

**VEDLEGG I**  
**PREPARATOMTALE**

## **1. LEGEMIDLETS NAVN**

Myozyme 50 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning

## **2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING**

Et hetteglass inneholder 50 mg alglukosidase alfa.

Etter rekonstituering inneholder oppløsningen 5 mg alglukosidase alfa\* per ml, og etter fortynning varierer konsentrasjonen fra 0,5 mg til 4 mg/ml.

\*Human syre- $\alpha$ -glukosidase produseres i kinesisk hamster-ovarieceller (CHO) med rekombinant DNA-teknikk.

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

## **3. LEGEMIDDELFORM**

Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.

Hvitt til off-white pulver.

## **4. KLINISKE OPPLYSNINGER**

### **4.1 Indikasjoner**

Myozyme er indisert til langsiktig enzymerstatningsterapi (ERT) hos pasienter med en bekreftet diagnose på Pompes sykdom (syre- $\alpha$ -glukosidasemangel).

Myozyme er indikert hos voksne og pediatriske pasienter i alle aldre.

### **4.2 Dosering og administrasjonsmåte**

Myozyme-behandling skal overvåkes av en lege med erfaring i behandling av pasienter med Pompes sykdom eller andre arvelige metabolske eller nevromuskulære sykdommer.

#### Dosering

Anbefalt doseregime med alglukosidase alfa er 20 mg/kg kroppsvekt gitt én gang annenhver uke.

Basert på omfattende evaluering av sykdommens kliniske manifestasjoner, må pasientens respons på behandling evalueres rutinemessig.

#### *Barn og eldre*

Det foreligger ikke dokumentasjon på at det bør tas spesielle hensyn når Myozyme gis til pediatriske pasienter i alle aldre eller eldre pasienter.

#### *Pasienter med renal og hepatisk svekkelse*

Sikkerhet og effekt av Myozyme hos pasienter med renal eller hepatisk svekkelse er ikke evaluert, og et spesifikt doseringsregime kan ikke anbefales for slike pasienter.

#### Administrasjonsmåte

Myozyme skal administreres som intravenøs infusjon.

Infusjoner skal administreres trinnvis. Det anbefales en innledende infusjonshastighet på 1 mg/kg/t som kan økes gradvis med 2 mg/kg/t hvert 30. minutt dersom det ikke er tegn til infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR) til maksimum 7 mg/kg/t nås. IRR beskrives i pkt. 4.8.

For instruksjoner vedrørende rekonstituering og fortynning av dette legemidlet før administrering, se punkt 6.6.

### **4.3 Kontraindikasjoner**

Livstruende overfølsomhet (anafylaktisk reaksjon) overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1, når reintroduksjon var mislykket (se pkt. 4.4 og 4.8).

### **4.4 Advarsler og forsiktighetsregeler**

#### Overfølsomhet / anafylaktiske reaksjoner

Alvorlige og livstruende anafylaktiske reaksjoner, inkludert anafylaktisk sjokk, har vært rapportert ved infusjon av Myozyme hos pasienter som ble rammet av sykdommen i svært ung alder og hos pasienter med sent oppstått sykdom (se pkt. 4.8). På grunn av muligheten for alvorlige reaksjoner forbundet med infusjonen, må relevante medisinske støttetiltak, herunder utstyr for hjerte- og lungeredning, være tilgjengelige når Myozyme administreres. Dersom det oppstår slike alvorlige overfølsomhets- eller anafylaktiske reaksjoner, må umiddelbar seponering av Myozyme- infusjonen vurderes og relevant medisinsk behandling må igangsettes. Gjeldende medisinske standarder for akutt behandling av anafylaktiske reaksjoner må overholdes.

#### Infusjonsrelaterte reaksjoner

Kliniske studier med Myozyme viser at omtrent halvparten av pasientene som er rammet av sykdommen i svært ung alder, samt 28 % av pasientene med sen debut av sykdommen, utviklet infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR). IRR defineres som alle bivirkninger som oppstår under infusjonen eller i løpet av timene etter infusjonen. Noen reaksjoner var alvorlige (se pkt. 4.8). Det ble observert en tendens til flere symptomer ved utvikling av IRR hos svært unge pasienter som ble behandlet med en høyere dose (40 mg/kg). Pasienter som ble angrepet av sykdommen i svært ung alder som utvikler høye IgG-antistoff-titere ser ut til å ha høyere risiko for å få hyppigere IRR. Pasienter med en akutt sykdom (f.eks. lungebetennelse, sepsis) på infusjonstidspunktet, synes å ha større fare for å få IRR. Nøye vurdering av pasientens kliniske status må gjøres før administrasjon av Myozyme. Pasienter må overvåkes nøye og alle tilfeller av infusjonsrelaterte reaksjoner, forsinkede reaksjoner og mulige immunologiske reaksjoner må rapporteres til innehaveren av markedsføringstillatelsen.

Pasienter som har opplevd IRR, (og spesielt anafylaktiske reaksjoner), må behandles med forsiktighet ved ny tilførsel av Myozyme (se pkt. 4.3 og 4.8). Milde og forbigående reaksjoner krever kanskje ikke medisinsk behandling eller seponering av infusjonen. Reduksjon av infusjonshastigheten, midlertidig avbrutt infusjon, eller premedisinering med orale antihistaminer og/eller antipyretika og/eller kortikosteroider, har effektivt kontrollert de fleste reaksjoner. IRR kan oppstå når som helst i løpet av Myozyme- infusjonen eller generelt inntil 2 timer etterpå, og er mer sannsynlige ved høy infusjonshastighet.

Pasienter med fremskreden Pompes sykdom kan ha kompromittert hjerte- og pustefunksjon, som kan predisponere dem for en høyere risiko for alvorlige komplikasjoner fra reaksjoner forbundet med infusjonen. Slike pasienter må derfor monitoreres nøyer når Myozyme administreres.

### Immunogenisitet

I kliniske studier utviklet mesteparten av pasientene IgG antistoffer mot alglukosidase alfa, vanligvis innen 3 måneder etter påbegynt behandling. Serokonversjon forventes derfor å skje hos de fleste pasienter som behandles med Myozyme. Det ble observert en tendens til høyere IgG-antistoff-titere hos pasienter som ble angrepet av sykdommen i svært ung alder og som ble behandlet med en høyere dose (40 mg/kg). Det synes ikke å være noen korrelasjon mellom begynnelsen av IRR og tidspunktet for IgG-antistoffdannelse. Et begrenset antall av de IgG-positive pasientene som ble evaluert, testet positiv for hemmende effekter ved *in vitro* testing. Pga. den sjeldne tilstanden og begrenset erfaring hittil, er ikke effekten av IgG-antistoffdannelse på sikkerhet og effekt fullt ut fastslått. Sannsynligheten for et dårlig resultat og for å utvikle høye og vedvarende IgG-antistofftitere ser ut til å være høyere blant CRIM-negative pasienter, (Cross Reactive Immunologic Material; dvs. pasienter hvor Western Blot-analyse ikke har avdekket noe endogen GAA-protein) enn hos CRIM-positive pasienter, (dvs. pasienter hvor Western Blot -analyse har avdekket endogen GAA-protein). Imidlertid opptrer høye og vedvarende IgG-antistofftitere også hos enkelte CRIM-positive pasienter. Man tror at årsaken til det dårlige kliniske resultatet og utviklingen av høye og vedvarende IgG-antistofftitere skyldes flere faktorer. IgG -antistofftitere bør kontrolleres regelmessig.

Pasienter som opplever overfølsomhetsreaksjoner kan også bli testet for IgE-antistoffer til alglukosidase alfa og andre mediatorer for anafylaksi. Pasienter som utvikler IgE antistoffer mot alglukosidase alfa ser ut til å ha høyere risiko for å få IRR når Myozyme administreres på nytt, (se pkt. 4.8). Av denne grunn må disse pasientene kontrolleres spesielt nøye under administrasjon av Myozyme. Noen IgE-positive pasienter fikk en vellykket reintroduksjon med Myozyme ved å administrere med en lavere infusjonshastighet ved lavere førstedoser og har fortsatt å få Myozyme under nøye klinisk overvåking.

### Immunmedierte reaksjoner

Alvorlige kutane reaksjoner, mulige immunmedierte, er blitt rapportert for alglukosidase alfa, inkludert ulcerøse og nekrotiserende hudlesjoner (se pkt. 4.8). Nefrotisk syndrom ble observert hos noen få pasienter med Pompes sykdom som ble behandlet med alglukosidase alfa, og som hadde høye IgG-antistofftitere ( $\geq 102\ 400$ ) (se pkt. 4.8). Nyrebiopsi hos disse pasientene viste oppsamling av immunkomplekser. Pasientene ble bedre etter at behandlingen ble stoppet. Det anbefales derfor å ta regelmessige urinprøver hos pasienter med høye IgG-antistofftitere.

Pasienter skal overvåkes for tegn og symptomer på systemiske immunmedierte reaksjoner som omfatter hud og andre organer mens de mottar alglukosidase alfa. Hvis det oppstår immunmedierte reaksjoner, bør seponering av administrasjon av alglukosidase alfa vurderes og passende medisinsk behandling innledes. Risikoene og fordelene ved readministrering av alglukosidase alfa etter en immunmediert situasjon bør vurderes. Noen pasienter har fått vellykket reintroduksjon og har fortsatt å motta alglukosidase alfa under tett klinisk tilsyn.

### Immunpåvirkning

Pasienter med Pompes sykdom har risiko for å få luftveisinfeksjoner på grunn av den progressive effekten av sykdommen på de respiratoriske musklene. Utprøving av administrering av immunsuppressive legemidler hos et lite antall pasienter har blitt utført i et forsøk på å redusere eller hindre utvikling av antistoffer mot alglukosidase alfa. Fatale og livstruende luftveisinfeksjoner har blitt observert hos noen av disse pasientene. Derfor kan behandling av pasienter med Pompes sykdom med immunsuppressive midler øke risikoen for å utvikle alvorlige luftveisinfeksjoner ytterligere, og årvåkenhet anbefales.

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

Det er ikke utført noen formelle interaksjonsstudier. Fordi det er et rekombinant humant protein, er alglukosidase alfa en usannsynlig kandidat for cytokrom P450 mediert legemiddel-legemiddelinteraksjoner.

## 4.6 Fertilitet, graviditet og amming

### Graviditet

Det er ingen data på bruk av alglukosidase alfa hos gravide kvinner. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter (se pkt. 5.3). Risikoen for mennesker er ukjent.

Myozyme må ikke brukes ved graviditet med mindre det er strengt nødvendig.

### Amming

Alglukosidase alfa kan skilles ut i brystmelk. Da det ikke er tilgjengelig data vedrørende effekt på nyfødte utsatt for alglukosidase alfa via brystmelk, anbefales det å slutte å amme under behandling med Myozyme.

### Fertilitet

Det finnes ingen kliniske data om effekten av alglukosidase alfa på fertilitet. Prekliniske data viste ingen negative funn av betydning (se punkt 5.3).

## 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. Da svimmelhet er rapportert som en infusjonsrelatert reaksjon, kan dette påvirke evnen til å kjøre og bruke maskiner på infusjonsdagen.

## 4.8 Bivirkninger

### Sammendrag av sikkerhetsprofilen

#### *Tidlig oppstått Pompes sykdom*

I kliniske studier ble 39 pasienter som ble angrepet av sykdommen i svært ung alder behandlet med Myozyme i mer enn tre år (168 uker med en median på 121 uker, se pkt. 5.1.). Bivirkninger ble rapportert hos minst to pasienter og er oppført i Tabell 1 etter organsystemklasse. Bivirkningene var for det meste milde til moderate i intensitet, og nesten alle oppsto i løpet av infusjonen eller i løpet av to timer etter infusjonen (infusjonsrelaterte reaksjoner, IRR). Alvorlige infusjonsreaksjoner som er rapportert, inkluderer urtikaria, ralling, takykardi, redusert oksygenmetning, bronkospasme, takypné, periorbitalt ødem og hypertensjon.

#### *Sent oppstått Pompes sykdom*

I en placebo-kontrollert studie over 78 uker, ble 90 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom mellom 10 og 70 år, behandlet med Myozyme eller placebo randomisert i en 2:1 fordeling (se pkt. 5.1). Totalt sett var antall pasienter som opplevde bivirkninger og alvorlige bivirkninger sammenlignbare mellom de to gruppene. De mest vanlige bivirkningene som ble rapportert var IRR. Litt flere pasienter i Myozyme-gruppen enn i placebo-gruppen opplevde IRR, (28 % versus 23 %). Majoriteten av disse bivirkningene var av ikke-alvorlig art og fra milde til moderate og ble håndtert med en gang. Bivirkninger som ble rapportert fra minst to pasienter, er ført opp i Tabell 1. Fire pasienter behandlet med Myozyme fikk alvorlige bivirkninger, dette var angioødem, ubehag i brystet, fortetninger i hals, brystmerter ikke relatert til hjertet, og supraventrikulær takykardi. Hos to av disse pasientene var bivirkningene IgE-medierte overfølsomhetsreaksjoner.

## Tabellarisk liste over bivirkninger

Tabell 1. Bivirkninger, (rapportert hos minst to pasienter) og bivirkninger rapportert etter markedsføring, utvidete programmer ("expanded access programs") og ikke-kontrollerte kliniske undersøkelser etter organklasser, presentert med frekvenskategoriene: 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 utfra tilgjengelige data) Grunnet den lave pasientpopulasjonen, klassifiseres en bivirkning som rapporteres hos to pasienter som vanlig. Bivirkningene presenteres i synkende alvorlighetsgrad innenfor hver av frekvensgruppene.

Organklasser	Frekvens	Bivirkning (Foretrukket betegnelse)		Ytterligere bivirkninger <sup>4</sup>
		Tidlig oppstått Pompes sykdom <sup>1</sup>	Sent oppstått Pompes sykdom <sup>2</sup>	Tidlig og sent oppstått Pompes sykdom
Forstyrrelser i immunsystemet	vanlige		Overfølsomhet	
Psykiatriske lidelser	vanlige	Agitasjon		
	ikke kjent			Agitasjon Rastløshet
Nevrologiske sykdommer	vanlige	Tremor	Svimmelhet Parestesier Hodepine <sup>3</sup>	
	ikke kjent			Tremor Hodepine
Øyesykdommer	ikke kjent			Konjunktivitt
Hjertesykdommer	svært vanlige	Takykardi		
	vanlige	Cyanose		
	ikke kjent			Hjertestans Bradykardi Takykardi Cyanose
Karsykdommer	svært vanlige	Rødming		
	vanlige	Hypertensjon Pallor	Rødming	
	ikke kjent			Hypertensjon Hypotensjon Vasokonstriksjon Pallor
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum	svært vanlige	Takypné Hoste		
	vanlige		Fortetninger i hals	
	ikke kjent			Pustestopp Apné Pustevansker Bronkospasme Hiving etter pusten Farynksødem Dyspné Takypné

				Fortetninger i hals Stridor Hoste
Gastrointestinale sykdommer	svært vanlige	Oppkast		
	vanlige	Brekninger Kvalme	Diaré Oppkast Kvalme <sup>3</sup>	
	ikke kjent			Magesmerter Brekninger
Hud- og underhudssykdommer	svært vanlige	Urtikaria Utslett		
	vanlige	Erytem Utslett, makulopapulært Utslett, makulært Utslett, papulært Pruritus	Urtikaria Utslett, papulært Pruritus Hyperhidrose	
	ikke kjent			Periorbitalt ødem Livedo reticularis Økt tåredannelse Utslett Erytem Hyperhidrose
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett	vanlige		Muskelspasmer Muskelsammentrekninger Myalgi	
	ikke kjent			Artralgi
Sykdommer i nyre og urinveier	ikke kjent			Nefrotisk syndrom Proteinuri
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	svært vanlige	Pyreksi		
	vanlige	Irritabilitet Frysninger	Pyreksi Ubehag i brystet Perifert ødem Lokale hevelser Fatigue <sup>3</sup> Varmefølelse	
	ikke kjent			Brystsmerter Ansiktsødem Varmefølelse Pyreksi Frysninger Ubehag i brystet Irritabilitet Perifer kuldefølelse Smerter på infusjonsstedet Reaksjon på

				infusjonsstedet Hevelse på infusjonsstedet Indurasjon på infusjonsstedet Ekstravasasjon på infusjonsstedet
Undersøkelser	svært vanlige	Nedsatt oksygenmetning		
	vanlige	Økt hjerterytme Økt blodtrykk Økt kroppstemperatur	Økt blodtrykk	
	ikke kjent			Nedsatt oksygenmetning Økt hjerterytme

<sup>1</sup> Bivirkninger rapportert fra 39 pasienter med tidlig oppstått Pompes sykdom i to kliniske studier.

<sup>2</sup> Bivirkninger rapportert fra 60 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom i en placebo-kontrollert studie.

<sup>3</sup> Bivirkninger ble rapportert oftere i placebogruppen enn i Myozymegruppen hos pasienter med sent oppstått Pompes sykdom.

<sup>4</sup> Ytterligere bivirkninger fra etter markedsføringen, utvidede programmer og ikke-kontrollerte kliniske undersøkelser

### Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

I kliniske studier og etter markedsføring utviklet et lite antall pasienter (<1 %) anafylaktisk sjokk og/eller hjerrestans under infusjon med Myozyme, som krevde livreddende tiltak. Reaksjonene inntraff generelt kort tid etter infusjonsstart. Pasientene viste en rekke tegn og symptomer, hovedsaklig av respiratorisk, kardiovaskulær, ødematøs og/eller kutan art (se pkt. 4.4).

Tilbakevendende reaksjoner bestående av influensalignende sykdom eller en kombinasjon av hendelser som feber, frysninger, myalgi, artralgi, smerte eller utmattelse som opptrer etter infusjon og som vanligvis varer i noen dager, er observert hos noen pasienter behandlet med alglukosidase alfa. Flertallet av pasientene tålte reeksponering for alglukosidase alfa, enten ved bruk av lavere doser og/eller med forbehandling med anti-inflammatoriske midler og/eller kortikosteroider, og har fortsatt behandlingen under nøye klinisk oppfølging.

Pasienter med moderat til alvorlig eller tilbakevendende IRR har blitt evaluert for alglukosidase alfa-spesifikke IgE antistoff. Noen pasienter testet positivt, inkludert noen pasienter som opplevde en anafylaktisk reaksjon.

Nefrotisk syndrom samt alvorlige kutane reaksjoner, mulige immunmedierte, er blitt rapportert for alglukosidase alfa, inkludert ulcerøse og nekrotiserende hudlesjoner (se pkt. 4.4).

### 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 Vedlegg V.

## 4.9 Overdosering

Det er ingen erfaring med overdosering av alglukosidase alfa. I kliniske studier ble det brukt doser inntil 40 mg/kg kroppsvekt.

## 5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER



## 5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Andre fordøyelses- og stoffskiftepreparater, enzymer, ATC-kode: A16AB07.

### Pompes sykdom

Pompes sykdom er en sjelden, progressiv og fatal metabolsk myopati med en antatt global forekomst på 1 av 40 000 fødsler. Andre navn på Pompes sykdom er glykogenlagringssykdom type II (GSD-II), sur maltasemangel (AMD) og glykogenose type II. Pompes sykdom tilhører de lysosomale avleirings-sykdommer da det forårsakes av en mangel på naturlig forekommende lysosomal hydrolase, syre- $\alpha$ -glukosidase (GAA) som degraderer lysosomalt glykogen til glukose. Mangel på dette enzymet fører til opphopning av glykogen i forskjellig vev, særlig hjerte-, åndedretts- og skjelettmuskulatur, og fører til utvikling av hypertrofisk kardiomyopati og progressiv muskelsvakhet, inkludert svekkelse av respiratorisk funksjon.

Den kliniske presentasjonen av Pompes sykdom kan beskrives som et sykdomsspekter som varierer fra en hurtig progredierende tidlig oppstått form (symptomene på Pompes sykdom oppstår typisk innen det første leveåret og har en svært kort forventet levetid) til en mindre hurtig progredierende sent oppstått form (symptomer på Pompes sykdom oppstår typisk etter det første leveåret).

Den tidlig oppståtte formen av Pompes sykdom karakteriseres av massiv oppsamling av glykogen i hjerte og skjelettmuskel, og fører alltid til hurtig progredierende kardiomyopati, generalisert muskelsvakhet og hypotoni. Motorisk utvikling stanser ofte helt opp, eller dersom motoriske milepæler oppnås, går de senere tapt. Døden inntreffer typisk pga. hjerte- og/eller lungesvikt før barnet er ett år gammelt.

I en retrospektiv historisk studie av pasienter med tidlig oppstått Pompes sykdom (n=168), var median alder for begynnelse av symptomer 2,0 måneder og median alder ved død var 9,0 måneder. Kaplan-Meier overlevelsesrater ved 12, 24 og 36 måneder var henholdsvis 26 %, 9 % og 7 %.

En ikke-typisk, langsommere progredierende form av tidlig oppstått Pompes sykdom er karakterisert ved mindre alvorlig kardiomyopati og dermed lengre levetid.

Den sent oppståtte formen av Pompes sykdom manifesterer seg i spedbarnsperioden, barndomsalderen, ungdomsalderen eller til og med i voksen alder og er mye mindre hurtig progredierende enn den tidlig oppståtte formen. Vanligvis karakteriseres den av tilstrekkelig GAA restaktivitet til å forhindre utvikling av kardiomyopati. Noe kardial påvirkning er imidlertid rapportert hos inntil 4 % av pasienter med sent oppstått Pompes sykdom.

Pasienter med sent oppstått Pompes sykdom har typisk progredierende myopati, fortrinnsvis i proksimalmuskulaturen i bekken/skulder-området, og varierende grad av pusteproblemer, som til slutt fører til alvorlig uførhet og/eller behov for respiratorstøtte. Tidsforløpet på sykdomsprogresjonen er svært varierende og kan ikke forutsis. Enkelte pasienter opplever en hurtig funksjonssvekkelse i skjelett – og respirasjonsmuskulatur som fører til tap av førlighet og respiratorisk svikt. Andre progredierer mindre hurtig, mens andre igjen har ulik sykdomsprogresjon i skjelett- og respirasjonsmuskulatur.

### Virkningsmekanisme

Det antas at Myozyme vil gjenopprette lysosomal GAA-aktivitet og medføre stabilisering eller restaurasjon av kardial og skjelettmuskelfunksjon (inkludert musklene i respirasjonsorganene). Pga. blod-hjernebarriereeffekten og enzymets størrelse, er opptak av  $\alpha$ -glukosidase i sentralnervesystemet usannsynlig.

## Klinisk effekt og sikkerhet

*Tidlig oppstått Pompes sykdom, kliniske studier av pasienter som er 6 måneder eller yngre*  
Sikkerhet og effekt av Myozyme ble vurdert i en pivotal, randomisert, åpen, historisk-kontrollert klinisk studie av 18 ikke-ventilerte pasienter som var 6 måneder gamle eller yngre da behandlingen begynte. Den ubehandlede historiske kohorten hentet fra en historisk retrospektiv studie (n=42) av pasienter med tidlig debut av Pompe sykdom ble sammenlignet med den opprinnelige studiepopulasjonen.

Pasientene ble randomisert til å få enten 20 mg/kg eller 40 mg/kg Myozyme én gang hver andre uke i en periode på 52 uker. Etter minimum 52 uker, ble 16 av disse 18 pasientene med i en oppfølgingsstudie for å kunne fortsette behandling med samme doseregime i opptil 3 år (150 uker).

Primærendepunktet var andelen pasienter som var i live og uten invasiv respiratorstøtte. Invasiv respiratorfri overlevelse ble imidlertid ikke registrert i den ubehandlede historiske kohorten, og en sammenligning med dette endepunktet er ikke mulig. Etter 52 ukers behandling var alle de 18 pasientene behandlet med Myozyme i live, og 15 av disse 18 pasientene var i live og fri for invasiv respiratorstøtte mens 1 av 42 pasienter i den ubehandlede historiske kohorten var i live ved 18 måneders alder. To pasienter døde og ble derfor ikke med i den forlengede studien. Etter 104 uker med behandling, var alle deltagende 16 pasienter i den forlengede studien i live, og 10 av disse 16 pasientene trengte ikke lenger invasiv ventilasjon. Ved studiens slutt, (med individuelle pasientbehandlinger med varighet fra 60 til 150 uker, gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 119 uker) var 14 av 16 pasienter i live, og 9 av disse 16 pasientene var i live og uten behov for invasiv respiratorstøtte. Ytterligere en pasient døde etter studiens slutt, og én til etter at pasienten hadde trukket seg fra studien.

Sammenligning av overlevelseskurver fra diagnosetidspunktet versus den ubehandlede historiske kohorten, ble gjort ved hjelp av en Cox regresjonsanalyse. Pasienter behandlet med Myozyme viste en lengre overlevelse sammenlignet med en ubehandlet historisk kohort (se Tabell 2).

Tabell 2: Resultater for endepunktsoverlevelse ved hjelp av Cox regresjonsmodellen

Behandlede pasienter	Historisk referansesammenligning	Endepunkt	Forhold behandlings effekt/risiko	95 % konfidensintervall	p-verdi
N=18	N=42	Overlevelse	0,05	(0,015, 0,147)	<0,0001
Merk: Resultatene er fra en Cox regresjonsanalyse som inkluderer behandling som en tidsvariabel kovariant, og dessuten inkluderer alder ved diagnosen og alder ved symptomstart. Pasientene var 6 måneder eller yngre ved behandlingsoppstart. Pasientene i den historiske ubehandlede kohorten ble født i 1993 eller senere.					

Bedring i grad av kardiomyopati ble målt som en reduksjon i venstre ventrikkelmasse (LVM) ved ekkokardiografi. Etter 52 uker med behandling, ble LVM redusert fra baseline hos alle 14 pasienter med tilgjengelige data, og var innen de normale grenseverdiene hos 3 av 14 pasienter. Etter det første året (64 til 130 uker) med behandling, var LVM ytterligere redusert hos 8 pasienter. Etter 104 uker med behandling var LVM-vurderinger tilgjengelig for 8 pasienter, hvorav LVM var redusert til normale verdier hos 5.

Som målt ved hjelp av aldersekvivalent motorisk ytelsesscore på Alberta Infant Motor Scale (AIMS), viste syv av de 18 pasientene bedret motorisk utvikling i løpet av studien og gikk uten hjelp ved siste studieevaluering (med individuelle pasientbehandlinger som varierte fra 52 til 130 uker, og en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 94 uker). Ytterligere 4 pasienter viste motorisk utvikling i løpet av studien, og kunne sitte selvstendig ved siste studieevaluering (med individuelle pasientbehandlinger som varierte fra 78 til 130 uker, og en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 110 uker), selv om de ikke var funksjonsdyktige i bena. De gjenværende 7 pasientene viste enten ingen motorisk utvikling av klinisk betydning eller de greide ikke å opprettholde motorisk utvikling og hadde svært begrenset

motorikk ved siste studieevaluering (med individuelle pasientbehandlinger som varierte fra 52 til 142 uker, og en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 103 uker).

Etter 52 uker med behandling hadde 14 av 18 pasienter (77,8 %) opprettholdt eller forbedret aldersekvivalent vektpercentil, (over 3.persentil), 14 av 15 pasienter (93,3 %) befant seg over 3.persentil for lengde, og 12 av 15 pasienter (80 %) befant seg over 3.persentil for hodeomkrets. I studiens andre behandlingsår, hadde 15 av 17 pasienter ytterligere forbedret aldersekvivalent vektpercentil (med individuelle pasientbehandlinger som varte fra 78 til 142 uker, med en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 111 uker), 10 av 16 pasienter hadde ytterligere forbedret persentilen for aldersekvivalent lengde (med individuelle pasientbehandlinger som varte fra 90 til 130 uker, med en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 113 uker), og 11 av 15 pasienter hadde ytterligere forbedret persentilen for aldersekvivalent hodeomkrets (med individuelle pasientbehandlinger som varte fra 90 til 130 uker, med en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 110 uker). Etter 104 behandlingsuker hadde alle 13 pasienter med tilgjengelige data opprettholdt eller forbedret aldersekvivalent vektpercentil (over 3.persentil), alle 12 pasienter med tilgjengelige data var over 3.persentilen for lengde, og alle 12 pasienter med tilgjengelige data befant seg over 3.persentil for hodeomkrets.

Effektanalyser viste ingen betydelige forskjeller mellom de 2 dosegruppene med hensyn på overlevelse, invasiv respiratorfri overlevelse, all respiratorfri overlevelse, reduksjon i LVM, økninger i vekstparametre og oppnåelse av motoriske milepæler. Basert på disse resultatene anbefales dosen på 20 mg/kg hver annen uke.

#### *Tidlig oppstått Pompes sykdom, klinisk studie av pasienter fra 6 måneder og opp til 3,5 år.*

En annen åpen klinisk studie vurderte også sikkerhet og effekt av Myozyme hos 21 pasienter med en hovedsakelig ikke-typisk form for tidlig oppstått Pompes sykdom. Pasientene varierte i alder fra 6 måneder til 3,5 år ved behandlingsstart. Pasienter fikk 20 mg/kg Myozyme én gang hver andre uke i 52 uker, med unntak av 8 pasienter som fikk 40 mg/kg etter minimum 26 uker med behandling. Etter 52 uker fortsatte alle pasientene med behandling i opp til mer enn 3 år (168 uker med en median på 121 uker).

Det primære endepunktet i den pivotale studien, var andelen pasienter som var i live. Etter 52 uker med behandling var 16 av 21 pasienter (76,2 %) som fikk behandling med Myozyme, i live. Etter 104 uker med behandling var 14 av 21 pasienter (66,7 %) i live. 1 pasient var i live, men hadde trukket seg fra studien. Disse andelene ble opprettholdt fram til studiens slutt (med individuelle pasientbehandlingsperioder fra 1 til 168 uker, med en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 109 uker). Hos den ubehandlede historiske kohorten var 5 av 47 pasienter (10,6 %), hvor data var tilgjengelige, i live ved 30 måneders alder (2,5 år).

Overlevelse hos pasienter som fikk behandling ble sammenlignet med overlevelse i en lignende historisk kohort av ubehandlede pasienter ved hjelp av en Cox regresjonsanalyse (se Tabell 3).

Tabell 3: Resultater for endepunktsoverlevelse ved hjelp av Cox regresjonsmodellen

Behandlede Pasienter	Historisk referanse-sammenligning	Endepunkt	Behandlingseffekt/risikoforhold	95 % konfidensintervall	P-verdi
N=21	N=48	Overlevelse	0,301	(0,112, 0,804)	0,0166
Merk: Resultatene er fra en Cox regresjonsanalyse som inkluderer behandling som en tidsvariabel kovariant, og dessuten inkluderer alderen ved diagnose og alderen ved symptomstart. Pasientene var i alderen 6 måneder til 3,5 år ved behandlingsstart. Pasientene i den ubehandlede historiske kohorten ble født i 1995 eller senere.					

Andre effektdata viste at av de 16 pasientene som ikke trengte invasiv respiratorstøtte ved baseline, var det 7 som fremdeles ikke trengte det etter 104 behandlingsuker. De 9 gjenværende pasientene enten døde (5 pasienter), eller ble avhengig av invasiv respiratorstøtte (4 pasienter). Alle 5 pasientene

som fikk invasiv ventilasjon ved baseline trengte fortsatt ventilasjon gjennom hele studien, (4 pasienter overlevde etter uke 104, én døde).

Etter 52 behandlingsuker var LVM redusert fra baseline hos alle 12 pasienter med tilgjengelige data, og befant seg innen normale grenseverdier hos 6 av 12 pasienter. Etter det første året (58 og opp til 168 uker) med behandling, ble LVM ytterligere redusert hos 9 av 12 pasienter med tilgjengelige data. Etter 104 behandlingsuker var LVM-vurderinger tilgjengelig for 10 pasienter, hvorav 9 hadde redusert til innen normale grenseverdier.

Etter 52 behandlingsuker, viste 3 av 8 pasienter med tilgjengelige data en forbedring av motorisk funksjon over baseline, målt ved råskår og aldersekvivalente skår fra baseline i AIMS. Seks av de 11 pasientene med tilgjengelige data, fortsatte sin forbedring av motorisk utvikling etter uke 52 (med individuelle pasientbehandlinger som varte fra 58 til 168 uker, med en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 121 uker), herunder 3 pasienter som kunne gå, og 3 pasienter som bare hadde funksjonelle sitteegenskaper ved siste studiebesøk. De gjenværende 5 pasientene viste ingen betydelige forandringer i motorisk utvikling etter uke 52 (med individuelle pasientbehandlinger som varte fra 104 til 168 uker, og med en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 140 uker), inklusive 4 pasienter som ikke viste noen betydelige motoriske evner i noen av de evaluerte posisjonene, og 1 pasient som bare hadde funksjonsmessige sitteevner ved siste studiebesøk.

Den aller største delen av pasienter med tidlig oppstått Pompes sykdom behandlet med Myozyme viser bedret kardial funksjon i tillegg til stabilisering eller bedring i vekstparametre. Motorisk og respiratorisk respons på behandling har imidlertid vært mer varierende. Pasienter med tidlig oppstått Pompes sykdom som viste motorisk bedring hadde bedre bevart motorisk funksjon og lavere glykogeninnhold i kvadriicepsmuskelen ved baseline. Det er verdt å legge merke til at en høyere andel pasienter med bedret motoriske resultater viser stabilitet eller bedring i vekstparametre (vekt), mens størstedelen av pasientene, uansett motoriske resultater eller baseline-verdier, viser tilbakegang av kardiomyopati som målt ved endringer i LVM Z-score.

Samlet tyder dataene på at tidlig diagnose og behandling i et tidlig stadium av sykdommen, kan være avgjørende for å oppnå best mulig resultat hos pasienter med tidlig oppstått sykdom.

#### *Sent oppstått Pompes sykdom; pivotal klinisk studie*

Sikkerhet og effekt ved bruk av Myozyme ble vurdert i en randomisert, dobbelt-blind, placebo-kontrollert studie med 90 pasienter med sent oppstått sykdom. Pasientene var mellom 10 og 70 år ved behandlingsoppstart og ingen hadde tidligere fått enzymerstatningsbehandling. Pasientene ble randomisert med en 2:1 fordeling og fikk 20 mg/kg Myozyme (n=60) eller placebo (n=30) én gang hver andre uke i 78 uker (18 måneder).

Vurderingene av de co-primære effektendepunktene var tilbakelagt gangavstand i meter i løpet av 6 minutter, (6-minutters gangtest, 6MWT) og FVC, (tvungen vitalkapasitet), % predikert i sittende stilling. Etter 78 uker viste pasienter som ble behandlet med Myozyme forbedringer i tilbakelagt gangavstand som målt ved 6MWT og stabilisering av lungefunksjon som målt ved FVC % predikert, sammenlignet med pasienter som hadde fått placebo. Tilbakelagt avstand på 6 minutter økte med en median på 15 meter for pasienter som hadde fått Myozyme og minsket med en median på 7,5 meter for pasienter som hadde fått placebo. Dette indikerer en statistisk betydelig behandlingseffekt med Myozyme, sammenlignet med placebo (p=0,0283). Predikert % FVC ble endret med en median på 0,0 for Myozyme-behandlede pasienter og redusert med en median på 3 % for placebo-behandlede pasienter. Dette indikerer en statistisk betydelig behandlingseffekt på (p=0,0026). Resultatene vises i Tabell 4.

Tabell 4: Endring fra baseline: effektendepunkter i den placebo-kontrollerte studien

		Myozyme (N = 60)	Placebo (N = 30)
6-minutters gangtest (meter)			
Baseline før behandling	Gjennomsnitt ± s.d. Median	332,20 ± 126,69 360,0	317,93 ± 132,29 339,0
Uke 78/Siste observasjon	Gjennomsnitt ± s.d. Median	357,85 ± 141,32 367,5	313,07 ± 144,69 307,0
Endring i baseline til Uke 78/Siste observasjon*	Gjennomsnitt ± s.d. Median	26,08 ± 64,41 15,0	-4,87 ± 45,24 -7,5
Wilcoxon-Mann-Whitney Test	p-verdi	0,0283	
FVC-tvungen vitalkapasitet (Prosent av predikert normal)			
Baseline før behandling	Gjennomsnitt ± s.d. Median	55,43 ± 14,44 53,5	53,00 ± 15,66 49,0
Uke 78/Siste observasjon	Gjennomsnitt ± s.d. Median	56,67 ± 16,17 55,5	50,70 ± 14,88 49,0
Endring i baseline til Uke 78/Siste observasjon*	Gjennomsnitt ± s.d. Median	1,25 ± 5,55 0,0	-2,3 ± 4,33 -3,0
Wilcoxon-Mann-Whitney Test	p-verdi	0,0026	
*En pasient som ikke hadde data fra post-baseline ble ekskludert fra analysene.			

*Sent oppstått Pompes sykdom: andre kliniske studier og analyser*

Tre uavhengige, åpne, enkelarm, utprøverinitierte studier med Myozyme har blitt gjennomført:

- En italiensk studie med 74 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom med opptil 48 måneders oppfølging
- En tysk studie med 38 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom med 36 måneders oppfølging
- En nederlandsk studie med 69 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom med median tid for oppfølging på 23 måneder

Disse tre studiene med Myozyme (med en oppfølging på minst tre år i to studier og en median på 23 måneder i den andre studien) viste stabilisering eller forbedring av motorisk funksjon og stabilisering av lungefunksjon.

Studien beskrevet ovenfor med 69 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom i Nederland, viste at Myozyme ga forbedringer i muskelstyrke. Forbedring av muskelfunksjon viste seg imidlertid kun hos rullestoluavhengige pasienter, og hos pasienter med mindre uttalt muskelsvakhet.

I ytterligere to åpne kliniske studier med Myozyme med 24 måneders oppfølging, viste ti pasienter med alvorlig sent oppstått Pompes sykdom (moderat til alvorlig motorisk svekkelse og assistert ventilering) variabel respons på målinger av motorisk funksjon og lungefunksjon, for det meste i form av en beskjeden forbedring (AGLU03105, AGLU04107).

En åpen klinisk undersøkelse vurderte sikkerhet og effekt av Myozyme hos 5 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom. Pasientene varierte i alder fra 5 til 15 år ved behandlingsstart

(AGLU02804). Pasientene fikk 20 mg/kg Myozyme én gang hver andre uke i 26 uker. Alle pasientene var fritt ambulerende og ingen bortsett fra én pasient krevde respiratorstøtte (1 pasient krevde non-invasiv ventilasjon om natten). Av de 3 pasientene med betydelig pulmonal påvirkning ved screening/baseline (prosent FVC i sittende stilling estimert fra 58-67 %), viste 2 klinisk relevant bedring i FVC (+11,5 % og + 16,0 %) i sittende stilling innen uke 26. Evaluering av motorisk funksjon ga uensartede resultater.

Ti pasienter med fremskredet sent oppstått Pompes sykdom (dvs. 10/10 var rullestolbrukere og 9/10 var respiratoravhengige) fra 9-54 år ble behandlet i utvidede programmer ("expanded access programmes") med alglukosidase alfa 20-40 mg/kg én gang hver andre uke i forskjellige tidsperioder mellom 6 måneder og 2,5 år. Pulmonal funksjonsbedring inkluderte en klinisk relevant bedring i FVC på 35 % hos én pasient, og signifikant reduksjon i antall timer med nødvendig respiratorstøtte hos to pasienter. Motorisk funksjonsbedring, inkludert gjenvinning av tapte motoriske funksjoner, ble sett hos noen pasienter. Bare én pasient kunne slutte med rullestol. I denne gruppen pasienter har også en variabel respons vært sett med hensyn til motorisk funksjon.

### Pompe Registeret

Medisinsk eller helsepersonell oppmuntres til å registrere pasienter som diagnostiseres med Pompes sykdom på [www.PompeRegistry.com](http://www.PompeRegistry.com). Pasientdata vil innhentes anonymt i dette registeret. Formålene med "Pompe-registeret" er å bedre forståelsen av Pompes sykdom, og å monitorere pasienter og deres respons på enzymerstatningsterapi over tid. Det endelige målet er å forbedre klinisk utfall for disse pasientene.

## **5.2 Farmakokinetiske egenskaper**

### *Tidlig oppstått Pompes sykdom*

I en pivotal undersøkelse som inkluderte 18 pasienter, ble farmakokinetikk av alglukosidase alfa undersøkt hos 15 pasienter med tidlig oppstått Pompes sykdom (alder under 6 måneders alder ved begynnelsen av behandlingen) som fikk doser på 20 mg/kg eller 40 mg/kg alglukosidase alfa som infusjon på henholdsvis ca. 4 til 6,5 timer.

### Distribusjon og eliminasjon

Etter første og sjette infusjon av Myozyme, varierte gjennomsnittlig maksimum plasmakonsentrasjoner ( $C_{max}$ ) fra 178,2 til 263,7  $\mu\text{g/ml}$  for henholdsvis 20 mg/kg og 40 mg/kg dosegruppene. Gjennomsnittsarealet under plasmakonsentrasjon-tid-kurven ( $AUC_{\infty}$ ) varierte fra 977,5 til 1872,5  $\mu\text{g}\cdot\text{t/ml}$  for 20 mg/kg og 40 mg/kg dosegruppene. Gjennomsnittlig plasmaclearance (CL) var 21,4 ml/t/kg og gjennomsnittlig distribusjonsvolum ved steady state ( $V_{ss}$ ) var 66,2 ml/kg for begge dosegrupper med små variasjoner mellom pasienter på henholdsvis 15 % og 11 %. Gjennomsnittlig plasma halveringstid ( $t_{1/2}$ ) var 2,75 timer for de to dosegruppene.

### Linearitet/ikke-linearitet

Farmakokinetikken var doseproporsjonal og endret seg ikke over tid.

Farmakokinetikk for alglukosidase alfa ble også undersøkt i en separat studie hos 21 pasienter med tidlig oppstått Pompes sykdom (alle mellom 6 måneder og 3,5 år da behandlingen begynte) som fikk doser på 20 mg/kg med alglukosidase alfa. Hos 12 pasienter med tilgjengelige data var  $AUC_{\infty}$  og  $C_{max}$  ca. lik de som ble observert for 20 mg/kg dosegruppen i den pivotale studien. Halveringstiden,  $t_{1/2}$ , var også på ca. 2-3 timer i denne pasientgruppen.

### *Sent oppstått Pompes sykdom*

Farmakokinetikken for alglukosidase alfa ble undersøkt i en studie hos 5 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom fra 6-15 år som fikk 20 mg/kg alglukosidase alfa én gang hver andre uke. Det var ingen forskjell i farmakokinetisk profil for alglukosidase alfa hos disse unge pasientene med sent oppstått Pompes sykdom, sammenlignet med dem som fikk den i spedbarnsalderen.

Farmakokinetikken til alglukosidase alfa ble undersøkt i en populasjonsanalyse med 32 pasienter med sent oppstått Pompes sykdom fra den randomiserte, dobbeltblinde, placebo-kontrollerte studien med et

aldersspenn på 21 til 70 år, hvor pasientene fikk Myozyme 20 mg/kg én gang hver andre uke.  $AUC_{\infty}$  og  $C_{max}$  var like ved besøkene i uke 0, 12 og 52, noe som indikerer at farmakokinetikken for alglukosidase alfa ikke er tidsavhengig (Tabell 5).

### Distribusjon og eliminasjon

Tabell 5: Farmakokinetikk for alglukosidase etter én enkelt dose og etter 12 og 52 uker med behandling

Parameter	Uke 0	Uke 12	Uke 52
$C_{max}$ ( $\mu\text{g/ml}$ )	385 $\pm$ 106	349 $\pm$ 79	370 $\pm$ 88
$AUC_{\infty}$ ( $\mu\text{g}\cdot\text{t/ml}$ )	2672 $\pm$ 1140	2387 $\pm$ 555	2700 $\pm$ 1000
CL ( $\text{ml/t/kg}$ )	8,1 $\pm$ 1,8	8,9 $\pm$ 2,3	8,2 $\pm$ 2,4
Vss ( $\text{ml/kg}$ )	904 $\pm$ 1158	919 $\pm$ 1154	896 $\pm$ 1154
Effektiv halveringstid (t)	2,4 $\pm$ 0,4	2,4 $\pm$ 0,3	2,5 $\pm$ 0,4

Det var ingen funn som viste at IgG-antistoffer til alglukosidase alfa påvirket farmakokinetikken. Imidlertid ble det observert høyere gjennomsnittlig clearance, lavere gjennomsnittlig  $AUC_{\infty}$  og lavere gjennomsnittlig  $C_{max}$  hos 5 pasienter som testet positivt for inhibisjon av cellulært opptak av enzym. Det var likevel ingen åpenbar sammenheng mellom inhibisjon av opptak og de ko-primære effektendepunktene (se pkt. 4.4).

### 5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Ikke-kliniske data viser ingen spesiell fare for mennesker basert på konvensjonelle studier av sikkerhetsfarmakologi, enkeldosetoksisitet og flerdosetoksisitet. Det ble ikke observert noen negative funn på embryoføtal utvikling i en embryoføtal studie hos mus og kanin, og det ble ikke observert noen negative funn i en musefertiliteits- og tidlig embryonal utviklingsstudie. I den embryoføtale utviklingsstudien hos kanin, etter å ha administrert Myozyme (10-40 mg/kg/dag) sammen med difenhydramin, ble det observert en behandlingsrelatert økning i antall tilfeller av abort og premature fødsler. Disse virkningene ble delvis tilskrevet maternal toksisitet, da en markant nedgang i næringsinntak og kroppsvekstsøkning ble observert.

## 6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

### 6.1 Fortegnelse over hjelpestoffer

Mannitol (E421)  
Natriumdihydrogenfosfatmonohydrat (E339)  
Dinatriumhydrogenfosfatheptahydrat (E339)  
Polysorbat 80 (E433)

### 6.2 Uforlikeligheter

Da det ikke foreligger undersøkelser vedrørende uforlikeligheter, bør dette legemidlet ikke blandes med andre legemidler.

### 6.3 Holdbarhet

3 år

Etter fortynning anbefales det at legemidlet brukes umiddelbart. Kjemisk og fysisk bruksstabilitet er imidlertid vist for 24 timer ved 2 til 8 °C når det oppbevares beskyttet mot lys.

## 6.4 Oppbevaringsbetingelser

Oppbevares i kjøleskap (2 °C – 8 °C).

Oppbevaringsbetingelser etter fortynning av legemidlet, se pkt. 6.3.

## 6.5 Emballasje (type og innhold)

50 mg pulver i et hetteglass (Type 1 glass) med propp (silikonisert butyl) og en forsegling (aluminium) med lokk som kan vippes av (plast). Pakningsstørrelser på 1, 10 eller 25 hetteglass.

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

## 6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering

Myozyme må rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker, og deretter fortynnes med natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) oppløsning for injeksjon og så gis som intravenøs infusjon. Rekonstituering og fortynning må utføres i overensstemmelse med regler for god aseptisk teknikk.

Pga. legemidlets proteinnatur kan det oppstå partikkeldannelse i den rekonstituerte oppløsningen og infusjonsposene. Derfor må et 0,2 µm in-line-filter med lav proteinbinding benyttes til administrasjon. Det ble demonstrert at bruken av et 0,2 µm in-line filter fjerner synlige partikler, og fører ikke til noe synlig tap av protein eller aktivitet.

Bestem antall hetteglass som skal rekonstitueres basert på den enkelte pasientens doseregime (mg/kg) og ta de nødvendige hetteglassene ut av kjøleskapet slik at de når romtemperatur (ca. 30 minutter). Hvert hetteglass med Myozyme er kun til engangsbruk.

### Bruk aseptisk teknikk

### Rekonstituering

Rekonstituer hvert 50 mg hetteglass med Myozyme med 10,3 ml vann til injeksjonsvæsker. Tilsett vannet til injeksjonsvæsker sakte dråpe for dråpe ned langs siden på hetteglasset, og ikke direkte ned på den lyofiliserte kaken. Vipp og rull hvert hetteglass forsiktig. Ikke snu det på hodet, vri eller rist på hetteglasset. Det rekonstituerte volumet er 10,5 ml som inneholder 5 mg/ml, og er en klar, fargeløs til lys gul oppløsning som kan inneholde partikler i form av tynne, hvite tråder eller gjennomskinnelige fibre. Foreta en umiddelbar inspeksjon av de rekonstituerte hetteglassene etter partikkelstoffer og misfarging. Dersom du ved umiddelbar inspeksjon finner andre fremmedlegemer enn de som er beskrevet ovenfor, eller dersom oppløsningen er misfarget, skal du ikke bruke legemidlet. pH på den rekonstituerte oppløsningen er ca. 6,2.

Etter rekonstituering anbefales at hetteglassene fortynnes omgående (se nedenfor).

### Fortynning

Når det rekonstitueres som ovenfor inneholder den rekonstituerte oppløsningen i hetteglasset 5 mg alglukosidase alfa per ml. Det rekonstituerte volumet gjør at du kan trekke ut nøyaktig 10,0 ml (tilsvarer 50 mg) fra hvert hetteglass. Dette skal fortynnes ytterligere som følger: Trekk den rekonstituerte oppløsningen sakte ut av hvert hetteglass til du får volumet for pasientens dose. Den anbefalte endelige konsentrasjonen med alglukosidase i infusjonsposene varierer fra 0,5 mg/ml til 4 mg/ml. Fjern luftrommet inni infusjonsposen. Fjern dessuten et tilsvarende volum med natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) oppløsning for injeksjon, som skal erstattes med rekonstituert Myozyme. Injiser rekonstituert Myozyme sakte direkte i natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %), oppløsning for injeksjon. Snu eller masser infusjonsposen forsiktig for å blande løsningen. Ikke rist eller bevege kraftig på infusjonsposen.



Den endelige infusjonsoppløsningen må administreres så nær preparasjonstiden som mulig.

Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

**7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN**

Genzyme Europe B.V., Gooimeer 10, NL-1411 DD Naarden, Nederland

**8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)**

EU/1/06/333/001/NO-003/NO

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

Dato for første markedsføringstillatelse: 29/03/2006

Dato for siste fornyelse: 29/3/2011

**10. OPPDATERINGSDATO**

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

## **VEDLEGG II**

- A. TILVIRKERE AV BIOLOGISKE VIRKESTOFFER OG 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. TILVIRKERE AV BIOLOGISKE VIRKESTOFFER OG TILVIRKERE ANSVARLIG FOR BATCH RELEASE**

### Navn og adresse til tilvirkere av biologiske virkestoffer

Genzyme Corp. 45, 51, 74, 76 and 80 New York Avenue, Framingham, MA 01701, USA  
Genzyme Flanders bvba, Cipalstraat 8, 2440 Geel, Belgia

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

Genzyme Ltd., 37 Hollands Road, Haverhill, Suffolk CB9 8PU, Storbritannia  
Genzyme Ireland Ltd., IDA Industrial Park, Old Kilmeaden Road, Waterford, Irland

I pakningsvedlegget skal det stå navn og adresse til tilvirkeren som er ansvarlig for batch release for gjeldende batch.

## **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 MARKEDSFØRINSTILLATELSEN**

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

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal sende inn periodiske sikkerhetsoppdateringsrapporter for dette legemidlet i samsvar med kravene i EURD-listen (European Union Reference Date list) som gjort rede for i Artikkelen 107c(7) av direktiv 2001/83/EF og publisert på nettstedet til Det europeiske legemiddelkontor (The European Medicines Agency).

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

### **• Risikohåndteringsplan (RMP)**

Innehaver av markedsføringstillatelsen skal gjennomføre de nødvendige aktiviteter og intervensjoner vedrørende legemiddelovervåking 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 (legemiddelovervåking eller risikominimering) er nådd.

Hvis innsendelse av en PSUR og oppdateringen av en RMP faller på samme tidspunkt, kan de sendes inn samtidig.

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

## **A. MERKING**

**OPPLYSNINGER, SOM SKAL ANGIS PÅ DEN YTRE EMBALLASJE****KARTONG****1. LEGEMIDLETS NAVN**

Myozyme 50 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning  
Alglukosidase alfa

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

Hvert hetteglass inneholder 50 mg alglukosidase alfa

Etter rekonstituering inneholder oppløsningen 5 mg alglukosidase alfa/ml, og etter fortynning varierer konsentrasjonen fra 0,5 mg til 4 mg/ml.

**3. LISTE OVER HJELPESTOFFER**Hjelpestoffer:

Mannitol (E421)

Natriumdihydrogenfosfatmonohydrat (E339)

Dinatriumhydrogenfosfatheptahydrat (E339)

Polysorbat 80 (E433)

Se pakningsvedlegget for mer informasjon

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

1 hetteglass  
pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.

10 hetteglass  
pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.

25 hetteglass  
pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning.

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

Kun til engangsbruk

Les pakningsvedlegget før bruk.

Intravenøs bruk

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

Oppbevares utilgjengelig for barn.

**7. EVENTUELLE ANDRE S PESIELLE ADVARSLER**

**8. UTLØPSDATO**

Utløpsdato

Det anbefales at produktet brukes umiddelbart etter fortynning. Kjemisk og fysisk stabilitet er imidlertid demonstrert i 24 timer ved 2 til 8 °C dersom produktet oppbevares beskyttet mot sollys.

**9. OPPBEVARINGSBETINGELSER**

Oppbevares i kjøleskap (2 °C – 8 °C).

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

Eventuelt ubrukt legemiddel må destrueres.

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

Genzyme Europe B.V.  
Gooimeer 10  
NL-1411 DD Naarden  
Nederland

**12. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)**

EU/1/06/333/001

EU/1/06/333/002

EU/1/06/333/003

**13. PRODUKSJONSNUMMER**

Batch

**14. GENERELL KLASSEKATEGORI FOR UTLIVERING**

Reseptpliktig legemiddel.

**15. BRUKSANVISNING****16. INFORMASJON PÅ BLINDESKRIFT**

Fritatt fra krav om 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**

**ETIKETT PÅ HETTEGLASS**

**1. LEGEMIDLETS NAVN OG ADMINISTRASJONSVEI**

Myozyme 50 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning  
Alglukosidase alfa  
Intravenøs bruk etter rekonstitusjon og fortynning

**2. ADMINISTRASJONSMÅTE**

Les pakningsvedlegget før bruk

**3. UTLØPSDATO**

EXP

**4. PRODUKSJONSNUMMER**

Batch

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

50 mg

**6. ANNET**

Oppbevares i kjøleskap (2 °C – 8 °C).  
Genzyme Europe B.V.- NL

## **B. PAKNINGSVEDLEGG**

## Pakningsvedlegg: Informasjon til brukeren

### Myozyme 50 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning Alglukosidase alfa

**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, apotek eller sykepleier.
- Kontakt lege, apotek eller sykepleier 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 Myozyme er, og hva det brukes mot
2. Hva du må vite før du blir gitt Myozyme
3. Hvordan Myozyme gis
4. Mulige bivirkninger
5. Hvordan du oppbevarer Myozyme
6. Innholdet i pakningen og ytterligere informasjon

#### 1. Hva Myozyme er og hva det brukes mot

Myozyme brukes for å behandle voksne, barn og ungdommer i alle aldre med en bekreftet diagnose på Pompes sykdom.

Mennesker som har Pompes sykdom har lave nivåer av et enzym som heter alfa-glukosidase. Dette enzymet hjelper kroppen med å kontrollere nivåene av glykogen (en type karbohydrat). Glykogen tilfører kroppen energi, men hos mennesker med Pompes sykdom, kan disse glykogennivåene bli for høye.

Myozyme inneholder et kunstig enzym, kalt alglukosidase alfa. Dette enzymet kan erstatte det naturlige enzymet som mangler hos mennesker med Pompes sykdom.

#### 2. Hva du må vite før du bruker Myozyme

##### **Bruk ikke Myozyme:**

Hvis du har opplevd livstruende allergiske reaksjoner (overfølsomhet) overfor alglukosidase alfa eller noen av de andre innholdsstoffene i dette legemidlet (listet opp i avsnitt 6) og ny administrasjon av legemiddelet ikke var vellykket. Symptomer på livstruende allergiske reaksjoner omfatter, men er ikke begrenset til, lavt blodtrykk, svært hurtig hjerterefrekvens, pustevansker, oppkast, hevelser i ansiktet, elveblest eller utslett.

##### **Advarsler og forsiktighetsregler**

Ved behandling med Myozyme kan du oppleve en infusjonsrelatert reaksjon mens du tar medisinen eller i løpet av timene etter infusjonen. En slik reaksjon omfatter ulike symptomer som lavt blodtrykk, ubehag i brystet, snoring i halsen, opphovning av ansikt, lepper eller tunge (angioødem), elveblest (urtikaria), svimmelhet, utslett, kløe i huden, kvalme, oppkast, hoste og bronkospasme (se avsnitt 4 for en oversikt over alle infusjonsrelaterte reaksjoner). En infusjonsrelatert reaksjon kan noen ganger være svært alvorlig. Hvis du opplever en slik reaksjon, må du **kontakte legen umiddelbart og opplyse om dette**. Det kan være du må ta legemidler før behandlingen for å forhindre en allergisk reaksjon (f.eks. antihistaminer og/eller kortikosteroider) eller febernedsettende legemidler (antipyretika).

I studier har leger brukt medisiner til å dempe immunforsvaret for å redusere produksjonen av antistoffer. Fordi du har Pompes sykdom, har du risiko for å få en alvorlig infeksjon i luftveiene eller lungene. Bruk av disse medisinene for å dempe immunforsvaret kan øke denne risikoen ytterligere.

Hvis du får alvorlige sår på huden, må du ta kontakt med legen din. Hvis bena dine hovner opp, eller du opplever generell opphovning, må du informere legen din. Legen bør vurdere seponering av administrasjon av Myozyme, og iverksette egnet medisinsk behandling. Legen din bør vurdere risiko og fordeler ved å readministrere Myozyme.

#### **Andre legemidler og Myozyme**

Rådfør deg med lege eller apotek dersom du bruker, nylig har brukt eller planlegger å bruke andre legemidler.

#### **Graviditet, amming og fertilitet**

Det er ingen erfaring med bruken av Myozyme hos gravide kvinner. Myozyme må ikke gis ved graviditet med mindre det er klart nødvendig. Det anbefales at du slutter å amme hvis du får Myozyme. Rådfør deg med lege eller apotek før du tar noen form for medisin dersom du er gravid eller ammer, tror at du kan være gravid eller planlegger å bli gravid.

#### **Kjøring og bruk av maskiner**

Vær forsiktig når du kjører eller bruker verktøy eller maskiner rett etter Myozyme-infusjon, da du kan oppleve svimmelhet.

#### **Myozyme inneholder natrium**

Dette legemiddelet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) per hetteglass, dvs. den er tilnærmet natriumsfri.

### **3. Hvordan Myozyme gis**

Myozyme skal gis under tilsyn av en lege som har erfaring i behandling av Pompes sykdom.

Dosen du får er basert på kroppsvekt. Anbefalt dosering av Myozyme er 20 mg/kg kroppsvekt gitt én gang hver 14. dag.

#### **Bruk av Myozyme hos barn og ungdom**

Den anbefalte doseringen av Myozyme hos barn og ungdom er den samme som hos voksne.

#### **Bruksanvisning**

Myozyme gis som venedrypp (som intravenøs infusjon). Myozyme er i pulverform og dette fortynnes med sterilt vann før det administreres.

#### **Dersom du får for mye Myozyme**

Det er ingen erfaring med overdosering av Myozyme.

#### **Dersom du har glemt å ta Myozyme**

Dersom du har glemt en infusjon skal du kontakte legen.

Spør lege, apotek eller sykepleier 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.

Bivirkninger oppstod hovedsaklig hos pasienter mens de fikk medisinen eller kort tid etter ("infusjonsrelatert bivirkning"). Enkelte av disse infusjonsrelaterte bivirkningene var alvorlige eller livstruende. Hos noen pasienter er det rapportert enkelte livstruende reaksjoner, herunder svært alvorlige generelle allergiske reaksjoner og anafylaktisk sjokk. Symptomer på slike reaksjoner omfatter lavt blodtrykk, svært høy hjertefrekvens, pustevansker, oppkast, hevelser i ansiktet, lepper

eller tunge, elveblest eller utslett. Noen pasienter har opplevd infusjonsrelaterte bivirkninger i form av influensalignende symptomer, som varte i noen dager etter avsluttet infusjon.

Opplever du slike reaksjoner, må du **kontakte legen øyeblikkelig**. Det kan være du trenger forbehandling med medisiner for å forhindre en allergisk reaksjon (f.eks. antihistaminer og/eller kortikosteroider) eller for å sette ned feber (antipyretika).

#### **Svært vanlige: kan inntreffe hos flere enn 1 av 10 personer**

- Elveblest
- Utslett
- Økt hjerterefrekvens
- Ansiktsrødme
- Feber eller økt kroppstemperatur
- Hoste
- Raskere pust
- Oppkast
- Lavt oksygenivå i blodet

#### **Vanlige: kan inntreffe hos opptil 1 av 10 personer**

- Blekhet
- Økt eller høyt blodtrykk
- Blålig misfarging av huden
- Frysninger
- Uro (agitasjon)
- Skjelving (tremor)
- Hodepine
- Prikking eller kribling
- Smerte eller lokal reaksjon ved venedrypp
- Svimmelhet
- Irritabilitet
- Kløe
- Brekninger
- Opphovning i ansiktet eller halsen, eller alvorlig kombinert opphovning av ansikt, hals og tunge som følge av en alvorlig allergisk reaksjon
- Opphovning av armer og bein
- Kvalme
- Brystubehag
- Fortetninger i hals
- Diaré
- Tretthet
- Muskelsmerter
- Muskelspasmer
- Alvorlige sår på huden
- Rødhet i huden

#### **Ikke kjent: frekvensen kan ikke anslås utifra tilgjengelige data**

- Hevelse rundt øynene
- Unaturlige pustelyder, inkludert en pipende lyd
- Pustevansker (herunder kortpusthet)
- Perifer kuldefølelse (f.eks. i hender og føtter)
- Lavt blodtrykk
- Innsnevring av blodårene, som reduserer blodstrømmen
- Plutselig innsnevring av bronkiene som hindrer luft i å gå inn og ut av lungene (bronkospasmer)
- Varmefølelse
- Økt svetting

- Såre øyne
- Brunflekker på huden
- Rastløshet
- Hiving etter pusten
- Redusert hjerterefrekvens
- Hjertestans
- Brystsmerter (ikke i hjertet)
- Betennelse i membranen som dekker øyeeplet og øyelokket
- Magesmerter
- Leddsmerter
- Forbigående pustevansker eller plutselig pustestans
- Proteintap i urinen
- Nefrotisk syndrom: opphovning i beina, generell opphovning og proteintap i urinen
- Hevelse og fortykning av huden på infusjonsstedet dersom produktet lekker utenfor blodåren.

### **Melding av bivirkninger**

Kontakt lege, apotek eller sykepleier 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 Vedlegg V. Ved å melde fra om bivirkninger bidrar du med informasjon om sikkerheten ved bruk av dette legemidlet.

## **5. Hvordan du oppbevarer Myozyme**

Oppbevares utilgjengelig for barn

Bruk ikke dette legemidlet etter utløpsdatoen som er angitt på etiketten etter ”EXP”. Utløpsdatoen henviser til den siste dagen i den måneden.

Oppbevares i kjøleskap (2 °C – 8 °C).

Etter fortynning anbefales det at legemidlet brukes umiddelbart. Kjemisk og fysisk bruksstabilitet er imidlertid vist for 24 timer ved 2 til 8 °C når det oppbevares beskyttet mot lys

Legemidler skal ikke kastes i avløpsvann eller sammen med husholdningsavfall. Spør på apoteket hvordan du skal kaste legemidler som du ikke lenger bruker. Disse tiltakene bidrar til å beskytte miljøet.

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

### **Sammensetning av Myozyme**

-Virkestoffet er alglukosidase alfa. Ett hetteglass inneholder 50 mg alglukosidase alfa. Etter rekonstituering inneholder oppløsningen 5 mg alglukosidase alfa per ml og etter fortynning varierer konsentrasjonen fra 0,5 mg til 4 mg/ml.

-Hjelpestoffer er

- mannitol (E421)
- natriumdihydrogenfosfatmonohydrat (E339)
- dinatriumhydrogenfosfatheptahydrat (E339)
- polysorbat 80 (E433)

## Hvordan Myozyme ser ut og innholdet i pakningen

Myozyme er et pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning i en hetteglasspakning (50 mg/hetteglass). Hver pakning inneholder 1, 10 eller 25 hetteglass. Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

Pulveret er hvitt til off-white. Etter rekonstituering er det en klar, fargeløs til lys gul oppløsning, som kan inneholde partikler. Den rekonstituerte oppløsningen må fortynnes ytterligere.

## Innehaver av markedsføringstillatelsen og tilvirker

### Innehaver av markedsføringstillatelsen

Genzyme Europe B.V., Gooimeer 10, 1411 DD, Naarden, Nederland

### Tilvirker

Genzyme Ltd., 37 Hollands Road, Haverhill, Suffolk CB9 8PU, Storbritannia

Genzyme Ireland Ltd., IDA Industrial Park, Old Kilmeaden Road, Waterford, Irland

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

**België/Belgique/Belgien/  
Luxembourg/Luxemburg**  
Sanofi Belgium  
Tél/Tel: + 32 2 710 54 00

**Magyarország**  
SANOFI-AVENTIS Zrt.  
Tel: +36 1 505 0050

**България**  
SANOFI BULGARIA EOOD  
Тел: +359 (0) 2 9705300

**Malta**  
Sanofi-Aventis Malta Ltd  
Tel: +356 21493022

**Česká republika**  
sanofi-aventis, s.r.o.  
Tel: +420 233086 111

**Nederland**  
Genzyme Europe B.V.  
Tel: +31 35 699 1200

**Danmark**  
sanofi-aventis Denmark A/S  
Tlf: +45 45 16 70 00

**Norge**  
sanofi-aventis Norge AS  
Tlf: + 47 67 10 71 00

**Deutschland**  
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH  
Tel.: 0800 04 36 996  
Tel. aus dem Ausland: +49 69 305 70 13

**Österreich**  
sanofi-aventis GmbH  
Tel: + 43 1 80 185 – 0

**Eesti**  
sanofi-aventis Estonia OÜ  
Tel. +372 6 273 488

**Polska**  
sanofi-aventis Sp. z o.o.  
Tel.: +48 22 280 00 00

**Ελλάδα**  
sanofi-aventis AEBE  
Τηλ: +30 210 900 1600

**Portugal**  
Sanofi – Produtos Farmacêuticos, Lda.  
Tel: +351 21 35 89 400

**España**  
sanofi-aventis, S.A.  
Tel: +34 93 485 94 00

**România**  
Sanofi Romania SRL  
Tel: +40 (0) 21 317 31 36

**France**  
sanofi-aventis France  
Tél: 0 800 222 555

**Slovenija**  
sanofi-aventis d.o.o.  
Tel: +386 1 560 4800

Appel depuis l'étranger: +33 1 57 63 23 23

**Hrvatska**

sanofi-aventis Croatia d.o.o.  
Tel: +385 1 600 34 00

**Slovenská republika**

sanofi-aventis Pharma Slovakia s.r.o.  
Tel.: +421 2 33 100 100

**Ireland**

Sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI  
Tel: +353 (0) 1 403 56 00

**Ísland**

Vistor hf.  
Sími: +354 535 7000

**Suomi/Finland**

Sanofi Oy  
Puh/Tel: + 358 201 200 300

**Italia**

Sanofi S.p.A.  
Tel: +39 059 349 811

**Sverige**

Sanofi AB  
Tel: +46 (0)8 634 50 00

**Κύπρος**

sanofi-aventis Cyprus Ltd.  
Τηλ: +357 22 871600

**United Kingdom**

Sanofi  
Tel +44 (0) 845 372 7101

**Latvija**

sanofi-aventis Latvia SIA  
Tel: +371 67 33 24 51

**Lietuva**

UAB „SANOFI-AVENTIS LIETUVA“  
Tel. +370 5 275 5224

**Dette pakningsvedlegget ble sist oppdatert**

Detaljert informasjon om dette legemidlet finnes på nettstedet til European Medicines Agency: <http://www.ema.europa.eu>. Du finner også lenker til andre nettsteder med informasjon om sjeldne sykdommer og behandlingsregimer.

-----  
Påfølgende informasjon er bare beregnet på helsepersonell:

**Bruksanvisning – rekonstituering, fortynning og administrasjon**

Myozyme må rekonstitueres med vann før injeksjon, og deretter fortynnes med natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) oppløsning til injeksjon og så administreres gjennom venedrypp (intravenøs infusjon). Det er viktig at rekonstituering og fortynning skjer etter godkjente rutiner, og med bruk av aseptisk teknikk.

På grunn av legemidlets proteinaktige natur, kan det forekomme partikkelformasjon i den rekonstituerte løsningen og i infusjonsposene. Derfor må det brukes et lavtproteinbindende 0,2 mikronfilter ved administrasjon. Tester viser at bruk av et slikt mikronfilter fjerner synlige partikler og at det ikke fører til noe synlig tap av protein eller aktivitet.

Bestem antall hetteglass som skal rekonstitueres basert på den enkelte pasientens dosering (mg/kg), og ta de nødvendige hetteglassene ut av kjøleskapet slik at de kan nå romtemperatur, (ca. 30 minutter). Eventuelt gjenværende Myozyme i åpnete hetteglass må ikke gjenbrukes.



## **Bruk aseptisk teknikk**

### **• Rekonstituering**

Rekonstituer hvert 50 mg hetteglass med Myozyme med 10,3 ml vann til injeksjonsvæsker. Tilsett vannet til injeksjonsvæsker ved hjelp av en sprøyte med en nålediameter på maks. 20 gauge. Legg til vann til injeksjonsvæsker sakte dråpe for dråpe ned langs siden på hetteglasset, og ikke direkte på den lyofiliserte kaken. Vipp og rull hvert hetteglass forsiktig. Ikke snu det opp ned, vri eller rist på hetteglasset. Det rekonstituerte volumet er 10,5 ml som inneholder 5 mg enzym/ml, og er en klar, fargeløs til lys gul oppløsning som kan inneholde partikler i form av tynne, hvite tråder eller gjennomskinnelige fibre. Foreta en umiddelbar inspeksjon av dem rekonstituerte hetteglassene for å se etter fremmedlegemer eller misfarging. Dersom du ved umiddelbar inspeksjon ser fremmedlegemer andre enn dem som beskrives ovenfor, eller dersom oppløsningen er misfarget, skal du ikke bruke legemidlet. pH på den rekonstituerte oppløsningen er ca. 6.2.

Etter rekonstituering anbefales det at hetteglassene fortynnes omgående (se nedenfor).

### **• Fortynning**

Når oppløsningen er rekonstituert som ovenfor, inneholder oppløsningen i hetteglasset 5 mg alglukosidase alfa per ml. Det rekonstituerte volumet gjør at du nøyaktig kan trekke ut 10,0 ml (tilsvarende 50 mg) fra hvert hetteglass. Dette må fortynnes ytterligere som følger: Trekk den rekonstituerte oppløsningen sakte ut av hvert hetteglass til du har fått volumet til pasientens dose ved hjelp av en sprøyte med en nålediameter på maks. 20 gauge. Anbefalt endelig konsentrasjon med alglukosidase i infusjonsposene varierer fra 0,5 mg/ml til 4 mg/ml. Fjern luftrommet inni infusjonsposen og trekk i tillegg ut og fjern tilsvarende volum natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) oppløsning til injeksjon, som vil bli erstattet av rekonstituert Myozyme. Injisér den rekonstituerte Myozyme sakte direkte i natriumklorid 9 mg/ml (0,9 %) oppløsning til injeksjon. Snu infusjonsposen forsiktig opp ned eller masser den forsiktig for å blande den fortynnete oppløsningen. Ikke rist eller beveg kraftig på infusjonsposen.

Den endelige infusjonsvæsken skal gis så nær preparasjonstiden som mulig.

Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles i henhold til lokale krav

### **• Administrasjon**

Det anbefales å starte administrasjonen av den fortynnete oppløsningen innen tre timer. Total tid mellom rekonstituering og fullføring av infusjonen må ikke overstige 24 timer.

Anbefalt doseregime på Myozyme er 20 mg/kg kroppsvikt gitt én gang annenhver uke som intravenøs infusjon.

Infusjoner må gis trinnvis. Det anbefales at infusjonen innledes med en hastighet på 1 mg/kg/t, og økes gradvis med 2 mg/kg/t hvert 30. minutt dersom det ikke finnes tegn på IRR (infusjonsrelaterte reaksjoner) til maksimalt hastighet på 7 mg/kg/t er nådd.