavanju presnove specifičnih beljakovin in tako ohranja homeostazo v celicah. Zavora 26S proteasoma preprečuje to ciljano proteolizo in vpliva na več signalnih kaskad v celici ter končno vodi do smrti rakave celice.

Bortezomib je močno selektiven za proteasom. Pri koncentraciji 10 µM bortezomib ne zavira nobenega od številnih različnih pregledanih receptorjev in proteaz in je več kot 1.500-krat bolj selektiven za proteasom kot za njegov naslednji preferenčni encim. Kinetiko zaviranja proteasoma so ovrednotili *in vitro* in pri tem pokazali, da poteka disociacija bortezomiba s proteasoma z razpolovnim časom  $t_{1/2}$  20 minut, kar pomeni, da je zavora proteasoma, ki jo doseže bortezomib, povratna.

Zaviranje proteasoma z bortezomibom vpliva na rakave celice na več načinov, vključno in ne samo s spremembo regulatornih beljakovin, ki nadzorujejo napredovanje celičnega ciklusa in aktivacijo nuklearnega faktorja kapa B (NF-kB). Zavora proteasoma povzroči ustavitve celičnega ciklusa in apoptozo. NF-kB je transkripcijski faktor, katerega aktivacija je v več vidikih potrebna za nastanek tumorja, npr. za rast in preživetje celic, angiogenezo, interakcije med celicami in metastaziranje. Pri plazmocitomu bortezomib vpliva na sposobnost plazmocitomskih celic za interakcijo z mikrookoljem kostnega mozga.

Poskusi so potrdili, da je bortezomib citotoksičen za številne različne vrste rakavih celic in da so rakave celice bolj občutljive za proapoptotične učinke zavore proteasoma od normalnih. Bortezomib je povzročil zmanjšanje rasti tumorja *in vivo* v mnogih predkliničnih tumorskih modelih, vključno z modelom diseminiranega plazmocitoma.

Podatki iz *in vitro*, *ex vivo* in iz živalskih modelov kažejo, da bortezomib spodbuja diferenciacijo in aktivnost osteoblastov ter zavira delovanje osteoklastov. Te učinke so opazili pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom z napredovalo osteolitično boleznijo, ki so prejeli bortezomib.

#### Klinična učinkovitost pri bolnikih s predhodno nezdravljenim diseminiranim plazmocitomom

Za ugotovitev, ali uporaba bortezomiba (1,3 mg/m<sup>2</sup> injicirano intravensko) v kombinaciji z melfalanom (9 mg/m<sup>2</sup>) in prednizonom (60 mg/m<sup>2</sup>) prispeva k podaljšanju časa do napredovanja bolezni (TTP – *Time To Progression*) v primerjavi z zdravljenjem samo z melfalanom (9 mg/m<sup>2</sup>) in prednizonom (60 mg/m<sup>2</sup>) pri bolnikih s predhodno nezdravljenim diseminiranim plazmocitomom, so izvedli prospektivno, mednarodno, randomizirano (1:1) odprto klinično študijo faze III (MMY-3002 VISTA) pri 682 bolnikih. Zdravljenje je trajalo največ 9 ciklusov (približno 54 tednov) in je bilo v primeru napredovanja bolezni ali nesprejemljive toksičnosti prekinjeno prej. Mediana starost bolnikov v študiji je bila 71 let, 50 % sodelujočih je bilo moških, 88 % belcev. Mediana ocena stanja zmogljivosti po Karnofskem je bila 80. Bolniki so imeli plazmocitom IgG/IgA/lahke verige v 63 %/25 %/8 %, mediano koncentracijo hemoglobina 105 g/l in mediano število trombocitov 221,5 x 10<sup>9</sup>/l. Podobno razmerje bolnikov je imelo očistek kreatinina ≤ 30 ml/min (3 % v vsaki skupini študije).

Ob predhodno določenem času vmesne analize je bil dosežen primarni izid (čas do napredovanja bolezni) in bolnikom v skupini M+P so ponudili zdravljenje z Bz+M+P. Po vmesni analizi so še naprej spremljali preživetje. Mediana je bila 16,3 meseca. Po 60,1 meseca (mediana trajanja spremljanja) so posodobili podatke o končnem preživetju. Pri bolnikih v skupini Bz+M+P so opazili statistično značilno izboljšanje preživetja (razmerje tveganja (HR – *Hazard Ratio*) = 0,695; p = 0,00043) kljub kasnejšim zdravljenjem, vključno z zdravljenjem z bortezomibom. Mediano preživetje v skupini Bz+M+P je bilo 56,4 meseca, v skupini M+P pa 43,1 meseca. Podatki o učinkovitosti so navedeni v preglednici 11.

*Preglednica 11: Rezultati učinkovitosti zdravila po posodobljenih podatkih o končnem preživetju iz študije VISTA*

Izidi učinkovitosti	Bz+M+P (N = 344)	M+P (N = 338)
Čas do napredovanja bolezni dogodki, N (%)	101 (29)	152 (45)
mediana <sup>a</sup> (95% IZ)	20,7 meseca (17,6, 24,7)	15,0 meseca (14,1, 17,9)
razmerje tveganja <sup>b</sup> (95% IZ)	0,54 (0,42, 0,70)	
p-vrednost <sup>c</sup>	0,000002	



<b>Preživetje brez napredovanja bolezni</b>		
dogodki, N (%)	135 (39)	190 (56)
mediana <sup>a</sup> (95% IZ)	18,3 meseca (16,6, 21,7)	14,0 meseca (11,1, 15,0)
razmerje tveganja <sup>b</sup> (95% IZ)	0,61 (0,49, 0,76)	
p-vrednost <sup>c</sup>	0,00001	
<b>Celokupno preživetje*</b>		
dogodki (smrti), N (%)	176 (51,2)	211 (62,4)
<b>Mediana</b> (95% IZ)	56,4 meseca (52,8, 60,9)	43,1 meseca (35,3, 48,3)
razmerje tveganja <sup>b</sup> (95% IZ)	0,695 (0,567, 0,852)	
p-vrednost <sup>c</sup>	0,00043	
<b>Stopnja odgovora</b>		
populacija <sup>e</sup> (N = 668)	N = 337	N = 331
CR <sup>f</sup> , N (%)	102 (30)	12 (4)
PR <sup>f</sup> , N (%)	136 (40)	103 (31)
nCR, N (%)	5 (1)	0
CR+PR <sup>f</sup> , N (%)	238 (71)	115 (35)
p-vrednost <sup>d</sup>	< 10 <sup>-10</sup>	
<b>Zmanjšanje serumskega M-proteina</b>		
populacija <sup>g</sup> (N = 667)	N = 336	N = 331
≥ 90 %, N (%)	151 (45)	34 (10)
<b>Čas do prvega odgovora pri CR+PR</b>		
mediana	1,4 meseca	4,2 meseca
<b>Srednja vrednost<sup>a</sup> trajanja odgovora</b>		
CR <sup>f</sup>	24,0 meseca	12,8 meseca
CR+PR <sup>f</sup>	19,9 meseca	13,1 meseca
<b>Čas do naslednjega zdravljenja</b>		
dogodki, N (%)	224 (65,1)	260 (76,9)
mediana <sup>a</sup> (95% IZ)	27,0 meseca (24,7, 31,1)	19,2 meseca (17,0, 21,0)
razmerje tveganja <sup>b</sup> (95% IZ)	0,557 (0,462, 0,671)	
p-vrednost <sup>c</sup>	< 0,000001	

<sup>a</sup> ocena po metodi Kaplan-Meier

<sup>b</sup> Ocena razmerja tveganja temelji na Coxovem proporcionalnem modelu, prilagojenem na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: β<sub>2</sub>-mikroglobulin, albumin in regija. Razmerje tveganja, manjše od 1, kaže prednost zdravljenja z Bz+M+P.

<sup>c</sup> nominalna p-vrednost na osnovi stratificiranega log-rank testa, prilagojenega na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: β<sub>2</sub>-mikroglobulin, albumin in regija

<sup>d</sup> p-vrednost za stopnjo odgovora (CR+PR) po Cochran-Mantel-Haenszel hi-kvadratnem testu, prilagojenem na osnovi stratifikacijskih dejavnikov

<sup>e</sup> Populacijo, pri kateri je prišlo do odgovora, predstavljajo bolniki, pri katerih so lahko ovrednotili bolezen pred začetkom zdravljenja.

<sup>f</sup> CR = popoln odgovor, PR = delen odgovor; kriteriji EBMT

<sup>g</sup> vsi randomizirani bolniki s sekrecijsko boleznijo

\* preživetje na osnovi podatkov po 60,1 meseca spremljanja

IZ = interval zaupanja

### *Bolniki, primerni za presaditev krvotvornih matičnih celic*

Za potrditev varnosti in učinkovitosti uvajalnega zdravljenja z bortezomibom v kombinacijah z dvema ali tremi kemoterapevtskimi učinkovinami, pred presaditvijo krvotvornih matičnih celic pri bolnikih s še nezdravljenim diseminiranim plazmocitomom, so izvedli dve randomizirani, odprti, multicentrični preskušnji faze III (IFM-2005-01, MMY-3010).

V študiji IFM-2005-01 so primerjali kombinacijo bortezomiba in deksametazona [BzDx, N = 240] s kombinacijo vinkristin, doksorubicin in deksametazon [VDDx, N = 242]. Bolniki v skupini BzDx so prejeli štiri 21-dnevne cikle zdravljenja. V vsakem ciklusu so prejeli bortezomib (1,3 mg/m<sup>2</sup> intravensko dvakrat na teden na 1., 4., 8. in 11. dan) in peroralno deksametazon (40 mg/dan, od 1. do 4. dneva in od 9. do 12. dneva v 1. in 2. ciklusu ter od 1. do 4. dneva v 3. in 4. ciklusu). Avtologno presaditev krvotvornih matičnih celic so opravili pri 198 (82 %) bolnikih v skupini VDDx in 208 (87 %) bolnikih v skupini BzDx. Pri večini bolnikov so opravili en postopek presaditve. Bolniki v obeh skupinah so imeli podobne demografske in bolezenske značilnosti. Mediana starost bolnikov v

študiji je bila 57 let, 55 % je bilo moških in 48 % bolnikov je imelo citogenetsko veliko tveganje. Mediani čas trajanja zdravljenja je bil 13 tednov v skupini VDDx in 11 tednov v skupini BzDx. Mediano število ciklusov zdravljenja je bilo 4 v obeh skupinah. Primarni izid učinkovitosti je bil stopnja odgovora po uvedbi zdravljenja (CR+nCR). Opazili so statistično značilno razliko v CR+nCR v prid skupine, ki je prejela borteomib v kombinaciji z deksametazonom. Sekundarni izid učinkovitosti je zajemal stopnje odgovora po presaditvi (CR+nCR, CR+nCR+VGPR+PR), čas preživetja brez napredovanja bolezni in celokupni čas preživetja. Glavni rezultati so zbrani v preglednici 12.

*Preglednica 12: Rezultati učinkovitosti študije IFM-2005-01*

Izidi učinkovitosti	BzDx	VDDx	OR; 95% IZ; p-vrednost <sup>a</sup>
<b>IFM-2005-01</b>	N = 240 (populacija ITT)	N = 242 (populacija ITT)	
<i>RR (po uvedbi zdravljenja)</i> *CR+nCR CR+nCR+VGPR+PR, % (95% IZ)	14,6 (10,4, 19,7) 77,1 (71,2, 82,2)	6,2 (3,5, 10,0) 60,7 (54,3, 66,9)	2,58 (1,37, 4,85); 0,003 2,18 (1,46, 3,24); < 0,001
<i>RR (po presaditvi)<sup>b</sup></i> CR+nCR CR+nCR+VGPR+PR, % (95% IZ)	37,5 (31,4, 44,0) 79,6 (73,9, 84,5)	23,1 (18,0, 29,0) 74,4 (68,4, 79,8)	1,98 (1,33, 2,95); 0,001 1,34 (0,87, 2,05); 0,179

IZ = interval zaupanja, CR = popoln odgovor, nCR = skoraj popoln odgovor, ITT = populacija, ki so jo nameravali zdraviti, RR = stopnja odgovora, Bz = borteomib, BzDx = borteomib in deksametazon, VDDx = vinkristin, doksorubicin in deksametazon, VGPR = zelo dober delen odgovor, PR = delen odgovor, OR = razmerje verjetnosti

\* primarni izid učinkovitosti

<sup>a</sup> OR za stopnje odgovora na osnovi Mantel-Haenszelove ocene razmerja verjetnosti za stratificirane preglednice; p-vrednosti Cochran-Mantel-Haenszelovega testa

<sup>b</sup> Nanaša se na stopnjo odgovora po drugi presaditvi pri posameznikih, pri katerih je bila le-ta izvedena (42/240 [18 %] v skupini BzDx in 52/242 [21 %] v skupini VDDx).

Opomba: OR > 1 kaže na prednost uvajalnega zdravljenja, ki vključuje Bz.

V študiji MMY-3010 so primerjali uvajalno zdravljenje z borteomibom v kombinaciji s talidomidom in deksametazonom [BzTDx, N = 130] in kombinacijo talidomida in deksametazona [TDx, N = 127]. Bolniki v skupini BzTDx so prejeli šest 4-tedenskih ciklusov zdravljenja. V vsakem ciklusu so prejeli borteomib (1,3 mg/m<sup>2</sup> dvakrat na teden na 1., 4., 8. in 11. dan, ki mu sledi 17-dnevni premor od 12. do 28. dneva), deksametazon (40 mg peroralno od 1. do 4. dneva in od 8. do 11. dneva) in talidomid (50 mg na dan peroralno od 1. do 14. dneva, odmerek, povečan na 100 mg, od 15. do 28. dneva in nato 200 mg na dan).

Eno avtologno presaditev krvotvornih matičnih celic so opravili pri 105 (81 %) bolnikih v skupini BzTDx in 78 (61 %) bolnikih v skupini TDx. Bolniki v obeh skupinah so imeli podobne demografske in bolezenske značilnosti. V skupini BzTDx oziroma TDx je bila mediana starost bolnikov 57 let oziroma 56 let, 99 % oziroma 98 % je bilo belcev, moških je bilo 58 % oziroma 54 %. V skupini BzTDx je imelo 12 % bolnikov citogenetsko veliko tveganje, v skupini TDx pa 16 %. Mediani čas trajanja zdravljenja je bil 24,0 tedna, mediano število ciklusov zdravljenja pa 6,0 v obeh skupinah. Primarni izid učinkovitosti je bil stopnja odgovora po uvedbi zdravljenja in po presaditvi (CR+nCR). Opazili so statistično značilno razliko v prid skupine, ki je prejela borteomib v kombinaciji z deksametazonom in talidomidom. Sekundarni izid učinkovitosti je vključeval čas preživetja brez napredovanja bolezni in celokupni čas preživetja. Glavni rezultati so zbrani v preglednici 13.

*Preglednica 13: Rezultati učinkovitosti študije MMY-3010*

Izidi učinkovitosti	BzTDx	TDx	OR; 95% IZ; p-vrednost <sup>a</sup>
<b>MMY-3010</b>	N = 130 (populacija ITT)	N = 127 (populacija ITT)	
<i>RR (po uvedbi zdravljenja)</i> CR+nCR	49,2 (40,4, 58,1)	17,3 (11,2, 25,0)	4,63 (2,61, 8,22); < 0,001 <sup>a</sup>

CR+nCR+PR, % (95% IZ)	84,6 (77,2, 90,3)	61,4 (52,4, 69,9)	3,46 (1,90, 6,27); < 0,001 <sup>a</sup>
*RR (po presaditvi) CR+nCR	55,4 (46,4, 64,1)	34,6 (26,4, 43,6)	2,34 (1,42, 3,87); 0,001 <sup>a</sup>
CR+nCR+PR, % (95% IZ)	77,7 (69,6, 84,5)	56,7 (47,6, 65,5)	2,66 (1,55, 4,57); < 0,001 <sup>a</sup>

IZ = interval zaupanja, CR = popoln odgovor, nCR = skoraj popoln odgovor, ITT = populacija, ki so jo nameravali zdraviti, RR = stopnja odgovora, Bz = borteomib, BzTDx = borteomib, talidomid in deksametazon, TDx = talidomid in deksametazon, PR = delen odgovor, OR = razmerje verjetnosti

\* primarni izid učinkovitosti

<sup>a</sup> OR za stopnje odgovora na osnovi Mantel-Haenszelove ocene razmerja verjetnosti za stratificirane preglednice; p-vrednosti Cochran-Mantel-Haenszelovega testa

Opomba: OR > 1 kaže na prednost uvajalnega zdravljenja, ki vključuje Bz.

### Klinična učinkovitost pri ponovitvi diseminiranega plazmocitoma ali pri na zdravljenje odpornem diseminiranem plazmocitomu

Varnost in učinkovitost borteomiba (injiciranega intravensko) v priporočenem odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup> so ovrednotili v dveh študijah: v randomizirani, primerjalni (primerjava z deksametazonom (Dex)) študiji faze III (APEX) pri 669 bolnikih s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma ali z diseminiranim plazmocitomom, odpornim na zdravljenje, ki so pred tem že prejeli od 1 do 3 vrste zdravljenja, ter v enodelni študiji faze II pri 202 bolnikih s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma ali z diseminiranim plazmocitomom, odpornim na zdravljenje, ki so pred tem že prejeli najmanj 2 vrsti zdravljenja in je bolezen ob zadnji vrsti zdravljenja napredovala.

V študiji faze III je pri vseh bolnikih, tudi pri bolnikih, ki so pred tem že prejeli eno vrsto predhodnega zdravljenja, zdravljenje z borteomibom vodilo do statistično značilno daljšega časa do napredovanja bolezni, statistično značilno podaljšanega preživetja in statistično značilno boljšega odgovora na zdravljenje v primerjavi z zdravljenjem z deksametazonom (glejte preglednico 14). Kot rezultat predhodno načrtovane vmesne analize so del preskušanja, v katerem so bolniki dobivali deksametazon, zaključili v skladu s priporočilom komisije, ki je spremljala podatke. Bolnikom, ki so bili randomizirani na deksametazon, so ponudili borteomib ne glede na status njihove bolezni. Zaradi te zgodnje zamenjave zdravila znaša mediana trajanja spremljanja preživelih bolnikov 8,3 meseca. Tako pri bolnikih s plazmocitomom, odpornim na predhodno vrsto zdravljenja, kot pri tistih, ki so se odzvali na zdravljenje, je bilo celokupno preživetje v skupini, ki je prejela borteomib, statistično značilno daljše, odgovor na zdravljenje pa je bil statistično značilno boljši.

245 (37 %) izmed 669 vključenih bolnikov je bilo starih 65 let ali več. Parametri odgovora na zdravljenje in čas do napredovanja bolezni (TTP) so bili, ne glede na starost, pri zdravljenju z borteomibom statistično značilno boljši. Ne glede na koncentracijo  $\beta_2$ -mikroglobulina ob začetku zdravljenja so se vsi parametri učinkovitosti (čas do napredovanja bolezni, celokupno preživetje in odgovor na zdravljenje) v skupini, ki je prejela borteomib, statistično značilno izboljšali.

Odgovor na zdravljenje v študiji faze II pri populaciji bolnikov, ki je bila odporna na zdravljenje, je ugotavljala neodvisna komisija, ki je uporabila kriterije za odgovor Evropske skupine za transplantacijo kostnega mozga (*European Bone Marrow Transplant Group*). Mediano preživetje vseh bolnikov, vključenih v raziskavo, je bila 17 mesecev (območje od < 1 do > 36 mesecev). Ta stopnja preživetja je bila večja od 6- do 9-mesečnega medianega preživetja, ki ga pričakujejo konziliarni klinični raziskovalci za podobno skupino bolnikov. Pri multivariantni analizi stopnja odgovora ni bila odvisna od vrste plazmocitoma, stanja fizične zmogljivosti bolnika, delecije na kromosomu 13 in števila ali vrste predhodnih zdravljenj. Bolniki, ki so prejeli od 2 do 3 predhodne vrste zdravljenj, so imeli stopnjo odgovora 32 % (10/32). Tisti, ki so prejeli več kot 7 predhodnih vrst zdravljenj, pa so imeli stopnjo odgovora 31 % (21/67).

Preglednica 14: Povzetek izidov bolezni v študijah faze III (APEX) in II

	Faza III		Faza III		Faza III		Faza II
	Vsi bolniki		1 predhodna vrsta zdravljenja		> 1 predhodna vrsta zdravljenja		≥ 2 predhodni vrsti zdravljenja
Časovno pogojeni dogodki	Bz N = 333 <sup>a</sup>	Dex N = 336 <sup>a</sup>	Bz N = 132 <sup>a</sup>	Dex N = 119 <sup>a</sup>	Bz N = 200 <sup>a</sup>	Dex N = 217 <sup>a</sup>	Bz N = 202 <sup>a</sup>
TTP, dnevi (95% IZ)	189 <sup>b</sup> (148, 211)	106 <sup>b</sup> (86, 128)	212 <sup>d</sup> (188, 267)	169 <sup>d</sup> (105, 191)	148 <sup>b</sup> (129, 192)	87 <sup>b</sup> (84, 107)	210 (154, 281)
1-letno preživetje, % (95% IZ)	80 <sup>d</sup> (74, 85)	66 <sup>d</sup> (59, 72)	89 <sup>d</sup> (82, 95)	72 <sup>d</sup> (62, 83)	73 (64, 82)	62 (53, 71)	60
Najboljši odgovor (%)	Bz N = 315 <sup>c</sup>	Dex N = 312 <sup>c</sup>	Bz N = 128	Dex N = 110	Bz N = 187	Dex N = 202	Bz N = 193
CR	20 (6) <sup>b</sup>	2 (< 1) <sup>b</sup>	8 (6)	2 (2)	12 (6)	0 (0)	(4)**
CR+nCR	41 (13) <sup>b</sup>	5 (2) <sup>b</sup>	16 (13)	4 (4)	25 (13)	1 (< 1)	(10)**
CR+nCR+PR	121 (38) <sup>b</sup>	56 (18) <sup>b</sup>	57 (45) <sup>d</sup>	29 (26) <sup>d</sup>	64 (34) <sup>b</sup>	27 (13) <sup>b</sup>	(27)**
CR+nCR+PR+MR	146 (46)	108 (35)	66 (52)	45 (41)	80 (43)	63 (31)	(35)**
Mediano trajanje odgovora, dnevi (meseci)	242 (8,0)	169 (5,6)	246 (8,1)	189 (6,2)	238 (7,8)	126 (4,1)	385*
Čas do odgovora CR + PR, dnevi	43	43	44	46	41	27	38*

<sup>a</sup> populacija bolnikov, ki so jo nameravali zdraviti (ITT)

<sup>b</sup> p-vrednost iz stratificiranega testa log-rank; v analizi po vrsti zdravljenja ni bila vključena stratifikacija po terapevtski anamnezi; p < 0,0001

<sup>c</sup> Populacija, pri kateri so ovrednotili odgovor na zdravljenje, vključuje bolnike, ki so imeli merljivo bolezen na začetku in so prejeli najmanj en odmerek raziskovanega zdravila.

<sup>d</sup> p-vrednost iz Cochran-Mantel-Haenszelovega hi-kvadrat testa, prilagojenega na osnovi stratifikacijskih dejavnikov; v analizi po vrsti zdravljenja ni bila vključena stratifikacija po terapevtski anamnezi

\* CR+PR+MR

\*\* CR = CR (IF-); nCR = CR (IF+)

NA = ne velja za ta primer, NE = odgovora ni bilo mogoče oceniti, TTP = čas do napredovanja bolezni, IZ = interval zaupanja, Bz = borteomib, Dex = deksametazon, CR = popoln odgovor, nCR = skoraj popoln odgovor, PR = delen odgovor, MR = minimalen odgovor

Bolniki v študiji faze II, ki niso dosegli optimalnega odgovora na zdravljenje z borteomibom v monoterapiji, so poleg borteomiba lahko prejeli tudi deksametazon v velikih odmerkih. V skladu s protokolom so bolniki lahko prejeli deksametazon, če ni bilo pričakovanega odgovora na zdravljenje z borteomibom v monoterapiji. Odgovor na zdravljenje so ocenili pri skupaj 74 bolnikih, ki so prejeli deksametazon v kombinaciji z borteomibom. Pri 18 % bolnikov so dosegli odgovor ali izboljššan odgovor [MR (11 %) ali PR (7 %)] pri kombiniranem zdravljenju.

*Klinična učinkovitost subkutanega dajanja borteomiba bolnikom pri bolnikih s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma ali z na zdravljenje odpornim diseminiranim plazmocitomom*

V odprti, randomizirani, študiji faze III na dveh enakovrednih skupinah so primerjali učinkovitost in varnost subkutanega in intravenskega dajanja borteomiba. V študijo je bilo vključenih 222 bolnikov s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma/diseminiranim plazmocitomom, odpornim na zdravljenje,

randomiziranih v razmerju 2:1 na bortezomib subkutano ali intravensko, v odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup> telesne površine, 8 ciklusov zdravljenja. Bolniki, ki niso dosegli optimalnega odgovora (manj kot popoln odgovor [CR]) na zdravljenje z bortezomibom v monoterapiji po 4 ciklusih zdravljenja, so prejeli 20 mg deksametazona na dan dajanja bortezomiba in dan po tem. Bolniki, ki so imeli na začetku študije periferno nevropatijo stopnje  $\geq 2$  ali število trombocitov  $< 50,000/\mu\text{l}$ , so bili izključeni. Skupaj so odgovor na zdravljenje ocenili pri 218 bolnikih.

V študiji je bil dosežen primarni cilj, 42% stopnja odgovora (CR+PR) po 4 ciklusih zdravljenja z bortezomibom v monoterapiji pri obeh načinih dajanja, subkutanem in intravenskem. Izidi učinkovitosti, povezani s sekundarnim odgovorom in časom do dogodka, so pokazali, da v rezultatih za subkutano in intravensko dajanje ni bistvenih odstopanj (preglednica 15).

*Preglednica 15: Povzetek analize učinkovitosti subkutanega in intravenskega dajanja bortezomiba*

	Skupina z intravenskim dajanjem bortezomiba	Skupina s subkutanim dajanjem bortezomiba
Populacija, pri kateri so ovrednotili odgovor	N = 73	N = 145
<b>Stopnja odgovora v 4. ciklusu, N (%)</b>		
ORR (CR+PR)	31 (42)	61 (42)
p-vrednost <sup>a</sup>	0,00201	
CR	6 (8)	9 (6)
PR	25 (34)	52 (36)
nCR	4 (5)	9 (6)
<b>Stopnja odgovora v 8. ciklusu, N (%)</b>		
ORR (CR+PR)	38 (52)	76 (52)
p-vrednost <sup>a</sup>	0,0001	
CR	9 (12)	15 (10)
PR	29 (40)	61 (42)
nCR	7 (10)	14 (10)
<b>Populacija, ki so jo nameravali zdraviti<sup>b</sup></b>	<b>N = 74</b>	<b>N = 148</b>
TTP, meseci (95% IZ)	9,4 (7,6, 10,6)	10,4 (8,5, 11,7)
razmerje tveganja (95% IZ) <sup>c</sup>	0,839 (0,564, 1,249)	
p-vrednost <sup>d</sup>	0,38657	
<b>Preživetje brez napredovanja bolezni, meseci (95% IZ)</b>	<b>8,0 (6,7, 9,8)</b>	<b>10,2 (8,1, 10,8)</b>
razmerje tveganja (95% IZ) <sup>c</sup>	0,824 (0,574, 1,183)	
p-vrednost <sup>d</sup>	0,295	
<b>Enoletno celokupno preživetje (%)<sup>e</sup> (95% IZ)</b>	<b>76,7 (64,1, 85,4)</b>	<b>72,6 (63,1, 80,0)</b>

<sup>a</sup> p-vrednost podpira hipotezo, da subkutana skupina obdrži najmanj 60 % stopnje odgovora intravenske skupine zdravljenja.

<sup>b</sup> V študijo je bilo vključenih 222 oseb, 221 se jih je zdravilo z bortezomibom.

<sup>c</sup> Ocena razmerja tveganja temelji na Coxovem modelu, prilagojenem na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: razvrstitve po ISS (*International Staging System*) in števila predhodnih zdravljenj.

<sup>d</sup> log-rank test, prilagojen na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: razvrstitve po ISS in števila predhodnih zdravljenj

<sup>e</sup> Mediano trajanje spremljanja je 11,8 meseca.

IZ = interval zaupanja, CR = popoln odgovor, nCR = skoraj popoln odgovor, PR = delen odgovor, ORR = celokupna stopnja odgovora, TTP = čas do napredovanja bolezni

#### *Bortezomib v kombinaciji s pegiliranim liposomskim doksorubicinom (študija DOXIL-MMY-3001)*

Pri 646 bolnikih je bila opravljena randomizirana, odprta, multicentrična študija faze III pri vzporednih skupinah, v kateri so primerjali varnost in učinkovitost kombiniranega zdravljenja z bortezomibom in pegiliranim liposomskim doksorubicinom z monoterapijo z bortezomibom pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom, ki so že prejeli najmanj eno vrsto predhodnega zdravljenja in pri katerih bolezni ni napredovala med prejemanjem antraciklinskega zdravljenja. Po kriterijih Evropske skupine za transplantacijo kostnega mozga (EBMT – *European Bone Marrow Transplant Group*) je bil primarni izid učinkovitosti TTP, sekundarna izida pa celokupno preživetje (OS) in celokupna stopnja odgovora (ORR [CR+PR]). S protokolom določena vmesna analiza (na osnovi 249 dogodkov TTP) je vodila do predčasne prekinitve študije, kar zadeva ugotavljanje učinkovitosti.

Vmesna analiza je pokazala zmanjšanje tveganja za TTP za 45 % (95% IZ: 29–57 %,  $p < 0,0001$ ) pri bolnikih, ki so prejeli kombinirano zdravljenje z borteomibom in pegiliranim liposomskim doksorubicinom. Mediana vrednost TTP je znašala 6,5 meseca pri bolnikih, ki so prejeli borteomib v monoterapiji, in 9,3 meseca pri tistih, ki so prejeli kombinirano zdravljenje z borteomibom in pegiliranim liposomskim doksorubicinom. Ti rezultati, ki sicer še niso bili zreli, so sestavljali s protokolom opredeljeno končno analizo.

Končna analiza OS po medianem spremljanju bolnikov 8,6 leta ni pokazala pomembne razlike v OS med obema skupinama zdravljenja. Za bolnike, zdravljeni z borteomibom v monoterapiji, je bilo mediano OS 30,8 meseca (95% IZ: 25,2–36,5 meseca), za bolnike, zdravljeni z borteomibom v kombinaciji s pegiliranim liposomskim doksorubicinom pa 33,0 meseca (95% IZ: 28,9–37,1 meseca).

#### *Zdravljenje z borteomibom v kombinaciji z deksametazonom*

Ker pri bolnikih z napredujočim diseminiranim plazmocitomom ne obstaja nobena neposredna primerjava med zdravljenjem z borteomibom v monoterapiji in zdravljenjem z borteomibom v kombinaciji z deksametazonom, je bila opravljena statistična analiza ujemajočih se parov, ki je primerjala rezultate nerandomizirane skupine, zdravljeni z borteomibom v kombinaciji z deksametazonom (odprta študija faze II; MMY-2045), z rezultati zdravljenja z borteomibom v monoterapiji v različnih randomiziranih študijah faze III (M34101-039 [APEX] in DOXIL MMY-3001) za enako indikacijo.

Analiza ujemajočih se parov je statistični postopek, s katerim se lahko primerjajo bolniki v skupini zdravljenja (npr. borteomib v kombinaciji z deksametazonom) in bolniki v primerjalni skupini (npr. samo borteomib), tako da se sestavijo posamezni pari preiskovancev z upoštevanjem motečih dejavnikov. S tem se na osnovi nerandomiziranih podatkov zmanjšajo vplivi opaženih motečih dejavnikov na oceno učinkov zdravljenja.

Definiranih je bilo 127 ujemajočih se parov bolnikov. Analiza je pokazala izboljšane ORR (CR+PR) (razmerje obetov 3,769; 95% IZ: 2,045–6,947;  $p < 0,001$ ), PFS (razmerje tveganja 0,511; 95% IZ: 0,309–0,845;  $p = 0,008$ ) in TTP (razmerje tveganja 0,385; 95% IZ: 0,212–0,698;  $p = 0,001$ ) pri zdravljenju z borteomibom v kombinaciji z deksametazonom v primerjavi z zdravljenjem z borteomibom v monoterapiji.

Na voljo so le omejeni podatki o ponovnem zdravljenju z borteomibom pri bolnikih s ponovitvijo diseminiranega plazmocitoma. Za ugotavljanje učinkovitosti in varnosti ponovnega zdravljenja z borteomibom so izvedli odprto, enoskupinsko študijo faze II, MMY-2036 (RETRIEVE).

130 bolnikov (starih  $\geq 18$  let) z diseminiranim plazmocitomom, ki so predhodno imeli vsaj delen odgovor na režim zdravljenja z borteomibom, so ponovno zdravili po napredovanju bolezni. Po najmanj 6 mesecih po predhodnem zdravljenju so borteomib uvedli v odmerku, ki ga je bolnik pri predhodnem zdravljenju še prenašal,  $1,3 \text{ mg/m}^2$  ( $N = 93$ ) ali  $\leq 1,0 \text{ mg/m}^2$  ( $N = 37$ ). Zdravilo so prejeli na 1., 4., 8. in 11. dan vsake tri tedne največ 8 ciklov zdravljenja, v monoterapiji ali v kombinaciji z deksametazonom, skladno s klinično prakso. V 1. ciklusu zdravljenja je skupaj z borteomibom deksametazon prejelo 83 bolnikov, v nadaljnjih ciklikih zdravljenja z borteomibom pa še dodatnih 11 bolnikov.

Primarni izid učinkovitosti je bil najboljši potrjeni odgovor na ponovno zdravljenje, skladno s kriteriji EBMT. Pri 130 bolnikih je bila celokupna stopnja najboljšega odgovora (CR+PR) 38,5 % (95% IZ: 30,1–47,4).

#### Klinična učinkovitost pri predhodno nezdravljenem limfomu plaščnih celic (MCL)

V randomizirani, odprti študiji faze III, LYM-3002, so pri odraslih bolnikih s predhodno nezdravljenim MCL (stopnje II, III ali IV) primerjali učinkovitost in varnost borteomiba v kombinaciji z rituksimabom, ciklofosfamidom, doksorubicinom in prednisonom (BzR-CAP;  $N = 243$ ) z zdravljenjem z rituksimabom, ciklofosfamidom, doksorubicinom, vinkristinom in prednisonom (R-CHOP;  $N = 244$ ). Bolniki v skupini zdravljenja BzR-CAP so prejeli borteomib ( $1,3 \text{ mg/m}^2$  na 1., 4., 8., in 11. dan, sledil je premor od 12. do 21. dneva),  $375 \text{ mg/m}^2$  rituksimaba,  $750 \text{ mg/m}^2$  ciklofosfamida in  $50 \text{ mg/m}^2$  doksorubicina intravensko na 1. dan in  $100 \text{ mg/m}^2$  prednizona peroralno od 1. do 5. dneva 21-dnevnega ciklusa zdravljenja z borteomibom. Bolniki, ki so dosegli odgovor šele v 6. ciklusu, so prejeli dva dodatna ciklusa zdravljenja.

Primarni izid učinkovitosti je bilo preživetje brez napredovanja bolezni, ki ga je ocenil neodvisni odbor za pregled (IRC – *Independent Review Committee*). Sekundarni izid je vključeval čas do napredovanja bolezni (TTP), čas do naslednjega zdravljenja limfoma (TNT), trajanje obdobja brez zdravljenja (TFI), celokupno stopnjo odgovora (ORR) in stopnjo popolnega odgovora (CR/CRu), celokupno preživetje (OS) in trajanje odgovora.

Bolniki v obeh skupinah zdravljenja so na splošno imeli podobne demografske in bolezenske značilnosti: mediana starost bolnikov je bila 66 let, 74 % je bilo moških, 66 % je bilo belcev in 32 % Azijcev, 69 % bolnikov je imelo pozitivno aspiracijo kostnega mozga in/ali pozitivno biopsijo kostnega mozga za MCL, 54 % bolnikov je imelo vrednost mednarodnega prognostičnega indeksa (IPI – *International Prognostic Index*)  $\geq 3$  in 76 % bolnikov je bilo v IV. stadiju bolezni. Trajanje zdravljenja (mediana: 17 tednov) in trajanje nadaljnjega spremljanja bolnikov (mediana: 40 mesecev) sta bila primerljiva v obeh zdravljenih skupinah. Bolniki so v obeh skupinah prejeli mediano 6 ciklov zdravljenja. 14 % preiskovancev iz skupine BzR-CAP in 17 % bolnikov iz skupine R-CHOP je prejelo 2 dodatna ciklusa zdravljenja. Večina bolnikov v obeh skupinah je zdravljenje zaključila, 80 % v skupini BzR-CAP in 82 % v skupini R-CHOP. Rezultati učinkovitosti so podani v preglednici 16.

Preglednica 16: Rezultati učinkovitosti iz študije LYM-3002

Izidi učinkovitosti	BzR-CAP	R-CHOP	
Bolniki (ITT), N	243	244	
<b>Preživetje brez napredovanja bolezni (IRC)<sup>a</sup></b>			
dogodki, N (%)	133 (54,7)	165 (67,6)	HR <sup>b</sup> (95% IZ) = 0,63 (0,50, 0,79) p-vrednost <sup>d</sup> < 0,001
mediana <sup>c</sup> (95% IZ), meseci	24,7 (19,8, 31,8)	14,4 (12, 16,9)	
<b>Stopnja odgovora</b>			
Bolniki, pri katerih so ovrednotili odgovor, N	229	228	
Celokupni popoln odgovor (CR+CRu) <sup>f</sup> , N (%)	122 (53,3)	95 (41,7)	OR <sup>e</sup> (95% IZ) = 1,688 (1,148, 2,481) p-vrednost <sup>g</sup> = 0,007
Celokupni odgovor (CR+CRu+PR) <sup>h</sup> , N (%)	211 (92,1)	204 (89,5)	OR <sup>e</sup> (95% IZ) = 1,428 (0,749, 2,722) p-vrednost <sup>g</sup> = 0,275

<sup>a</sup> Temelji na osnovi ocene neodvisnega odbora (*Independent Review Committee*) (samo podatki slikovnih diagnostičnih metod).

<sup>b</sup> Ocena razmerja tveganja temelji na Coxovem modelu, prilagojenem na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: IPI tveganja in stopnje bolezni. Razmerje tveganja, manjše od 1, kaže na prednost za BzR-CAP.

<sup>c</sup> Temelji na oceni po metodi Kaplan-Meier.

<sup>d</sup> Temelji na log-rank testu, prilagojenem na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: IPI tveganja in stopnje bolezni.

<sup>e</sup> Uporabljena je Mantel-Haenszelova ocena razmerja obovetov za stratificirane preglednice, skupaj s stratifikacijskima dejavnikoma IPI tveganjem in stopnjo bolezni. Razmerje obovetov (OR – *Odds Ratio*), večje od 1, kaže na prednost za BzR-CAP.

<sup>f</sup> Vključuje vse CR+CRu, po IRC, kostni mozeg in LDH (laktatna dehidrogenaza).

<sup>g</sup> p-vrednost po Cochran-Mantel-Haenszel hi-kvadratnem testu, prilagojenem na osnovi stratifikacijskih dejavnikov: IPI tveganja in stopnje bolezni

<sup>h</sup> Vključuje vse radiološke diagnostične metode CR+CRu+PR po IRC, ne glede na preverjanje kostnega mozga in LDH. CR = popoln odgovor, CRu = nepotrjen popoln odgovor, PR = delen odgovor, IZ = interval zaupanja, HR = razmerje tveganja, OR = razmerje verjetnosti, ITT = populacija, ki so jo nameravali zdraviti

Mediano PFS po oceni raziskovalca je bilo 30,7 meseca v skupini BzR-CAP in 16,1 meseca v skupini R-CHOP (razmerje tveganja [HR] = 0,51;  $p < 0,001$ ). Opazili so statistično značilno korist ( $p < 0,001$ ) za skupino zdravljenja BzR-CAP v primerjavi s skupino R-CHOP pri TTP (mediana 30,5 v primerjavi s 16,1 meseca), TNT (mediana 44,5 v primerjavi s 24,8 meseca) in TFI (mediana 40,6 v primerjavi s 20,5 meseca). Mediana trajanja popolnega odgovora je bila 42,1 meseca v skupini BzR-CAP in 18 mesecev v skupini R-CHOP. Trajanje celokupnega odgovora je bilo 21,4 meseca daljše v skupini BzR-CAP (mediana 36,5 meseca v primerjavi s 15,1 meseca v skupini R-CHOP). Med nadaljnjim spremljanjem bolnikov, ki je mediano trajalo 40 mesecev, je bila glede medianega OS (56,3 meseca v skupini R-CHOP, v skupini BzR-CAP pa ni bilo doseženo) v prednosti skupina BzR-CAP (ocenjeno

HR = 0,80; p = 0,173). Kaže se trend podaljšanja celokupnega preživetja v prid skupine BzR-CAP. Ocenjena stopnja 4-letnega preživetja je bila v skupini R-CHOP 53,9 % in v skupini BzR-CAP 64,4 %.

### Bolniki s predhodno zdravljeno amiloidozo lahkih verig (AL-amiloidoza)

V odprti, nerandomizirani študiji faze I/II so ugotavljali varnost in učinkovitost bortezomiba pri bolnikih s predhodno zdravljeno AL-amiloidozo. Med študijo se niso pokazali dodatni pomisleki glede varnosti zdravljenja, bortezomib pa ni povečal poškodb tarčnih organov (srca, ledvic, jeter). Pri analizi učinkovitosti, merjene s hematološkim odzivom (M-protein), pri 49 bolnikih, pri katerih je bila mogoča ocena in so prejeli največje dovoljene odmerke, 1,6 mg/m<sup>2</sup> na teden in 1,3 mg/m<sup>2</sup> dvakrat na teden, je bila stopnja odgovora 67,3 % (vključno z deležem CR 28,6 %). Skupna stopnja enoletnega preživetja za skupini bolnikov, ki sta prejeli ta dva odmerka, je bila 88,1 %.

### Pediatrična populacija

Evropska agencija za zdravila je odstopila od zahteve za predložitev rezultatov študij z bortezomibom za vse podskupine pediatrične populacije za indikacijo diseminirani plazmocitom in limfom plašnih celic (za podatke o uporabi pri pediatrični populaciji glejte poglavje 4.2).

V enoskupinskem preskušanju učinkovitosti, varnosti in farmakokinetike faze II, ki jo je izvedla Skupina za otroško onkologijo (COG – *Children's Oncology Group*), so ocenili delovanje bortezomiba, ki so ga dodali k ponovni uvajalni kemoterapiji z več zdravili pri pediatričnih in mladih odraslih bolnikih z limfatičnimi malignomi (s pre-B-celično akutno limfoblastno levkemijo [ALL], T-celično ALL in T-celičnim limfoblastnim limfomom [LL]). Bolnikom so dajali učinkovito ponovno uvajalno kemoterapijo z več zdravili v 3 sklopih. Bolniki so prejeli bortezomib le v 1. in 2. sklopu zdravljenja, da so se izognili prekrivanju toksičnih učinkov z drugimi, sočasno danimi zdravili v 3. sklopu zdravljenja.

Popoln odgovor (CR – *Complete Response*) so ocenili na koncu 1. sklopa zdravljenja. Pri bolnikih z B-celično ALL in s ponovitvijo v manj kot 18 mesecih po diagnozi (N = 27) je bil delež CR 67 % (95% IZ: 46–84 %) in delež 4-mesečnega preživetja brez dogodkov 44 % (95% IZ: 26–62 %). Pri bolnikih z B-celično ALL in s ponovitvijo po 18–36 mesecev po diagnozi (N = 33) je bil delež CR 79 % (95% IZ: 61–91 %) in delež 4-mesečnega preživetja brez dogodkov 73 % (95% IZ: 54–85 %). Delež CR pri bolnikih s prvo ponovitvijo T-celične ALL (N = 22) je bil 68 % (95% IZ: 45–86 %), delež 4-mesečnega preživetja brez dogodkov pa 67 % (95% IZ: 42–83 %). Poročani podatki ne dovoljujejo dokončnih zaključkov o učinkovitosti (glejte poglavje 4.2).

Varnost so ocenjevali pri 140 vključenih bolnikih z ALL ali LL, z mediano starostjo 10 let (v razponu od 1 do 26). Ob dodatku bortezomiba standardni pediatrični osnovni kemoterapevtski shemi za pre-B-celično ALL se niso pokazali dodatni pomisleki glede varnosti zdravljenja. V shemi zdravljenja z dodanim bortezomibom so se naslednji neželeni učinki (stopnje  $\geq 3$ ) pojavili pogosteje kot v predhodni kontrolni študiji, kjer so bolniki prejeli samo osnovno shemo zdravljenja: v 1. sklopu periferna senzorična nevropatija (3 % v primerjavi z 0 %), ileus (2,1 % v primerjavi z 0 %), hipoksija (8 % v primerjavi z 2 %). Podatki o možnih posledicah ali stopnjah ozdravitve periferne nevropatije v tej študiji niso na voljo. Večja je bila tudi pojavnost okužb z nevtropenijo stopnje  $\geq 3$  (24 % v primerjavi z 19 % v 1. sklopu in 22 % v primerjavi z 11 % v 2. sklopu), povečane koncentracije ALT (17 % v primerjavi z 8 % v 2. sklopu), hipokaliemije (18 % v primerjavi s 6 % v 1. sklopu in 21 % v primerjavi z 12 % v 2. sklopu) in hiponatriemije (12 % v primerjavi s 5 % v 1. sklopu in 4 % v primerjavi z 0 % v 2. sklopu).

## **5.2 Farmakokinetične lastnosti**

### Absorpcija

Po intravenski aplikaciji bolusnega odmerka 1,0 mg/m<sup>2</sup> in 1,3 mg/m<sup>2</sup> 11 bolnikom z diseminiranim plazmocitomom in očistkom kreatinina, večjim kot 50 ml/min, sta bili povprečni vrednosti najvišjih



plazemskih koncentracij bortezomiba po prvem odmerku 57 in 112 ng/ml. Pri ponovljenih odmerkih so bile povprečne vrednosti najvišjih plazemskih koncentracij v razponu od 67 do 106 ng/ml pri odmerku 1,0 mg/m<sup>2</sup> in od 89 do 120 ng/ml pri odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup>.

Pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom po intravenski bolusni ali subkutani injekciji v odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup> (N = 14 pri intravenski in N = 17 pri subkutani skupini) je bila skupna sistemska izpostavljenost po ponovljenem odmerku (AUC<sub>zadnji</sub>) ekvivalentna pri subkutanem in intravenskem dajanju. C<sub>max</sub> je bila po subkutanem dajanju (20,4 ng/ml) nižja kot pri intravenskem (223 ng/ml). Stopnja geometrične sredine AUC<sub>zadnji</sub> je bila 0,99, 90% intervali zaupanja pa 80,18–122,80 %.

### Porazdelitev

Po enkratnem ali večkratnem intravenskem dajanju odmerkov 1,0 mg/m<sup>2</sup> ali 1,3 mg/m<sup>2</sup> bolnikom z diseminiranim plazmocitomom je bil povprečni volumen porazdelitve (V<sub>d</sub>) od 1.659 do 3.294 l. To nakazuje, da se bortezomib v veliki meri porazdeljuje v periferna tkiva. V razponu koncentracij bortezomiba od 0,01 do 1,0 µg/ml je bila *in vitro* vezava na beljakovine v človeški plazmi povprečno 82,9%. Delež bortezomiba, vezanega na plazemske beljakovine, ni bil odvisen od koncentracije.

### Biotransformacija

Študije *in vitro* na človeških jetrnih mikrosomih in izocimih citokroma P450 z izraženo človeško cDNA kažejo, da se bortezomib v prvi vrsti oksidativno presnavlja z encimi citokroma P450, 3A4, 2C19 in 1A2. Najpomembnejša pot presnove je deboronacija (odcepitev boronske skupine), pri čemer nastaneta dva deboronirana presnovka, ki se nato hidroksilirata do številnih presnovkov. Deboronirana presnovka ne delujeta kot zaviralca 26S proteasoma.

### Izločanje

Po ponavljajočih se odmerkih je bil razpon razpolovnih časov (t<sub>1/2</sub>) bortezomiba 40–193 ur. V primerjavi s ponovljenimi odmerki se bortezomib po prvem odmerku hitreje izloči iz telesa. Po odmerku 1,0 mg/m<sup>2</sup> je povprečni celotni očistek telesa po prvem odmerku znašal 102 l/h, po odmerku 1,3 mg/m<sup>2</sup> pa 112 l/h. Po ponovljenih odmerkih je bil razpon od 15 do 32 l/h za odmerek 1,0 mg/m<sup>2</sup> in od 18 do 32 l/h za odmerek 1,3 mg/m<sup>2</sup>.

### Posebne populacije

#### *Okvara jeter*

Vpliv jetrne okvare na farmakokinetiko bortezomiba v odmerkih od 0,5 do 1,3 mg/m<sup>2</sup> so ocenjevali v študiji faze I med prvim ciklusom zdravljenja, ki je vključevala 61 bolnikov s primarno solidnimi tumorji in različnimi stopnjami jetrne okvare.

V primerjavi z bolniki z normalnim delovanjem jeter pri bolnikih z blago jetrno okvaro ni bilo sprememb v povprečnem, na odmerek normaliziranem AUC bortezomiba. Pri bolnikih z zmerno ali hudo jetrno okvaro so se vrednosti povprečnega, na odmerek normaliziranega AUC povečale za približno 60 %. Pri bolnikih z zmerno ali hudo jetrno okvaro so priporočeni manjši začetni odmerki. Te bolnike je treba tudi skrbno spremljati (glejte poglavje 4.2, preglednica 6).

#### *Okvara ledvic*

Pri bolnikih z različnimi stopnjami okvare delovanja ledvic so izvedli farmakokinetično študijo. Bolnike so glede na vrednost očistka kreatinina (CrCL) razdelili v naslednje skupine: normalno delovanje ledvic (CrCL ≥ 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, N = 12), blaga okvara ledvic (CrCL = 40–59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, N = 10), zmerna okvara ledvic (CrCL = 20–39 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, N = 9), huda okvara ledvic (CrCL < 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, N = 3). V študijo je bila vključena tudi skupina bolnikov na dializi, ki so prejeli zdravljenje po dializi (N = 8). Bolniki so dvakrat na teden intravensko prejeli bortezomib v odmerku od 0,7 do 1,3 mg/m<sup>2</sup>. Izpostavljenost bortezomibu (AUC in C<sub>max</sub>, normalizirana na odmerek) je bila primerljiva med vsemi skupinami (glejte poglavje 4.2).

### Starost

Farmakokinetiko bortezomiba so ovrednotili po intravenski aplikaciji bolusnega odmerka 1,3 mg/m<sup>2</sup> dvakrat na teden 104 pediatričnim bolnikom (starim 2–16 let) z akutno limfoblastno levkemijo (ALL – *Acute Lymphoblastic Leukemia*) ali z akutno mieloično levkemijo (AML – *Acute Myeloid Leukemia*). Analiza populacijske farmakokinetike je pokazala, da se očistek bortezomiba poveča s povečanjem telesne površine (BSA – *Body Surface Area*). Geometrični povprečni očistek (% CV) je bil 7,79 l/h/m<sup>2</sup> (25 %), volumen porazdelitve v dinamičnem ravnovesju 834 l/m<sup>2</sup> (39 %), razpolovni čas izločanja pa 100 ur (44 %). Po prilagoditvi glede na BSA drugi demografski dejavniki, kot so starost, telesna masa, in spol, niso imeli klinično pomembnega vpliva na očistek bortezomiba. Očistek bortezomiba, normaliziran na BSA, je bil pri pediatričnih bolnikih podoben očistku, ki so ga opazili pri odraslih.

### 5.3 Predklinični podatki o varnosti

V *in vitro* testu kromosomskih aberacij z uporabo ovarijskih celic kitajskega hrčka (CHO celic) je bil bortezomib v koncentraciji le 3,125 µg/ml, ki je bila najnižja ovrednotena koncentracija, pozitiven na klastogeno aktivnost (strukturne kromosomske aberacije). Bortezomib se ni izkazal za genotoksičnega v *in vitro* testu mutagenosti (Amesov test) in v *in vivo* mikronukleusnem testu na miših.

Raziskave razvojne toksičnosti pri podganah in kuncih so pokazale embrio-fetalno smrtnost pri odmerkih, toksičnih za samice, vendar ni bilo neposredne embrio-fetalne toksičnosti pri odmerkih, manjših od tistih, ki so bili toksični za mater. Raziskav plodnosti niso opravili, opravili pa so ovrednotenje reproduktivnih tkiv v raziskavah splošne toksičnosti. V 6-mesečni raziskavi na podganah so opazili degenerativne učinke tako na testise kot na ovarije, zato je verjetno, da bi bortezomib lahko vplival na plodnost samic ali samcev. Raziskav peri- in postnatalnega obdobja niso opravili.

V raziskavah splošne toksičnosti z več ciklusi zdravljenja na podganah in opicah so bili glavni učinki na prebavilih s posledičnim bruhanjem in/ali drisko, krvotvornih organih s posledično citopenijo v periferni krvi, atrofijo limfatičnega tkiva ter hipocelularnostjo kostnega mozga, periferna nevropatija (ki so jo opazili pri opicah, miših in psih) s prizadetostjo senzoričnih živčnih končičev in blage spremembe ledvic. Po ukinitvi zdravljenja so ugotavljali delno do popolno okrevanje vseh navedenih tarčnih organov.

Na osnovi rezultatov raziskav na živalih je prehajanje bortezomiba preko hematoencefalne bariere omejeno oz. zanemarljivo. Pomen teh podatkov za ljudi ni znan.

Farmakološke študije kardiovaskularne varnosti zdravila pri opicah in psih kažejo povezavo med intravenskimi odmerki, ki so bili dva- do trikrat večji od priporočenega kliničnega odmerka (v mg/m<sup>2</sup>), in povišanjem srčne frekvence, zmanjšanjem kontraktilnosti srca, hipotenzijo in smrtjo. Psi z zmanjšano kontraktilnostjo srca so se odzvali na učinkovine s pozitivnim inotropnim ali presorskim delovanjem. Pri psih so zaznali tudi majhno povečanje v korigiranem QT-intervalu.

## 6. FARMACEVTSKI PODATKI

### 6.1 Seznam pomožnih snovi

manitol (E421)

### 6.2 Inkompatibilnosti

Zdravilo se ne sme mešati z drugimi zdravili, razen s tistimi, ki so omenjena v poglavju 6.6.

### 6.3 Rok uporabnosti

Zaprta viala

3 leta

## Rekonstituirana raztopina

Rekonstituirana raztopina je kemično in fizikalno stabilna 8 ur pri temperaturi do 25 °C, če se jo pred uporabo shranjuje v originalni viali in/ali injekcijski brizgi. Skupen čas shranjevanja rekonstituiranega zdravila pred injiciranjem ne sme biti daljši od 8 ur.

Z mikrobiološkega vidika je treba rekonstituirano raztopino uporabiti takoj po pripravi.

Če se je ne uporabi takoj, je za čas in pogoje shranjevanja raztopine pred uporabo odgovoren uporabnik.

### **6.4 Posebna navodila za shranjevanje**

Vialo shranjujte v zunanji ovojnini za zagotovitev zaščite pred svetlobo.

Za pogoje shranjevanja po rekonstituciji zdravila glejte poglavje 6.3.

### **6.5 Vrsta ovojnine in vsebina**

10-ml steklena viala iz stekla tipa I, s sivim zamaškom iz bromobutilne gume in aluminijasto zaporko z oranžnim snemljivim pokrovčkom.

Ena škatla vsebuje eno vialo za enkratno uporabo. Na voljo so tudi pakiranja z 10 škatlami.

### **6.6 Posebni varnostni ukrepi za odstranjevanje in ravnanje z zdravilom**

#### Splošni previdnostni ukrepi

Bortezomib je citotoksična učinkovina, zato je potrebna previdnost pri ravnanju in med pripravo zdravila Bortezomib PharmaSwiss. Priporoča se uporaba rokavic in drugih zaščitnih oblačil, da se prepreči stik zdravila s kožo.

Pri ravnanju z zdravilom Bortezomib PharmaSwiss morate ves čas strogo upoštevati **aseptično pripravo**, ker zdravilo ne vsebuje konzervansov.

Nenamerno intratekalno dajanje bortezomiba se je končalo s smrtnimi primeri. Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss 3,5 mg prašek za raztopino za injiciranje je namenjeno za intravensko ali subkutano uporabo. Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss se ne sme dajati intratekalno.

#### Navodila za rekonstitucijo raztopine

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss mora rekonstituirati zdravstveno osebje.

#### *Intravensko injiciranje*

Vsako 10-ml vialo zdravila Bortezomib PharmaSwiss morate rekonstituirati s 3,5 ml 9 mg/ml (0,9%) raztopine natrijevega klorida za injiciranje. Liofilizirani prašek se raztopi v manj kot 2 minutah. Po rekonstituciji 1 ml raztopine vsebuje 1 mg bortezomiba. Rekonstituirana raztopina je bistra in brezbarvna, njen končni pH pa je od 4 do 7. Rekonstituirano raztopino morate pred uporabo vizualno pregledati, da ugotovite, če vsebuje morebitne delce ali če se je obarvala. Če opazite kakršno koli spremembo barve ali delce v raztopini, jo morate zavreči.

#### *Subkutano injiciranje*

Vsako 10-ml vialo zdravila Bortezomib PharmaSwiss morate rekonstituirati z 1,4 ml 9 mg/ml (0,9%) raztopine natrijevega klorida za injiciranje. Liofilizirani prašek se raztopi v manj kot 2 minutah. Po rekonstituciji 1 ml raztopine vsebuje 2,5 mg bortezomiba. Rekonstituirana raztopina je bistra in brezbarvna, njen končni pH pa je od 4 do 7. Rekonstituirano raztopino morate pred uporabo vizualno

pregledati, da ugotovite, če vsebuje morebitne delce ali če se je obarvala. Če opazite kakršno koli spremembo barve ali delce v raztopini, jo morate zavreči.

#### Odlaganje

Zdravilo Bortezomib PharmaSwiss je samo za enkratno uporabo. Neuporabljeno zdravilo ali odpadni material zavrzite v skladu z lokalnimi predpisi.

#### **7. IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET Z ZDRAVILOM**

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.  
Jankovcova 1569/2c  
170 00 Praga 7  
Češka

#### **8. ŠTEVILKA (ŠTEVILKE) DOVOLJENJA (DOVOLJENJ) ZA PROMET Z ZDRAVILOM**

H/17/02333/001-002

#### **9. DATUM PRIDOBITVE/PODALJŠANJA DOVOLJENJA ZA PROMET Z ZDRAVILOM**

Datum prve odobritve: 15.6.2017.

#### **10. DATUM ZADNJE REVIZIJE BESEDILA**

2. 11. 2016