

SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

1. NAZIV LIJEKA

Erlotinib Mylan 150 mg filmom obložene tablete

2. KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV

Jedna filmom obložena tableta sadrži 150 mg erlotiniba (u obliku erlotinibklorida).

Pomoćne tvari s poznatim učinkom:

Jedna filmom obložena tableta sadrži 143,90 mg laktoze hidrata.

Za cjeloviti popis pomoćnih tvari vidjeti dio 6.1.

3. FARMACEUTSKI OBLIK

Filmom obložena tableta.

Bijela do žućkasta, okrugla, bikonveksna filmom obložena tableta, s utisnutom oznakom „150” na jednoj strani te promjera tablete od oko 10,5 mm.

4. KLINIČKI PODACI

4.1 Terapijske indikacije

Rak pluća nemalih stanica (NSCLC):

Erlotinib Mylan indiciran je za prvu liniju liječenja bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim rakom pluća nemalih stanica (engl. *non-small cell lung cancer*, NSCLC) s aktivirajućim mutacijama receptora za epidermalni faktor rasta (EGFR).

Erlotinib Mylan indiciran je i u terapiji održavanja bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim NSCLC-om s aktivirajućim mutacijama EGFR-a i stabilnom bolešću nakon prve linije kemoterapije koja nije uključivala erlotinib (engl. *switch maintenance*).

Erlotinib Mylan indiciran je i u liječenju bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim NSCLC-om nakon neuspjelog liječenja najmanje jednim kemoterapijskim protokolom. U bolesnika s tumorima bez aktivirajućih mutacija EGFR-a, Erlotinib Mylan je indiciran kada se druge opcije liječenja ne smatraju prikladnima.

Prilikom propisivanja lijeka Erlotinib Mylan treba uzeti u obzir faktore povezane s produljenim preživljenjem.

U bolesnika s EGFR-IHC negativnim tumorima nije dokazano produljenje preživljenja ni drugi klinički relevantni učinci liječenja (vidjeti dio 5.1).

Rak gušterače

Erlotinib Mylan u kombinaciji s gemcitabinom indiciran je za liječenje bolesnika s metastatskim rakom gušterače.

Prilikom propisivanja lijeka Erlotinib Mylan treba uzeti u obzir faktore povezane s produljenim

preživljenjem (vidjeti dijelove 4.2 i 5.1).

U bolesnika s lokalno uznapredovalom bolešću nije dokazano produljenje preživljenja.

4.2 Doziranje i način primjene

Liječenje lijekom Erlotinib Mylan treba nadzirati liječnik s iskustvom u primjeni protutumorskih lijekova.

Doziranje

Bolesnici s rakom pluća nemalih stanica

Prije uvođenja lijeka Erlotinib Mylan kao prve linije liječenja ili terapije održavanja u bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim NSCLC-om treba napraviti testiranje na mutaciju EGFR.

Preporučena dnevna doza lijeka Erlotinib Mylan iznosi 150 mg, a uzima se najmanje sat vremena prije ili dva sata nakon obroka.

Bolesnici s rakom gušterače

Preporučena dnevna doza lijeka Erlotinib Mylan iznosi 100 mg, a uzima se najmanje sat vremena prije ili dva sata nakon obroka u kombinaciji s gemcitabinom (pogledajte sažetak opisa svojstava gemcitabina za indikaciju rak gušterače). U bolesnika u kojih se u prvih 4 – 8 tjedana liječenja ne pojavi osip, potrebno je razmotriti potrebu daljnjeg liječenja lijekom Erlotinib Mylan (vidjeti dio 5.1).

Kada je potrebno prilagoditi dozu, treba je postupno smanjivati u koracima od 50 mg (vidjeti dio 4.4). Ukoliko Erlotinib Mylan nije dostupan u potrebnim jačinama, trebete uzimati druge lijekove dostupne na tržištu.

Pri istovremenoj primjeni CYP3A4 supstrata i modulatora možda će biti potrebno prilagoditi dozu (vidjeti dio 4.5).

Bolesnici s oštećenjem jetre

Erlotinib se eliminira metaboliziranjem u jetri i izlučivanjem putem žuči. Iako je izloženost erlotinibu u bolesnika s umjerenim oštećenjem funkcije jetre (Child-Pugh indeks 7 – 9) bila slična onoj u bolesnika s odgovarajućom funkcijom jetre, potreban je oprez kod primjene lijeka Erlotinib Mylan u bolesnika s oštećenjem jetre. Ako se pojave teške nuspojave, treba razmotriti smanjenje doze ili prekid liječenja lijekom Erlotinib Mylan. Sigurnost i djelotvornost erlotiniba u bolesnika s teškim poremećajima funkcije jetre (AST/SGOT i ALT/SGPT > 5 x gornja granica normalnih vrijednosti) nije ispitana. Ne preporučuje se primjena lijeka Erlotinib Mylan u bolesnika s teškim poremećajima funkcije jetre (vidjeti dio 5.2).

Bolesnici s oštećenjem bubrega

Sigurnost i djelotvornost erlotiniba nije ispitana u bolesnika s oštećenjem bubrega (koncentracija serumskog kreatinina > 1,5 puta od gornje granice normale). Na temelju farmakokinetičkih podataka čini se da nije potrebna prilagodba doze u bolesnika s blagim ili umjerenim oštećenjem bubrega (vidjeti dio 5.2). Ne preporučuje se primjena lijeka Erlotinib Mylan u bolesnika s teškim oštećenjem bubrega.

Pedijatrijska populacija

Sigurnost i djelotvornost erlotiniba u bolesnika mlađih od 18 godina nije dokazana. Ne preporučuje se primjena lijeka Erlotinib Mylan u pedijatrijskih bolesnika.

Pušači

Pokazalo se da pušenje cigareta smanjuje izloženost erlotinibu za 50 do 60 %. Maksimalna doza podnošljivosti lijeka Erlotinib Mylan u bolesnika pušača s rakom pluća nemalih stanica iznosi 300 mg. Djelotvornost i dugotrajna sigurnost doza većih od preporučenih početnih doza nisu određene u

bolesnika koji nastave pušiti cigarete (vidjeti dio 4.5 i 5.2). Stoga pušačima treba savjetovati da prestanu pušiti jer je ustanovljeno da je koncentracija erlotiniba u plazmi u pušača manja u usporedbi s koncentracijom erlotiniba u nepušača.

Način primjene lijeka

Kroz usta.

4.3 Kontraindikacije

Preosjetljivost na erlotinib ili neku od pomoćnih tvari navedenih u dijelu 6.1.

4.4 Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi

Procjena statusa EGFR mutacija

Kada se razmatra primjena lijeka Erlotinib Mylan kao prve linije liječenja ili terapije održavanja za lokalno uznapredovali ili metastatski NSCLC važno je odrediti status EGFR mutacije.

Potrebno je provesti validiran, robustan, pouzdan i osjetljiv test koji ima unaprijed određen prag za pozitivan rezultat i koji je dokazano koristan za utvrđivanje statusa EGFR mutacije, koristeći ili tumorsku DNK dobivenu iz uzorka tkiva ili cirkulirajuću slobodnu DNK (cfDNK) dobivenu iz uzorka krvi (plazme), u skladu s lokalnom medicinskom praksom.

Ako se provodi test plazmatske cfDNK i dobije negativan nalaz na aktivirajuće mutacije, kad god je moguće treba provesti i test na uzorku tumorskog tkiva zbog mogućeg lažno negativnog nalaza testa na plazmatskom uzorku.

Pušači

Pušačima treba savjetovati da prestanu pušiti jer je ustanovljeno da je koncentracija erlotiniba u plazmi u pušača manja u usporedbi s koncentracijom erlotiniba u nepušača. Stupanj navedenog smanjenja vjerojatno je klinički značajan (vidjeti dio 4.5).

Intersticijska bolest pluća

Slučajevi slični intersticijskoj bolesti pluća (IBP), uključujući i smrtni ishod, nisu uobičajeni u bolesnika koji primaju erlotinib za liječenje raka pluća nemalih stanica (NSCLC), raka gušterače ili drugih uznapredovalih solidnih tumora. U kliničkom ispitivanju BR.21 za rak pluća nemalih stanica incidencija pojave intersticijske bolesti pluća (0,8 %) bila je jednaka u skupinama koje su primale placebo i skupinama koje su primale erlotinib. U meta-analizi randomiziranih kontroliranih kliničkih ispitivanja kod NSCLC-a (osim ispitivanja faze I i ispitivanja faze II s jednom skupinom jer nije bilo kontrolnih skupina) incidencija slučajeva sličnih IBP-u bila je 0,9 % u skupini koja je primala erlotinib u usporedbi s 0,4 % u bolesnika u kontrolnim skupinama. U ispitivanju provedenom u bolesnika s rakom gušterače, incidencija pojave slučajeva sličnih intersticijskoj bolesti pluća iznosila je 2,5 % u skupini koja je primala erlotinib u kombinaciji s gemcitabinom, odnosno 0,4% u skupini liječenoj placebo u kombinaciji s gemcitabinom. Prijavljene dijagnoze u bolesnika za koje se sumnjalo da imaju simptome nalik intersticijskoj bolesti uključivale su pneumonitis, radijacijski pneumonitis, hipersenzitivni pneumonitis, intersticijsku upalu pluća, intersticijsku bolest pluća, obliterirajući bronhiolitis, plućnu fibrozu, akutni respiratorni distress sindrom (ARDS), alveolitis i plućni infiltrat. Simptomi su se počeli pojavljivati od nekoliko dana do nekoliko mjeseci od početka liječenja erlotinibom. Učestali su bili i zbunjujući ili neki potpomažući faktori, poput istovremene ili prethodne kemoterapije, prethodne terapije zračenjem, otprije postojećeg oštećenja plućnog parenhima, metastatske bolesti pluća ili plućnih infekcija. Veća incidencija intersticijske bolesti pluća (oko 5 % sa stopom smrtnosti od 1,5 %) uočena je među bolesnicima u ispitivanjima provedenima u Japanu.

U bolesnika koji razviju akutne nove i/ili progresivne neobjašnjene plućne simptome, poput zaduhe, kašlja ili vrućice, potrebno je obustaviti terapiju erlotinibom dok se ne učini dijagnostička obrada. Bolesnike koji su istovremeno liječeni erlotinibom i gemcitabinom treba pažljivo nadzirati zbog

moćnosti razvoja toksičnosti nalik intersticijskoj bolesti pluća. Ako se dijagnosticira intersticijska bolest pluća, terapiju erlotinibom treba prekinuti i započeti odgovarajuće liječenje (vidjeti dio 4.8).

Proljev, dehidracija, neravnoteža elektrolita i zatajenje bubrega

Proljev (uključujući vrlo rijetko slučajeve sa smrtnim ishodom) pojavio se u otprilike 50 % bolesnika koji su koristili erlotinib, a umjeren ili težak proljev bilo je potrebno liječiti npr. loperamidom. U nekim je slučajevima trebalo smanjiti dozu. U kliničkim ispitivanjima doze su postupno smanjivane u koracima od 50 mg. Smanjivanje doze u koracima od 25 mg nije ispitano. U slučaju teškog ili dugotrajnog proljeva, mučnine, anoreksije ili povraćanja uz dehidraciju, treba obustaviti terapiju erlotinibom i poduzeti odgovarajuće mjere za liječenje dehidracije (vidjeti dio 4.8). Zabilježeni su rijetki slučajevi hipokalemije i zatajenja bubrega (uključujući smrtno ishode). Do nekih je slučajeva došlo nakon teške dehidracije zbog proljeva, povraćanja i/ili anoreksije, dok su neki uzroci nejasni zbog istovremenog primanja kemoterapije. U težim ili dugotrajnim slučajevima proljeva ili stanjima koja dovode do dehidracije, osobito u skupinama bolesnika s dodatnim faktorima rizika (naročito istodobna primjena kemoterapije i drugih lijekova, simptomi ili bolesti ili druga predisponirajuća stanja, uključujući stariju dob) potrebno je prekinuti terapiju erlotinibom i poduzeti odgovarajuće mjere za intenzivnu intravensku rehidraciju bolesnika. Osim toga, u bolesnika za koje postoji rizik od dehidracije potrebno je pratiti funkciju bubrega i elektrolite u serumu, uključujući kalij.

Hepatitis, zatajenje jetre

Postoje izvještaji o rijetkim slučajevima zatajenja jetre (uključujući smrtno slučajeve) tijekom uzimanja erlotiniba. Pritom su pridruženi čimbenici koji otežavaju tumačenje uključivali postojeću bolest jetre ili pak istovremeno uzimanje hepatotoksičnih lijekova. Stoga u takvih bolesnika treba razmisliti o redovitim pretragama funkcije jetre. Uzimanje erlotiniba valja prekinuti ako su promjene funkcije jetre teške (vidjeti dio 4.8). Ne preporučuje se primjena lijeka Erlotinib Mylan u bolesnika s teškim poremećajem funkcije jetre.

Gastrointestinalna perforacija

Bolesnici koji primaju Erlotinib Mylan imaju povećan rizik od razvoja gastrointestinalne perforacije, koja je zapažena kao manje česta (uključujući pojedine slučajeve sa smrtnim ishodom). Bolesnici koji istovremeno primaju antiangiogene lijekove, kortikosteroide, nesteroidne protuupalne lijekove, i/ili kemoterapiju baziranu na taksanima ili oni koji u anamnezi imaju peptične ulceracije ili divertikuloznu bolest imaju povećan rizik. Primjena lijeka Erlotinib Mylan trebala bi se trajno prekinuti u bolesnika koji razviju gastrointestinalnu perforaciju (vidjeti dio 4.8).

Bulozne i ekfolijativne promjene na koži

Prijavljene su bulozne, vezikulozne i ekfolijativne promjene na koži, uključujući vrlo rijetke slučajeve koji upućuju na Stevens-Johnsonov sindrom/toksičnu epidermalnu nekrolizu, koje su u nekim slučajevima imale smrtni ishod (vidjeti dio 4.8). Liječenje lijekom Erlotinib Mylan trebalo bi se privremeno ili trajno prekinuti u bolesnika kod kojih se razviju bulozne, vezikulozne ili ekfolijativne promjene. Bolesnike s buloznim ili ekfolijativnim promjenama na koži treba testirati na kožne infekcije i liječiti u skladu s lokalnim smjernicama.

Očni poremećaji

Bolesnike sa znakovima i simptomima koji ukazuju na keratitis, kao što je akutna ili pogoršanje postojeće: upale oka, suzenja, osjetljivosti na svjetlost, zamućenoga vida, boli u oku i/ili crvenila oka, treba odmah uputiti specijalistu oftalmologu. Potvrdi li se dijagnoza ulceroznog keratitisa, liječenje lijekom Erlotinib Mylan treba privremeno ili trajno prekinuti. Dijagnosticira li se keratitis, treba pažljivo razmotriti koristi i rizike nastavka liječenja. Erlotinib Mylan treba oprezno primjenjivati u bolesnika koji su ranije bolovali od keratitisa, ulceroznog keratitisa ili jako suhих očiju. Upotreba kontaktnih leća također je čimbenik rizika za nastanak keratitisa i ulceracije. Prijavljeni su vrlo rijetki slučajevi perforacije rožnice ili ulceracije tijekom uzimanja erlotiniba (vidjeti dio 4.8).

Interakcije s drugim lijekovima

Jaki induktori CYP3A4 mogu smanjiti djelotvornost erlotiniba, a jaki inhibitori CYP3A4 mogu dovesti

do povećane toksičnosti. Treba izbjegavati istovremeno liječenje s takvim lijekovima (vidjeti dio 4.5).

Ostali oblici interakcija

Karakteristika je erlotiniba smanjena topivost pri pH vrijednosti iznad 5. Lijekovi koji mijenjaju pH vrijednost gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta (GI), poput inhibitora protonske pumpe, H₂ antagonista i antacida, mogu promijeniti topivost erlotiniba, a time i njegovu bioraspoloživost. Povećanje doze erlotiniba pri istovremenoj primjeni s takvim lijekovima vjerojatno neće nadoknaditi gubitak izloženosti lijeku. Treba izbjegavati kombinaciju erlotiniba i inhibitora protonske pumpe. Učinci istovremene primjene erlotiniba s H₂ antagonistima i antacidima nisu poznati, no vjerojatna je smanjena bioraspoloživost. Stoga treba izbjegavati istovremenu primjenu tih kombinacija (vidjeti dio 4.5). Ako je primjena antacida nužna tijekom terapije lijekom Erlotinib Mylan, treba ih uzimati barem 4 sata prije odnosno 2 sata nakon dnevne doze lijeka Erlotinib Mylan.

Tablete sadrže laktozu i natrij.

Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošenja galaktoze, potpunim nedostatkom laktaze ili malapsorpcijom glukoze i galaktoze ne bi smjeli uzimati ovaj lijek.

Ovaj lijek sadrži manje od 1 mmol (23 mg) natrija po tableti, tj. zanemarive količine natrija.

4.5 Interakcije s drugim lijekovima i drugi oblici interakcija

Ispitivanja interakcije provedena su samo u odraslih osoba.

Erlotinib i ostali CYP supstrati

Erlotinib je jak inhibitor CYP1A1 i umjeren inhibitor CYP3A4 i CYP2C8 te jak inhibitor glukuronidacije UGT1A1 *in vitro*.

Fiziološka važnost jake inhibicije CYP1A1 nije poznata zbog vrlo ograničene ekspresije CYP1A1 u ljudskim tkivima.

Kada se erlotinib primjenjivao istovremeno s ciprofloksacinom, umjerenim CYP1A2 inhibitorom, raspoloživost erlotiniba [AUC] značajno se povećala za 39 %, ali nije uočena statistički značajna promjena vrijednosti C_{max}. Slično tome, raspoloživost aktivnog metabolita se povećala za oko 60 % za AUC odnosno 48 % za C_{max}. Nije utvrđena klinička važnost tog povećanja. Potreban je oprez ako se ciprofloksacin ili jaki CYP1A2 inhibitori (npr. fluvoksamin) kombiniraju s erlotinibom. Ako se primijete nuspojave vezane uz erlotinib, doza erlotiniba može se smanjiti.

Prethodno ili istovremeno uzimanje lijeka Erlotinib Mylan nije utjecalo na klirens prototipnih supstrata CYP3A4 midazolama i eritromicina, ali čini se da je smanjilo peroralnu bioraspoloživost midazolama za do 24 %. U drugom kliničkom ispitivanju pokazalo se da erlotinib ne utječe na farmakokinetiku istovremeno primijenjenog CYP3A4/2C8 supstrata paklitaksela. Stoga nije vjerojatan značajan utjecaj na klirens ostalih CYP3A4 supstrata.

Inhibicija glukuronidacije može dovesti do interakcije s lijekovima koji su supstrati UGT1A1 i koji se uklanjaju isključivo tim putem. U bolesnika s niskim razinama ekspresije UGT1A1 ili genetičkim glukuronidacijskim bolestima (npr. Gilbertova bolest) može doći do povećane koncentracije bilirubina u serumu pa je potreban oprez pri liječenju.

Erlotinib se metabolizira u jetri pomoću jetrenih citokroma, u ljudi prije svega CYP3A4 te nešto manje CYP1A2. Metaboličkom klirensu erlotiniba potencijalno pridonosi i metabolizam izvan jetre, CYP3A4 u crijevima, CYP1A1 u plućima i CYP1B1 u tumorskom tkivu. Potencijalne interakcije mogu se pojaviti s aktivnim supstancama koje metaboliziraju te enzime ili su pak njihovi inhibitori ili induktori.

Jaki inhibitori CYP3A4 aktivnosti smanjuju metabolizam erlotiniba i povećavaju koncentraciju erlotiniba u plazmi. U kliničkom ispitivanju pokazalo se da istovremena primjena erlotiniba s

ketokonazolom (200 mg peroralno, dvaput dnevno, tijekom 5 dana), jakim CYP3A4 inhibitorom, dovodi do povećanja izlaganja erlotinibu (86 % od AUC-a i 69 % od C_{max}). Stoga je potreban oprez prilikom kombiniranja erlotiniba s jakim CYP3A4 inhibitorom, npr. lijekom protiv gljivica (ketokonazolom, itraconazolom, vorikonazolom), inhibitorima proteaze, eritromicinom ili klaritromicinom. Prema potrebi treba smanjiti dozu erlotiniba posebice ako se primijeti toksičnost.

Jaki induktori CYP3A4 aktivnosti povećavaju metabolizam erlotiniba i znatno smanjuju koncentraciju erlotiniba u plazmi. U kliničkom ispitivanju pokazalo se da istovremena primjena erlotiniba s rifampicinom (600 mg peroralno, jednom dnevno, tijekom 7 dana), jakim induktorom CYP3A4 dovodi do 69-postotnog smanjenja medijana AUC-a erlotiniba. Istovremeno uzimanje rifampicina s jednom dozom od 450 mg lijeka Erlotinib Mylan rezultiralo je prosječnom raspoloživosti erlotiniba (AUC) od 57,5 % raspoloživosti nakon jedne doze od 150 mg lijeka Erlotinib Mylan bez rifampicina. Stoga valja izbjegavati istovremeno uzimanje lijeka Erlotinib Mylan i CYP3A4 induktora. U bolesnika kojima je potrebno istovremeno liječenje lijekom Erlotinib Mylan i snažnim induktorom CYP3A4 poput rifampicina, valja razmisliti o povećanju doze na 300 mg pri čemu je potrebno paziti na sigurnosti bolesnika (uključujući bubrežnu i jetrenu funkciju te elektrolite u serumu). Ako se pokaže da bolesnik dobro podnosi tu kombinaciju u razdoblju duljem od 2 tjedna, može se razmisliti o daljnjem povećanju doze na 450 mg uz daljnje praćenje sigurnosti bolesnika. Smanjena raspoloživost može se pojaviti kod primjene erlotiniba s ostalim induktorima, npr. fenitoinom, karbamazepinom, barbituratima ili gospinom travom (*hypericum perforatum*). Pri kombiniranju tih supstanci s erlotinibom potreban je oprez. Potrebno je uzeti u obzir alternativna liječenja bez jake induksijske aktivnosti CYP3A4.

Erlotinib i kumarinski antikoagulansi

U bolesnika koji su primali lijek Erlotinib Mylan prijavljene su interakcije s kumarinskim antikoagulansima uključujući varfarin, koje su dovele do porasta INR-a (engl. International Normalized Ratio) i krvarenja koja su u pojedinim slučajevima imala smrtni ishod. Bolesnike koji uzimaju kumarinske antikoagulanse je potrebno redovito pratiti i kontrolirati bilo kakve promjene u protrombinskom vremenu ili INR-u.

Erlotinib i statini

Kombinacija lijeka Erlotinib Mylan i statina može povećati rizik od razvoja statinima uzrokovane miopatije, uključujući rabdomiolizu, što je rijetko opaženo.

Erlotinib i pušači

Rezultati ispitivanja farmakokinetičkih interakcija u zdravih ispitanika pušača i nepušača, ukazuju da pušenje značajno smanjuje AUC_{inf} , C_{max} i koncentracije u plazmi za 2,8, 1,5 odnosno 9 puta mjereno 24 sata nakon primjene lijeka Erlotinib Mylan (vidjeti dio 5.2). Stoga bolesnicima koji puše treba savjetovati da prestanu pušiti što je ranije moguće prije početka liječenja lijekom Erlotinib Mylan jer u protivnom može doći do smanjenja koncentracije lijeka u plazmi. Klinički učinak smanjene izloženosti nije formalno procijenjen, ali je vjerojatno klinički značajan.

Erlotinib i inhibitori P-glikoproteina

Erlotinib je supstrat P-glikoproteina Pgp, prijenosnika aktivnih tvari. Istovremena primjena Pgp inhibitora, npr. ciklosporina i verapamila, može dovesti do promjene raspodjele i/ili uklanjanja erlotiniba. Posljedice takve interakcije za npr. toksična oštećenja SZS još uvijek nisu utvrđene. U takvim je slučajevima potreban oprez.

Erlotinib i lijekovi koji mijenjaju pH vrijednost

Karakteristika je erlotiniba smanjena topivost pri pH vrijednosti iznad 5. Lijekovi koji mijenjaju pH vrijednost gornjeg dijela gastrointestinalnog (GI) trakta mogu promijeniti topivost erlotiniba, a time i njegovu bioraspoloživost. Istovremenom primjenom erlotiniba i omeprazola, inhibitora protonske pumpe (PPI) došlo je do smanjenja raspoloživosti erlotiniba [AUC] za 46 % i vršne koncentracije [C_{max}] za 61 %. Nije bilo promjena vrijednosti T_{max} ni poluvijeka. Istovremena primjena lijeka

Erlotinib Mylan s 300 mg ranitidina, antagonista H₂ receptora, smanjuje izloženost erlotinibu [AUC] za 33 % i vršne koncentracije [C_{max}] za 54 %. Povećanje doze lijeka Erlotinib Mylan pri istovremenoj primjeni s takvim lijekovima vjerojatno neće nadoknaditi gubitak izloženosti lijeku. Međutim, kada se lijek Erlotinib Mylan primjenjuje načinom naizmjenično 2 sata prije ili 10 sati nakon primjene 150 mg ranitidina dva puta dnevno, izloženost erlotiniba se smanjuje samo za [AUC] 15 % i vršne koncentracije [C_{max}] za 17 %. Nije ispitan učinak antacida na apsorpciju erlotiniba, ali može doći do poremećaja apsorpcije, što dovodi do nižih razina lijeka u plazmi. Ukratko, treba izbjegavati kombinaciju erlotiniba i inhibitora protonske pumpe. Ako je primjena antacida nužna tijekom terapije lijekom Erlotinib Mylan, treba ih uzimati barem 4 sata prije odnosno 2 sata nakon dnevne doze lijeka Erlotinib Mylan. Ako je potrebno uzimati ranitidin, treba ga uzimati načinom naizmjenično, odnosno lijek Erlotinib Mylan mora se uzimati najmanje 2 sata prije ili 10 sati nakon primjene ranitidina.

Erlotinib i gemcitabin

U ispitivanju faze Ib nisu ustanovljeni značajni učinci gemcitabina na farmakokinetiku erlotiniba ni erlotiniba na farmakokinetiku gemcitabina.

Erlotinib i karboplatin/paklitaksel

Erlotinib povećava koncentraciju platine. U kliničkom je ispitivanju istovremeno uzimanje erlotiniba uz karboplatin i paklitaksel prouzročilo povećanje ukupnog AUC₀₋₄₈ platine od 10,6 %. Iako je statistički značajna, ta se razlika ne smatra klinički bitnom. U kliničkoj praksi mogu postojati drugi pridruženi čimbenici koji uzrokuju povećanu izloženost karboplatinu, poput narušene funkcije bubrega. Nisu uočeni značajni učinci karboplatina ili paklitaksela na farmakokinetiku erlotiniba.

Erlotinib i kapecitabin

Kapecitabin može povećati koncentracije erlotiniba. Kada je erlotinib davan u kombinaciji s kapecitabinom, došlo je do statistički značajnog povećanja AUC erlotiniba i granično značajnog povećanja vrijednosti C_{max} u usporedbi s vrijednostima uočenima u drugom ispitivanju u kojem je erlotinib davan sam. Nisu uočeni značajni učinci erlotiniba na farmakokinetiku kapecitabina.

Erlotinib i inhibitori proteasoma

Zbog njihovog mehanizma djelovanja može se očekivati utjecaj inhibitora proteasoma, uključujući bortezomib, na učinak EGFR inhibitora, uključujući erlotinib. Taj utjecaj podupiru ograničeni klinički podaci i preklinička ispitivanja koji ukazuju na razgradnju EGFR djelovanjem proteasoma.

4.6 Plodnost, trudnoća i dojenje

Trudnoća

Nama dovoljno podataka o primjeni erlotiniba u trudnica. Ispitivanja na životinjama nisu pokazala znakove teratogenosti ili abnormalnosti pri porodu. Međutim, štetan učinak na trudnoću ne može biti isključen jer su ispitivanja na štakorima i zečevima pokazala povećanu embrio/fetalnu smrtnost (vidjeti dio 5.3). Potencijalni rizik za ljude nije poznat.

Žene u reproduktivnoj dobi

Ženama u reproduktivnoj dobi treba savjetovati da izbjegavaju trudnoću za vrijeme primjene lijeka Erlotinib Mylan. Za vrijeme liječenja trebalo bi koristiti odgovarajuću kontracepciju, kao i najmanje 2 tjedna nakon završetka terapije. Liječenje trudnica treba nastaviti samo ako je potencijalna korist za majku veća od rizika za plod.

Dojenje

Nije poznato izlučuje li se erlotinib u majčino mlijeko. S obzirom na potencijalnu opasnost za dijete za vrijeme primjene lijeka Erlotinib Mylan majke ne bi trebale dojiti.

Plodnost

Ispitivanja na životinjama nisu pokazala znakove smanjenja plodnosti. Međutim, štetan učinak na plodnost ne može biti isključen jer su ispitivanja na životinjama pokazala učinak na reproduktivne

parametre (vidjeti dio 5.3). Mogući rizik za ljude nije poznat.

4.7 Utjecaj na sposobnost upravljanja vozilima i rada sa strojevima

Nisu provedena ispitivanja o utjecaju na sposobnost upravljanja motornim vozilima i rada na strojevima, no erlotinib se ne povezuje sa smanjenjem mentalnih sposobnosti.

4.8 Nuspojave

Rak pluća nemalih stanica (primjena lijeka Erlotinib Mylan kao monoterapije)

U randomiziranom, dvostruko slijepom ispitivanju (BR.21; erlotinib primijenjen kao druga linija terapije), najčešće prijavljivane nuspojave su bile osip (75 %) i proljev (54 %). Većina bolesnika imala je nuspojave stupnja 1/2 koje je moguće otkloniti i bez upotrebe lijekova. Osip i proljev stupnja 3/4 opaženi su u 9 % odnosno 6 % slučajeva u bolesnika koji uzimaju erlotinib, a oba su dovela do prekida liječenja u 1 % bolesnika. Smanjenje doze zbog osipa i proljeva bilo je potrebno u 6 % odnosno 1 % bolesnika. U ispitivanju BR.21 pokazalo se da je medijan vremena do pojave osipa bio 8 dana, a medijan vremena do pojave proljeva 12 dana.

Općenito, osip se manifestira kao blagi do umjereni eritematozni i papulopustulozni osip, koji se može pojaviti ili pogoršati na područjima izloženim suncu. Bolesnicima koji su izloženi suncu savjetuje se nošenje zaštitne odjeće i/ili upotreba sredstva za zaštitu od sunca (npr. koje sadrži minerale).

Nuspojave koje su češće primijećene ($\geq 3\%$) u bolesnika liječenih erlotinibom nego u skupini koja je primala placebo te u najmanje 10 % bolesnika u skupini koja je primala erlotinib, opažene tijekom ispitivanja BR.21, navedene su prema stupnju toksičnosti sukladno općim kriterijima toksičnosti Nacionalnog instituta za rak (National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria, NCI-CTC) u tablici 1.

Za prikaz nuspojava prema učestalosti korišteni su sljedeći izrazi: vrlo često ($\geq 1/10$), često ($\geq 1/100$ i $< 1/10$), manje često ($\geq 1/1000$ i $< 1/100$), rijetko ($\geq 1/10\ 000$ i $< 1/1000$), vrlo rijetko ($< 1/10\ 000$), uključujući izolirana izvješća.

Unutar svake grupe učestalosti, nuspojave su prikazane u padajućem nizu prema ozbiljnosti.

Tablica 1: Vrlo česte nuspojave na lijek u ispitivanju BR.21

NCI-CTC stupanj	Erlotinib N = 485			Placebo N = 242		
	Bilo koji stupanj	3	4	Bilo koji stupanj	3	4
MedDRA preporučeni izraz	%	%	%	%	%	%
Ukupan broj bolesnika s bilo kojom nuspojavom	99	40	22	96	36	22
<i>Infekcije i infestacije</i>						
Infekcija*	24	4	0	15	2	0
<i>Poremećaji metabolizma i prehrane</i>						
Anoreksija	52	8	1	38	5	<1
<i>Poremećaji oka</i>						
Keratokonjunktivitis sicca	12	0	0	3	0	0
Konjunktivitis	12	<1	0	2	<1	0

<i>Poremećaji dišnog sustava, prsišta i sredoprsta</i>						
Dispneja	41	17	11	35	15	11
Kašalj	33	4	0	29	2	0
<i>Poremećaji probavnog sustava</i>						
Proljevi**	54	6	<1	18	<1	0
Mučnina	33	3	0	24	2	0
Povraćanje	23	2	<1	19	2	0
Stomatitis	17	<1	0	3	0	0
Bol u abdomenu	11	2	<1	7	1	<1
<i>Poremećaji kože i potkožnog tkiva</i>						
Osip***	75	8	<1	17	0	0
Svrbež	13	<1	0	5	0	0
Suha koža	12	0	0	4	0	0
<i>Opći poremećaji i reakcije na mjestu primjene</i>						
Umor	52	14	4	45	16	4

* Teške infekcije, s neutropenijom ili bez nje, obuhvaćale su upalu pluća, sepsu i celulitis.

** Može prouzročiti dehidraciju, hipokalemiju i zatajenje bubrega.

*** Osipi su obuhvaćali dermatitis acneiformis.

U druga dva dvostruko slijepa, randomizirana, placebom kontrolirana ispitivanja faze III – BO18192 (SATURN) i BO25460 (IUNO) erlotinib se primjenjivao kao terapija održavanja nakon prve linije kemoterapije. Ta su ispitivanja provedena u ukupno 1532 bolesnika s uznapredovalim, rekurentnim ili metastatskim rakom pluća nemalih stanica nakon prve linije standardne kemoterapije na bazi platine; nisu uočeni nikakvi novi signali vezani uz sigurnost.

Najčešće nuspojave uočene u bolesnika liječenih erlotinibom u ispitivanjima BO18192 i BO25460 bile su osip i proljev (vidjeti Tablicu 2). Ni u jednom od ta dva ispitivanja nisu uočeni ni osip ni proljev stupnja 4. Osip i proljev uzrokovali su prekid liječenja erlotinibom u 1 % odnosno < 1 % bolesnika u ispitivanju BO18192, dok u ispitivanju BO25460 nijedan bolesnik nije prekinuo liječenje zbog osipa ili proljeva. Prilagodbe doze (prekidi ili smanjenja) zbog osipa i proljeva bile su potrebne u 8,3 % odnosno 3 % bolesnika u ispitivanju BO18192 te u 5,6 % odnosno 2,8 % bolesnika u ispitivanju BO25460.

Tablica 2: Najčešće nuspojave u ispitivanjima BO18192 (SATURN) i BO25460 (IUNO)

	BO18192 (SATURN)*		BO25460 (IUNO)*	
	Erlotinib n=433	Placebo n=445	Erlotinib n=322	Placebo n=319
	%	%	%	%
Osip, svi stupnjevi	49,2	5,8	39,4	10,0
Stupanj 3	6,0	0	5,0	1,6
Proljev, svi stupnjevi	20,3	4,5	24,2	4,4
Stupanj 3	1,8	0	2,5	0,3

*Populacija uključena u sigurnosnu analizu

U otvorenom, randomiziranom ispitivanju faze III pod nazivom ML 20650 provedenome u 154 bolesnika, sigurnost primjene erlotiniba u prvoj liniji liječenja bolesnika s NSCLC i EGFR

aktivirajućim mutacijama procijenjena je u 75 bolesnika; nisu zamijećeni novi signali povezani sa sigurnošću primjene.

Najčešće nuspojave u bolesnika liječenih erlotinibom u ispitivanju ML 20650 bile su osip i proljev (bilo kojeg stupnja 80 % odnosno 57 %); po ozbiljnosti većina je bila stupnja 1/2 te nisu zahtijevale intervenciju. Osip i proljev stupnja 3 javili su se u 9 % odnosno 4 % bolesnika. Nisu zabilježeni ni osip ni proljev stupnja 4. Sveukupno su osip i proljev doveli do prekida liječenja erlotinibom u 1 % bolesnika. Promjene doze (prekidi ili smanjenja) zbog osipa i proljeva bile su potrebne u 11 % odnosno 7 % bolesnika.

Rak gušterače (primjena lijeka Erlotinib Mylan u kombinaciji s gemcitabinom)

Najčešće nuspojave u središnjem ispitivanju PA.3 u bolesnika s rakom gušterače koji su primali erlotinib 100 mg u kombinaciji s gemcitabinom bile su umor, osip i proljev. U skupini koja je primala erlotinib i gemcitabin osip i proljev stupnja 3/4 prijavljeni su u 5 % bolesnika. Medijan vremena do pojave osipa i proljeva iznosio je 10 odnosno 15 dana. U 2 % bolesnika koji su primali erlotinib i gemcitabin zbog osipa i proljeva doza se morala smanjiti, a u 1 % bolesnika ispitivanje je prekinuto.

Nuspojave koje su češće primijećene (≥ 3 %) u bolesnika liječenih erlotinibom 100 mg i gemcitabinom nego u skupini koja je primala placebo i gemcitabin te u najmanje 10 % bolesnika u skupini koja je primala erlotinib 100 mg i gemcitabin, prema rezultatima dobivenima iz osnovnog ispitivanja PA.3, navedene su prema stupnju toksičnosti sukladno općim kriterijima toksičnosti Nacionalnog instituta za rak (National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria, NCI-CTC) u Tablici 3.

Za prikaz nuspojava prema učestalosti korišteni su sljedeći izrazi: vrlo često ($\geq 1/10$), često ($\geq 1/100$ i $< 1/10$), manje često ($\geq 1/1000$ i $< 1/100$), rijetko ($\geq 1/10\ 000$ i $< 1/1000$), vrlo rijetko ($< 1/10\ 000$), uključujući izolirana izvješća.

Unutar svake grupe učestalosti, nuspojave su prikazane u padajućem nizu prema ozbiljnosti.

Tablica 3: Vrlo česte nuspojave u ispitivanju PA.3 (kohorta koja je primala 100 mg)

NCI-CTC stupanj	Erlotinib N = 259			Placebo N = 256		
	Bilo koji stupanj	3	4	Bilo koji stupanj	3	4
MedDRA preporučeni izraz	%	%	%	%	%	%
Ukupan broj bolesnika s bilo kojom nuspojavom	99	48	22	97	48	16
<i>Infekcije i infestacije</i>						
Infekcija*	31	3	<1	24	6	<1
<i>Poremećaji metabolizma i prehrane</i>						
Smanjenje težine	39	2	0	29	<1	0
<i>Psihijatrijski poremećaji</i>						
Depresija	19	2	0	14	<1	0
<i>Poremećaji živčanog sustava</i>						
Neuropatija	13	1	<1	10	<1	0
Glavobolja	15	<1	0	10	0	0

<i>Poremećaji dišnog sustava, prsišta i sredoprsja</i>						
Kašalj	16	0	0	11	0	0
<i>Poremećaji probavnog sustava</i>						
Proljev**	48	5	<1	36	2	0
Stomatitis	22	<1	0	12	0	0
Dispepsija	17	<1	0	13	<1	0
Nadutost	13	0	0	9	<1	0
<i>Poremećaji kože i potkožnog tkiva</i>						
Osip***	69	5	0	30	1	0
Alopecija	14	0	0	11	0	0
<i>Opći poremećaji i reakcije na mjestu primjene</i>						
Umor	73	14	2	70	13	2
Vrućica	36	3	0	30	4	0
Zimica	12	0	0	9	0	0

* Teške infekcije, s neutropenijom ili bez nje, obuhvaćale su upalu pluća, sepsu i celulitis.

** Može prouzročiti dehidraciju, hipokalemiju i zatajenje bubrega.

*** Osipi su obuhvaćali dermatitis acneiformis.

Ostala zapažanja:

Ocjena sigurnosti erlotiniba temelji se na podacima više od 1500 bolesnika koji su liječeni najmanje jednom dozom erlotiniba od 150 mg kao monoterapijom i više od 300 bolesnika koji su primali erlotinib od 100 ili 150 mg u kombinaciji s gemcitabinom.

Sljedeće nuspojave primijećene su u bolesnika koji su primali erlotinib kao monoterapiju i u bolesnika koji su primali erlotinib u kombinaciji s kemoterapijom.

Vrlo česte nuspojave iz ispitivanja BR 21 i PA 3 prikazane su u tablicama 1 i 3, a ostale nuspojave uključujući i one iz drugih ispitivanja navedene su u tablici 4.

Unutar svake grupe učestalosti, nuspojave su prikazane u padajućem nizu prema ozbiljnosti

Tablica 4: Sažeti prikaz nuspojava na lijek prema kategoriji učestalosti

Tjelesni sustav	Vrlo često često (≥1/10)	Često (≥1/100 i <1/10)	Manje često (≥1/1000 i <1/100)	Rijetko (≥1/10 000 i <1/1000)	Vrlo rijetko (<1/10 000)
Poremećaji oka		keratitis konjunktivitis ¹	promjene na trepavicama ²		perforacije rožnice ulceracije rožnice uveitis
Poremećaji dišnog sustava, prsišta i sredoprsja		epistaksa	intersticijska bolest pluća (IBP) ³		
Poremećaji probavnog sustava	proljev ⁷	gastrointestinalno krvarenje ^{4,7}	gastrointestinalne perforacije ⁷		

Poremećaji jetre i žuči	abnormalnosti nalaza testova funkcije jetre ⁵			zatajenje jetre ⁶	
Poremećaji kože i potkožnog tkiva		alopecija suha koža ¹ paronihija folikulitis akne/ akneiformni dermatitis kožne fisure	hirzutizam promjene na obrvama lomljivi i labavi nokti blage reakcije kože kao što je hiperpigmentacija	sindrom palmarno plantarne eritrodizestezi je	Stevens-Johnsonov sindrom/toksična epidermalna nekroliza ⁷
Poremećaji bubrega i mokraćnog sustava		renalna insuficijencija ¹	nefritis ¹ proteinurija ¹		

¹ U kliničkom ispitivanju PA.3.

² Uključujući rast trepavica prema oku, pojačan rast i zadebljanje trepavica.

³ Uključujući smrtno slučajev, u bolesnika koji su primali erlotinib radi liječenja raka pluća nemalih stanica ili drugih uznapredovalih solidnih tumora (vidjeti dio 4.4). Veća incidencija je uočena među bolesnicima u Japanu (vidjeti dio 4.4).

⁴ U kliničkim ispitivanjima neki slučajevi povezani su s istovremenom primjenom varfarina, a neki s istovremenom primjenom NSAIL-a (vidjeti dio 4.5).

⁵ Uključujući povišenje alanin aminotransferaze [ALT], aspartat aminotransferaze [AST], bilirubina. Ona su bila vrlo česta u kliničkom ispitivanju PA.3 i česta u ispitivanju BR.21. Uglavnom su bile blagog ili umjerenog intenziteta, prolazne ili povezane s metastazama u jetri.

⁶ Uključujući smrtno slučajev. Pritom su pridruženi čimbenici uključivali postojeću bolest jetre ili istovremeno uzimanje hepatotoksičnih lijekova (vidjeti dio 4.4).

⁷ Uključujući smrtno slučajev (vidjeti dio 4.4).

Prijavljivanje sumnji na nuspojavu

Nakon dobivanja odobrenja lijeka, važno je prijavljivanje sumnji na njegove nuspojave. Time se omogućuje kontinuirano praćenje omjera koristi i rizika lijeka. Od zdravstvenih radnika traži se da prijave svaku sumnju na nuspojavu lijeka putem nacionalnog sustava prijave nuspojava: navedenog u Dodatku V.

4.9 Predoziranje

Simptomi

Pojedinačna peroralna doza lijeka Erlotinib Mylan do 1000 mg erlotiniba u zdravih osoba i do 1600 mg u bolesnika s rakom dobro se podnosi. Zdrave osobe loše su podnijele ponovljenu dvostruku dnevnu dozu od 200 mg, i to nakon samo nekoliko dana doziranja. Na temelju podataka iz tih ispitivanja, uzimanjem doza većih od preporučenih može doći do teških nuspojava, poput proljeva, osipa i moguće povećane aktivnosti jetrenih aminotransferaza.

Zbrinjavanje

Ako se posumnja na predoziranje, potrebno je obustaviti primjenu lijeka Erlotinib Mylan i započeti odgovarajuće liječenje.

5. FARMAKOLOŠKA SVOJSTVA

5.1 Farmakodinamička svojstva

Farmakoterapijska skupina: antineoplastični lijekovi; inhibitor protein kinaze, ATK oznaka: L01XE03

Mehanizam djelovanja

Erlotinib je inhibitor tirozin kinaze receptora za epidermalni faktor rasta/humanog receptora za epidermalni faktor rasta tipa 1 (EGFR poznat i kao HER1). Erlotinib snažno inhibira unutarstaničnu fosforilaciju EGFR-a. EGFR je izražen na površini normalnih stanica i stanica raka. U nekliničkim modelima inhibicija EGFR fosfotirozina dovodi do zastoja u rastu stanica i/ili smrti stanica.

EGFR mutacije mogu dovesti do konstitutivne aktivacije antiapoptotskih i proliferativnih signalnih putova. Snažno blokirajuće djelovanje erlotiniba na EGFR-om posredovanu signalizaciju u tumorima pozitivnim na EGFR mutaciju pripisuje se snažnom vezanju erlotiniba na mjesto vezanja ATP-a u mutiranoj domeni EGFR kinaze. Budući da je blokirana nizvodna signalizacija, zaustavlja se proliferacija stanica i inducira smrt stanice intrinzičkim apoptotskim putem. Na mišjim modelima s pojačanom ekspresijom ovih EGFR aktivirajućih mutacija, zamijećena je regresija tumora.

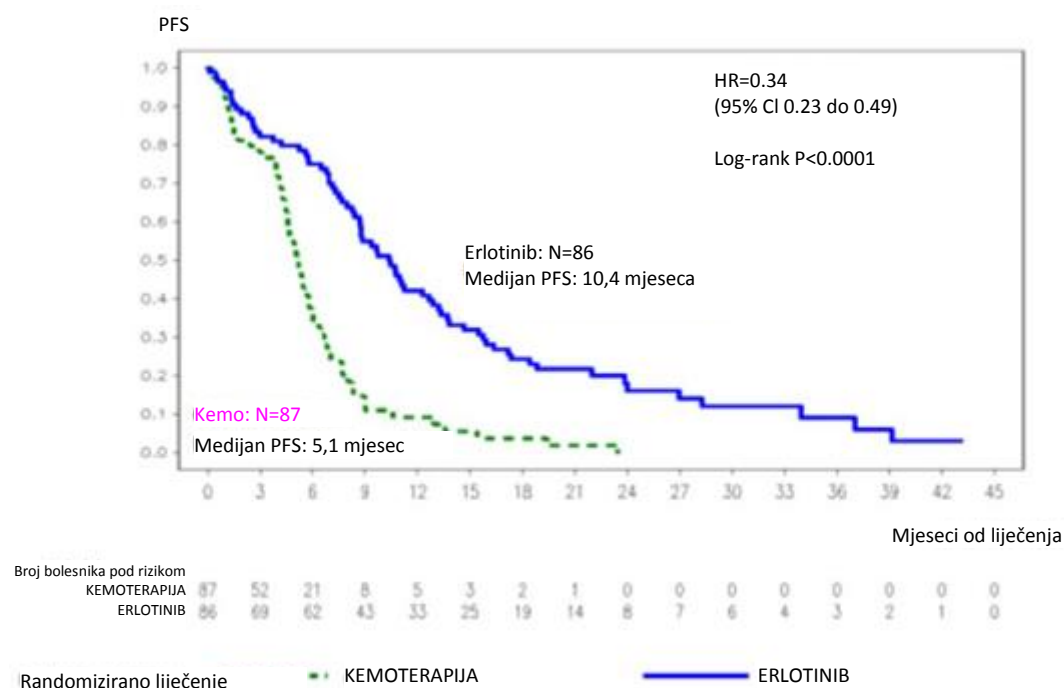
Klinička djelotvornost

- Prva linija liječenja raka pluća nemalih stanica (NSCLC-a) u bolesnika s EGFR aktivirajućim mutacijama (erlotinib primijenjen kao monoterapija)

Djelotvornost erlotiniba u prvoj liniji liječenja bolesnika s EGFR aktivirajućim mutacijama u NSCLC-u potvrđena je u randomiziranom, otvorenom ispitivanju faze III (ML20650, EURTAC). Ovo je ispitivanje provedeno u bijelaca s metastatskim ili lokalno uznapredovalim NSCLC-om (stadija IIIB i IV) koji prethodno nisu liječeni kemoterapijom ili bilo kakvim sistemskim antitumorskim liječenjem za svoju uznapredovalu bolest, a koji su imali mutacije u domeni tirozin kinaze EGFR-a (delecija eksona 19 ili mutacija na eksonu 21). Bolesnici su randomizirani u omjeru 1:1 da primaju ili erlotinib u dozi od 150 mg na dan ili 4 ciklusa dvostruke kemoterapije na bazi platine.

Primarna mjera ishoda bila je preživljenje bez progresije bolesti (PFS) prema procjeni ispitivača. Rezultati djelotvornosti sažeto su prikazani u Tablici 5.

Slika 1: Kaplan-Meierova krivulja preživljenja bez progresije bolesti prema ocjeni ispitivača u ispitivanju ML20650 (EURTAC) (zaključni datum prikupljanja podataka travanj 2012.)



Tablica 5: Rezultati djelotvornosti erlotiniba naspram kemoterapiji u ispitivanju ML20650 (EURTAC)

		Erlotinib	Kemoterapija	Omjer hazarda (95 % CI)	p- vrijednost
Unaprijed planirana međuanaliza (sa 35 % podataka za OS) (n=153) Podaci do: kol 2010.		n=77	n=76		
	Primarna mjera ishoda: Preživljenje bez progresije bolesti (PFS, medijan u mjesecima)*	9,4	5,2	0,42	p<0,0001
	Prema procjeni ispitivača **			[0,27-0,64]	
	Nezavisna procjena **	10,4	5,4	0,47 [0,27 – 0,78]	p<0,003
	Najbolja ukupna stopa odgovora (CR/PR)	54,5 %	10,5 %		p<0,0001
	Ukupno preživljenje (OS) (mjeseci)	22,9	18,8	0,80 [0,47 – 1,37]	p<0,4170
Eksplorativna analiza (sa 40 % podataka za OS) (n=173) Podaci do: sij 2011.		n=86	n=87		
	PFS (medijan u mjesecima), prema procjeni ispitivača	9,7	5,2	0,37 [0,27 – 0,54]	p<0,0001
	Najbolja ukupna stopa odgovora (CR/PR)	58,1 %	14,9 %		p<0,0001
	OS (mjeseci)	19,3	19,5	1,04 [0,65 – 1,68]	p<0,8702
Dopunjena analiza (sa 62 % podataka za OS) (n=173) Podaci do: tra 2012.		n=86	n=87		
	PFS (medijan u mjesecima)	10,4	5,1	0,34 [0,23 – 0,49]	p<0,0001
	OS*** (mjeseci)	22,9	20,8	0,93 [0,64 – 1,36]	p<0,7149

CR=potpun odgovor; PR=djelomičan odgovor

* Primijećeno je 58-postotno smanjenje rizika od progresije bolesti ili smrti

** Ukupna stopa suglasnosti u ocjeni između ispitivača i nezavisnoga povjerenstva bila je 70 %

*** Visok postotak bolesnika (82 %) iz skupine na kemoterapiji prešao je u nastavku liječenja na inhibitor EGFR tirozin kinaze i svi su oni, izuzev 2 bolesnika, liječenje nastavili erlotinibom.

- Terapija održavanja u raku pluća nemalih stanica nakon prve linije kemoterapije (erlotinib primijenjen kao monoterapija):

Djelotvornost i sigurnost erlotiniba u terapiji održavanja nakon prve linije kemoterapije raka pluća nemalih stanica ispitivale su se u randomiziranom, dvostruko slijepom, placebom kontroliranom

ispitivanju (BO18192, SATURN). To je ispitivanje provedeno na 889 bolesnika s lokalno uznapredovanim ili metastatskim rakom pluća nemalih stanica kod kojih, nakon 4 ciklusa kombinacijske kemoterapije na bazi platine, nije došlo do progresije bolesti. Randomizacijom u omjeru 1:1 bolesnici su primali erlotinib 150 mg ili placebo, peroralno, jednom dnevno do progresije bolesti. Primarna mjera ishoda ispitivanja uključivala je preživljenje bez progresije bolesti (PFS) u svih bolesnika. Demografske karakteristike i karakteristike bolesti na početku ispitivanja bile su dobro uravnotežene u obje terapijske skupine. U ispitivanje nisu bili uključeni bolesnici s ECOG statusom >1, značajnim jetrenim ili bubrežnim bolestima.

U ovom je ispitivanju ukupna populacija ostvarila korist s obzirom na PFS kao primarnu mjeru ishoda (HR = 0,71, $p < 0,0001$) i OS kao sekundarnu mjeru ishoda (HR = 0,81, $p = 0,0088$). Međutim, najveća je korist opažena u unaprijed definiranoj eksploracijskoj analizi provedenoj u bolesnika s aktivirajućim mutacijama EGFR-a ($n = 49$), koja je pokazala znatnu korist u smislu PFS-a (HR = 0,10, 95 % CI: 0,04 – 0,25; $p < 0,0001$) i omjera hazarda (HR) za ukupno preživljenje od 0,83 (95% CI: 0,34 – 2,02). 67 % bolesnika iz podskupine pozitivne na mutaciju EGFR-a koji su primali placebo primilo je i drugi ili daljnju liniju liječenja inhibitorima tirozin kinaze EGFR-a.

Ispitivanje BO25460 (IUNO) provedeno je u 643 bolesnika s uznapredovalim NSCLC-om čiji tumor nije imao aktivirajuću mutaciju EGFR-a (deleciju eksona 19 ili mutaciju L858R na eksonu 21) i koji nisu doživjeli progresiju bolesti nakon četiri ciklusa kemoterapije na bazi platine.

Cilj ispitivanja bio je usporediti ukupno preživljenje (OS) uz erlotinib primijenjen u prvoj liniji terapije održavanja u odnosu na OS kod primjene erlotiniba u trenutku progresije bolesti. Ispitivanje nije postiglo primarnu mjeru ishoda. OS uz primjenu erlotiniba kao prve linije terapije održavanja u bolesnika čiji tumor nije imao aktivirajuću mutaciju EGFR-a nije bio superioran u odnosu na OS ostvaren kada se erlotinib primjenjivao kao druga linija liječenja (HR = 1,02; 95 % CI: 0,85 – 1,22; $p = 0,82$). Sekundarna mjera ishoda (PFS) nije pokazala razliku između erlotiniba i placeba u terapiji održavanja (HR = 0,94; 95 % CI: 0,80 – 1,11; $p = 0,48$).

Temeljem podataka iz ispitivanja BO25460 (IUNO), ne preporučuje se primjena erlotiniba za prvu liniju terapije održavanja u bolesnika bez aktivirajuće mutacije EGFR-a.

- Liječenje raka pluća nemalih stanica nakon neuspjeha primjene barem jednog kemoterapijskog protokola (erlotinib primijenjen kao monoterapija):

Djelotvornost i sigurnost primjene erlotiniba u drugoj i trećoj liniji liječenja pokazana je u randomiziranom, dvostruko slijepom, placebo kontroliranom ispitivanju (BR.21), provedenom u 731 bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim rakom pluća nemalih stanica nakon neuspjeha primjene barem jednog kemoterapijskog protokola. Randomizacijom u omjeru 2:1 bolesnici su primali erlotinib 150 mg ili placebo, peroralno, jednom dnevno. Mjere ishoda ispitivanja uključivale su ukupno preživljenje, preživljenje bez pogoršanja bolesti (PFS), stopu odgovora, trajanje odgovora, vrijeme do pogoršanja simptoma vezanih uz rak pluća (kašalj, zaduha i bol) te sigurnost liječenja. Primarni ishod bio je preživljenje.

Demografske karakteristike bile su dobro uravnotežene u obje terapijske skupine. Približno dvije trećine bolesnika činili su muškarci, otprilike jedna trećina imala je početni ECOG funkcionalni status (PS) 2, a 9 % bolesnika imalo je početni ECOG status 3. 93 % odnosno 92 % svih bolesnika u skupini koja je primala erlotinib odnosno skupini koja je primala placebo već je bilo primilo terapijski protokol s platinom, a 36 % odnosno 37 % svih bolesnika prethodno je bilo liječeno taksanima.

Prilagođeni omjer rizika (HR) smrti u erlotinib skupini u odnosu na placebo skupinu bio je 0,73 (95 % CI, 0,60 – 0,87) ($p = 0,001$). Postotak bolesnika koji su preživjeli 12 mjeseci bio je 31,2 % u skupini koja je primala erlotinib i 21,5 % u placebo skupini. Medijan ukupnog preživljenja u skupini koja je primala erlotinib bilo je 6,7 mjeseci (95 % CI, 5,5 – 7,8 mjeseci), u usporedbi sa 4,7 mjeseci u placebo skupini (95 % CI, 4,1 – 6,3 mjeseca).

Učinak na ukupno preživljenje istražen je u različitim podskupinama bolesnika. Učinak erlotiniba na ukupno preživljenje bilo je slično u bolesnika sa početnim ECOG statusom od 2 do 3 (HR = 0,77; 95 % CI 0,6 – 1,0) ili od 0 do 1 (HR = 0,73; 95 % CI 0,6 – 0,9), muških (HR = 0,76; 95 % CI 0,6 – 0,9) ili ženskih bolesnika (HR = 0,80; 95 % CI 0,6 – 1,1), bolesnika mlađih od 65 godina (HR = 0,75; 95 % CI 0,6 – 0,9) ili starijih bolesnika (HR = 0,79; 95 % CI 0,6 – 1,0), bolesnika koji su već bili primili jedan terapijski protokol (HR = 0,76; 95 % CI 0,6 – 1,0) ili više terapijskih protokola (HR = 0,75; 95 % CI 0,6 – 1,0), bijelaca (HR = 0,79; 95 % CI 0,6 – 1,0) ili Azijata (HR = 0,61; 95 % CI 0,4 – 1,0), bolesnika s adenokarcinomom (HR = 0,71; 95 % CI 0,6 – 0,9) ili karcinomom skvamoznih stanica (HR = 0,67; 95 % CI 0,5 – 0,9), ali ne i u bolesnika s drugim histološkim tipom (HR 1,04; 95 % CI 0,7 – 1,5), onih u bolesti stadija IV. Pri postavljanju dijagnoze (HR = 0,92; 95 % CI 0,7 – 1,2) ili stadijem bolesti < IV pri dijagnozi (HR = 0,65; 95 % CI 0,5 – 0,8). Bolesnici koji nikada nisu pušili imali su veću korist od erlotiniba (preživljenje HR = 0,42; 95 % CI 0,28 – 0,64) u usporedbi s onima koji puše ili su pušili (HR = 0,87; 95 % CI 0,71 – 1,05).

U 45 % bolesnika s poznatim statusom ekspresije EGFR, omjer rizika bio je 0,68 (95 % CI 0,49 – 0,94) za bolesnike s EGFR pozitivnim tumorima i 0,93 (95 % CI 0,63 – 1,36) za bolesnike s EGFR negativnim tumorima (definirano na temelju imunohistokemije pomoću EGFR pharmDx i definirano EGFR-negativno kao manje od 10 % bojenja stanica tumora). U preostalim 55 % bolesnika s nepoznatim EGFR statusom ekspresije, omjer rizika bio je 0,77 (95 % CI 0,61 – 0,98).

Medijan PFS u skupini koja je primala erlotinib bio je 9,7 tjedana (95 % CI, 8,4 – 12,4 tjedana), u usporedbi s 8,0 tjedana u placebo skupini (95 % CI, 7,9 – 8,1 tjedana).

Objektivna stopa odgovora prema RECIST (engl. *Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*) u skupini koja je primala erlotinib bila je 8,9 % (95 % CI, 6,4 – 12,0). U prvih 330 bolesnika procjenu stope odgovora provelo je neovisno centralno povjerenstvo (stopa odgovora od 6,2 %), dok je u preostalog 401 bolesnika stopu odgovora ocijenio ispitivač (stopa odgovora od 11,2 %).

Medijan trajanja odgovora iznosio je 34,3 tjedna, krećući se u rasponu od 9,7 do 57,6+ tjedana. Udio bolesnika u kojih je došlo do potpunog odgovora, djelomičnog odgovora ili stabilizacije bolesti u skupinama koje su primale erlotinib iznosio je 44,0 %, a u skupinama koje su primale placebo 27,5 % (p = 0,004).

Prednost u preživljenju s erlotinibom primijećena je također i u bolesnika koji nisu imali objektivni odgovor tumora (prema kriteriju RECIST). To je potvrđeno omjerom rizika smrti od 0,82 (95 % CI, 0,68 do 0,99) među bolesnicima čiji je najbolji odgovor bio stabilna bolest ili progresivna bolest.

Primjena erlotiniba rezultirala je poboljšanjem simptoma značajno produljujući vrijeme do pogoršanja kašlja, dispneje i boli, u odnosu na placebo.

- Rak gušterače (primjena erlotiniba u kombinaciji s gemcitabinom u ispitivanju PA.3):

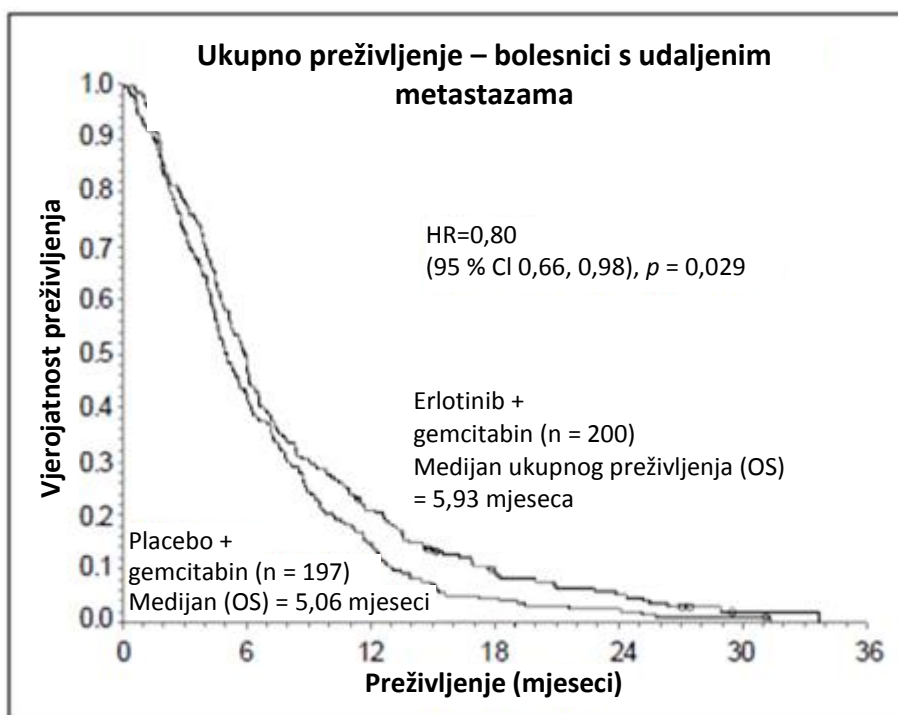
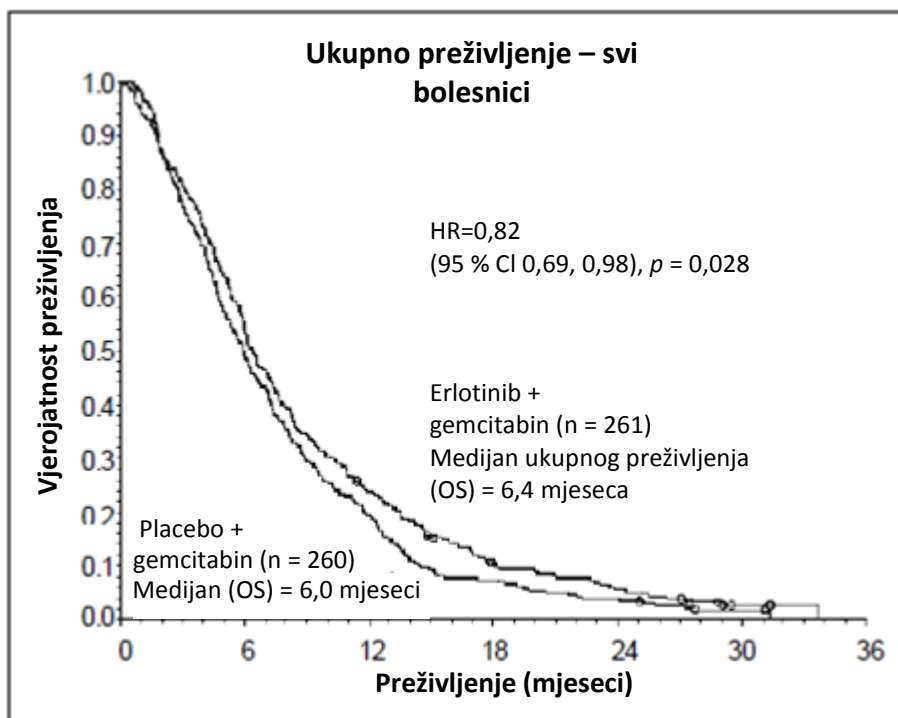
Djelotvornost i sigurnost primjene erlotiniba u kombinaciji s gemcitabinom u prvoj liniji liječenja ispitivana je u randomiziranom, dvostruko slijepom, placebo kontroliranom ispitivanju u bolesnika s lokalno uznapredovalim, neoperabilnim ili metastatskim rakom gušterače. Slučajno su odabrani bolesnici koji su primali erlotinib ili placebo jedanput dnevno kontinuiranim rasporedom, zajedno s i.v. gemcitabinom (1000 mg/m², ciklus 1 – dani 1, 8, 15, 22, 29, 36 i 43 tijekom osmotjednog ciklusa, ciklus 2 i sljedeći ciklusi – dani 1, 8 i 15 tijekom četvrotjednog ciklusa [podatke o odobrenoj dozi i rasporedu za rak gušterače potražite u Sažetku opisa svojstava za gemcitabin]). Erlotinib ili placebo uzimani su peroralno, jedanput dnevno, do progresije bolesti ili neprihvatljive toksičnosti. Primarni ishod bio je ukupno preživljenje.

Demografske karakteristike i karakteristike bolesti kod bolesnika na početku ispitivanja bile su slične u obje liječene skupine, u skupini koja je primala erlotinib 100 mg i gemcitabin ili u skupini koja je primala placebo i gemcitabin, izuzev neznatno većeg udjela žena u erlotinib/gemcitabin skupini naspram placebo/gemcitabin skupine:

Na početku ispitivanja	Erlotinib	Placebo
Žene	51 %	44 %
Početni ECOG funkcionalni status (PS) = 0	31 %	32 %
Početni ECOG funkcionalni status (PS) = 1	51 %	51 %
Početni ECOG funkcionalni status (PS) = 2	17 %	17 %
Metastatska bolest na početku	77 %	76 %

Preživljenje je procijenjeno na populaciji predviđenoj za liječenje (intent-to-treat) na temelju podataka preživljenja prikupljenih tijekom praćenja. Rezultati su prikazani u sljedećoj tablici (rezultati za grupu bolesnika s metastatskom i lokalno uznapredovalom bolešću izvedeni su iz eksploratorne analize podgrupa).

Ishod	Erlotinib (mjeseci)	Placebo (mjeseci)	Δ (mjeseci)	CI za Δ	HR	CI za HR	P-vrijednost
Ukupna populacija							
Medijan ukupnog preživljenja	6,4	6,0	0,41	-0,54 – 1,64	0,82	0,69 – 0,98	0,028
Srednja vrijednost ukupnog preživljenja	8,8	7,6	1,16	-0,05 – 2,34			
Populacija s metastatskom bolešću							
Medijan ukupnog preživljenja	5,9	5,1	0,87	-0,26 – 1,56	0,80	0,66 – 0,98	0,029
Srednja vrijednost ukupnog preživljenja	8,1	6,7	1,43	0,17 – 2,66			
Populacija s lokalno uznapredovalom bolešću							
Medijan ukupnog preživljenja	8,5	8,2	0,36	-2,43 – 2,96	0,93	0,65 – 1,35	0,713
Srednja vrijednost ukupnog preživljenja	10,7	10,5	0,19	-2,43 – 2,69			



Post hoc analiza pokazala je da su bolesnici s povoljnim kliničkim statusom na početku ispitivanja (slab intenzitet boli, dobra kvaliteta života i dobrim funkcionalnim stanjem) imali više koristi od erlotiniba. Korist uglavnom proizlazi iz prisutnosti slabog intenziteta boli.

Post hoc analiza također je pokazala da su bolesnici koji su primali erlotinib i u kojih se pojavio osip imali dulje ukupno preživljenje u usporedbi s bolesnicima u kojih se nije razvio osip (medijan ukupnog preživljenja 7,2 mjeseca naspram 5 mjeseci, HR: 0,61). U 90 % bolesnika koji su primali erlotinib osip se razvio u prva 44 dana. Medijan vremena do pojave osipa iznosio je 10 dana.

Pedijatrijska populacija

Europska agencija za lijekove je izuzela obvezu podnošenja rezultata ispitivanja erlotiniba u svim podskupinama pedijatrijske populacije u indikacijama rak pluća nemalih stanica i rak gušterače (vidjeti dio 4.2 za informacije o pedijatrijskoj primjeni).

5.2 Farmakokinetička svojstva

Apsorpcija

Nakon peroralne primjene vršna razina erlotiniba u plazmi postiže se nakon otprilike 4 sata. Ispitivanjem provedenim u zdravih dobrovoljaca dobivena je procjena apsolutne biodostupnosti od 59 %. Izloženost nakon peroralne primjene može se povećati uzimanjem hrane.

Distribucija

Erlotinib ima prosječan volumen raspodjele od 232 l i raspodjeljuje se u tumorsko tkivo ljudi. U ispitivanju provedenom u 4 bolesnika (3 s rakom pluća nemalih stanica [NSCLC] i 1 s rakom grkljana) koji su peroralno primali 150 mg erlotiniba, uzorci tumora uzeti kirurškom ekscizijom 9. dana liječenja pokazali su prosječnu tumorsku koncentraciju erlotiniba od 1185 ng/g tkiva. To je odgovaralo ukupnom prosjeku od 63 % (u rasponu 5 – 161 %) opaženih vršnih koncentracija u plazmi u stanju dinamičke ravnoteže. Primarni aktivni metaboliti u tumoru bili su prisutni u koncentracijama od oko 160 ng/g tkiva, što je odgovaralo ukupnom prosjeku od 113 % (u rasponu 88 – 130 %) opaženih vršnih koncentracija u plazmi u stanju dinamičke ravnoteže. Vežanje za proteine plazme iznosi otprilike 95 %. Erlotinib se veže za serumski albumin i alfa-1 kiseli glikoprotein (AAG).

Biotransformacija

Erlotinib se metabolizira u jetri pomoću jetrenih citokroma u ljudi, prije svega CYP3A4 te nešto manje CYP1A2. Metaboličkom klirensu erlotiniba potencijalno pridonosi i metabolizam izvan jetre, putem CYP3A4 u crijevu, CYP1A1 u plućima i 1B1 u tumorskom tkivu.

Prepoznata su tri glavna metabolička puta: 1) O-demetilacija jednog ili oba postranična lanca, nakon koje nastupa oksidacija karboksilnih kiselina, 2) oksidacija acetilenskog dijela, nakon koje slijedi hidroliza aril karboksilne kiseline i 3) aromatska hidroksilacija fenil-acetilenskog dijela. Osnovni metaboliti erlotiniba OSI-420 i OSI-413 dobiveni O-demetilacijom bilo kojeg postraničnog lanca imaju potenciju usporedivu s erlotinibom u nekliničkim analizama *in vitro* i tumorskim modelima *in vivo*. Oni su prisutni u plazmi u razinama koje su <10 % razine erlotiniba i pokazuju sličnu farmakokinetiku kao erlotinib.

Eliminacija

Erlotinib se uglavnom izlučuje u obliku metabolita putem fecesa (>90 %), dok se manji dio peroralne doze uklanja putem bubrega (približno 9 %). Manje od 2 % peroralno primijenjene doze izlučuje se kao osnovna supstanca. Farmakokinetička populacijska analiza u 591 bolesnika koji su primali samo erlotinib pokazuje prosječan prividni klirens od 4,47 l/sat s medijanom poluvijeka od 36,2 sata. Prema tome, vrijeme dostizanja koncentracije stanja dinamičke ravnoteže u plazmi očekuje se u roku 7 – 8 dana.

Farmakokinetička svojstva u posebnim populacijskim skupinama

Na temelju farmakokinetičke populacijske analize nije primijećen klinički značajan odnos između predviđenog prividnog klirensa i dobi bolesnika, tjelesne težine, spola i etničke pripadnosti. Faktori od strane bolesnika koji su korelirali s farmakokinetikom erlotiniba bili su ukupni bilirubin u serumu, AAG i pušenje. Povećane koncentracije ukupnog bilirubina i AAG u serumu povezane su sa smanjenim klirensom erlotiniba. Klinička važnost ovih razlika nije jasna. Ipak, pušači su imali povećanu brzinu klirensa erlotiniba. Ovo je potvrđeno u farmakokinetičkom ispitivanju u zdravih dobrovoljaca nepušača i pušača cigareta koji su primili jednokratnu dozu od 150 mg erlotiniba. Geometrijska sredina C_{max} iznosila je 1056 ng/ml u nepušača i 689 ng/ml u pušača, uz srednji omjer vrijednosti u pušača prema nepušačima od 65,2 % (95 % CI: 44,3 – 95,9, $p=0,031$). Geometrijska

sredina AUC_{0-inf} iznosila je 18726 ng•h/ml u nepušača i 6718 ng•h/ml u pušača, uz srednji omjer vrijednosti u pušača prema nepušačima od 35,9 % (95 % CI: 23,7 – 54,3, $p=0,0001$). Geometrijska sredina C_{24h} iznosila je 288 ng/ml u nepušača i 34,8 ng/ml u pušača, uz srednji omjer vrijednosti u pušača prema nepušačima od 12,1 % (95 % CI: 4,82 – 30,2, $p=0,0001$).

U pivotalnom ispitivanju faze III raka pluća nemalih stanica pušači su ostvarili najnižu koncentraciju erlotiniba u plazmi u stanju dinamičke ravnoteže od 0,65 µg/ml ($n=16$) što je približno bilo 2 puta manje od bolesnika koji su bivši pušači ili koji nikad nisu pušili (1,28 µg/ml, $n=108$). Ovaj učinak praćen je 24-postotnim povećanjem prividnog klirensa erlotiniba u plazmi. U ispitivanju faze I povećavanja doze u bolesnika pušača s rakom pluća nemalih stanica, farmakokinetička analiza u stanju dinamičke ravnoteže pokazala je proporcionalno povećanje u izloženosti erlotinibu kada je doza erlotiniba povećana sa 150 mg do maksimalno podnošljive doze od 300 mg. Najniža koncentracija u plazmi u stanju dinamičke ravnoteže pri dozi od 300 mg u ovoj studiji u bolesnika pušača bila je 1,22 µg/ml ($n=17$).

Na temelju rezultata farmakokinetičkih ispitivanja bolesnicima koji puše treba savjetovati da prestanu pušiti za vrijeme liječenja erlotinibom jer u protivnom može doći do smanjenja koncentracije lijeka u plazmi.

Na temelju farmakokinetičke populacijske analize, čini se da je prisutnost opioida povećala izloženost za oko 11 %.

Provedena je druga populacijska farmakokinetička analiza koja je objedinila podatke o erlotinibu prikupljene od 204 bolesnika s rakom gušterače koji su primali erlotinib i gemcitabin. Ta je analiza pokazala da su kovarijante koje utječu na klirens erlotiniba u bolesnika s rakom gušterače veoma slične onima već viđenima u ranijoj analizi farmakokinetike monoterapije. Nisu otkriveni novi učinci kovarijanti. Istovremeno davanje gemcitabina nije imalo utjecaja na klirens erlotiniba u plazmi.

Pedijatrijska populacija

Ne postoje posebne studije u pedijatrijskih bolesnika.

Starija populacija

Ne postoje posebne studije u starijih bolesnika.

Oštećenje jetre

Najvećim dijelom erlotinib se uklanja putem jetre. U bolesnika sa solidnim tumorima i umjerenim oštećenjem funkcije jetre (Child-Pugh indeks 7 – 9) geometrijska sredina AUC_{0-t} erlotiniba iznosila je 27 000 ng•h/ml, a C_{max} 805 ng/ml u usporedbi s 29 300 ng•h/ml odnosno 1090 ng/ml u bolesnika s odgovarajućom funkcijom jetre, uključujući bolesnike s primarnim rakom jetre ili metastazama u jetri. Iako je C_{max} statistički znatno niži u bolesnika s umjerenim oštećenjem jetre, ta se razlika ne smatra klinički značajnom. Nema dostupnih podataka o utjecaju teškog poremećaja funkcije jetre na farmakokinetiku erlotiniba. U farmakokinetičkoj populacijskoj analizi povišenje koncentracije ukupnog bilirubina u serumu bilo je povezano sa sporijim klirensom erlotiniba.

Oštećenje bubrega

Erlotinib i njegovi metaboliti ne izlučuju se u većim količinama putem bubrega jer se manje od 9 % pojedinačne doze izlučuje u urinu. U farmakokinetičkoj populacijskoj analizi nije uočena klinički značajna povezanost između klirensa erlotiniba i klirensa kreatinina, ali nisu dostupni podaci za bolesnike s klirensom kreatinina <15 ml/min.

5.3 Neklinički podaci o sigurnosti primjene

Učinci dugotrajnog uzimanja lijeka opaženi na najmanje jednoj životinjskoj vrsti ili u ispitivanju uključivali su promjene na rožnici (atrofija, ulceracija), koži (degeneracija i upala folikula, crvenilo i alopecija), jajnicima (atrofija), jetri (nekroza jetre), bubrezima (bubrežna papilarna nekroza i tubularna dilatacija) te probavnom traktu (odgođeno pražnjenje želuca i proljev). Parametri eritrocita smanjili su

se, dok su leukociti, uglavnom neutrofili, bili povećani. Kao posljedica liječenja došlo je i do povećanja ALT, AST te bilirubina. Ti su učinci opaženi pri izloženostima znatno nižima od klinički relevantnih izloženosti.

Erlotinib bi, na temelju djelovanja, mogao biti teratogen. Podaci iz reproduktivnih toksikoloških ispitivanja na štakorima i zečevima u dozama blizu maksimalno podnošljive doze i/ili doza toksičnih za majku pokazali su reproduktivnu (embriotoksičnost u štakora, embrioresorpciju i fetotoksičnost u zečeva) i razvojnu (sporiji rast štenaca i preživljenje štakora) toksičnost, ali nisu se pokazali teratogenima niti su utjecali na plodnost. Ti su učinci opaženi pri klinički relevantnim izloženostima.

Rezultat konvencionalnih ispitivanja genotoksičnosti erlotiniba bio je negativan. Dvogodišnja ispitivanja karcinogenosti erlotiniba provedena na štakorima i miševima čije su izloženosti prelazile terapijske izloženosti kod ljudi (do 2 puta odnosno 10 puta više, temeljeno na C_{max} i/ili AUC) dala su negativan rezultat.

U štakora je nakon UV zračenja primijećena blaga fototoksična reakcija na koži.

6. FARMACEUTSKI PODACI

6.1 Popis pomoćnih tvari

Jezgra tablete:

laktoza hidrat
celuloza, mikrokristalična (E460)
natrijev škroboglikolat, vrsta A
magnezijev stearat (E470b)

Ovojnica tablete:

poli(vinilni alkohol) (E1203)
titanijev dioksid (E171)
makrogol 3350 (E1521)
talk (E553b)
metakrilatna kiselina/etilakrilat kopolimer 1:1, vrsta A
natrijev hidrogenkarbonat

6.2 Inkompatibilnosti

Nije primjenjivo.

6.3 Rok valjanosti

3 godine

6.4 Posebne mjere pri čuvanju lijeka

Lijek ne zahtijeva posebne uvjete čuvanja.

6.5 Vrsta i sadržaj spremnika

Al – OPA/Al/PVC blisteri s 30 tableta ili perforirani blisteri s jediničnom dozom s 30x1 tabletom.

Na tržištu se ne moraju nalaziti sve veličine pakiranja.

6.6 Posebne mjere za zbrinjavanje

Nema posebnih zahtjeva za zbrinjavanje.

Neiskorišteni lijek ili otpadni materijal valja zbrinuti sukladno nacionalnim propisima.

7. NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET

Mylan S.A.S.
117 allée des Parcs
69 800 Saint Priest
Francuska

8. BROJ(EVI) ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET

HR-H-088638189

9. DATUM PRVOG ODOBRENJA / DATUM OBNOVE ODOBRENJA

27. lipnja 2017./-

10. DATUM REVIZIJE TEKSTA

Ožujak, 2019.