

**VEDLEGG I**  
**PREPARATOMTALE**

## 1. LEGEMIDLETS NAVN

ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning  
ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

## 2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

Hvert hetteglass inneholder 100 mg pemetreksed (som pemetrekseddinatrium).

*Hjelpestoffer med kjent effekt*

Hvert hetteglass inneholder tilnærmet 11 mg natrium.

ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

Hvert hetteglass inneholder 500 mg pemetreksed (som pemetrekseddinatrium).

*Hjelpestoffer med kjent effekt*

Hvert hetteglass inneholder tilnærmet 54 mg natrium.

Etter tilberedning (se pkt. 6.6) inneholder hvert hetteglass 25 mg/ml pemetreksed.

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

## 3. LEGEMIDDELFORM

Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

Hvitt til enten lysegult eller grønn-gult lyofilisert pulver.

## 4. KLINISKE OPPLYSNINGER

### 4.1 Indikasjoner

Malignt pleuralt mesoteliom

ALIMTA i kombinasjon med cisplatin er indisert til behandling av kjemoterapi naive pasienter med ikke-resecerbar malignt pleuralt mesoteliom.

Ikke-småcellet lungekreft

ALIMTA i kombinasjon med cisplatin er indisert som førstelinjebehandling av pasienter med lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft annet enn predominant plateepitelhistologi (se pkt. 5.1).

ALIMTA er indisert som monoterapi for vedlikeholdsbehandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft annet enn predominant plateepitelhistologi hos pasienter med sykdom som ikke har vist progresjon umiddelbart etter platinabasert kjemoterapi (se pkt. 5.1).

ALIMTA er indisert som monoterapi til annenlinje behandling av pasienter med lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft annet enn predominant plateepitelhistologi (se pkt. 5.1).

## 4.2 Dosering og administrasjonsmåte

### Dosering

ALIMTA skal bare administreres under veiledning av en lege som har erfaring med kjemoterapi mot kreft.

#### *ALIMTA i kombinasjon med cisplatin*

Anbefalt dose med ALIMTA er 500 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate (BSA), gitt som intravenøs infusjon i løpet av 10 minutter på dag 1 i hver 21-dagers kur. Den anbefalte dosen med cisplatin er 75 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate infundert i løpet av to timer omtrent 30 minutter etter at pemetreksedinfusjonen er avsluttet på dag 1 i hver 21-dagers kur. Pasienter skal gis adekvat antiemetisk behandling og passende hydrering før og/eller etter cisplatinbehandling (se også Preparatomtalen for cisplatin for nøyaktig doseringsanvisning).

#### *ALIMTA som monoterapi*

Til pasienter som behandles for ikke-småcellet lungekreft etter tidligere kjemoterapi er den anbefalte dose med ALIMTA 500 mg/m<sup>2</sup> kroppsoverflate, gitt som intravenøs infusjon i løpet av 10 minutter på dag 1 i hver 21-dagers kur.

#### *Premedisinering*

For å redusere insidens og alvorlighetsgrad av hudreaksjoner bør et kortikosteroid gis dagen før, samme dagen, samt dagen etter pemetreksedadministrasjon. Kortikosteroidet bør være ekvivalent med 4 mg deksametason gitt oralt to ganger daglig (se pkt. 4.4).

For å redusere toksisitet må pasienter som behandles med pemetreksed også gis vitamintilskudd (se pkt. 4.4). Pasienten må få oral folsyre eller et multivitamin som inneholder folsyre (350 til 1000 mikrogram) daglig. Minst fem doser med folsyre skal tas i løpet av de syv dagene forut for den første dosen med pemetreksed, og doseringen skal fortsette gjennom hele behandlingssyklusen og i 21 dager etter siste dose pemetreksed. Pasientene skal også gis en intramuskulær injeksjon vitamin B<sub>12</sub> (1000 mikrogram) i løpet av den uken som går forut for første pemetrekseddose, samt en for hver tredje kur deretter. Etterfølgende vitamin B<sub>12</sub> injeksjoner kan gis på samme dag som pemetreksed.

#### *Overvåking*

Pasienter som får pemetreksed bør overvåkes før hver dose ved hjelp av full blodcelletelling, inkludert differensialtelling av hvite blodlegemer (WCC) og blodplater. Før hver omgang kjemoterapi skal det tas prøver for blodkjemi for vurdering av nyre- og leverfunksjon. Før hver ny omgang med kjemoterapi skal pasientene ha følgende: absolutt antall nøytrofile (ANC) bør være  $\geq 1500$  celler/mm<sup>3</sup> og blodplater bør være  $\geq 100\,000$  celler/mm<sup>3</sup>. Kreatininclearance må være  $\geq 45$  ml/min. Totalt bilirubin bør være  $\leq 1,5$  ganger øvre grenseverdi for det normale. Alkalisk fosfatase (AP), aspartat aminotransferase (ASAT eller SGOT) og alanin aminotransferase (ALAT eller SGPT) bør være  $\leq 3$  ganger øvre grenseverdi for det normale. Alkalisk fosfatase, ASAT og ALAT  $\leq 5$  ganger øvre normalgrense er akseptabelt hvis leveren er tumorinvolvert.

#### *Dosejusteringer*

Dosejusteringer ved inngangen til en påfølgende syklus bør være basert på nadir hematologiske tall eller maksimal ikke-hematologisk toksisitet fra foregående behandlingssyklus. Behandlingen kan utsettes for at pasienten skal få tilstrekkelig tid til å komme seg. Etter å ha kommet seg bør pasientene behandles på nytt i henhold til retningslinjene i Tabell 1, 2 og 3, som gjelder for ALIMTA brukt som monoterapi eller i kombinasjon med cisplatin.

<b>Tabell 1 – Dosejusteringstabell for ALIMTA (monoterapi eller i kombinasjon) og cisplatin - hematologisk toksisitet</b>	
Nadir ANC < 500/mm <sup>3</sup> og nadir blodplattetall ≥ 50.000 /mm <sup>3</sup>	75 % av forutgående dose (både ALIMTA og cisplatin)
Nadir blodplattetall < 50 000/mm <sup>3</sup> uansett nadir ANC	75 % av forutgående dose (både ALIMTA og cisplatin)
Nadir blodplattetall < 50 000/mm <sup>3</sup> med blødning <sup>a</sup> , uansett ANC nadir	50 % av forutgående dose (både ALIMTA og cisplatin)

<sup>a</sup> Disse kriterier oppfyller betingelsene fra National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (CTC versjon 2.0; NCI 1998) for definisjon av ≥ CTC grad 2 blødning.

Hvis pasienten utvikler ikke-hematologisk toksisitet ≥ Grad 3 (unntatt nevrotoxisitet), bør ALIMTA holdes tilbake inntil det har gått over eller det er på samme nivå som før pasienten startet behandlingen. Behandling bør startes opp igjen i henhold til retningslinjene i Tabell 2.

<b>Tabell 2 – Dosejusteringstabell for ALIMTA (monoterapi eller i kombinasjon) og cisplatin - ikke-hematologisk toksisitet<sup>a, b</sup></b>		
	<b>ALIMTA (mg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>cisplatin (mg/m<sup>2</sup>)</b>
Enhver toksisitet av Grad 3 eller 4 unntatt mukositt	75 % av forutgående dose	75 % av forutgående dose
Enhver diaré som trenger sykehusinnleggelse (uansett grad) eller Grad 3 eller 4 diaré	75 % av forutgående dose	75 % av forutgående dose
Mukositt av Grad 3 eller 4	50 % av forutgående dose	100 % av forutgående dose

<sup>a</sup> National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (CTC versjon 2.0; NCI 1998)

<sup>b</sup> Unntatt nevrotoxisitet

Dersom nevrotoxisitet foreligger vil dosejusteringsanbefalinger for ALIMTA og cisplatin oppgis i Tabell 3. Pasienten bør avslutte behandlingen hvis nevrotoxisitet av Grad 3 eller Grad 4 foreligger.

<b>Tabell 3 – Dosejusteringstabell for ALIMTA (monoterapi eller i kombinasjon) og cisplatin - nevrotoxisitet</b>		
<b>CTC<sup>a</sup> Grad</b>	<b>ALIMTA (mg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Cisplatin (mg/m<sup>2</sup>)</b>
0 – 1	100 % av forutgående dose	100 % av forutgående dose
2	100 % av forutgående dose	50 % av forutgående dose

<sup>a</sup>National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (CTC versjon 2.0; NCI 1998) – vanlige toksisitetskriterier

Behandling med ALIMTA bør avsluttes hvis en pasient utsettes for hematologisk eller ikke-hematologisk toksisitet av Grad 3 eller 4 etter to dosereduksjoner eller umiddelbart etter observasjon av nevrotoxisitet av Grad 3 eller 4.

#### *Eldre*

I kliniske studier er det ikke indikasjon for at pasienter som er 65 år eller eldre har høyere risiko for bivirkninger enn pasienter under 65 år. Det er ikke påkrevet med andre dosejusteringer enn de som anbefales for alle pasienter.

#### *Pediatrik populasjon*

Det er ikke relevant å bruke ALIMTA i den pediatrike populasjonen for malignt pleuralt mesoteliom og ikke-småcellet lungekreft.

*Pasienter med nedsatt nyrefunksjon* (Standard Cockcroft og Gault formel eller Glomerulær Filtrasjonshastighet, målt ved Tc99m-DPTA serum clearance-metoden)

Pemetreksed elimineres hovedsakelig uendret ved utskillelse gjennom nyrene. I kliniske studier var det ikke behov for dosejusteringer hos pasienter med kreatininclearance ≥ 45 ml/min, andre enn slike

som anbefales for alle pasienter. Det foreligger ikke tilstrekkelige data om bruk av pemetreksed hos pasienter med en kreatininclearance lavere enn 45 ml/min, derfor anbefales ikke pemetreksed hos disse pasientene (se pkt. 4.4).

#### *Pasienter med nedsatt leverfunksjon*

Det er ikke påvist sammenheng mellom ASAT (SGOT), ALAT (SGPT) eller total bilirubin, og pemetrekseds farmakokinetikk. Pasienter med nedsatt leverfunksjon slik som bilirubin > 1,5 ganger øvre grense for normalverdien og/eller aminotransferase > 3,0 ganger øvre grense for normalverdien (i fravær av levermetastaser) eller > 5,0 ganger øvre grense for normalverdiene (med levermetastaser) har imidlertid ikke vært spesifikt undersøkt.

#### Administrasjonsmåte

For instruksjoner vedrørende håndtering eller administrering av ALIMTA, se pkt. 6.6.

ALIMTA skal administreres som en intravenøs infusjon i løpet av 10 minutter på dag 1 i hver 21-dagers kur. For instruksjoner vedrørende rekonstituering og fortynning av ALIMTA før administrering, se pkt. 6.6.

### **4.3 Kontraindikasjoner**

Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.

Amming (se pkt. 4.6).

Samtidig vaksine mot gulfeber (se pkt. 4.5).

### **4.4 Advarsler og forsiktighetsregler**

Pemetreksed kan undertrykke benmargsfunksjonen uttrykt ved nøytropeni, trombocytopeni og anemi (eller pancytopeni) (se pkt. 4.8). Benmargssuppresjon er vanligvis den dosebegrensende toksisiteten. Pasientene bør overvåkes for myelosuppresjon under behandlingen og pemetreksed bør ikke gis til pasienter før det absolutte nøytrofiltallet (ANC) er  $\geq 1500$  celler/mm<sup>3</sup> og blodplatetallet er  $\geq 100\ 000$  celler/mm<sup>3</sup>. Dosereduksjon i etterfølgende kurer baseres på laveste ANC, blodplatetall og maksimal ikke-hematologisk toksisitet i forutgående behandlingssyklus (se pkt. 4.2).

Lavere toksisitet og en reduksjon av hematologisk og ikke-hematologisk Grad 3 og 4 toksisitet, slik som nøytropeni, febril nøytropeni og infeksjon med nøytropeni av Grad 3/4 ble påvist når det ble gitt forbehandling med folsyre og vitamin B<sub>12</sub>. Derfor skal alle pasienter som behandles med pemetreksed instrueres om å ta folsyre og vitamin B<sub>12</sub> som profylakse for å redusere behandlingsrelatert toksisitet (se pkt. 4.2).

Hudreaksjoner er rapportert hos pasienter som ikke har fått forbehandling med et kortikosteroid. Forbehandling med deksametason (eller tilsvarende) kan redusere forekomst og alvorlighetsgrad av hudreaksjoner (se pkt. 4.2).

Et utilstrekkelig antall pasienter med kreatininclearance lavere enn 45 ml/min har vært undersøkt, derfor anbefales det ikke å bruke pemetreksed til slike pasienter (se pkt. 4.2).

Pasienter med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 45 til 79 ml/min), bør unngå å ta ikke-steroidale anti-inflammatoriske legemidler (NSAIDs) som ibuprofen og acetylsalisylsyre (> 1,3 gram daglig) i 2 dager før, på samme dag og 2 dager etter pemetreksed-behandling (se pkt. 4.5). Pasienter med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon som er vurdert for pemetreksed-behandling bør seponere NSAIDs med lang halveringstid i minst 5 dager før, på samme dag og i minst 2 dager etter pemetreksed-administreringen (se pkt. 4.5).

Det er rapportert om alvorlige nyreproblemer, inkludert akutt nyresvikt, med pemetreksed alene eller sammen med andre kjemoterapeutiske midler. Mange av pasientene der dette oppstod hadde underliggende risikofaktorer for utvikling av nyreproblemer, inkludert dehydrering eller allerede eksisterende hypertensjon eller diabetes.

Betydningen av pleuravæske, slik som pleuraeffusjon eller ascites, ved pemetreksedbehandling er ikke fullstendig kjent. En fase 2 studie på pemetreksed i 31 pasienter med solide tumorer med stabil pleuravæske viste ingen forskjell i forhold til dose-normalisert pemetreksed-plasmakonsentrasjon eller clearance sammenlignet med pasienter som ikke hadde fått tappet pleuravæsken. Derfor bør tapping av pleuravæsken før pemetreksedbehandling vurderes, men er ikke nødvendig.

Det har vært observert alvorlig dehydrering på grunn av pemetrekseds gastrointestinale bivirkninger når det gis sammen med cisplatin. Derfor bør pasientene få adekvat kvalmestillende behandling og passende hydrering før og/eller etter at behandling gis.

Alvorlige kardiovaskulære hendelser, deriblant myokardinfarkt og cerebrovaskulære hendelser er mindre vanlig rapportert under kliniske studier med pemetreksed, vanligvis når det har vært gitt i kombinasjon med annet cytotoxisk middel. De fleste pasientene hvor slike hendelser er rapportert hadde kardiovaskulære risikofaktorer fra før (se pkt. 4.8).

Det er vanlig at kreftpasienter er immunsupprimerte. Derfor anbefales det ikke å bruke levende, svekkede vaksiner (se pkt. 4.3 og 4.5).

Pemetreksed kan gi genetisk skadelige effekter. Kjønnsmodne menn frarådes å få barn i løpet av behandlingen og opp til 6 måneder etterpå. Bruk av prevensjon eller avholdenhet er anbefalt. På grunn av risikoen for at pemetreksedbehandling kan forårsake irreversibel sterilitet bør menn gis råd om å oppsøke veiledning vedrørende oppbevaring av sæd før behandlingsstart.

Kvinner i fruktbar alder må benytte sikker prevensjon under pemetreksedbehandling (se pkt. 4.6).

Tilfeller av strålingspneumonitt er rapportert hos pasienter som er strålebehandlet før, under eller etter pemetreksedbehandling. Det bør utvises særlig forsiktighet hos disse pasientene ved bruk av andre strålesensitiserende midler.

Tilfeller av oppblussing av strålingsinduserte hudreaksjoner (radiation recall) har blitt rapportert hos pasienter som fikk strålebehandling uker eller år tidligere.

### Hjelpestoffer

#### *ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning*

Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) per hetteglass, dvs. tilnærmet natriumfritt.

#### *ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning*

Dette legemidlet inneholder ca. 54 mg natrium per hetteglass. Dette må tas i betraktning hos pasienter som er på en kontrollert natriumdiett.

## **4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon**

Pemetreksed elimineres hovedsakelig uendret via nyrene ved tubulær sekresjon og i mindre grad ved glomerulær filtrasjon. Samtidig administrasjon av nyretoksiske legemidler (for eksempel aminoglykosider, sløfydiuretika, platinaforbindelser, syklosporin) kan forårsake nedsatt clearance av pemetreksed. Denne kombinasjonen bør brukes med varsomhet. Kreatininclearance bør om nødvendig overvåkes nøye.

Samtidig administrasjon av substanser som også utskilles tubulært (f.eks. probenecid, penicillin) kan forårsake nedsatt pemetreksedclearance. Det bør utvises varsomhet når slike legemidler brukes i kombinasjon med pemetreksed. Om nødvendig bør kreatininclearance overvåkes nøye.

Hos pasienter med normal nyrefunksjon (kreatininclearance  $\geq 80$  ml/min), kan høye doser av ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs som ibuprofen 1600 mg/dag) og høydose acetylsalisylsyre ( $\geq 1,3$  g/dag) redusere pemetreksedelimering og som en konsekvens, øke faren for bivirkninger. Det anbefales derfor forsiktighet når høye doser NSAIDs eller høye doser acetylsalisylsyre gis samtidig med pemetreksed til pasienter med normal nyrefunksjon (kreatininclearance  $\geq 80$  ml/min).

Hos pasienter med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 45 til 79 ml/min) bør det unngås å gi samtidig behandling med pemetreksed og NSAIDs (for eksempel ibuprofen) eller høye doser acetylsalisylsyre i 2 dager før, på samme dag og 2 dager etter pemetreksed behandlingen (se pkt. 4.4).

I fravær av data vedrørende mulig interaksjon med NSAIDs med lengre halveringstider, som piroksikam eller rofekoksib, bør samtidig administrasjon med pemetreksed til pasienter med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon seponeres i minst 5 dager før, på samme dag og i minst 2 dager etter at pemetreksed tas (se pkt. 4.4). Dersom samtidig administrering av NSAIDs er nødvendig, bør pasienter følges nøye mht. toksisitet, spesielt myelosuppresjon og gastrointestinal toksisitet.

Pemetreksed gjennomgår begrenset levermetabolisme. Resultater fra *in vitro*-studier med humane levermikrosomer har vist at pemetreksed ikke kan antas å forårsake klinisk signifikant hemming av metabolsk clearance av legemidler som metaboliseres ved CYP3A, CYP2D6, CYP2C9 og CYP1A2.

#### Interaksjoner som er felles for alle cytotoksiske midler

Antikoagulasjonsbehandling forekommer ofte på grunn av den økte risiko for trombose hos pasienter med kreft. Den høye intraindividuelle variabiliteten for koagulasjonsstatus i løpet av sykdommen og muligheten for interaksjon mellom orale antikoagulantika og kjemoterapi mot kreft, krever at INR (International Normalised Ratio) overvåkes oftere dersom det besluttes å gi pasienten antikoagulasjonsbehandling.

Samtidig bruk er kontraindisert: Vaksine mot gul feber: fare for dødelig generell vaksiniasykdom (se pkt. 4.3).

Samtidig bruk anbefales ikke: Levende hemmede vaksiner (unntatt gulfeber hvor samtidig bruk er kontraindisert): Fare for systemisk, muligens dødelig, sykdom. Risikoen øker hos personer som allerede er immunosupprimert av den underliggende sykdommen. Bruk deaktivert vaksine dersom slik finnes (poliomyelitt) (se pkt. 4.4).

## **4.6 Fertilitet, graviditet og amming**

### Prevensjon hos menn og kvinner

Kvinner i fruktbar alder må benytte sikker prevensjon under behandling med pemetreksed. Pemetreksed kan ha genetisk skadelige effekter. Kjønnsmodne menn bør frarådes å få barn i løpet av behandlingen og i opp til 6 måneder etterpå. Prevensjon eller avholdenhet anbefales.

### Graviditet

Det finnes ikke data fra bruk av pemetreksed hos gravide kvinner. Imidlertid mistenkes pemetreksed, som andre antimetabolitter, å forårsake alvorlige fosterskader dersom det gis under graviditet. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet (se pkt. 5.3). Pemetreksed bør ikke brukes under graviditet dersom det ikke er åpenbart påkrevet, etter nøye vurdering av morens behov og risikoen for fosteret (se pkt. 4.4).

### Amming

Det er ikke kjent hvorvidt pemetreksed utskilles i morsmelk. Bivirkninger hos et diende spedbarn kan ikke utelukkes. Amming må avsluttes under behandlingen med pemetreksed (se pkt. 4.3).

## Fertilitet

På grunn av risikoen for at pemetreksedbehandling kan forårsake irreversibel sterilitet, bør menn rådes til å oppsøke veiledning om oppbevaring av sæd før behandling starter.

## **4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner**

Det er ikke gjort undersøkelser vedrørende påvirkningen på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Det har imidlertid vært rapportert at pemetreksed kan føre til fatigue. Derfor bør pasientene advares mot å kjøre bil eller bruke maskiner hvis dette skjer.

## **4.8 Bivirkninger**

### Sammenfatning av sikkerhetsprofilen

De mest vanlige bivirkningene relatert til pemetreksed enten det blir brukt som monoterapi eller i kombinasjon er benmargssuppresjon uttrykt som anemi, neutropeni, leukopeni og trombocytopeni; gastrointestinal toksisitet uttrykt som anoreksi, kvalme, oppkast, diaré, forstoppelse, faryngitt, mucositis og stomatitt. Andre uønskede hendelser inkluderer nyretoksitet, økning i aminotransferaser, alopeci, fatigue, dehydrering, utslett, infeksjon/sepsis og nevropati. Hendelser som er sett med sjelden frekvens inkluderer Steven-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse.

### Oppsummering av bivirkninger i tabellform

Tabellen nedenfor angir forekomst og alvorlighetsgrad for bivirkninger som er rapportert hos > 5 % av 168 pasienter med mesoteliom som ble randomisert til behandling med cisplatin og pemetreksed, og 163 pasienter med mesoteliom som ble randomisert til behandling med cisplatin monoterapi. I begge behandlingsarmer fikk disse pasientene, som tidligere ikke hadde fått kjemoterapi, fullt tilskudd av folsyre og vitamin B<sub>12</sub>.

Frekvensestimering: Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ), vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ), mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ), sjeldne ( $\geq 1/10\ 000$  til  $< 1/1000$ ), svært sjeldne ( $< 1/10\ 000$ ) og ikke kjent (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data).

Innenfor hver frekvensgruppering er bivirkninger presentert etter synkende alvorlighetsgrad.

Organklasse-system	Frekvens	Hendelse*	Pemetreksed/cisplatin		Cisplatin	
			(N = 168)		(N = 163)	
			Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 - 4 toksisitet (%)	Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 - 4 toksisitet (%)
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	Svært vanlige	Reduksjon av nøytrofile/granulocytter	56,0	23,2	13,5	3,1
		Reduksjon av leukocytter	53,0	14,9	16,6	0,6
		Reduksjon av hemoglobin	26,2	4,2	10,4	0,0
		Reduksjon av blodplater	23,2	5,4	8,6	0,0
Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer	Vanlige	Dehydrering	6,5	4,2	0,6	0,6



Nevrologiske sykdommer	Svært vanlige	Sensorisk nevropati	10,1	0,0	9,8	0,6
	Vanlige	Smaksforstyrrelser.	7,7	0,0***	6,1	0,0***
Øyesykdommer	Vanlige	Konjunktivitt	5,4	0,0	0,6	0,0
Gastro-intestinale sykdommer	Svært vanlige	Diaré	16,7	3,6	8,0	0,0
		Oppkast	56,5	10,7	49,7	4,3
		Stomatitt/faryngitt	23,2	3,0	6,1	0,0
		Kvalme	82,1	11,9	76,7	5,5
		Anoreksi	20,2	1,2	14,1	0,6
		Konstipasjon	11,9	0,6	7,4	0,6
	Vanlige	Dyspepsi	5,4	0,6	0,6	0,0
Hud- og underhudssykdommer	Svært vanlige	Utslett	16,1	0,6	4,9	0,0
		Alopeci	11,3	0,0***	5,5	0,0***
Sykdommer i nyre og urinveier	Svært vanlige	Økt kreatinin	10,7	0,6	9,8	1,2
		Redusert kreatinin-clearance**	16,1	0,6	17,8	1,8
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	Svært vanlige	Fatigue	47,6	10,1	42,3	9,2

\* Se "National Cancer Institute CTC" versjon 2 for graden av toksisitet, unntatt for begrepet "reduert kreatinin clearance"

\*\* som er hentet fra begrepet "andre: nyre/genitalia-urinveier".

\*\*\* Ifølge National Cancer Institute CTC (versjon 2.0; NCI 1998) skal smaksforstyrrelser og alopeci kun rapporteres som grad 1 eller 2.

I denne tabellen er et avskjæringsnivå på 5 % brukt for til å omfatte alle hendelser hvor rapportøren antok en mulig sammenheng med pemetreksed og cisplatin.

Klinisk relevant CTC-toksisitet som ble rapportert hos  $\geq 1\%$  og  $\leq 5\%$  av pasientene som ble randomisert til behandling med cisplatin og pemetreksed omfatter: nyresvikt, infeksjon, pyreksi, febril nøydropeni, økt ASAT, ALAT og GCT, urtikaria og brystmerter.

Klinisk relevant CTC toksisitet som ble rapportert hos  $< 1\%$  av pasientene som ble randomisert til behandling med cisplatin og pemetreksed omfatter arrytmier og motorisk nevropati.

Tabellen nedenfor angir forekomst og alvorlighetsgrad av bivirkninger som ble rapportert hos  $> 5\%$  av 265 pasienter som ble randomisert til pemetreksed monoterapi med folsyre og vitamin B<sub>12</sub>-tilskudd, og 276 pasienter som ble randomisert til docetaxel monoterapi. Alle pasientene ble diagnostisert med lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft og hadde fått forutgående kjemoterapi.

Organklasse-system	Frekvens	Hendelse*	Pemetreksed N = 265		Docetaxel N = 276	
			Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 – 4 toksisitet (%)	Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 – 4 toksisitet (%)
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	Svært vanlige	Reduserte nøytrofile/ granulocytter	10,9	5,3	45,3	40,2
		Reduserte leukocytter	12,1	4,2	34,1	27,2
		Redusert hemoglobin	19,2	4,2	22,1	4,3
	Vanlige	Reduserte blodplater	8,3	1,9	1,1	0,4
Gastrointestinale sykdommer	Svært vanlige	Diaré	12,8	0,4	24,3	2,5
		Oppkast	16,2	1,5	12,0	1,1
		Stomatitt/faryngitt	14,7	1,1	17,4	1,1
		Kvalme	30,9	2,6	16,7	1,8
		Anoreksi	21,9	1,9	23,9	2,5
	Vanlige	Konstipasjon	5,7	0,0	4,0	0,0
Sykdommer i lever og galleveier	Vanlige	Økt SGPT (ALAT)	7,9	1,9	1,4	0,0
		Økt SGOT (ASAT)	6,8	1,1	0,7	0,0
Hud- og underhuds-sykdommer	Svært vanlige	Utslett/deskvasjon	14,0	0,0	6,2	0,0
	Vanlige	Pruritus	6,8	0,4	1,8	0,0
		Alopeci	6,4	0,4**	37,7	2,2**
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjons-stedet	Svært vanlige	Fatigue	34,0	5,3	35,9	5,4
	Vanlige	Feber	8,3	0,0	7,6	0,0

\*Se "National Cancer Institute CTC" versjon 2, for hver toksisitetsgrad.

\*\* Ifølge National Cancer Institute CTC (versjon 2.0; NCI 1998) skal alopeci kun rapporteres som grad 1 eller 2.

I denne tabellen er et avskjæringsnivå på 5 % brukt for å omfatte alle hendelser hvor rapportøren antok en mulig sammenheng med pemetreksed.

Klinisk relevant CTC-toksisitet som ble rapportert hos  $\geq 1\%$  og  $\leq 5\%$  av pasientene som var randomisert til pemetreksed omfatter: infeksjon uten nøytropeni, febril nøytropeni, allergiske reaksjoner/overfølsomhet, økt kreatinin, motorisk nevropati, sensorisk nevropati, erythema multiforme og abdominale smerter.

Klinisk relevant CTC-toksisitet rapportert hos  $< 1\%$  av pasientene som ble randomisert til pemetreksed omfatter supraventrikulære arrytmier.

Klinisk relevant laborietoksisitet av Grad 3 og Grad 4 var lik i de samlede Fase 2-resultatene ved tre pemetreksed monoterapistudier (n=164) og Fase 3 pemetreksed monoterapistudien som er beskrevet ovenfor, bortsett fra nøytropeni (henholdsvis 12,8 % og 5,3 %) og alanin-aminotransferaseøkning (henholdsvis 15,2 % og 1,9 %). Disse forskjellene var sannsynligvis forårsaket av forskjeller i pasientpopulasjonen, siden Fase 2 studiene omfattet både kjemonaive og tungt forbehandlede brystkreftpasienter med levermetastaser og/eller unormale leverfunksjonstester ved baseline.

Tabellen nedenfor angir frekvens og alvorlighetsgrad av bivirkninger vurdert til å være mulig relatert

Organklasse- system	Frekvens	Hendelse**	Pemetreksed/ cisplatin (N = 839)		Gemcitabine/ cisplatin (N = 830)	
			Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 – 4 toksisitet (%)	Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 - 4 toksitet (%)
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	Svært vanlige	Redusert hemoglobin	33,0*	5,6*	45,7*	9,9*
		Reduserte nøytrofile/ granulocytter	29,0*	15,1*	38,4*	26,7*
		Reduserte leukocytter	17,8	4,8*	20,6	7,6*
		Reduserte blodplater	10,1*	4,1*	26,6*	12,7*
Nevrologiske sykdommer	Vanlige	Sensorisk nevropati	8,5*	0,0*	12,4*	0,6*
		Smaksforstyr- relser	8,1	0,0***	8,9	0,0***
Gastrointestinal e sykdommer	Svært vanlige	Kvalme	56,1	7,2*	53,4	3,9*
		Oppkast	39,7	6,1	35,5	6,1
		Anoreksi	26,6	2,4*	24,2	0,7*
		Konstipasjon	21,0	0,8	19,5	0,4
		Stomatitt/ faryngitt	13,5	0,8	12,4	0,1
		Diaré uten kolostomi	12,4	1,3	12,8	1,6
	Vanlige	Dyspepsi/ halsbrann	5,2	0,1	5,9	0,0
Hud- og underhuds- sykdommer	Svært vanlige	Alopesi	11,9*	0***	21,4*	0,5***
	Vanlige	Utslett/ deskvamasjon	6,6	0,1	8,0	0,5
Sykdommer i nyre og urinveier	Svært vanlige	Økt kreatinin	10,1*	0,8	6,9*	0,5
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjons- stedet	Svært vanlige	Fatigue	42,7	6,7	44,9	4,9

til studielegemidlet, som er rapportert hos > 5 % av 839 pasienter med NSCLC randomisert til cisplatin og pemetreksed, og hos 830 pasienter med NSCLC randomisert til cisplatin og gemcitabin. Alle pasienter mottok studielegemidlene som initiell behandling for lokalavansert eller metastatisk NSCLC, og pasientene i begge behandlingsgrupper fikk fullt supplement med folsyre og vitamin B<sub>12</sub>.

\*P-verdier < 0,05 ved sammenligning av pemetreksed/cisplatin mot gemcitabin /cisplatin, Fisher Exact test.

\*\*Se "National Cancer Institute CTC" versjon 2.0; NCI 1998 for hver grad av toksisitet.

\*\*\*Ifølge "National Cancer Institute CTC" versjon 2.0; NCI 1998 skal smaksforstyrrelser og alopesi kun rapporteres som grad 1 eller 2.

I denne tabellen er et avskjæringsnivå på 5 % brukt for å omfatte alle hendelser der rapportør har antatt en mulig sammenheng med pemetreksed og cisplatin.

Klinisk relevant toksisitet som ble rapportert hos  $\geq 1\%$  og  $\leq 5\%$  av pasientene randomisert til behandling med cisplatin og pemetreksed omfatter: økt ASAT, økt ALAT, infeksjon, febril nøytropeni, nyresvikt, pyreksi, dehydrering, konjunktivitt og redusert kreatininclearance.

Klinisk relevant toksisitet som ble rapportert hos  $< 1\%$  av pasientene randomisert til behandling med cisplatin og pemetreksed omfatter: økt GT, brystmerter, arytmier og motorisk nevropati.

Klinisk relevant toksisitet etter kjønn var tilnærmet lik som i totalpopulasjonen hos pasienter behandlet med pemetreksed pluss cisplatin.

Tabellen nedenfor angir frekvens og alvorlighetsgrad av bivirkninger ansett som mulig relatert til studiemedisin, og som ble rapportert hos  $> 5\%$  av de 800 pasientene som ble randomisert til å få pemetreksed monoterapi og de 402 pasientene som ble randomisert til å få placebo i vedlikeholdsstudien med pemetreksed monoterapi (JMEN: N = 663) og studien med fortsatt pemetreksed vedlikeholdsbehandling (PARAMOUNT: N=539). Alle pasientene var diagnostisert med NSCLC stadium IIIB eller IV og hadde tidligere fått platinabasert kjemoterapi. Pasientene i begge studiearmene fikk fullt supplement av folsyre og vitamin B<sub>12</sub>.

Organklasse-system	Frekvens*	Hendelse**	Pemetreksed*** (N = 800)		Placebo (N = 402)	
			Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 - 4 toksisitet (%)	Alle grader toksisitet (%)	Grad 3 - 4 toksisitet (%)
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	Svært vanlige	Hemoglobin-reduksjon	18,0	4,5	5,2	0,5
	Vanlige	Leukocyt-reduksjon	5,8	1,9	0,7	0,2
		Nøytrofil-reduksjon	8,4	4,4	0,2	0,0
Nevrologiske sykdommer	Vanlige	Sensorisk nevropati	7,4	0,6	5,0	0,2
Gastrointestinale sykdommer	Svært vanlige	Kvalme	17,3	0,8	4,0	0,2
		Anoreksi	12,8	1,1	3,2	0,0
	Vanlige	Oppkast	8,4	0,3	1,5	0,0
		Mukositt/stomatitt	6,8	0,8	1,7	0,0
Sykdommer i lever og galleveier	Vanlige	Forhøyet ALAT (SGPT)	6,5	0,1	2,2	0,0
		Forhøyet ASAT (SGOT)	5,9	0,0	1,7	0,0
Hud- og underhuds-sykdommer	Vanlige	Utslett/deskvamasjon	8,1	0,1	3,7	0,0
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjons-stedet	Svært vanlige	Fatigue	24,1	5,3	10,9	0,7
	Vanlige	Smerte	7,6	0,9	4,5	0,0
		Ødem	5,6	0,0	1,5	0,0
Sykdommer i nyre og urinveier	Vanlige	Nyresykdommer* ***	7,6	0,9	1,7	0,0

Forkortelser: ALAT = alanin aminotransferase; ASAT = aspartat aminotransferase; CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Event; NCI = National Cancer Institute; SGOT = serum-glutamin-oksalsyre-aminotransferase; SGPT = serum-glutamin-pyruvin-aminotransferase.

\* Definisjon av frekvensangivelse: Svært vanlige -  $\geq 10\%$ ; vanlige -  $> 5\%$  og  $< 10\%$ . I denne tabellen ble et avskjæringsnivå på  $5\%$  brukt for inklusjon av alle hendelser der rapportøren antok en mulig sammenheng med pemetreksed.

\*\* Refererer til NCI CTCAE-kriterier (Versjon 3.0; NCI 2003) for hver grad av toksisitet. Rapporteringsgrader er i hh. til CTCAE versjon 3.0.

\*\*\* Den integrerte bivirkningstabellen kombinerer resultatene fra studiene JMEN (pemetreksed vedlikehold (N=663)) og PARAMOUNT (fortsettelse av pemetreksedbehandling med pemetreksed vedlikehold (N=539)).

\*\*\*\*Kombinert term som inkluderer økning i serum/blod kreatinin, nedsatt glomerulær filtrasjonshastighet, nyresvikt og andre nyre og urogenitale forhold.

Klinisk relevant CTC-toksisitet av enhver grad som ble rapportert hos  $\geq 1\%$  og  $\leq 5\%$  av pasientene som ble randomisert til pemetreksed, omfatter: febril nøytropeni, infeksjon, redusert platetall, diaré, konstipasjon, alopeci, pruritus/kløe, feber (ved fravær av nøytropeni), overflatesykdom på øyet (inkludert konjunktivitt), økt lakrimasjon, svimmelhet og motorisk nevropati.

Klinisk relevant CTC-toksisitet som ble rapportert hos  $< 1\%$  av pasientene som ble randomisert til pemetreksed, omfatter: allergisk reaksjon/hypersensitivitet, erythema multiforme, supraventrikulær arytmi og pulmonal emboli.

Sikkerhet ble vurdert for pasienter som var randomisert til pemetreksedbehandling (N=800). Forekomsten av bivirkninger ble vurdert for pasienter som fikk  $\leq 6$  sykluser med pemetreksed vedlikeholdsbehandling (N=519) og sammenlignet med pasienter som fikk  $> 6$  sykluser med pemetreksed (N=281). Økning av bivirkninger (alle grader) ble sett ved lengre eksponering. Det ble observert en signifikant økning i forekomsten av grad 3/4 neutropeni, som var mulig relatert til legemiddelet i studien, og ble observert ved lengre tids eksponering for pemetreksed ( $\leq 6$  sykluser; 3,3 %,  $>6$  sykluser: 6,4 %:  $p=0,046$ ). Det ble ikke sett noen statistisk signifikant forskjell i andre individuelle bivirkninger grad 3/4/5 ved lengre eksponering.

Tilfeller av alvorlige kardiovaskulære og cerebrovaskulære hendelser, deriblant myokardinfarkt, angina pectoris, cerebrovaskulær hendelse og forbigående iskemisk anfall (TIA) med pemetreksed, har vært mindre vanlig rapportert i kliniske studier, vanligvis når det har vært gitt i kombinasjon med et annet cytotoxisk middel. De fleste pasientene hvor disse hendelsene er rapportert hadde kardiovaskulære risikofaktorer.

Sjeldne tilfeller av hepatitt, potensielt alvorlige, er rapportert i kliniske studier med pemetreksed.

Pancytopeni er rapportert mindre vanlig i kliniske studier med pemetreksed.

Det er rapportert (mindre vanlige) tilfeller av kolitt (inkludert intestinal og rektal blødning, noen ganger fatal, intestinal perforering, intestinal nekrose og typhlitis) hos pasienter behandlet med pemetreksed i kliniske studier.

Det er rapportert (mindre vanlige) tilfeller av interstitiell pneumonitt med nedsatt respirasjonsfunksjon, noen ganger fatal, hos pasienter behandlet med pemetreksed i kliniske studier.

Det er rapportert mindre vanlige tilfeller av ødem hos pasienter behandlet med pemetreksed.

I kliniske studier med pemetreksed er øsofagitt/strålingsøsofagitt rapportert mindre vanlig.

I kliniske studier med pemetreksed er sepsis, noen ganger dødelig, rapportert vanlig.

Etter markedsføring er følgende bivirkning rapportert hos pasienter behandlet med pemetreksed:

Det er rapportert mindre vanlig tilfeller av akutt nyresvikt med pemetreksed alene eller sammen med andre kjemoterapeutiske midler (se pkt. 4.4).

Mindre vanlig tilfeller av strålingspneumonitt er rapportert hos pasienter som er strålebehandlet før, under eller etter pemetreksedbehandlingen (se pkt. 4.4).

Sjeldne tilfeller av oppblussing av strålingsinduserte hudreaksjoner (radiation recall) har blitt rapportert hos pasienter som fikk strålebehandling tidligere (se pkt. 4.4).

Det er rapportert mindre vanlig tilfeller av perifer iskemi som noen ganger har ført til nekrose i ekstremiteter.

Sjeldne tilfeller er rapportert av bulløse tilstander inkludert Steven-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse, som i noen tilfeller har vært dødelig.

Immunmediert hemolytisk anemi er sjeldent rapportert hos pasienter som er behandlet med pemetreksed.

Sjeldne tilfeller av anafylaktisk sjokk er rapportert.

Erytematøst ødem, hovedsaklig i nedre ekstremiteter, er rapportert med ukjent frekvens.

### Melding av mistenkte bivirkninger

Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via **det nasjonale meldesystemet som beskrevet i [Appendix V](#)**.\*

## **4.9 Overdosering**

Rapporterte symptomer på overdose omfatter nøytropeni, anemi, trombocytopeni, mukositt, sensorisk polyneuropati og utslett. Forventede komplikasjoner etter overdosering omfatter benmargssuppresjon som gir seg utslag i nøytropeni, trombocytopeni og anemi. I tillegg kan infeksjon med eller uten feber, diaré og/eller mukositt forekomme. Ved mistanke om overdosering bør pasienten overvåkes med blodverdier, og bør få adekvat støttebehandling etter behov. Det bør vurderes bruk av kalsiumfolinat/folinsyre ved behandling av overdosering med pemetreksed.

## **5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER**

### **5.1 Farmakodynamiske egenskaper**

Farmakoterapeutisk gruppe: Folsyreanaloger, ATC-kode: L01BA04

ALIMTA (pemetreksed) er et anticancer antifolatmiddel med multiple mål, som virker ved å avbryte viktige folatavhengige metabolske prosesser som er vesentlige for cellereplikasjonen.

*In vitro*-studier har vist at pemetreksed opptrer som et multimålsøkende antifolat ved å hemme tymidylat syntase (TS), dihydrofolat reduktase (DHFR) og glycinamid ribonukleotid formyltransferase (GARFT), som er de avgjørende folatavhengige enzymene ved *de novo* biosyntese av tymidin- og purinnukleotider. Pemetreksed transporteres inn i cellene både ved redusert folatbærer transportsystemet og ved membranfolatbindingsprotein transportsystemet. Når den først er i cellen vil pemetreksed hurtig og effektivt konverteres til polyglutamatformer ved hjelp av enzymet folylpolyglutamat syntetase. Polyglutamatformene bevares i cellene og er enda sterkere hemmere av TS og GARFT. Polyglutamatasjon er en tids- og konsentrasjonsavhengig prosess som forekommer i tumorceller og, i mindre grad, i normalt vev. Polyglutamerte metabolitter har økt intracellulær halveringstid som gir forlenget virkning av legemidlet i ondartede celler.

Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency) har gitt unntak fra forpliktelsen til å presentere resultater fra studier med ALIMTA i alle undergrupper av den pедиатriske populasjonen for de godkjente indikasjonene (se pkt. 4.2).

### Klinisk effekt

#### *Mesoteliom*

EMPHACIS, en multisenter, randomisert, enkeltblind fase 3-studie av ALIMTA + cisplatin sammenlignet med cisplatin i kjemonaive pasienter med malignt pleuralt mesoteliom, har vist at pasienter som behandles med ALIMTA + cisplatin hadde en klinisk meningsfylt 2,8 måneders median overlevelse ut over overlevelsen til pasientene som fikk cisplatin alene.

Under studien ble lavdose folsyre og vitamin B<sub>12</sub>-tilskudd lagt inn i pasientenes behandling for å redusere toksisiteten. Den primære analysen i denne studien ble gjort på populasjonen som omfattet alle pasienter randomisert til en behandlingsarm hvor de fikk studiemedisin (randomisert og behandlet). En subgruppeanalyse ble gjennomført på pasienter som fikk folsyre og vitamin B<sub>12</sub>-tilskudd gjennom hele studiens behandlingstid (fullt tilskudd). Resultatet av disse analysene på effekten er sammenfattet i tabellen nedenfor:

**Effekt av ALIMTA + cisplatin versus cisplatin  
ved malignt pleuralt mesoteliom**

Effektparameter	Randomiserte og behandlede pasienter		Fullt tilskudd pasienter	
	ALIMTA/ cisplatin (N = 226)	Cisplatin (N = 222)	ALIMTA/ cisplatin (N = 168)	Cisplatin (N = 163)
Median totaloverlevelse (måneder) (95 % CI)	12,1 (10,0 – 14,4)	9,3 (7,8 – 10,7)	13,3 (11,4 – 14,9)	10,0 (8,4 – 11,9)
Log Rank p-verdi*	0,020		0,051	
Median tid til tumorprogresjon (måneder) (95 % CI)	5,7 (4,9 – 6,5)	3,9 (2,8 – 4,4)	6,1 (5,3 – 7,0)	3,9 (2,8 – 4,5)
Log Rank p-verdi*	0,001		0,008	
Tid til behandlingssvikt (måneder) (95 % CI)	4,5 (3,9 – 4,9)	2,7 (2,1 – 2,9)	4,7 (4,3 – 5,6)	2,7 (2,2 – 3,1)
Log Rank p-verdi*	0,001		0,001	
Total respons-rate** (95 % CI)	41,3 % (34,8 – 48,1)	16,7 % (12,0 – 22,2)	45,5 % (37,8 – 53,4)	19,6 % (13,8 – 26,6)
Fishers eksakte p-verdi*	< 0,001		< 0,001	

Forkortelser: CI = konfidensintervall

\* p-verdien viser til sammenligning mellom behandlingsarmene.

\*\* I ALIMTA/cisplatin-armen, randomiserte og behandlede (N = 225) og med fullt tilskudd (N = 167)

Det ble påvist statistisk signifikant forbedring av klinisk relevante symptomer (smerte og dyspné) som relateres til malignt pleuralt mesoteliom i ALIMTA/cisplatinarmen (212 pasienter) sammenlignet med bare cisplatinarmen (218 pasienter), i henhold til Lung Cancer Symptom Scale. Det ble også påvist statistisk signifikante forskjeller ved lungefunksjonstester. Atskillelse av behandlingsarmene ble observert som forbedring i lungefunksjon i ALIMTA/cisplatinarmen, og forverring over tid av lungefunksjonen i kontrollarmen.

Det er begrensede data fra pasienter med malignt pleuralt mesoteliom som er behandlet kun med ALIMTA. ALIMTA ble undersøkt som monoterapi ved en dosering på 500 mg/m<sup>2</sup> i 64 kjemonaive pasienter med malignt pleuralt mesoteliom. Total responsrate var 14,1 %.

#### *NSCLC, andrelinjebehandling*

En multisenter, randomisert, åpen fase 3-studie av ALIMTA sammenlignet med docetaxel i pasienter med lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) etter forutgående kjemoterapi har vist median overlevelsestider på 8,3 måneder hos pasienter som er behandlet med ALIMTA ("Intent To Treat"-populasjon n=283) og 7,9 måneder hos pasienter behandlet med docetaxel (ITT n=288). Forutgående kjemoterapi inkluderte ikke ALIMTA. En analyse av NSCLC-histologiens betydning for behandlingseffekten på total overlevelse, var til fordel for Alimta vs docetaxel hos pasienter med annen enn predominant plateepitelhistologi (n=399, 9,3 vs. 8,0 måneder, justert HR = 0,78; 95 % CI = 0,61-1,00, p=0,047) og var til fordel for docetaxel blant pasienter med plateepitelhistologi (n=172, 6,2 vs. 7,4 måneder, justert HR = 1,56; 95 % CI = 1,08-2,26, p=0,018). Det ble ikke observert noen klinisk relevante forskjeller i sikkerhetsprofilen for ALIMTA innen de histologiske undergruppene.

Begrensede kliniske data fra en separat randomisert, fase 3, kontrollert studie antyder at effektdata (total overlevelse, progresjonsfri overlevelse) for pemetreksed er tilnærmet like for pasienter tidligere behandlet med docitaxel (n=41) og pasienter som tidligere ikke er blitt behandlet med docitaxel (n=540).



### Effekt av ALIMTA versus docetaxel i NSCLC – ITT-populasjon

	ALIMTA	Docetaxel
<b>Overlevelsestid (måneder)</b>	(n=283)	(n=288)
▪ Median (m)	8,3	7,9
▪ 95 % CI for median	(7,0 – 9,4)	(6,3 – 9,2)
▪ HR	0,99	
▪ 95 % CI for HR	(,82 – 1,20)	
▪ Non-inferiority p-verdi (HR)	,226	
<b>Overlevelse uten progresjon (måneder)</b>	(n=283)	(n=288)
▪ Median	2,9	2,9
▪ HR (95 % CI)	0,97 (,82 – 1,16)	
<b>Tid til behandlingssvikt (TTTF – måneder)</b>	(n=283)	(n=288)
▪ Median	2,3	2,1
▪ HR (95 % CI)	0,84 (,71 – ,997)	
<b>Respons (n: kvalifisert for respons)</b>	(n=264)	(n=274)
▪ Responsrate (%) (95 % CI)	9,1 (5,9 – 13,2)	8,8 (5,7 – 12,8)
▪ Stabil sykdom (%)	45,8	46,4

Forkortelser: CI = konfidensintervall; HR = hazard ratio; ITT = behandlingshensikt (intent to treat); n = total populasjonstørrelse.

#### NSCLC, førstelinjebehandling

En multisenter, randomisert, åpen fase 3 studie med ALIMTA pluss cisplatin mot gemcitabin pluss cisplatin hos kjemonaive pasienter med lokalavansert eller metastatisk (Stadium IIIb eller IV) ikke-småcellet lungekreft (NSCLC), viste at ALIMTA pluss cisplatin (Intent-to-Treat (ITT) populasjon, n=862) nådde primært endepunkt og viste tilsvarende klinisk effekt som gemcitabin pluss cisplatin (ITT, n=863) på total overlevelse (justert Hazard ratio 0,94; 95 % CI = 0,84-1,05). Alle pasientene i denne studien hadde en ECOG performance status på 0 eller 1.

Den primære effektanalysen var basert på ITT populasjonen. Sensitivitetsanalyser av sentrale effektendepunkter ble også vurdert hos den protokollkvalifiserte (PQ) populasjonen. Effektanalysene av PQ-populasjonen samsvarer med analysene av ITT-populasjonen og understøtter non-inferiority resultat for AC vs. GC.

Progresjonsfri overlevelse (PFS) og total responsrate var lik mellom behandlingsarmene: median PFS var 4,8 måneder for ALIMTA pluss cisplatin mot 5,1 måneder for gemcitabin pluss cisplatin (justert Hazard ratio 1,04; 95 % CI = 0,94-1,15), og total responsrate var 30,6 % (95 % CI = 27,3-33,9) for ALIMTA pluss cisplatin mot 28,2 % (95 % CI = 25,0-31,4) for gemcitabin pluss cisplatin. PFS data ble delvis bekreftet ved uavhengig gjennomgang (400/1725 pasienter ble vilkårlig valgt for en gjennomgang).

Analysen av NSCLC-histologiens betydning for total overlevelse, viste kliniske relevante forskjeller i overlevelse med hensyn på histologien, se tabellen nedenfor.

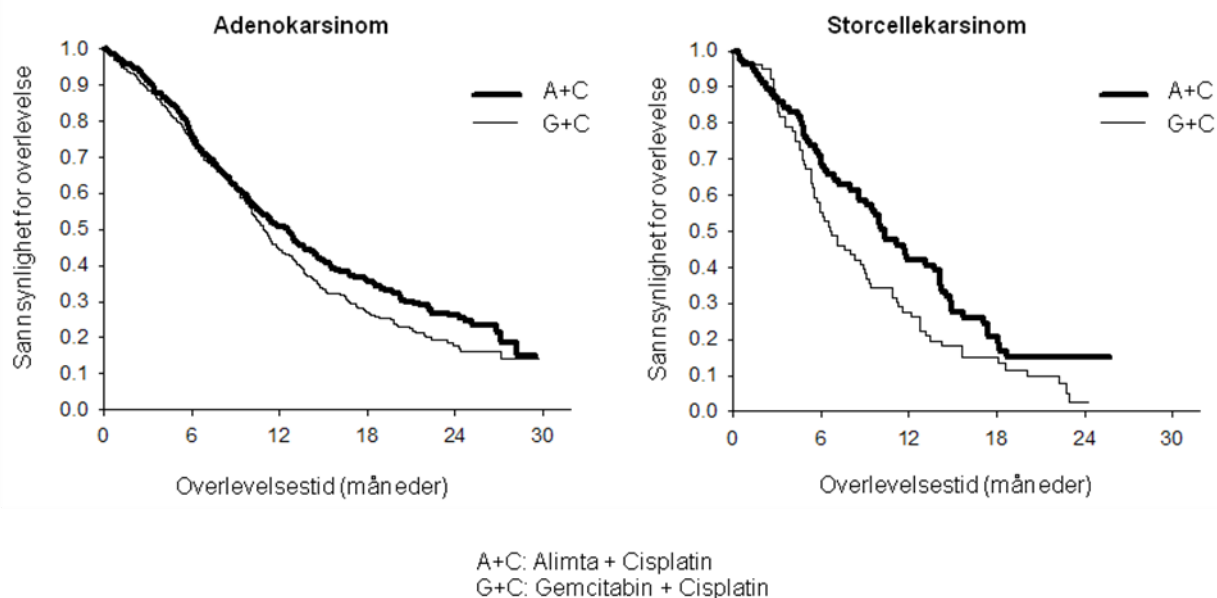
**Effekt av ALIMTA pluss cisplatin vs. gemcitabine pluss cisplatin i førstelinje ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) – ITT-populasjon og histologiske undergrupper.**

ITT-populasjon og histologiske undergrupper	Median total overlevelse i måneder (95 % CI)				Justert hazard ratio (HR) (95 % CI)	Superiorit y p-verdi
	ALIMTA + cisplatin		Gemcitabine + cisplatin			
ITT-populasjon (N = 1725)	10,3 (9,8 – 11,2)	N=862	10,3 (9,6 – 10,9)	N=863	0,94 <sup>a</sup> (0,84 – 1,05)	0,259
Adenokarsinom (N = 847)	12,6 (10,7 – 13,6)	N=436	10,9 (10,2 – 11,9)	N=411	0,84 (0,71–0,99)	0,033
Storcellet karsinom (N = 153)	10,4 (8,6 – 14,1)	N=76	6,7 (5,5 – 9,0)	N=77	0,67 (0,48–0,96)	0,027
Andre (N = 252)	8,6 (6,8 – 10,2)	N=106	9,2 (8,1 – 10,6)	N=146	1,08 (0,81–1,45)	0,586
Plateepitelkarcinom (N = 473)	9,4 (8,4 – 10,2)	N=244	10,8 (9,5 – 12,1)	N=229	1,23 (1,00–1,51)	0,050

Forkortelser: CI = konfidensintervall; ITT = intent-to-treat; N = total populasjonsstørrelse.

<sup>a</sup> Statistisk signifikans for non-inferiority, med hele konfidensintervallet for HR godt under non-inferiority marginen på 1,17645 (p <,001).

**Kaplan Meier digrammer av total overlevelse etter histologi**



Ingen klinisk relevante forskjeller ble observert for sikkerhetsprofilen for ALIMTA pluss cisplatin innen de histologiske undergruppene.

Pasienter behandlet med ALIMTA og cisplatin hadde behov for færre transfusjoner (16,4 % vs. 28,9 %, p<0,001), transfusjoner av røde blodceller (16,1 % vs. 27,3 %, p<0,001) og blodplatetransfusjoner (1,8 % vs. 4,5 %, p=0,002). Pasientene hadde også mindre behov for erythropoietin/darbopoietin (10,4 % vs 18,1 %, p<0,001, G-CSF/GM-CSF (3,1 % vs. 6,1 %, p=0,004), og jernpreparater (4,3 % vs. 7,0 %, p=0,021).

## JMEN

En multisenter, randomisert, dobbeltblind, placebokontrollert fase-3-studie (JMEN) sammenlignet effekten og sikkerheten av vedlikeholdsbehandling med ALIMTA pluss beste støttebehandling (BSC) (n=441) med placebo pluss BSC (n=222) hos pasienter med lokalavansert (stadium IIIB) eller metastaserende (stadium IV) ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) som ikke viste progresjon etter 4 sykluser med førstelinje dublett med cisplatin eller karboplatin i kombinasjon med gemcitabin, paklitaxel eller docetaxel. Førstelinje dublett med ALIMTA var ikke inkludert. Alle pasientene som var inkludert i denne studien hadde en ECOG-performance status på 0 eller 1. Pasientene fikk vedlikeholdsbehandling frem til sykdomsprogresjon. Effekt og sikkerhet ble målt fra tidspunktet for randomisering etter fullført førstelinje(induksjons)behandling. Pasientene fikk median 5 sykluser med vedlikeholdsbehandling med ALIMTA og 3,5 sykluser med placebo. Totalt 213 pasienter (48,3 %) fullførte  $\geq 6$  sykluser, og totalt 103 pasienter (23,4 %) fullførte  $\geq 10$  behandlingssykluser med ALIMTA.

Studien nådde sitt primære endepunkt og viste en statistisk signifikant forbedring i PFS i ALIMTA-armen sammenlignet med placeboarmen (n=581, uavhengig vurdert populasjon; median på henholdsvis 4,0 måneder og 2,0 måneder) (hazard ratio = 0,60, 95 % KI = 0,49-0,73,  $p < 0,00001$ ). Den uavhengige gjennomgangen av pasientskanningene bekreftet funnene i utprøvers vurdering av PFS. Median OS for totalpopulasjonen (n=663) var 13,4 måneder for ALIMTA-armen og 10,6 måneder for placeboarmen, hazard ratio = 0,79 (95 % KI = 0,65-0,95,  $p = 0,01192$ ).

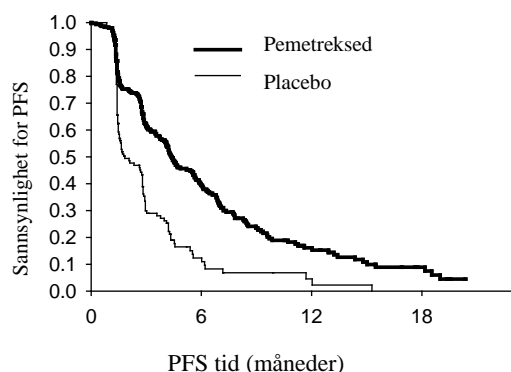
I overensstemmelse med andre ALIMTA-studier ble en forskjell i effekt i følge NSCLC-histologi sett i JMEN. For pasienter med NSCLC annet enn plateepitelhistologi (n=430, uavhengig vurdert populasjon) var median PFS 4,4 måneder for ALIMTA-armen og 1,8 måneder for placeboarmen, hazard ratio = 0,47 (95 % KI = 0,37-0,60,  $p = 0,00001$ ). Median OS for pasienter med NSCLC annet enn predominant plateepitelhistologi (n=481) var 15,5 måneder for ALIMTA-armen og 10,3 måneder for placeboarmen, hazard ratio = 0,70 (95 % KI = 0,56-0,88,  $p = 0,002$ ). Inkludert induksjonsfasen var median OS for pasienter med NSCLC annet enn predominant plateepitelhistologi 18,6 måneder for ALIMTA-armen og 13,6 måneder for placeboarmen, hazard ratio = 0,71 (95 % KI = 0,56-0,88,  $p = 0,002$ ).

Hos pasienter med plateepitelhistologi tydet ikke resultatene for PFS og OS på noen fordel for ALIMTA fremfor placebo.

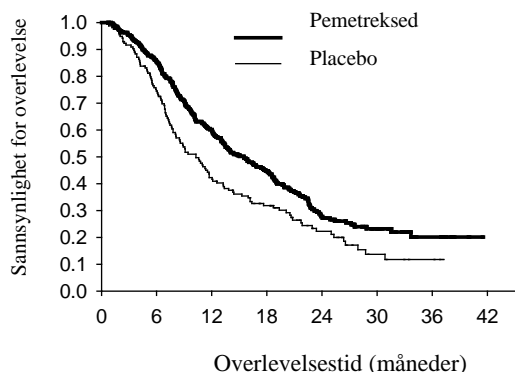
Det ble ikke sett noen klinisk relevante forskjeller i sikkerhetsprofilen for ALIMTA innenfor de histologiske undergruppene.

### JMEN: Kaplan Meier-diagrammer av progresjonsfri overlevelse (PFS) og totaloverlevelse (OS) for ALIMTA versus placebo hos pasienter med NSCLC annet enn predominant plateepitelhistologi:

Progresjonsfri overlevelse



Totaloverlevelse



## PARAMOUNT

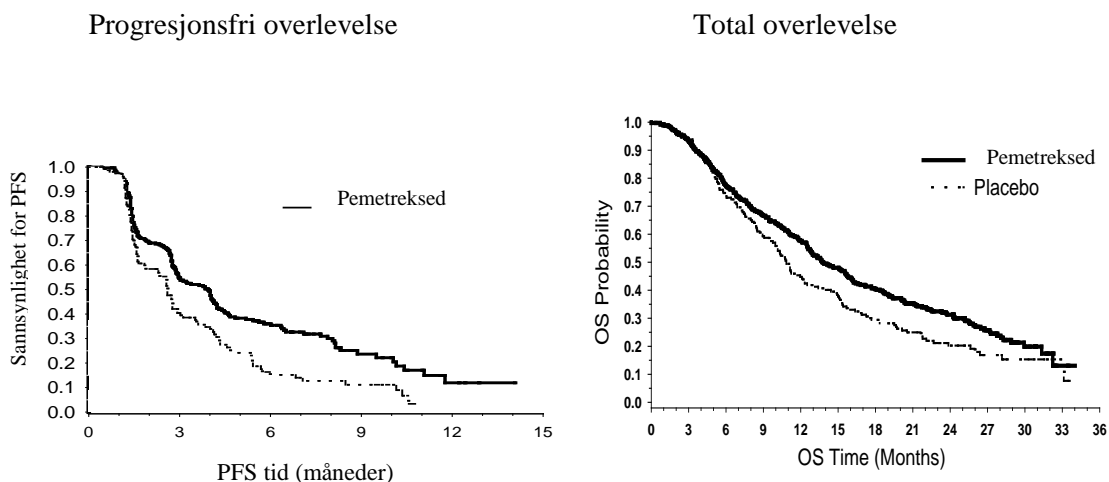
En multisenter, randomisert, dobbeltblind, placebokontrollert fase-3 studie (PARAMOUNT) sammenlignet effekt og sikkerhet av fortsatt vedlikeholdsbehandling med ALIMTA pluss BSC (n = 359) med placebo pluss BSC (n = 180) hos pasienter med lokalavansert (stadium IIIB) eller metastaserende (stadium IV) NSCLC annet enn predominant plateepitelhistologi som ikke viste progresjon etter 4 sykluser førstelinje dublett-terapi med ALIMTA i kombinasjon med cisplatin. Av de 939 pasientene som fikk behandling med ALIMTA pluss cisplatin induksjon, ble 539 av pasientene randomisert til vedlikeholdsbehandling med pemetreksed eller placebo. 44,9 % av de randomiserte pasientene hadde komplett eller partiell respons og 51,9 % responderte med stabil sykdom på ALIMTA pluss cisplatin induksjon. Pasienter randomisert til vedlikeholdsbehandling skulle ha en ECOG-performance status på 0 eller 1. Median tid fra start av ALIMTA pluss cisplatin induksjonsterapi til start av vedlikeholdsbehandling var 2,96 måneder både i pemetreksed-armen og placebo-armen. Randomiserte pasienter fikk vedlikeholdsbehandling frem til sykdomsprogresjon. Effekt og sikkerhet ble målt fra tidspunkt for randomisering etter fullført førstelinje (induksjon) behandling. Median var 4 sykluser vedlikeholdsbehandling med ALIMTA og 4 sykluser med placebo. Totalt 169 pasienter (47,1 %) fullførte  $\geq 6$  sykluser vedlikeholdsbehandling med ALIMTA, noe som representerte minst 10 totale sykluser av ALIMTA.

Studien nådde sitt primære endepunkt og viste en statistisk signifikant forbedring i PFS i ALIMTA-armen sammenlignet med placebo-armen (n = 472, uavhengig vurdert populasjon; median på henholdsvis 3,9 måneder og 2,6 måneder) (hazard ratio = 0,64, 95 % KI = 0,51-0,81, p = 0,0002). Den uavhengige gjennomgangen av pasientskanningene bekreftet funnene i utprøvers vurdering av PFS. For randomiserte pasienter, målt fra start av ALIMTA pluss cisplatin førstelinje induksjonsbehandling, var median utprøvervurdert PFS 6,9 måneder for ALIMTA-armen og 5,6 måneder for placebo-armen (hazard ratio = 0,59 95 % KI = 0,47-0,74).

Etter ALIMTA pluss cisplatin i induksjonsbehandling (4 sykluser), var behandlingen med ALIMTA statistisk superior i forhold til placebo for total overlevelse (median 13,9 måneder versus 11,0 måneder, hazard ratio=0,78, 95 % KI=0,64-0,96, p=0,0195). Ved tidspunktet for denne siste overlevelsesanalysen var 28,7 % av pasientene i live eller kunne ikke følges opp i ALIMTA-armen versus 21,7 % i placebo-armen. Relativ behandlingseffekt av ALIMTA var konsistent internt på tvers av subgruppene (inkludert sykdomsstadie, induksjonsrespons, ECOG PS, røykestatus, kjønn, histologi og alder) og lignende ble observert i ikke-justerte total overlevelse- og progresjonsfriooverlevelsesanalyser. 1 og 2 års overlevelsesrate for pasienter behandlet med ALIMTA var henholdsvis 58 % og 32 %, sammenlignet med 45 % og 21 % for pasienter behandlet med placebo. Målt fra starttidspunkt for ALIMTA pluss cisplatin førstelinje induksjonsbehandling, var median total overlevelse 16,9 måneder for ALIMTA-armen og 14,0 måneder for placebo-armen (hazard ratio=0,78, 95 % KI= 0,64-0,96).

Andelen av pasienter som mottok behandling etter studien var 64,3 % for ALIMTA og 71,7 % for placebo.

**PARAMOUNT: Kaplan Meier-diagram av progresjonsfri overlevelse (PFS) og total overlevelse (OS) for fortsatt ALIMTA vedlikeholdsbehandling versus placebo hos pasienter med NSCLC annet enn predominant plateepitelhistologi (målt fra randomisering):**



Sikkerhetsprofilen til ALIMTA ved vedlikeholdsbehandling var like for de to studiene JMEN og PARAMOUNT.

## 5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Pemetrekseds farmakokinetiske egenskaper etter administrasjon som monoterapi er vurdert i 426 kreftpasienter med forskjellige solide tumortyper ved dosenivåer fra 0,2 til 838 mg/m<sup>2</sup> gitt som infusjon over 10 minutter. Pemetreksed har et "steady-state" distribusjonsvolum på 9 l/m<sup>2</sup>. *In vitro*-studier viser at pemetreksed er ca. 81 % plasmaproteinbundet. Bindingen ble ikke merkbart påvirket av nedsatt nyrefunksjon av varierende grad. Pemetreksed gjennomgår begrenset levermetabolisme. Pemetreksed elimineres hovedsakelig gjennom urinen, med 70 % til 90 % av administrert dose gjenfunnet uendret i urinen i løpet av de første 24 timer etter administrasjon. Studier gjort *In Vitro* indikerer at pemetreksed skilles aktivt ut av OAT3 (organisk anion transportør). Total systemisk clearance for pemetreksed er 91,8 ml/min og eliminasjonshalveringstid i plasma er 3,5 timer i pasienter med normal nyrefunksjon (kreatinin clearance på 90 ml/min) Intra-pasient variabilitet for clearance ligger på et moderat nivå med 19,3 %. Totalt systemisk opptak av pemetreksed (AUC) og maksimal plasmakonsentrasjon øker proporsjonalt med dosen. Farmakokinetikken for pemetreksed er konsistent gjennom flere behandlingssykluser.

De farmakokinetiske egenskapene til pemetreksed påvirkes ikke av cisplatin som administreres samtidig. Oral folsyre og intramuskulære vitamin B<sub>12</sub>-tilskudd påvirker ikke farmakokinetikken for pemetreksed.

## 5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Pemetreksedadministrasjon til drektige mus ga nedsatt fosteroverlevelse, nedsatt fostervekt, ufullstendig bendannelse i enkelte skjelettstrukturer og ganespalte.

Pemetreksedadministrasjon til hannmus forårsaket reproduksjonstoksisitet karakterisert ved nedsatt fertilitetsrate og testikulær atrofi. I en studie med beaglehunder over 9 måneder med intravenøs bolusinjeksjon, ble det observert endringer i testiklene (degenerasjon/nekrose av det spermieproduserende epitel). Dette antyder at pemetreksed kan svekke fruktbarheten hos menn. Hunnens befruktningdyktighet har ikke vært undersøkt.

Pemetreksed var ikke mutagen verken i *in vitro* kromosomaberrasjonstesting i ovarieceller fra kinesiske hamstre, eller i Ames-tester. Pemetreksed er vist å være klastogen i *in vivo* mikronukleus test i mus.

Det har ikke vært gjennomført studier for å påvise karsinogent potensiale for pemetreksed.

## **6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER**

### **6.1 Fortegnelse over hjelpestoffer**

Mannitol  
Saltsyre  
Natriumhydroksid

### **6.2 Uforlikeligheter**

Pemetreksed er fysisk uforlikelig med oppløsningsvæsker som inneholder kalsium, deriblant laktert Ringers væske og Ringers væske. Ettersom det ikke er gjort andre forlikelighetsstudier, skal ikke dette legemidlet blandes med andre legemidler.

### **6.3 Holdbarhet**

#### Uåpnet hetteglass

3 år.

#### Tilberedt infusjonsvæske og oppløsning

Når det er tilberedt i henhold til anvising, inneholder ikke ALIMTA oppløsning eller tilberedt infusjonsvæske noen antimikrobielle konserveringsmidler. Kjemisk og fysisk bruksstabilitet for pemetreksed oppløsning og tilberedt infusjonsvæske er påvist til 24 timer i kjøleskap. Fra mikrobiologisk synspunkt bør legemidlet brukes umiddelbart. Hvis det ikke brukes med en gang må brukeren ta ansvar for oppbevaringstid og lagringsforhold forut for bruk. Lagringstid skal ikke være over 24 timer ved 2 °C til 8 °C.

### **6.4 Oppbevaringsbetingelser**

#### Uåpnet hetteglass

Ingen spesielle forholdsregler vedrørende oppbevaringen.

Oppbevaringsbetingelser etter rekonstituering av legemidlet, se pkt. 6.3.

### **6.5 Emballasje (type og innhold)**

#### ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

Hetteglass (glass type I) med gummipropp som inneholder 100 mg pemetreksed.  
Pakning med ett hetteglass.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

#### ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

Hetteglass (glass type I) med gummipropp som inneholder 500 mg pemetreksed.  
Pakning med ett hetteglass.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

## 6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering

1. Bruk aseptisk teknikk ved tilberedning og videre fortykning av pemetreksed til administrasjon av intravenøs infusjon.
2. Beregn dosen og antall hetteglass med ALIMTA som er nødvendig. Hvert hetteglass inneholder et overskudd med pemetreksed slik at den angitte mengde kan trekkes opp.
3. ALIMTA 100 mg  
Tilbered 100 mg hetteglass med 4,2 ml natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, uten konserveringsmiddel, som gir en oppløsning med 25 mg/ml pemetreksed.  
  
ALIMTA 500 mg  
Tilbered 500 mg hetteglass med 20 ml natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, uten konserveringsmiddel, som gir en oppløsning med 25 mg/ml pemetreksed.  
  
Snu hvert hetteglass forsiktig opp ned til pulveret er helt oppløst. Denne oppløsningen er klar og har farge fra fargeløs til gul eller grønn-gul uten at produktets kvalitet er påvirket. pH for den tilberedte oppløsningen er mellom 6,6 og 7,8. **Ytterligere fortykning er nødvendig.**
4. Et passende volum av den tilberedte pemetreksedoppløsningen må fortynnes ytterligere til 100 ml ved hjelp av natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, uten konserveringsmiddel, og administreres som en intravenøs infusjon over 10 minutter.
5. Pemetreksed infusjonsoppløsning som er tilberedt som beskrevet ovenfor er forlikelige med polyvinylklorid og polyolefinforede administrasjonssett og infusjonsposer.
6. Parenterale legemidler må inspiseres visuelt med hensyn på partikler og misfarging før de administreres. Ikke gi legemidlet dersom det observeres partikler.
7. Pemetreksedoppløsninger er bare til engangsbruk. Ubrukt legemiddel eller avfallsprodukter må destrueres i henhold til lokale retningslinjer.

### Forsiktighetsregler for tilberedning og administrasjon:

På samme måte som for andre potensielt toksiske midler mot kreft må det utvises forsiktighet i forbindelse med håndtering og tilberedning av pemetreksedoppløsning for infusjonsvæske. Det anbefales å benytte hansker. Dersom pemetreksedoppløsning kommer i kontakt med hud skal huden straks vaskes grundig med såpe og vann. Hvis pemetreksedoppløsning kommer i kontakt med slimhinner skal det skylles grundig med vann. Pemetreksed er ikke en vesikant. Det finnes ingen spesifikk antidot ved pemetreksed ekstravasasjon. Få tilfeller av pemetreksed ekstravasasjon er rapportert, og ble heller ikke vurdert som alvorlige av utprøveren. Ekstravasasjon skal behandles i henhold til lokal standard prosedyre for andre ikke-vesikante midler.

## 7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Eli Lilly Nederland B.V.  
Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht  
Nederland.

## 8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

EU/1/04/290/001  
EU/1/04/290/002

## **9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE/SISTE FORNYELSE**

Dato for første markedsføringstillatelse: 20. september 2004

Dato for siste fornyelse: 20. september 2009

## **10. OPPDATERINGSDATO**

Detaljert informasjon om dette legemiddel er tilgjengelig på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (European Medicines Agency, EMA) <http://www.emea.europa.eu>.



## **VEDLEGG II**

- A. TILVIRKERE ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE**
- B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE  
LEVERANSE OG BRUK**
- C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL  
MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**
- D. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE  
SIKKER OG EFFEKTIV BRUK AV LEGEMIDLET**

## **A. TILVIRKER ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE**

### Navn og adresse til tilvirker ansvarlig for batch release

Lilly France S.A.S.  
2 rue du Colonel Lilly  
67640 Fegersheim  
Frankrike

## **B. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE LEVERANSE OG BRUK**

Legemiddel underlagt begrenset forskrivning (Se Vedlegg I, Preparatomtale, pkt. 4.2.)

## **C. ANDRE VILKÅR OG KRAV TIL MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

### **• Periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter (PSUR)**

Kravene for innsendelse av periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter for dette legemidlet er angitt i EURD-listen (European Union Reference Date list), som gjort rede for i Artikkel 107c(7) av direktiv 2001/83/EF og i enhver oppdatering av EURD-listen som publiseres på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency).

## **D. VILKÅR ELLER RESTRIKSJONER VEDRØRENDE SIKKER OG EFFEKTIV BRUK AV LEGEMIDLET**

### **• Riskohåndteringsplan (RMP)**

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal gjennomføre de nødvendige aktiviteter og intervensjoner vedrørende legemiddelovervåkning spesifisert i godkjent RMP presentert i Modul 1.8.2 i markedsføringstillatelsen samt enhver godkjent påfølgende oppdatering av RMP.

En oppdatert RMP skal sendes inn:

- på forespørsel fra Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency);
- når risikohåndteringssystemet er modifisert, spesielt som resultat av at det fremkommer ny informasjon som kan lede til en betydelig endring i nytte/risiko profilen eller som resultat av at en viktig milepel (legemiddelovervåkning eller risikominimering) er nådd.

**VEDLEGG III**  
**MERKING OG PAKNINGSVEDLEGG**

## **A. MERKING**

**OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ DEN YTRE EMBALLASJE  
YTTERKARTONG**

**1. LEGEMIDLETS NAVN**

ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.  
pemetreksed

**2. DEKLARASJON AV VIRKESTOFF(ER)**

Hvert hetteglass inneholder 100 mg pemetreksed (som pemetreksed dinatrium).

Etter tilberedning (se pakningsvedlegget) inneholder hvert hetteglass 25 mg/ml pemetreksed.

**3. LISTE OVER HJELPESTOFFER**

Mannitol, saltsyre, natriumhydroksid (se pakningsvedlegget for ytterligere informasjon).

**4. LEGEMIDDELFORM OG INNHOLD (PAKNINGSSTØRRELSE)**

Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.  
1 hetteglass

**5. ADMINISTRASJONSMÅTE OG ADMINISTRASJONSVEI(ER)**

Kun til engangsbruk.  
Til intravenøs bruk etter oppløsning og fortyning.  
Les pakningsvedlegget før bruk.

**6. ADVARSEL OM AT LEGEMIDLET SKAL OPPBEVARES UTILGJENGELIG  
FOR BARN**

Oppbevares utilgjengelig for barn.

**7. EVENTUELLE ANDRE SPESIELLE ADVARSLER**

Cytostatikum

**8. UTLØPSDATO**

Utløpsdato  
Les pakningsvedlegget for holdbarhet av tilberedt produkt.

**9. OPPBEVARINGSBETINGELSER**

**10. EVENTUELLE SPESEIELLE FORHOLDSREGLER VED DESTRUKSJON AV  
UBRUKTE LEGEMIDLER ELLER AVFALL**

Ubrukt innhold skal kastes på hensiktsmessig måte.

**11. NAVN OG ADRESSE PÅ INNEHAVEREN AV  
MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

Eli Lilly Nederland B.V.  
Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht  
Nederland.

**12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)**

EU/1/04/290/002

**13. PRODUKSJONSNUMMER**

Lot

**14. GENERELL KLASSEFIKASJON FOR UTLIVERING**

.

**15. BRUKSANVISNING**

**16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT**

**17. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – TODIMENSJONAL STREKKODE**

Todimensjonal strekkode, inkludert unik identitet

**18. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – I ET FORMAT LESBART FOR  
MENNESKER**

PC:  
SN:  
NN:

**MINSTEKRAV TIL OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ SMÅ INDRE EMBALLASJER**

**HETTEGLASS ETIKETT**

**1. LEGEMIDLETS NAVN OG ADMINISTRASJONSVEI**

ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.  
Pemetreksed  
Intravenøs bruk.

**2. ADMINISTRASJONSMÅTE**

**3. UTLØPSDATO**

EXP  
Les pakningsvedlegget for holdbarhet av tilberedt produkt.

**4. PRODUKSJONSNUMMER**

Lot

**5. INNHOLD ANGITT ETTER VEKT, VOLUM ELLER ANTALL DOSER**

100 mg

**6. ANNET**

**OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ DEN YTRE EMBALLASJE  
YTTERKARTONG**

**1. LEGEMIDLETS NAVN**

ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.  
pemetreksed

**2. DEKLARASJON AV VIRKESTOFF(ER)**

Hvert hetteglass inneholder 500 mg pemetreksed (som pemetreksed dinatrium).

Etter tilberedning (se pakningsvedlegget) inneholder hvert hetteglass 25 mg/ml pemetreksed.

**3. LISTE OVER HJELPESTOFFER**

Mannitol, saltsyre, natriumhydroksid (se pakningsvedlegget for ytterligere informasjon).

**4. LEGEMIDDELFORM OG INNHOLD (PAKNINGSSTØRRELSE)**

Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.  
1 hetteglass

**5. ADMINISTRASJONSMÅTE OG ADMINISTRASJONSVEI(ER)**

Kun til engangsbruk.  
Til intravenøs bruk etter oppløsning og fortynning.  
Les pakningsvedlegget før bruk.

**6. ADVARSEL OM AT LEGEMIDLET SKAL OPPBEVARES UTILGJENGELIG  
FOR BARN**

Oppbevares utilgjengelig for barn.

**7. EVENTUELLE ANDRE SPESIELLE ADVARSLER**

Cytostatikum

**8. UTLØPSDATO**

Utløpsdato  
Les pakningsvedlegget for holdbarhet av tilberedt produkt.

**9. OPPBEVARINGSBETINGELSER**



**10. EVENTUELLE SPESEIELLE FORHOLDSREGLER VED DESTRUKSJON AV  
UBRUKTE LEGEMIDLER ELLER AVFALL**

Ubrukt innhold skal kastes på hensiktsmessig måte.

**11. NAVN OG ADRESSE PÅ INNEHAVEREN AV  
MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

Eli Lilly Nederland B.V.  
Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht  
Nederland.

**12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)**

EU/1/04/290/001

**13. PRODUKSJONSNUMMER**

Lot

**14. GENERELL KLASSEFIKASJON FOR UTLVERING**

**15. BRUKSANVISNING**

**16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT**

**17. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – TODIMENSJONAL STREKKODE**

Todimensjonal strekkode, inkludert unik identitet

**18. SIKKERHETSANORDNING (UNIK IDENTITET) – I ET FORMAT LESBART FOR  
MENNESKER**

PC:  
SN:  
NN:

**MINSTEKRAV TIL OPPLYSNINGER SOM SKAL ANGIS PÅ SMÅ INDRE EMBALLASJER**

**HETTEGLASS ETIKETT**

**1. LEGEMIDLETS NAVN OG ADMINISTRASJONSVEI**

ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.  
pemetreksed  
Intravenøs bruk.

**2. ADMINISTRASJONSMÅTE**

**3. UTLØPSDATO**

EXP  
Les pakningsvedlegget for holdbarhet av tilberedt produkt.

**4. PRODUKSJONSNUMMER**

Lot

**5. INNHOLD ANGITT ETTER VEKT, VOLUM ELLER ANTALL DOSER**

500 mg

**6. ANNET**

## **B. PAKNINGSVEDLEGG**

## **Pakningsvedlegg: Informasjon til brukeren**

**ALIMTA 100 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning**

**ALIMTA 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning**

pemetreksed

**Les nøye gjennom dette pakningsvedlegget før du begynner å bruke dette legemidlet. Det inneholder informasjon som er viktig for deg.**

- Ta vare på dette pakningsvedlegget. Du kan få behov for å lese det igjen.
- Hvis du har ytterligere spørsmål, kontakt lege eller apotek.
- Kontakt lege eller apotek dersom du opplever bivirkninger, inkludert mulige bivirkninger som ikke er nevnt i dette pakningsvedlegget. Se avsnitt 4.

**I dette pakningsvedlegget finner du informasjon om:**

1. Hva ALIMTA er og hva det brukes mot
2. Hva du må vite før du bruker ALIMTA
3. Hvordan du bruker ALIMTA
4. Mulige bivirkninger
5. Hvordan du oppbevarer ALIMTA
6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

### **1. Hva ALIMTA er og hva det brukes mot**

ALIMTA er et legemiddel som brukes til behandling av kreft.

ALIMTA gis i kombinasjon med cisplatin, et annet legemiddel mot kreft, for behandling av ondartet pleuralt mesoteliom, en form for kreft som angriper foringen av lungene, til pasienter som ikke tidligere har fått kjemoterapi.

ALIMTA gis også i kombinasjon med cisplatin som innledende behandling av pasienter med langtkommen lungekreft.

Alimta kan forskrives til deg dersom du har langtkommen lungekreft og sykdommen har respondert på behandling, eller i stor grad er uforandret etter innledende kjemoterapi.

ALIMTA brukes også til behandling av pasienter med langtkommen lungekreft der sykdommen har utviklet seg etter at annen innledende kjemoterapi har vært benyttet.

### **2. Hva du må vite før du bruker ALIMTA**

#### **Bruk ikke ALIMTA**

- hvis du er allergisk (overfølsom) overfor pemetreksed eller noen av de andre innholdsstoffene i dette legemidlet (listet opp i avsnitt 6).
- dersom du ammer. Du skal avbryte ammingen så lenge behandlingen med ALIMTA varer.
- dersom du nylig har fått eller skal ha vaksine mot gul feber.

#### **Advarsler og forsiktighetsregler**

Rådfør deg med lege eller sykehusapotek før du bruker ALIMTA.

Hvis du har eller har hatt nyreproblemer, skal du kontakte legen eller sykehusapoteket, fordi det kan hende at du ikke kan bruke ALIMTA.

Før hver infusjon skal det tas blodprøver for å vurdere om du har tilstrekkelig god nyre- og leverfunksjon, og for å kontrollere at du har høye nok verdier av blodcellemålinger til å kunne få

ALIMTA. Legen kan bestemme at dosen skal endres eller utsette behandlingen av deg, avhengig av din generelle helsetilstand og av om blodprøveverdiene dine er for lave. Hvis du også får cisplatin vil legen forsikre seg om at du får tilført nok væske og at du får nødvendig behandling før og etter at du har fått cisplatin, for å unngå at du kaster opp.

Dersom du har fått eller skal få stråleterapi må du si det til legen din, fordi det kan oppstå en tidlig eller sen strålingsreaksjon ved bruk av ALIMTA.

Hvis du nylig er vaksinert må du si det til legen din siden dette muligens kan forårsake uheldige effekter sammen med ALIMTA.

Dersom du har en hjertelidelse eller historie med hjertelidelse skal du fortelle det til legen din.

Hvis du har væskeansamling rundt lungene kan legen bestemme at væsken må fjernes før du kan få ALIMTA.

### **Barn og ungdom**

ALIMTA er ikke egnet for bruk hos barn.

### **Andre legemidler og ALIMTA**

Si fra til legen om du bruker medisin mot smerter eller betennelser (hevelser), som for eksempel "ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler" (NSAID), inkludert reseptfrie (slike som ibuprofen). Det finnes mange typer NSAID med varierende virketider. Ut ifra planlagt dato for ALIMTA-behandling og/eller ut ifra nyrefunksjonen din, kan legen ha behov for å anbefale hva slags medisiner du kan ta og når du kan ta dem. Hvis du er usikker, kan du spørre legen eller farmasøyten/apoteket om noen av legemidlene du bruker er NSAIDs.

Rådfør deg med lege eller sykehusapoteket dersom du bruker eller nylig har brukt andre legemidler, dette gjelder også reseptfrie legemidler.

### **Graviditet**

Hvis du er gravid, tror at du kan være gravid eller planlegger å bli gravid, må du **si fra til legen**. ALIMTA skal ikke brukes under graviditet. Legen kan fortelle deg om mulig risiko ved å bruke ALIMTA under graviditeten. Kvinner må bruke effektiv prevensjon under ALIMTA-behandling.

### **Amming**

Si fra til legen hvis du ammer.

Amming må avbrytes under ALIMTA-behandlingen.

### **Fertilitet**

Menn rådes til ikke å gjøre en kvinne gravid under og opp til 6 måneder etter avsluttet ALIMTA-behandling og skal derfor benytte sikker prevensjon under og i opp til 6 måneder etter endt behandling. Dersom du ønsker å få barn i løpet av behandlingen eller i løpet av de 6 månedene etter behandlingen, bør du rådføre deg med lege eller apotek. Det kan være nyttig å søke råd om lagring av sædceller før behandlingen begynner.

### **Kjøring og bruk av maskiner**

ALIMTA kan få deg til å føle deg trett. Vær forsiktig når du kjører bil eller bruker maskiner.

### **ALIMTA inneholder natrium**

ALIMTA 500 mg inneholder tilnærmet 54 mg natrium per hetteglass. Må tas i betraktning hos pasienter som er på en kontrollert natriumdiett.

ALIMTA 100 mg inneholder mindre en 1 mmol natrium (23 mg) per hetteglass, dvs. tilnærmet natriumfritt.

### 3. Hvordan du bruker ALIMTA

Dosen av ALIMTA er 500 mg for hver kvadratmeter kroppsoverflate. Høyden og vekten måles for å beregne kroppsoverflaten din. Legen bruker størrelsen på arealet av kroppsoverflaten til å bestemme riktig dose til deg. Dosen kan justeres eller behandlingen utsettes avhengig av blodprøveverdiene og din generelle helsetilstand. En sykehusfarmasøyt, en sykepleier eller legen har blandet opp ALIMTA-pulveret med natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, før du får det.

Du får alltid ALIMTA som infusjon i en av venene. Infusjonen varer omtrent 10 minutter.

Når ALIMTA gis i kombinasjon med cisplatin:

Legen eller farmasøyten beregner dosen din ut fra høyde og vekt. Cisplatin gis også som infusjon i en av venene og gis omtrent 30 minutter etter at infusjonen med ALIMTA er avsluttet. Infusjonen med cisplatin varer omtrent 2 timer.

Du vil vanligvis få infusjonen en gang hver tredje uke.

Medisiner i tillegg:

Kortikosteroider: legen gir deg resept på steroid-tabletter (tilsvarende 4 mg deksametason to ganger om dagen) som du må ta dagen før, samme dag og dagen etter ALIMTA-behandlingen. Dette legemidlet får du for at du skal få færre og mindre alvorlige tilfeller av hudreaksjoner som du kan erfare i løpet av behandlingen mot kreft.

Vitamintilskudd: legen vil gi resept på folsyre (vitaminer) som skal tas som tabletter eller et multivitaminmiddel som inneholder folsyre (350 til 1000 mikrogram) som du må ta en gang daglig så lenge du får ALIMTA. Du må ta minst 5 doser i løpet av de syv siste dagene før første dose med ALIMTA. Du må fortsette å ta folsyre i 21 dager etter siste dose med ALIMTA. Du vil også få en injeksjon vitamin B<sub>12</sub> (1000 mikrogram) i løpet av uken før ALIMTA gis, og deretter omtrent hver 9. uke (tilsvarende 3 kurer med ALIMTA-behandling). Vitamin B<sub>12</sub> og folsyre gis for å redusere mulige bivirkninger av kreftbehandlingen.

Spør lege eller apotek dersom du har noen spørsmål om bruken av dette legemidlet.

### 4. Mulige bivirkninger

Som alle legemidler kan dette legemidlet forårsake bivirkninger, men ikke alle får det.

Du må straks kontakte legen dersom du legger merke til noe av det følgende:

- Feber eller infeksjon (vanlig): hvis du har feber på 38 °C eller høyere, svetter eller har andre tegn på infeksjon (fordi du kan ha lavere verdier av hvite blodlegemer enn normalt, noe som er svært vanlig). Infeksjonen (sepsis) kan være alvorlig og kan føre til dødsfall.
- Hvis du begynner å få brystmerter (vanlig) eller høy puls (mindre vanlig).
- Hvis du får smerter, rødme, hovner opp eller får sår i munnen (svært vanlig).
- Allergiske reaksjoner: hvis du får hudutslett (svært vanlig)/svie eller en prikkende følelse (vanlig), eller får feber (vanlig). Hudreaksjoner kan i sjeldne tilfeller være alvorlig, og kan føre til dødsfall. Ta kontakt med legen din hvis du får et alvorlig hudutslett, eller kløe, eller blemmedannelse (Steven-Johnsons syndrom eller toksisk epidermal nekrolyse).
- Hvis du blir trett, føler deg svak, lett blir andpusten eller hvis du er blek (fordi du kan ha lavere verdier av de røde blodlegemene enn normalt, noe som er svært vanlig).
- Hvis du har blødninger fra gummene, nesen eller munnen, eller blødninger som ikke gir seg, rødlig eller rosafarget urin, uventede blåmerker (fordi du kan ha lavere verdier av blodplater enn normalt, noe som er svært vanlig).
- Hvis du merker plutselig åndenød, intens brystsmerte eller hoste med blodig oppspytt (uvanlig)(det kan bety at det er en blodpropp i en blodåre i lungene).

Bivirkninger med ALIMTA kan omfatte:

*Svært vanlige (kan forekomme hos flere enn 1 av 10 personer)*

Lavt antall hvite blodlegemer  
Lavt hemoglobinnivå (anemi)  
Lavt antall blodplater  
Diaré  
Oppkast  
Smertesmerter, rødhet, hevelser eller sår i munnen  
Kvalme  
Manglende matlyst  
Utmattelse, tretthet (fatigue)  
Hudutslett  
Håravfall  
Forstoppelse  
Følelsesløshet  
Nyrer: unormale blodprøver

*Vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 10 personer)*

Allergisk reaksjon: hudutslett/sviende eller prikkende følelse  
Infeksjon inkludert sepsis  
Fever  
Dehydrering  
Nyresvikt  
Hudirritasjon og kløe  
Brystsmerter  
Muskelsvekkelse  
Konjunktivitt (betente øyne)  
Uvel følelse i magen  
Smertesmerter i buken  
Smaksforandringer  
Lever: unormale blodprøver  
Rennende øyne

*Mindre vanlige (kan forekomme hos opptil 1 av 100 personer)*

Akutt nyresvikt  
Rask hjerterytme  
Betennelse i overflaten av spiserøret (øsofagus) har vært sett med ALIMTA/stråleterapi.  
Kolitt (tykktarmsbetennelse, som også kan følges av blødninger fra tarm eller endetarm)  
Interstitiell pneumonitt (irritasjon av lungens luftblærer)  
Ødem (ekstra mye væske i kroppsvev, som forårsaker hevelse)  
Enkelte pasienter har fått hjerteanfall, slag eller "drypp" når de har fått ALIMTA, oftest i kombinasjon med annen kreftbehandling.  
Pancytopeni- kombinert lave verdier for hvite blodlegemer, røde blodlegemer og blodplater  
Strålingspneumoni (dannelse av arrvev i lungens luftblærer forbundet med strålebehandling) kan oppstå hos pasienter som har fått stråleterapi enten før, under eller etter ALIMTA-behandlingen.  
Smertesmerter i ekstremiteter, lav temperatur og misfarging er rapportert.  
Blodpropper i lungens blodårer (pulmonal emboli).

*Sjeldne (kan forekomme hos opptil 1 av 1000 personer)*

Oppblussing av strålingsinduserte hudreaksjoner (radiation recall) (et hudutslett som ligner alvorlig solforbrenning) som kan oppstå på hud som har blitt utsatt for strålebehandling tidligere, fra dager til år etter strålingen.  
Bulløse tilstander (lidelse med blemmer i huden); inkludert Stevens-Johnson syndrom og toksisk epidermal nekrolyse.

Immunmediert hemolytisk anemi (antistoffmediert ødeleggelse av røde blodlegemer).  
Hepatitt (leverbetennelse).  
Anafylaktisk sjokk (alvorlig allergisk reaksjon).

*Ikke kjent (kan forekomme hos et ukjent antall personer)*  
Hevelse i ben med smerter og rødhet.

Du kan få hvilke som helst av disse symptomene/tilstandene. Du må gi legen beskjed straks du merker noen av disse bivirkningene.

Hvis du er bekymret for noen av bivirkningene, snakk med legen.

### **Melding av bivirkninger**

Kontakt lege eller apotek dersom du opplever bivirkninger, inkludert mulige bivirkninger som ikke er nevnt i dette pakningsvedlegget. Du kan også melde fra om bivirkninger direkte via [det nasjonale meldesystemet](#) som beskrevet i [Appendix V](#).<sup>\*</sup> Ved å melde fra om bivirkninger bidrar du med informasjon om sikkerheten ved bruk av dette legemidlet.

## **5. Hvordan du oppbevarer ALIMTA**

Oppbevares utilgjengelig for barn.

Bruk ikke dette legemidlet etter utløpsdatoen som er angitt på etiketten og esken.

Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser.

Tilberedt infusjonsvæske og oppløsning: Legemidlet skal brukes umiddelbart. Når det er tilberedt i henhold til bruksanvisningen er den kjemiske og fysiske bruksstabiliteten for tilberedt pemetreksed infusjonsvæske og oppløsning vist å være 24 timer ved kjøleskapstemperatur.

Dette legemidlet er kun til engangsbruk. Ubrukt oppløsning skal behandles i henhold til lokale krav.

## **6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon**

### **Sammensetning av ALIMTA**

Virkestoff(er) er pemetreksed.

ALIMTA 100 mg: Hvert hetteglass inneholder 100 milligram pemetreksed (som pemetreksed dinatrium).

ALIMTA 500 mg: Hvert hetteglass inneholder 500 milligram pemetreksed (som pemetreksed dinatrium).

Etter tilberedning inneholder oppløsningen 25 mg/ml pemetreksed. Det er nødvendig at helsepersonell foretar videre fortynning før legemiddelet gis.

Andre innholdsstoffer er mannitol, saltsyre og natriumhydroksid.

### **Hvordan ALIMTA ser ut og innholdet i pakningen**

ALIMTA er et pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning, i et hetteglass. Det er et hvitt til enten lys gult eller grønn-gult frysetørret pulver.

Hver pakning ALIMTA inneholder ett hetteglass med ALIMTA.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.



**Innehaver av markedsføringstillatelsen**

Eli Lilly Nederland B.V.  
Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht  
Nederland

**Tilvirker**

Lilly France S.A.S.  
Rue du Colonel Lilly  
F-67640 Fegersheim  
Frankrike

For ytterligere informasjon om dette legemidlet bes henvendelser rettet til den lokale representant for innehaveren av markedsføringstillatelsen.

**Belgique/België/Belgien**

Eli Lilly Benelux S.A/N.V.  
Tél/Tel: + 32-(0)2 548 84 84

**България**

ТП "Ели Лили Недерланд" Б.В. - България  
тел. + 359 2 491 41 40

**Česká republika**

ELI LILLY ČR, s.r.o.  
Tel: + 420 234 664 111

**Danmark**

Eli Lilly Danmark A/S  
Tlf: +45 45 26 60 00

**Deutschland**

Lilly Deutschland GmbH  
Tel. + 49-(0) 6172 273 2222

**Eesti**

Eli Lilly Holdings Limited Eesti filiaal  
Tel: +372 6 817 280

**Ελλάδα**

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.  
Τηλ: +30 210 629 4600

**España**

Lilly S.A.  
Tel: + 34-91-663 50 00

**France**

Lilly France SAS  
Tél: +33-(0) 1 55 49 34 34

**Hrvatska**

Eli Lilly Hrvatska d.o.o.  
Tel: +385 1 2350 999

**Ireland**

Eli Lilly and Company (Ireland) Limited  
Tel: + 353-(0) 1 661 4377

**Ísland**

Icepharma hf.  
Sími + 354 540 8000

**Italia**

Eli Lilly Italia S.p.A.  
Tel: + 39- 055 42571

**Κύπρος**

Phadisco Ltd  
Τηλ: +357 22 715000

**Latvija**

Eli Lilly Holdings Limited pārstāvniecība Latvijā  
Tel: +371 6 7364000

**Lietuva**

Eli Lilly Holdings Limited atstovybė  
Tel. +370 (5) 2649600

**Luxembourg/Luxemburg**

Eli Lilly Benelux S.A/N.V.  
Tél/Tel: + 32-(0)2 548 84 84

**Magyarország**

Lilly Hungária Kft.  
Tel: + 36 1 328 5100

**Malta**

Charles de Giorgio Ltd.  
Tel: + 356 25600 500

**Nederland**

Eli Lilly Nederland B.V.  
Tel: + 31-(0) 30 60 25 800

**Norge**

Eli Lilly Norge A.S.  
Tlf: + 47 22 88 18 00

**Österreich**

Eli Lilly Ges.m.b.H.  
Tel: + 43-(0) 1 711 780

**Polska**

Eli Lilly Polska Sp. z o.o.  
Tel.: +48 22 440 33 00

**Portugal**

Lilly Portugal Produtos Farmacêuticos, Lda  
Tel: + 351-21-4126600

**România**

Eli Lilly România S.R.L.  
Tel: + 40 21 4023000

**Slovenija**

Eli Lilly farmacevtska družba, d.o.o.  
Tel: +386 (0)1 580 00 10

**Slovenská republika**

Eli Lilly Slovakia, s.r.o.  
Tel: + 421 220 663 111

**Suomi/Finland**

Oy Eli Lilly Finland Ab  
Puh/Tel: + 358-(0) 9 85 45 250

**Sverige**

Eli Lilly Sweden AB  
Tel: + 46-(0) 8 7378800

**United Kingdom**

Eli Lilly and Company Limited  
Tel: + 44-(0) 1256 315000

**Dette pakningsvedlegget ble sist oppdatert:**

Detaljert informasjon om dette legemidlet er tilgjengelig på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontoret (The European Medicines Agency): <http://www.ema.europa.eu>

<-----

**Påfølgende informasjon er bare beregnet på helsepersonell.**

Instruksjoner vedrørende bruk og håndtering samt destruksjon.

1. Bruk aseptisk teknikk ved tilberedning og videre fortynning av pemetreksed til administrasjon av intravenøs infusjon.
2. Beregn dosen og antall hetteglass med ALIMTA som er nødvendig. Hvert hetteglass inneholder et overskudd med pemetreksed slik at den angitte mengde kan trekkes opp.
3. ALIMTA 100 mg:  
Tilbered 100 mg hetteglass med 4,2 ml natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, uten konserveringsmiddel, som gir en oppløsning med 25 mg/ml pemetreksed.  
ALIMTA 500 mg:  
Tilbered 500 mg hetteglass med 20 ml natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, uten konserveringsmiddel, som gir en oppløsning med 25 mg/ml pemetreksed. Snu hvert hetteglass forsiktig opp ned til pulveret er helt oppløst. Denne oppløsningen er klar og har farge fra fargeløs til gul eller grønn-gul uten at produktets kvalitet er påvirket. pH for den tilberedte løsningen er mellom 6,6 og 7,8. **Ytterligere fortynning er nødvendig.**
4. Et passende volum av den tilberedte pemetreksedoppløsningen må fortynnes ytterligere til 100 ml ved hjelp av natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) injeksjonsvæske, oppløsning, uten konserveringsmiddel, og administreres som en intravenøs infusjon over 10 minutter.
5. Pemetreksed infusjonsoppløsning som er tilberedt som beskrevet ovenfor er forlikelig med polyvinylklorid og polyolefinforede administrasjonssett og infusjonsposer. Pemetreksed er uforlikelig med oppløsningsvæsker som inneholder kalsium, inkludert laktert Ringers væske og Ringers væske.
6. Parenterale legemidler bør inspiseres visuelt med hensyn på partikler og misfarging før de administreres. Ikke gi legemidlet dersom det observeres partikler.
7. Pemetreksedoppløsninger er bare til engangsbruk. Ubrukt legemiddel eller avfallsprodukter bør destrueres i henhold til lokale retningslinjer.

**Forsiktighetsregler for tilberedning og administrasjon:** På samme måte som for andre potensielt toksiske midler mot kreft må det utvises forsiktighet i forbindelse med håndtering og tilberedning av pemetreksedoppløsning for infusjonsvæske. Det anbefales å benytte hansker. Dersom pemetreksedoppløsning kommer i kontakt med hud skal huden straks vaskes grundig med såpe og vann. Hvis pemetreksedoppløsning kommer i kontakt med slimhinner skal det skylles grundig med vann. Pemetreksed er ikke en vesikant. Det finnes ingen spesifikk antidot ved pemetreksed-ekstravasasjon. Få tilfeller av pemetreksed-ekstravasasjon er rapportert, og ble heller ikke vurdert som alvorlige av utprøveren. Ekstravasasjon skal behandles i henhold til lokal standardprosedyre for andre ikke-vesikante midler.