

BILAG I
PRODUKTRESUMÉ

1. LÆGEMIDLETS NAVN

Remsima 100 mg pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning.

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING

Et hætteglas indeholder 100 mg infliximab*. Efter rekonstitution indeholder hver ml 10 mg infliximab.

*Infliximab er et kimærisk monoklonalt humant-murint IgG1-antistof fremstillet i murine hybridomaceller ved rekombinant DNA-teknologi.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

3. LÆGEMIDDELFORM

Pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning (pulver til koncentrat).

Pulveret er hvidt.

4. KLINISKE OPLYSNINGER

4.1 Terapeutiske indikationer

Reumatoid arthritis

Remsima, i kombination med methotrexat, er indiceret til reduktion af sygdomstegn og symptomer samt forbedring af fysisk funktionsevne hos:

- voksne patienter med aktiv sygdom, når responset til sygdomsmodulerende antireumatiske lægemidler (DMARDs), inklusive methotrexat, har været utilstrækkeligt.
- voksne patienter med alvorlig, aktiv og progressiv sygdom, der ikke tidligere er behandlet med methotrexat eller andre DMARD.

I disse patientpopulationer er en reduktion i hastigheden af progressionen af ledske, målt ved røntgen, blevet påvist (se pkt. 5.1).

Crohns sygdom, voksne

Remsima er indiceret til:

- behandling af moderat til svært aktiv Crohns sygdom hos voksne patienter, som ikke har responderet på trods af en fuldstændig og adækvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunsuppressivum, eller som er intolerante over for eller har kliniske kontraindikationer for sådanne behandlinger.
- behandling af fistulerende, aktiv Crohns sygdom hos voksne patienter, som ikke har responderet på trods af en fuldstændig og adækvat behandlingsperiode med konventionel behandling (inklusive antibiotika, drænage og immunsuppressiv behandling).

Crohns sygdom, børn

Remsima er indiceret til behandling af svær, aktiv Crohns sygdom hos børn og unge mellem 6 og 17 år, som ikke har responderet på konventionel behandling inklusive kortikosteroid, immunmodulator og primær ernæringsbehandling, eller som er intolerante over for eller hvor der er kontraindikationer mod sådanne behandlinger. Infliximab er kun blevet undersøgt i kombination med konventionel immunsuppressiv behandling.

Colitis ulcerosa

Remsima er indiceret til behandling af moderat til svær, aktiv colitis ulcerosa hos voksne patienter, som har haft utilstrækkelig respons af konventionel behandling inklusive kortikosteroider og 6-mercaptopurin (6-MP) eller azathioprin (AZA), eller som er intolerante over for eller har kliniske kontraindikationer for sådanne behandlinger.

Colitis ulcerosa, børn

Remsima er indiceret til behandling af svær, aktiv colitis ulcerosa hos børn og unge i alderen 6 til 17 år, som har responderet utilstrækkeligt på konventionel behandling, inklusive kortikosteroider og 6-MP eller AZA, eller som er intolerante over for eller hvor der er kontraindikationer mod disse behandlinger.

Ankyloserende spondylitis

Remsima er indiceret til behandling af svær, aktiv ankyloserende spondylitis hos voksne patienter, som har responderet utilstrækkeligt på konventionel behandling.

Psoriasis arthritis

Remsima er indiceret til behandling af aktiv og progressiv psoriasis arthritis hos voksne patienter, hvor respons på tidligere DMARD-behandling har været utilstrækkelig.

Remsima bør administreres:

- i kombination med methotrexat
- eller alene hos patienter, der udviser intolerance over for methotrexat, eller for hvem methotrexat er kontraindiceret.

Det er blevet påvist, at infliximab fremmer fysisk funktion hos patienter med psoriasis arthritis samt reducerer udviklingshastigheden af perifere ledskader målt med røntgen hos patienter med polyartikulære symmetriske undertyper af sygdommen (se pkt. 5.1).

Psoriasis

Remsima er indiceret til behandling af moderat til svær plaque psoriasis hos voksne patienter, som ikke responderede på, eller som har en kontraindikation for eller som ikke tåler anden systemisk behandling inklusive ciclosporin, methotrexat eller psoralen ultra-violet A (PUVA) (se pkt. 5.1).

4.2 Dosering og administration

Behandling med Remsima skal initieres og holdes under opsyn af kvalificerede læger med erfaring i diagnostik og behandling af reumatoid arthritis, inflammatoriske tarmsygdomme, ankyloserende spondylitis, psoriasis arthritis eller psoriasis. Remsima administreres intravenøst. Remsima-infusioner skal administreres af kvalificeret sundhedspersonale, som er trænet i at detektere infusionsrelaterede problemer. Indlægssedlen og patientinformationskortet skal gives til patienter, som behandles med Remsima.

Under Remsimabehandling bør anden samtidig behandling såsom kortikosteroider og immunsuppressiva optimeres.

Det er vigtigt at kontrollere produktets mærkning for at sikre, at den korrekte formulering (intravenøs eller subkutan) administreres til patienten som ordineret. Remsima subkutan formulering er ikke beregnet til intravenøs administration og bør udelukkende administreres via en subkutan injektion.

Dosering

Voksne (≥ 18 år)

Reumatoid arthritis

Intravenøs infusion med 3 mg/kg efterfulgt af yderligere infusionsdoser på 3 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion, og herefter hver 8. uge.

Remsima skal anvendes sammen med methotrexat.

Foreliggende data tyder på, at det kliniske respons sædvanligvis nås inden for 12 ugers behandling. Hvis en patient får en utilstrækkelig respons eller mangler respons efter denne periode, kan det overvejes at øge dosis trinvis med ca. 1,5 mg/kg op til et maksimum på 7,5 mg/kg hver 8. uge. Alternativt kan administration af 3 mg/kg så ofte som hver 4. uge overvejes. Hvis der opnås tilstrækkelig respons, bør patienten fortsætte på den valgte dosis eller doseringsfrekvens. Fortsat behandling bør revurderes nøje hos patienter, som ikke viser tegn på klinisk fordel inden for de første 12 ugers behandling eller efter dosisjustering.

Moderat til svært aktiv Crohns sygdom

5 mg/kg indgivet som en intravenøs infusion efterfulgt af en yderligere 5 mg/kg infusion 2 uger efter den første infusion. Hvis patienten ikke responderer efter 2 doser, bør der ikke behandles yderligere med infliximab. Foreliggende data støtter ikke fortsat infliximab-behandling hos patienter, der ikke responderer inden for 6 uger efter den første infusion.

Hos responderende patienter er der følgende, forskellige strategier for fortsat behandling:

- Vedligeholdelse: Yderligere infusionsdosis på 5 mg/kg 6 uger efter den første dosis, efterfulgt af infusionsdoser hver 8. uge eller
- Fornyet administration: Infusion af 5 mg/kg, hvis sygdomstegn og symptomer på sygdommen kommer igen (se 'Fornyet administration' nedenfor samt pkt. 4.4).

Selvom sammenlignende data mangler, indikerer begrænsede data hos patienter, der initialt responderede på 5 mg/kg, men som mistede respons, at nogle patienter kan genvinde respons med dosisoptrapning (se pkt. 5.1). Fortsat behandling bør nøje genovervejes hos patienter, der ikke viser tegn på terapeutisk fordel efter dosisjustering.

Fistulerende, aktiv Crohns sygdom

5 mg/kg indgivet som en intravenøs infusion følges op med yderligere infusioner på 5 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion. Hvis en patient ikke responderer efter 3 doser, bør der ikke gives yderligere behandling med infliximab.

Hos responderende patienter, er de alternative strategier for fortsat behandling:

- Vedligeholdelse: Yderligere infusionsdoser på 5 mg/kg hver 8. uge eller
- Fornyet administration: Infusion af 5 mg/kg, hvis sygdomstegn og symptomer på sygdommen kommer igen, efterfulgt af infusionsdoser på 5 mg/kg hver 8. uge (se "Fornyet administration" nedenfor samt pkt. 4.4).

Selvom sammenlignende resultater mangler, indikerer begrænsede data hos patienter, der initialt responderede på 5 mg/kg, men som mistede respons, at nogle patienter kan genvinde respons med dosisoptrapning (se pkt. 5.1). Fortsat behandling bør nøje genovervejes hos patienter, der ikke viser tegn på terapeutisk fordel efter dosisjustering.

I Crohns sygdom er erfaring med fornyet administration efter recidiverende sygdomstegn og symptomer begrænset og sammenlignende data vedrørende gavn *versus* risici på de forskellige strategier savnes.

Colitis ulcerosa

Intravenøs infusion med 5 mg/kg efterfulgt af yderligere infusionsdoser på 5 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion, og herefter hver 8. uge.

Foreliggende data tyder på, at det kliniske respons sædvanligvis opnås inden for 14 ugers behandling, svarende til tre doser. Fortsat behandling bør revurderes nøje hos patienter, som ikke viser tegn på terapeutisk virkning inden for denne periode.

Ankyloserende spondylitis

5 mg/kg givet som en intravenøs infusion efterfulgt af yderligere infusionsdoser på 5 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion, herefter hver 6. til 8. uge. Hvis en patient ikke responderer ved uge 6 (det vil sige efter 2 doser), bør der ikke gives yderligere behandling med infliximab.

Psoriasis arthritis

5 mg/kg givet som en intravenøs infusion efterfulgt af yderligere infusionsdoser på 5 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion, herefter hver 8. uge.

Psoriasis

5 mg/kg givet som en intravenøs infusion efterfulgt af yderligere infusionsdoser på 5 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion, herefter hver 8. uge. Hvis en patient ikke viser respons efter 14 uger (det vil sige efter 4 doser), bør der ikke gives yderligere behandling med infliximab.

Fornyet administration ved Crohns sygdom og reumatoid arthritis

Hvis tegn og symptomer på sygdom vender tilbage, kan infliximab indgives på ny inden for 16 uger efter den seneste infusion. I kliniske studier har forsinkede overfølsomhedsreaktioner været usædvanlige og er forekommet efter infliximab-fri perioder på mindre end 1 år (se pkt. 4.4 og 4.8). Sikkerhed og virkning ved fornyet administration efter en infliximab-fri periode på over 16 uger er ikke klarlagt. Dette gælder både for patienter med Crohns sygdom og patienter med reumatoid arthritis.

Fornyet administration ved colitis ulcerosa

Sikkerhed og virkning ved fornyet administration, udover hver 8. uge, er ikke klarlagt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Fornyet administration ved ankyloserende spondylitis

Sikkerhed og virkning ved fornyet administration, udover hver 6. til 8. uge, er ikke klarlagt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Fornyet administration ved psoriasis arthritis

Sikkerhed og virkning ved fornyet administration, udover hver 8. uge, er ikke klarlagt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Fornyet administration ved psoriasis

Begrænset erfaring fra fornyet administration med en enkelt infliximab dosis ved psoriasis efter et interval på 20 uger tyder på nedsat virkning og en højere incidens af lette til moderate infusionsreaktioner sammenlignet med det initiale induktionsregime (se pkt. 5.1).

Begrænset erfaring ved gentagelse af induktionsbehandling ved genbehandling efter opblussen af sygdom tyder på en højere hyppighed af infusionsreaktioner, inklusive alvorlige reaktioner, sammenlignet med 8-uges vedligeholdelsesbehandling (se pkt. 4.8).

Fornyet administration på tværs af indikationer

Hvis vedligeholdelsesbehandling afbrydes, og der er behov for genstart af behandlingen, anbefales det ikke at gentage induktionsbehandling (se pkt. 4.8). I denne situation bør infliximab initieres igen som en enkelt dosis efterfulgt af vedligeholdelsesdoser som anbefalet ovenfor.

Særlige populationer

Ældre

Der er ikke udført specifikke studier af infliximab hos ældre patienter. Der er ikke iagttaget større aldersrelaterede forskelle i clearance eller fordelingsvolumen i kliniske studier. Dosisjustering er ikke påkrævet (se pkt. 5.2). Se pkt. 4.4 og 4.8 for mere information omkring sikkerhed ved brug af infliximab hos ældre patienter.

Nedsat nyre- og/eller leverfunktion

Infliximab er ikke undersøgt hos disse patientpopulationer. Der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering (se pkt. 5.2).

Pædiatrisk population

Crohns sygdom (6 til 17 år)

5 mg/kg gives som en intravenøs infusion efterfulgt af yderligere 5 mg/kg infusionsdoser 2 og 6 uger efter den første infusion, derefter hver 8. uge. De foreliggende data understøtter ikke yderligere infliximab-behandling af børn og unge, som ikke responderer inden for de første 10 ugers behandling (se pkt. 5.1).

For nogle patienter kan det være nødvendigt med et kortere doseringsinterval for at opretholde den kliniske fordel, mens det for andre kan være tilstrækkeligt med et længere doseringsinterval. Patienter, for hvem doseringsintervallet er afkortet til under 8 uger, kan have større risiko for bivirkninger. Fortsat behandling med forkortet interval bør overvejes grundigt hos patienter, som ikke viser tegn på øget terapeutisk fordel efter ændring af doseringsintervallet.

Infliximabs sikkerhed og virkning hos børn under 6 år med Crohns sygdom er ikke klarlagt. De foreliggende farmakokinetiske data er beskrevet i pkt. 5.2, men der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering hos børn under 6 år.

Colitis ulcerosa (6-17 år)

5 mg/kg som intravenøs infusion efterfulgt af yderligere 5 mg/kg 2 og 6 uger efter den første infusion, derefter hver 8. uge. De foreliggende data understøtter ikke yderligere infliximab-behandling hos pædiatriske patienter, som ikke responderer inden for de første 8 ugers behandling (se pkt. 5.1).

Infliximabs sikkerhed og virkning hos børn under 6 år med colitis ulcerosa er ikke undersøgt. De foreliggende farmakokinetiske data er beskrevet i pkt. 5.2, men der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering hos børn under 6 år.

Psoriasis

Infliximabs sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år for indikationen psoriasis er ikke klarlagt. De foreliggende data er beskrevet i pkt. 5.2, men der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering.

Juvenil idiopatisk arthritis, psoriasis arthritis og ankyloserende spondylitis

Infliximabs sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år for indikationerne juvenil idiopatisk arthritis, psoriasis arthritis og ankyloserende spondylitis er ikke klarlagt. De foreliggende data er beskrevet i pkt. 5.2, men der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering.

Juvenil reumatoid arthritis

Infliximabs sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år for indikationen juvenil reumatoid arthritis er ikke klarlagt. De foreliggende data er beskrevet under pkt. 4.8 og 5.2, men der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering.

Administration

Infliximab skal administreres intravenøst over en 2-timers periode. Alle patienter, der har fået infliximab, skal observeres i mindst 1-2 timer efter infusionen for akutte infusionsrelaterede reaktioner. Nødudstyr såsom adrenalin, antihistaminer, kortikosteroider, tungeholder og Rubens ballon skal være tilgængeligt. Patienter kan præmedicineres med fx et antihistamin, hydrocortison og/eller paracetamol og infusionshastigheden kan reduceres for at nedsætte risikoen for infusionsrelaterede reaktioner, især hvis infusionsrelaterede reaktioner er set tidligere (se pkt. 4.4).

Kortere infusionstid ved indikationer hos voksne

Hos nøje udvalgte voksne patienter, som har tålt mindst 3 initiale 2-timers infusioner med infliximab (induktionsfase) og får vedligeholdelsesterapi, kan det overvejes at indgive de efterfølgende infusioner over en periode på ikke mindre end 1 time. Hvis der opstår en infusionsreaktion i forbindelse med den forkortede infusionstid, kan en langsommere infusionshastighed overvejes ved fremtidige infusioner, hvis behandlingen skal fortsættes. Kortere infusionstid ved doser > 6 mg/kg er ikke blevet undersøgt (se pkt. 4.8).

For instruktioner vedrørende tilberedning og administration, se pkt. 6.6.

4.3 Kontraindikationer

Overfølsomhed over for det aktive stof, over for andre murine proteiner eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i punkt 6.1.

Patienter med tuberkulose eller andre alvorlige infektioner såsom sepsis, abscesser og opportunistiske infektioner (se pkt. 4.4).

Patienter med moderat eller svær hjerteinsufficiens (NYHA funktionsklasse III/IV) (se pkt. 4.4 og 4.8).

4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen

Sporbarhed

For at forbedre sporbarheden af biologiske lægemidler skal det administrerede produkts navn og batchnummer tydeligt registreres.

Infusionsreaktioner og overfølsomhed

Infliximab har været forbundet med akutte infusionsrelaterede reaktioner, omfattende anafylaktisk shock samt forsinkede overfølsomhedsreaktioner (se pkt. 4.8).

Akutte infusionsreaktioner inklusive anafylaktiske reaktioner kan opstå under (inden for sekunder) eller få timer efter infusionen. Hvis akutte infusionsreaktioner opstår, skal infusionen afbrydes øjeblikkeligt. Nødudstyr såsom adrenalin, antihistaminer, kortikosteroider, tungeholder og Rubens ballon skal være tilgængeligt. Patienter kan forbehandles med for eksempel et antihistamin, hydrocortison og/eller paracetamol, for at forebygge lette og forbigående reaktioner. Antistoffer over for infliximab kan udvikles og har været forbundet med en øget frekvens af infusionsreaktioner. En lille del af infusionsreaktionerne var alvorlige allergiske reaktioner. En sammenhæng mellem udvikling af antistoffer over for infliximab og reduceret varighed af respons er også blevet observeret. Samtidig administration af immunmodulatorer er blevet forbundet med en lavere hyppighed af antistoffer over for infliximab og en reduktion i frekvensen af infusionsreaktioner. Virkningen af samtidig behandling med immunmodulatorer var mere udtalt hos patienter behandlet periodevist i forhold til patienter i vedligeholdelsesbehandling. Patienter, der får seponeret immunsuppressiva før eller under infliximab-behandling, har større risiko for at udvikle disse antistoffer. Antistoffer over for infliximab kan ikke altid påvises i serumprøver. Hvis alvorlige

reaktioner opstår, skal symptomatisk behandling gives, og der må ikke gives yderligere infliximab-infusioner (se pkt. 4.8).

I kliniske studier har forsinkede overfølsomhedsreaktioner været rapporteret. Foreliggende data tyder på en øget risiko for forsinket overfølsomhed ved længerevarende infliximab-fri periode. Patienter bør rådes til at søge øjeblikkelig lægehjælp, hvis de oplever en forsinket bivirkning (se pkt. 4.8). Hvis patienter genbehandles efter en længere periode, skal de følges nøje vedrørende tegn og symptomer på forsinket overfølsomhed.

Infektioner

Patienter skal følges tæt for infektioner, inklusive tuberkulose før, under og efter behandling med infliximab. Da eliminationen af infliximab kan tage op til 6 måneder, bør monitorering fortsættes i denne periode. Behandling med infliximab må ikke fortsættes, hvis en patient udvikler en alvorlig infektion eller sepsis.

Forsigtighed bør udvises, når brug af infliximab overvejes hos patienter med kronisk infektion eller med en sygdomshistorie med tilbagevendende infektioner, inklusive samtidig behandling med immunsuppressive lægemidler. Patienter bør informeres efter behov og undgå at blive udsat for potentielle risikofaktorer for infektion.

Tumor nekrose faktor alfa (TNF_{α}) frembringer betændelse og modulerer cellulært immunrespons. Eksperimentelle data viser, at TNF_{α} er afgørende for at bekæmpe intracellulære infektioner. Klinisk erfaring viser, at modtagerens forsvar mod infektion er nedsat hos nogle patienter behandlet med infliximab.

Vær opmærksom på, at suppression af TNF_{α} kan maskere symptomer på infektion såsom feber. Tidlig erkendelse af atypiske kliniske forekomster af alvorlige infektioner og typiske kliniske forekomster af sjældne og usædvanlige infektioner er afgørende for at begrænse forsinkelse i diagnosticering og behandling.

Patienter, som tager TNF-blokkere, er mere modtagelige for alvorlige infektioner.

Tuberkulose, bakterieinfektioner, inklusive sepsis og pneumoni, invasive svampeinfektioner, virale infektioner og andre opportunistiske infektioner er set hos patienter behandlet med infliximab. Nogle af disse infektioner har været letale; de opportunistiske infektioner, der oftest er set med en mortalitetsrate $> 5\%$, indbefatter pneumocystose, candidiasis, listeriose og aspergillose.

Patienter, som udvikler en ny infektion, imens de er under behandling med infliximab, bør monitoreres tæt og gennemgå en komplet diagnostisk evaluering. Behandling med infliximab bør seponeres, hvis en patient udvikler en ny alvorlig infektion eller sepsis, og passende antimikrobiel eller antimykotisk behandling bør initieres, indtil infektionen er under kontrol.

Tuberkulose

Der er set tilfælde af aktiv tuberkulose hos patienter behandlet med infliximab. Det bør bemærkes, at i størstedelen af disse tilfælde var der tale om tuberkulose med ekstrapulmonal placering i form af enten lokal eller dissemineret sygdom.

Før initiering af behandling med infliximab skal alle patienter vurderes for både aktiv og inaktiv ("latent") tuberkulose. Denne vurdering skal omfatte en detaljeret anamnese vedrørende eventuel tidligere tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med personer med tuberkulose samt tidligere og/eller nuværende immunsuppressiv behandling. Passende screeningundersøgelser, (fx tuberkulintest, røntgen af thorax og/eller *Interferon Gamma Release Assay*, bør udføres hos alle patienter (lokale vejledninger kan være gældende). Det anbefales, at udførelsen af disse undersøgelser registreres på patientens informationskort. Opmærksomheden henledes på risikoen for falsk negative resultater af tuberkulintesten, især hos patienter, der er alvorligt syge eller immunsupprimerede.

Ved aktiv tuberkulose, må infliximab-behandling ikke påbegyndes (se pkt. 4.3).

Hvis latent tuberkulose er under mistanke, bør en læge med ekspertise i behandling af tuberkulose konsulteres. I alle situationer beskrevet nedenfor bør benefit/risk-balancen af infliximab-behandling vurderes meget nøje.

Hvis inaktiv ("latent") tuberkulose diagnosticeres, skal behandling for latent tuberkulose påbegyndes med behandling mod tuberkulose før initiering af infliximab-behandling i henhold til lokale vejledninger.

Hos patienter, der har adskillige eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og har en negativ test for latent tuberkulose, bør anti-tuberkulosebehandling overvejes før initieringen af infliximab.

Anvendelsen af anti-tuberkulosebehandling bør også overvejes før initieringen af infliximab hos patienter med en tidligere sygdomshistorie med latent eller aktiv tuberkulose, hos hvem et passende behandlingsprogram ikke kan bekræftes.

Der er rapporteret om enkelte tilfælde af aktiv tuberkulose under og efter behandling for latent tuberkulose hos patienter i behandling med infliximab.

Alle patienter skal informeres om at søge læge, hvis sygdomstegn/symptomer, der tyder på tuberkulose (vedvarende hoste, skranten/vægttab, let feber), forekommer under eller efter infliximab-behandling.

Invasive svampeinfektioner

Hos patienter behandlet med infliximab bør en invasiv svampeinfektion såsom aspergillose, candidiasis, pneumocystose, histoplasmose, kokcidioidomykose eller blastomykose mistænkes, hvis en alvorlig systemisk sygdom udvikles, og en læge med ekspertise i diagnosticering og behandling af invasive svampeinfektioner bør konsulteres på et tidligt stadium, når disse patienter undersøges. Invasive svampeinfektioner kan være disseminerede snarere end lokale sygdomme, og test for tilstedeværelse af antigen og antistof kan være negativ hos nogle patienter med aktiv infektion. Relevant empirisk antifungal behandling bør overvejes under diagnosticeringen, idet der både tages hensyn til risikoen ved alvorlig svampeinfektion og risikoen ved antifungal behandling.

Hos patienter, der har boet i eller rejst til områder, hvor invasive svampeinfektioner såsom histoplasmose, kokcidioidomykose eller blastomykose er endemiske, skal fordele og risici ved infliximab-behandling overvejes omhyggeligt, før infliximab-behandling initieres.

Fistulerende Crohns sygdom

Patienter med fistulerende Crohns sygdom med akut pusdannende fistler må ikke påbegynde infliximab-behandling, før en kilde til mulig infektion, specielt abscesser, er blevet udelukket (se pkt. 4.3).

Reaktivering af hepatitis B (HBV)

Reaktivering af hepatitis B er forekommet hos patienter, der fik en TNF-antagonist inklusive infliximab, og som var kroniske bærere af dette virus. Nogle tilfælde har haft dødelig udgang.

Før behandlingen med infliximab påbegyndes, skal patienten testes for HBV-infektion. Hos patienter med positiv test for HBV-infektion, anbefales det at rådføre sig med en læge med erfaring i behandling af hepatitis B. Bærere af HBV, hvor behandling med infliximab er nødvendig, skal følges nøje under behandlingen og i adskillige måneder efter afslutning af behandlingen for at registrere tegn og symptomer på aktiv HBV-infektion. Der foreligger ingen data om antiviral behandling profylaktisk mod HBV-reaktivering i forbindelse med TNF-antagonist-behandling hos patienter, som er bærere af HBV. Infliximab bør seponeres hos patienter, hvor HBV reaktiveres, og effektiv antiviral behandling med passende understøttende behandling bør igangsættes.

Lever- og galdevejshændelser

Tilfælde af gulsot og ikke-infektiøs hepatitis, nogle med tegn på autoimmun hepatitis, er set efter markedsføring af infliximab. Isolerede tilfælde af leversvigt resulterende i levertransplantation eller dødsfald er forekommet. Patienter med symptomer eller tegn på nedsat leverfunktion bør undersøges for tegn på leverskade. Hvis der opstår gulsot og/eller ALAT-forhøjelser ≥ 5 gange øvre grænse af normalområdet, bør infliximab seponeres, og et omhyggelig studie af hændelsen bør foretages.

Samtidig administration af TNF-alfahæmmer og anakinra

Der blev observeret alvorlige infektioner og neutropeni i kliniske studier ved samtidig anvendelse af anakinra og et andet TNF $_{\alpha}$ -blokerende middel, etanercept, uden nogen øget klinisk fordel sammenlignet med etanercept indgivet alene. Grundet egenskaberne af bivirkningerne set ved kombinationsbehandlingen med etanercept og anakinra, kan lignende toksiciteter muligvis forekomme ved kombination af anakinra med andre TNF $_{\alpha}$ -blokerende midler. Derfor kan kombination af infliximab og anakinra ikke anbefales.

Samtidig administration af TNF-alfahæmmer og abatacept

Samtidig administration af TNF-alfahæmmere og abatacept har i kliniske studier været forbundet med en øget risiko for infektioner, inklusive alvorlige infektioner, uden en øget klinisk fordel, sammenlignet med TNF-hæmmere alene. Kombinationen af infliximab og abatacept anbefales ikke.

Samtidig administration af anden biologisk behandling

Der foreligger ikke tilstrækkelig information om samtidig brug af infliximab og andre biologiske lægemidler til behandling af de samme lidelser som infliximab. Samtidig brug af infliximab og disse biologiske lægemidler anbefales ikke på grund af øget risiko for infektioner og andre potentielle farmakologiske interaktioner.

Skift mellem biologiske DMARDS

Der bør udvises forsigtighed, og patienterne skal fortsat monitoreres, ved skift fra et biologisk lægemiddel til et andet, da overlappende biologisk aktivitet kan øge risikoen for bivirkninger yderligere, herunder for infektioner.

Vaccinationer

Det anbefales, at patienterne, om muligt, bringes op to date med alle vaccinationer i overensstemmelse med gældende vaccinationsvejledninger før initiering af behandling med Remsima. Patienter, der får infliximab, kan få vaccinationer samtidigt, med undtagelse af levende vacciner (se pkt. 4.5 og 4.6).

I en undergruppe med 90 voksne patienter med reumatoid arthritis fra ASPIRE-studiet kom en tilsvarende andel af patienterne i hver behandlingsgruppe (methotrexat plus: placebo [n=17], 3 mg/kg [n=27 eller 6 mg/kg infliximab [n=46]) op på en effektiv fordobling i titer med en polyvalent pneumokokvaccine, som indikerer, at infliximab ikke påvirkede det T-celle uafhængige humorale immunrespons. Studier fra den publicerede litteratur i forskellige indikationer (fx reumatoid arthritis, psoriasis, Crohns sygdom) tyder dog på, at ikke-levende vacciner givet under anti-TNF-behandling, herunder infliximab, kan fremkalde et lavere immunrespons end hos patienter, der ikke får anti-TNF-behandling.

Levende vacciner/terapeutiske smitstoffer

Hos patienter, der får anti-TNF-behandling er der utilstrækkelige data vedrørende respons på vaccinationer med levende vacciner og vedrørende sekundær overførsel af infektion forårsaget af

levende vacciner. Anvendelse af levende vacciner kan medføre kliniske infektioner herunder disseminerede infektioner. Samtidig administration af levende vacciner og Remsima frarådes.

Spædbørn eksponeret i uterus

Hos spædbørn, der i uterus er blevet eksponeret for infliximab, er der rapporteret om letalt udfald på grund af dissemineret infektion forårsaget af Calmette-Guérins bakterie (BCG) efter administration af BCG-vaccine efter fødslen. Det tilrådes at vente 12 måneder efter fødslen før administration af levende vacciner til spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus. Hvis der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbørn, eller hvis administration af infliximab var begrænset til første trimester af graviditeten, kan administration af en levende vaccine eventuelt overvejes på et tidligere tidspunkt, hvis der er en klar klinisk fordel for det enkelte spædbarn (se pkt. 4.6).

Spædbørn eksponeret via modermælk

Det frarådes at administrere en levende vaccine til et spædbarn, der ammes, mens moderen får infliximab, medmindre der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbarnet (se pkt. 4.6).

Terapeutiske smitstoffer

Anden anvendelse af terapeutiske smitstoffer såsom levende svækkede bakterier (f.eks. instillation af BCG i blæren ved behandling af cancer) kan medføre kliniske infektioner herunder disseminerede infektioner. Terapeutiske smitstoffer bør ikke gives samtidig med Remsima.

Autoimmune processer

Den relative mangel på TNF_{α} som følge af anti-TNF-behandling kan medføre initiering af en autoimmun proces. Hvis en patient udvikler symptomer, der viser tegn på et lupus-lignende syndrom efter behandling med Remsima og er positiv over for antistoffer mod dobbeltstrengt DNA, må behandling med Remsima ikke fortsættes (se pkt. 4.8).

Neurologiske lidelser

Brug af TNF-blokerende midler, inklusive infliximab har været forbundet med tilfælde af frembrud af eller forværring af kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserings sygdomme i centralnervesystemet, inklusive dissemineret sklerose og perifere demyeliniserings sygdomme, inklusive Guillain-Barré syndrom. Hos patienter med allerede eksisterende eller nyligt opståede demyeliniserings sygdomme skal vurdering af forventet gavn og risiko ved anti-TNF-behandlingen overvejes omhyggeligt før initiering af behandling med Remsima. Det bør overvejes at afbryde Remsima-behandlingen, hvis disse sygdomme udvikles.

Maligne og lymfoproliferative sygdomme

I de kontrollerede dele af kliniske studier med TNF-blokerende midler er der set flere maligne tilfælde, inklusive lymfom, blandt patienter, som fik en TNF-blokker sammenlignet med patienter i kontrolgruppen. Under kliniske studier med infliximab over alle godkendte indikationer var forekomsten af lymfom hos infliximab-behandlede patienter højere end forventet i den generelle befolkningsgruppe, men forekomsten af lymfom var sjælden. Efter markedsføring er der set tilfælde af leukæmi hos patienter, der er behandlet med en TNF-antagonist. Der er en øget baggrundsrisiko for lymfomer og leukæmi hos reumatoid arthritis patienter med længerevarende, højaktiv inflammatorisk sygdom, hvilket vanskeliggør risikovurderingen.

I et uddybende klinisk studie, der vurderede anvendelsen af infliximab hos patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), blev der rapporteret flere maligne sygdomme hos patienter behandlet med infliximab sammenlignet med kontrolpatienter. Alle patienter havde tidligere

røget meget. Forsigtighed bør udvises hos patienter med øget risiko for maligne sygdomme på grund af kraftig rygning, når TNF-blokerende behandling overvejes.

Med den nuværende viden kan en mulig risiko for udvikling af lymfomer eller andre maligne sygdomme hos patienter behandlet med et TNF-blokerende middel ikke udelukkes (se pkt. 4.8). Når TNF-blokerende behandling overvejes, bør forsigtighed udvises hos patienter med en fortid med maligne sygdomme, eller når fortsat behandling overvejes hos patienter, der udvikler maligne sygdomme.

Forsigtighed bør også udvises hos patienter med psoriasis og tidligere ekstensiv immunsupprimerende behandling eller forlænget PUVA behandling.

Efter markedsføring er rapporteret maligniteter, hvoraf nogle har været letale, hos børn, unge og unge voksne (op til 22 år), som er behandlet med TNF-blokerende midler (behandlingsstart før eller ved 18 år), heriblandt infliximab. Omtrent halvdelen af tilfældene var lymfomer. De andre tilfælde repræsenterede en variation af forskellige maligniteter inklusive sjældne maligniteter, som oftest associeret med immunsuppression. En risiko for udvikling af maligniteter hos patienter behandlet med TNF-blokkere kan ikke udelukkes.

Efter markedsføring har tilfælde af hepatosplenisk T-celle-lymfom (HSTCL) været rapporteret hos patienter behandlet med TNF-blokerende lægemidler inklusive infliximab. Denne sjældne type af T-celle-lymfom har et meget aggressivt sygdomsforløb og er sædvanligvis fatal. Næsten alle disse patienter havde fået behandling med AZA eller 6-MP samtidig med eller umiddelbart før TNF-blokerende behandling. Hos patienter, som fik infliximab, er langt de fleste tilfælde forekommet hos patienter med Crohns sygdom eller colitis ulcerosa, og de fleste blev rapporteret hos unge og unge voksne mænd. Den potentielle risiko ved kombinationen af AZA eller 6-MP og infliximab bør overvejes omhyggeligt. En risiko for udvikling af hepatosplenisk T-celle-lymfom hos patienter, der bliver behandlet med Remsima, kan ikke udelukkes (se pkt. 4.8).

Der er rapporteret om melanom og Merkelcellekarcinom hos patienter, der har fået TNF-blokerende behandling, herunder infliximab (se pkt. 4.8). Periodisk undersøgelse af huden anbefales hos patienter, især hos patienter med risikofaktorer for hudcancer.

I et populationsbaseret, retrospektivt kohortestudie med data fra nationale svenske sundhedsregistre sås en øget incidens af livmoderhalskræft hos kvinder med reumatoid arthritis, som var blevet behandlet med infliximab, sammenlignet med patienter, der var naive i forhold til biologiske lægemidler, eller befolkningen generelt, inklusive kvinder over 60 år. Periodisk screening bør fortsætte hos kvinder, der er blevet behandlet med Remsima, inklusive kvinder over 60 år.

Alle patienter med colitis ulcerosa, som har forhøjet risiko for dysplasi eller coloncarcinom (for eksempel patienter med langvarig colitis ulcerosa eller primær sklerotisk cholangitis), eller som tidligere har haft dysplasi eller coloncarcinom, bør screenes for dysplasi med regelmæssige intervaller før behandling og under deres sygdomsforløb. Denne vurdering bør inkludere koloskopi og biopsier ifølge lokale vejledninger. Aktuelle data indikerer ikke, at infliximab-behandling påvirker risikoen for at udvikle dysplasi eller coloncancer.

Da muligheden for øget risiko for udvikling af cancer hos patienter med nydiagnosticeret dysplasi behandlet med infliximab ikke er vist, bør risiko og gavn af fortsat behandling for de individuelle patienter nøje overvejes af lægen.

Hjerteinsufficiens

Remsima bør anvendes med forsigtighed hos patienter med let hjerteinsufficiens (NYHA funktionsklasse I/II). Patienter bør følges nøje, og Remsima må ikke fortsættes hos patienter, som udvikler nye eller forværrede symptomer på hjerteinsufficiens (se pkt. 4.3 og 4.8).

Hæmatologiske reaktioner

Der er set pancytopeni, leukopeni, neutropeni og trombocytopeni hos patienter, der fik TNF-hæmmere, herunder infliximab. Alle patienter skal rådes til straks at søge læge, hvis de udvikler tegn og symptomer, som tyder på bloddyskrasi (fx vedvarende feber, blå mærker, blødning eller bleghed). Seponering af Remsima-behandling bør overvejes hos patienter, hvor signifikante blodanomaliteter er bekræftet.

Andet

Der er begrænset erfaring med sikkerheden af infliximab-behandling hos patienter, som har gennemgået kirurgiske indgreb inklusive artroplastik. Infliximabs lange halveringstid bør tages i betragtning, hvis et kirurgisk indgreb er planlagt. En patient, som kræver operation under Remsima-behandling, bør følges nøje for infektioner, og passende forholdsregler bør tages.

Manglende respons på behandling for Crohns sygdom kan indikere tilstedeværelsen af en fikseret fibrotisk striktur, der kan kræve kirurgisk indgreb. Der er ingen tegn på, at infliximab forværrer eller forårsager fibrotiske strikturer.

Særlige populationer

Ældre

Incidensen af alvorlige infektioner var højere hos infliximab-behandlede patienter på 65 år og derover end hos patienter under 65 år. Nogle af disse tilfælde havde letalt udfald. Der bør tages særligt hensyn til risikoen for infektion, når ældre behandles (se pkt. 4.8).

Pædiatrisk population

Infektioner

I kliniske studier er infektioner rapporteret hyppigere hos pædiatriske patienter end hos voksne patienter (se pkt. 4.8).

Vaccinationer

Det anbefales, at pædiatriske patienter bliver vaccineret i overensstemmelse med gældende vaccinationsvejledninger, før Remsima-behandling påbegyndes, hvis dette er muligt. Pædiatriske patienter, der får infliximab, kan få vaccinationer samtidigt, med undtagelse af levende vacciner (se pkt. 4.5 og 4.6).

Maligniteter og lymfoproliferative sygdomme

Efter markedsføring er rapporteret maligniteter, hvoraf nogle har været letale, hos børn, unge og unge voksne (op til 22 år), som er behandlet med TNF-blokerende midler (behandlingsstart før eller ved 18 år). Omtrent halvdelen af tilfældene var lymfomer. De andre tilfælde repræsenterede en variation af forskellige maligniteter inklusive sjældne maligniteter, som oftest associeret med immunsuppression. En risiko for udvikling af maligniteter hos børn og unge i behandling med TNF-blokkere kan ikke udelukkes.

Efter markedsføring har tilfælde af hepatosplenisk T-celle-lymfom (HSTCL) været rapporteret hos patienter behandlet med TNF-blokkere inklusive infliximab. Denne sjældne type T-celle-lymfom har et meget aggressivt sygdomsforløb og er sædvanligvis letal. Næsten alle disse patienter havde fået behandling med AZA eller 6-MP samtidig med eller umiddelbart før TNF-blokerende behandling. Hos patienter, som fik infliximab, er langt de fleste tilfælde forekommet hos patienter med Crohns sygdom eller colitis ulcerosa og de fleste blev rapporteret hos unge eller unge voksne mænd. Den potentielle risiko ved kombinationen af AZA eller 6-MP og infliximab skal overvejes omhyggeligt. En risiko for udvikling af hepatosplenisk T-celle-lymfom hos patienter, der bliver behandlet med Remsima, kan ikke udelukkes (se pkt. 4.8).

Natriumindhold

Remsima indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) pr. dosis, dvs. det er i det væsentlige "natriumfrit". Remsima fortyndes dog med natriumchlorid 9 mg/ml (0,9%) infusionsvæske, opløsning. Dette skal der tages hensyn til hos patienter på en kontrolleret natriumdiæt (se pkt. 6.6).

4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion

Der er ikke udført interaktionsstudier.

Hos patienter med reumatoid arthritis, psoriasis arthritis og Crohns sygdom tyder det på, at samtidig anvendelse af methotrexat og andre immunmodulatorer reducerer dannelsen af antistoffer mod infliximab og forøger plasmakoncentrationerne af infliximab. Resultaterne er dog usikre på grund af begrænsninger i de anvendte metoder til serumanalyser af infliximab og antistoffer mod infliximab.

Kortikosteroider har tilsyneladende ingen klinisk relevant virkning på infliximabs farmakokinetik.

Kombination af infliximab og andre biologiske lægemidler anvendt til behandling af de samme lidelser som infliximab, herunder anakinra og abatacept, kan ikke anbefales (se pkt. 4.4).

Levende vacciner bør ikke gives samtidig med Remsima. Det frarådes også at give levende vacciner til spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus, i 12 måneder efter fødslen. Hvis der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbørn, eller hvis administration af infliximab var begrænset til første trimester af graviditeten, kan administration af en levende vaccine eventuelt overvejes på et tidligere tidspunkt, hvis der er en klar klinisk fordel for det enkelte spædbarn (se pkt. 4.4).

Det frarådes at administrere en levende vaccine til et spædbarn, der ammes, mens moderen får infliximab, medmindre der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbarnet (se pkt. 4.4 og 4.6).

Terapeutiske smitstoffer bør ikke gives samtidig med infliximab (se pkt. 4.4).

4.6 Fertilitet, graviditet og amning

Fertile kvinder

Fertile kvinder skal overveje at anvende sikker kontraception for at undgå graviditet og fortsætte med anvendelsen heraf i mindst 6 måneder efter den sidste behandling med infliximab.

Graviditet

Det beskedne antal prospektivt indsamlede graviditeter eksponeret for infliximab, som resulterede i levendefødsel med kendte resultater, inklusive ca. 1.100 graviditeter, der blev eksponeret under første trimester, indikerer ikke en stigning i hyppigheden af misdannelser hos den nyfødte.

På basis af et observationsstudie fra Nordeuropa blev der observeret øget risiko (OR, 95 % CI; p-værdi) for kejsersnit (1,50; 1,14-1,96; p = 0,0032), for tidligt fødte børn (1,48; 1,05-2,09; p = 0,024), børn født små i forhold til gestationsalder (2,79; 1,54-5,04; p = 0,0007) og lav fødselsvægt (2,03; 1,41-2,94; p = 0,0002) hos kvinder, som blev eksponeret for infliximab under graviditeten (med eller uden immunmodulatorer/kortikosteroider, 270 graviditeter) sammenlignet med kvinder, som udelukkende blev eksponeret for immunmodulatorer/kortikosteroider (6.460 graviditeter). Den potentielle indflydelse fra eksponering for infliximab og/eller sværhedsgraden af den underliggende sygdom i disse resultater er fortsat uklar.

På grund af hæmningen af TNF α kan infliximab indgivet under graviditet påvirke det normale immunrespons hos den nyfødte. I et toksicitetsstudie vedrørende udvikling udført på mus med et analogt antistof, som selektivt hæmmer den funktionelle aktivitet af muse-TNF α , var der ingen tegn på maternal toksicitet, embryotoksicitet eller teratogenicitet (se pkt. 5.3).

Den eksisterende kliniske erfaring er begrænset. Infliximab bør kun anvendes på tvingende indikation under graviditet.

Infliximab passerer placenta og er blevet sporet i serum hos spædbørn op til 12 måneder efter fødslen. Spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus, kan have en øget risiko for infektion, herunder svær dissemineret infektion, som kan blive letal. Det anbefales ikke at give levende vacciner (fx BCG-vaccine) til spædbørn, eksponeret for infliximab i uterus i 12 måneder efter fødslen (se pkt. 4.4 og 4.5). Hvis der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbørn, eller hvis administration af infliximab var begrænset til første trimester af graviditeten, kan administration af en levende vaccine eventuelt overvejes på et tidligere tidspunkt, hvis der er en klar klinisk fordel for det enkelte spædbarn. Der er også set tilfælde af agranulocytose (se pkt. 4.8).

Amning

Begrænsede data fra offentliggjort litteratur indikerer, at infliximab er blevet påvist ved lave niveauer i human mælk ved koncentrationer op til 5 % af serumniveauet hos moderen. Infliximab er også blevet påvist i serum hos spædbørn efter eksponering for infliximab via modermælk. Eftersom den systemiske eksponering hos et spædbarn, der ammes, forventes at være lav, da infliximab stort set nedbrydes i mave-tarm-kanalen, frarådes administration af levende vacciner til et spædbarn, der ammes, mens moderen får infliximab, medmindre der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab. Da kan Infliximab komme i betragtning til anvendelse under amning.

Fertilitet

Der er ikke tilstrækkelige prækliniske data til at drage konklusioner om infliximabs virkning på fertilitet og generel reproduktion (se pkt. 5.3).

4.7 Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner

Remsima påvirker i mindre grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. Der kan opstå svimmelhed under behandling med infliximab (se pkt. 4.8).

4.8 Bivirkninger

Oversigt over sikkerhedsprofilen

Den almindeligste bivirkning rapporteret i kliniske studier var øvre luftvejsinfektion, der forekom hos 25,3 % af de infliximab-behandlede patienter sammenlignet med hos 16,5 % af kontrolpatienterne. De alvorligste bivirkninger forbundet med brugen af TNF-blokkere, som er blevet rapporteret for infliximab, inkluderer HBV-reakivering, CHF (kongestivt hjertesvigt), alvorlige infektioner (inklusive sepsis, opportunistiske infektioner og TB), serumsygdøm (forsinkede overfølsomhedsreaktioner), hæmatologiske reaktioner, systemisk lupus erythematosus/lupus-lignende syndrom, demyeliniserende sygdomme, hepatobiliære bivirkninger, lymfomer, HSTCL, leukæmi, Merkelcellekarcinom, melanom, pædiatrisk malignitet, sarkoidose/sarkoid-lignende reaktion, byld i tarmen eller ved endetarmen (ved Crohns sygdom) og alvorlige infusionsreaktioner (se pkt. 4.4).

Tabel over bivirkninger

Tabel 1 viser de bivirkninger, som er set i kliniske studier, såvel som de bivirkninger, som er set efter markedsføring, heraf er nogle dødelige. Inden for systemorganklasserne er bivirkningerne opført under overskrifter for hyppighed ved brug af følgende kategorier: meget almindelig ($\geq 1/10$); almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$); ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$); sjælden ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$); meget

sjælden (< 1/10.000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data). Inden for hver enkelt frekvensgruppe er bivirkningerne opstillet efter, hvor alvorlige de er. De alvorligste bivirkninger er anført først.

Tabel 1
Bivirkninger i kliniske studier og efter markedsføring

<i>Infektioner og parasitære sygdomme</i>	
Meget almindelig:	Virusinfektion (fx influenza, herpes virus infektioner).
Almindelig:	Bakterielle infektioner (fx sepsis, cellulitis, absces).
Ikke almindelig:	Tuberkulose, svampeinfektioner (fx candidiasis, onychomykose).
Sjælden:	Meningitis, opportunistiske infektioner (såsom invasive svampeinfektioner [pneumocystose, histoplasmosis, aspergillose, kokcidiodomykose, kryptokokkose, blastomykose], bakterielle infektioner [atypiske mykobakterier, listeria, salmonella] og virale infektioner [cytomegalovirus]), parasitære infektioner, reaktivering af hepatitis B.
Ikke kendt:	Gennembrudsinfektion efter vaccination (efter eksponering for infliximab i uterus)*
<i>Benigne, maligne og uspecificerede tumorer (inkl. cyster og polypper)</i>	
Sjælden:	Lymfom, non-Hodgkins lymfom, Hodgkins sygdom, leukæmi, melanom, livmoderhalskræft.
Ikke kendt:	Hepatosplenisk T-celle-lymfom (primært hos unge og unge voksne mænd med Crohns sygdom og colitis ulcerosa), Merkelcellekarcinom, Kaposi sarkom.
<i>Blod og lymfesystem</i>	
Almindelig:	Neutropeni, leukopeni, anæmi, lymfadenopati.
Ikke almindelig:	Trombocytopeni, lymfopeni, lymfocytose.
Sjælden:	Agranulocytose (inklusive hos spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus), trombotisk trombocytopenisk purpura, pancytopeni, hæmolytisk anæmi, idiopatisk trombocytopenisk purpura.
<i>Immunsystemet</i>	
Almindelig:	Allergiske luftvejssymptomer.
Ikke almindelig:	Anafylaktiske reaktioner, Lupus-lignende syndrom, serumsygdom eller serumsygdoms-lignende reaktioner.
Sjælden:	Anafylaktisk shock, vasculitis, sarkoid-lignende reaktioner.
<i>Psykiske forstyrrelser</i>	
Almindelig:	Depression, søvnløshed.
Ikke almindelig:	Amnesi, uro, forvirring, søvnighed, nervøsitet.
Sjælden:	Apati
<i>Metabolisme og ernæring</i>	
Ikke almindelig:	Dyslipidæmi.
<i>Nervesystemet</i>	
Meget almindelig:	Hovedpine.
Almindelig:	Vertigo, svimmelhed, hypæstesi, paræstesi.
Ikke almindelig:	Kramper, neuropati.
Sjælden:	Transvers myelitis, demyeliniseringssygdomme i centralnervesystemet (dissemineret sklerose-lignende sygdom og optisk neuritis), perifere demyeliniseringssygdomme (såsom Guillain-Barré syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polyneuropati og multifokal motorisk neuropati).
Ikke kendt:	Cerebrovaskulære hændelser i tæt tidsmæssig forbindelse med infusionen.

<i>Øjne</i>	Almindelig: Ikke almindelig: Sjælden: Ikke kendt:	Konjunktivitis. Keratitis, periorbitalt ødem, bygkorn. Endoftalmitis. Kortvarigt synstab under infusionen eller inden for 2 timer efter infusionen.
<i>Hjerte</i>	Almindelig: Ikke almindelig: Sjælden: Ikke kendt:	Takykardi, palpitation. Hjerteinsufficiens (debuterende eller forværret), arytmi, besvimelse, bradykardi. Cyanose, perikardieffusion. Myokardieiskæmi/myokardieinfarkt.
<i>Vaskulære sygdomme</i>	Almindelig: Ikke almindelig: Sjælden:	Hypotension, hypertension, ekkymose, hedeture, rødmen. Perifer iskæmi, tromboflebitis, hæmatom. Kredsløbssvigt, petekkier, vasospasme.
<i>Luftveje, thorax og mediastinum</i>	Meget almindelig: Almindelig: Ikke almindelig: Sjælden:	Øvre luftvejsinfektion, sinuitis. Nedre luftvejsinfektion (fx bronchitis, pneumoni), dyspnø, næseblod. Lungeødem, bronkospasme, pleuritis, pleural effusion. Interstitiel lungesygdom (inklusive hurtigt fremadskridende sygdom, lungefibrose og pneumonitis).
<i>Mave-tarm-kanalen</i>	Meget almindelig: Almindelig: Ikke almindelig:	Abdominalsmerter, kvalme. Gastrointestinal blødning, diarré, dyspepsi, gastroøsofageal reflux, forstoppelse. Tarmperforation, tarmstenose, diverticulitis, pancreatitis, keilitis.
<i>Lever og galdeveje</i>	Almindelig: Ikke almindelig: Sjælden: Ikke kendt:	Unormal leverfunktion, forhøjede leveraminotransferaser. Hepatitis, hepatocellulær skade, kolecystitis. Autoimmun hepatitis, gulsot. Leversvigt.
<i>Hud og subkutane væv</i>	Almindelig: Ikke almindelig: Sjælden: Ikke kendt:	Debuterende eller forværring af allerede eksisterende psoriasis, inklusive pustuløs psoriasis (primært palmoplantaris), urticaria, udslæt, pruritus, øget svedtendens, tør hud, svampedermatitis, eksem, alopeci. Bulløst udslæt, seborrø, rosacea, hudpapilom, hyperkeratose, unormal hudpigmentering. Toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, furunkulose, lineær IgA bulløs dermatose (LABD), lichenoide reaktioner, akut generaliseret eksantematøs pustulose (AGEP). Forværring af dermatomyositis-symptomer.
<i>Knogler, led, muskler og bindevæv</i>	Almindelig:	Artralgi, myalgi, rygsmerter.
<i>Nyrer og urinveje</i>	Almindelig: Ikke almindelig:	Urinvejsinfektion. Pyelonefritis.
<i>Det reproduktive system og mammae</i>	Ikke almindelig:	Vaginitis.

<i>Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet</i>	
Meget almindelig:	Infusionsrelaterede reaktioner, smerter.
Almindelig:	Brystsmerte, træthed, feber, reaktioner på injektionsstedet, kulderystelser, ødem.
Ikke almindelig:	Foringet heling.
Sjælden:	Granulomatøs læsion.
<i>Undersøgelser</i>	
Ikke almindelig:	Positiv for autoantistoffer.
Sjælden:	Komplementfaktorabnormitet.

* herunder kvægtuberkulose (dissemineret BCG-infektion), se pkt. 4.4

Beskrivelse af udvalgte bivirkninger

Infusionsrelaterede reaktioner

En infusionsrelateret reaktion blev i kliniske studier defineret som enhver bivirkning, der forekom under en infusion eller inden for 1 time efter en infusion. I fase III kliniske studier oplevede 18 % af de infliximab-behandlede patienter en infusionsrelateret reaktion sammenlignet med 5 % af de placebobehandlede patienter. Samlet oplevede en højere andel af de patienter, som fik infliximab-monoterapi, en infusionsrelateret reaktion sammenlignet med patienter, som fik infliximab samtidig med immunmodulatorer. Cirka 3 % af patienterne afbrød behandlingen på grund af infusionsrelaterede reaktioner, og alle patienter kom sig med eller uden behandling. Af de infliximab-behandlede patienter, som fik en infusionsreaktion under induktionsfasen til og med uge 6, fik 27 % en infusionsreaktion i vedligeholdelsesfasen uge 7 til og med uge 54. Af de patienter, som ikke fik en infusionsreaktion under induktionsfasen, fik 9 % en infusionsreaktion under vedligeholdelsesfasen.

I et klinisk studie hos patienter med reumatoid arthritis (ASPIRE) skulle de 3 første infusioner indgives over 2 timer. Varigheden af de efterfølgende infusioner kunne forkortes til ikke mindre end 40 minutter hos patienter, som ikke fik alvorlige infusionsreaktioner. I dette studie fik 66 % af patienterne (686 ud af 1.040) mindst én kort infusion på 90 minutter eller mindre. 44 % af patienterne (454 ud af 1.040) fik mindst én kort infusion på 60 minutter eller mindre. Hos de patienter, der blev behandlet med infliximab, og som fik mindst en kort infusion, opstod infusionsrelaterede reaktioner hos 15 % af patienterne, og alvorlige infusionsreaktioner opstod hos 0,4 % af patienterne.

I et klinisk studie med patienter med Crohns sygdom (SONIC) forekom infusionsrelaterede reaktioner hos 16,6 % (27/163) af de patienter, som fik infliximab monoterapi, hos 5 % (9/179) af de patienter, som fik infliximab kombineret med AZA, og hos 5,6 % (9/161) af de patienter, som fik AZA monoterapi. Der forekom én alvorlig infusionsrelateret reaktion (< 1 %) hos en patient på infliximab monoterapi.

Efter markedsføring er hændelser af anafylaktisk lignende reaktioner, inklusive strube/spiserørs ødemer og alvorlige bronkospasmer, og kramper blevet forbundet med administration af infliximab (se pkt. 4.4). Der er set tilfælde af kortvarigt synstab under infusion eller inden for 2 timer efter infusion af infliximab. Hændelser (nogle letale) af myokardieiskæmi/-infarkt og arytmi er set; nogle af hændelserne forekom i tæt tidsmæssig forbindelse med infusionen af infliximab; der er også set cerebrovaskulære hændelser i tæt tidsmæssig forbindelse med infusion af infliximab.

Infusionsrelaterede reaktioner efter fornyet administration af infliximab

Der var designet et klinisk studie med patienter med moderat til svær psoriasis for at undersøge virkning og sikkerhed af langtidsvedligeholdelsesbehandling i forhold til fornyet administration med et induktionsregime med infliximab (højst 4 infusioner efter 0, 2, 6 og 14 uger) efter opblussen af sygdom. Patienterne fik ingen samtidig immunsuppressiv behandling. I genbehandlingsarmen fik 4 % (8/219) af patienterne en alvorlig infusionsrelateret reaktion sammenlignet med < 1 % (1/222) på vedligeholdelsesbehandling. De fleste alvorlige infusionsrelaterede reaktioner opstod i forbindelse med den 2. infusion i uge 2. Intervallet mellem den sidste vedligeholdelsesdosis og den første dosis

ved gentagen induktion varierede mellem 35 og 231 dage. Symptomerne inkluderede, men var ikke begrænset til dyspnø, urticaria, ødemer i ansigtet og hypotension. I alle tilfælde blev infliximab seponeret og/eller anden behandling igangsæt med fuldstændigt ophør af tegn og symptomer.

Forsinket overfølsomhed

I kliniske studier er forsinkede overfølsomhedsreaktioner forekommet med hyppigheden ikke almindelig og efter infliximab-fri perioder på mindre end 1 år. I psoriasis studierne forekom forsinkede overfølsomhedsreaktioner tidligt i behandlingsforløbet. Tegn og symptomer inkluderede myalgi og/eller artralgi med feber og/eller udslæt, og nogle patienter oplevede kløe, ansigts-, hånd eller læbeødem, dysfagi, urticaria, ondt i halsen og hovedpine.

Der er utilstrækkelige data vedrørende forekomst af forsinkede overfølsomhedsreaktioner efter infliximab-fri perioder på mere end 1 år, men begrænsede data fra kliniske studier tyder på en øget risiko for forsinket overfølsomhed med stigende infliximab-fri periode (se pkt. 4.4).

I et 1-års klinisk studie med gentagne infusioner hos patienter med Crohns sygdom (ACCENT I studie) var hyppigheden af serumsygdoms-lignende reaktioner 2,4 %.

Immunogenicitet

Patienter, som udviklede antistoffer over for infliximab, havde større sandsynlighed (cirka 2-3 gange) for at udvikle infusionsrelaterede reaktioner. Samtidig brug af immunsupprimerende stoffer syntes at reducere hyppigheden af infusionsrelaterede reaktioner.

I kliniske studier med en eller flere infliximab doser i intervallet fra 1 til 20 mg/kg, udvikledes antistoffer mod infliximab hos 14 % af patienter, der fik en hvilken som helst immunsupprimerende behandling, og hos 24 % af patienter uden immunsupprimerende behandling. Hos patienter med reumatoid arthritis, der fik det anbefalede regime med gentagne behandlingsdoser med methotrexat, udviklede 8 % af patienterne antistoffer mod infliximab. Hos patienter med psoriasis arthritis, der modtog 5 mg/kg med og uden methotrexat, forekom der i alt antistoffer hos 15 % af patienterne (der forekom antistoffer hos 4 % af de patienter, der fik methotrexat og hos 26 % af de patienter, der ikke fik methotrexat ved *baseline*). Blandt patienter med Crohns sygdom, der fik vedligeholdelsesbehandling, forekom antistoffer mod infliximab hos i alt 3,3 % af de patienter, som fik immunsuppressiva, og hos 13,3 % af de patienter, som ikke fik immunsuppressiva. Hyppigheden af antistoffer var 2-3 gange højere hos patienter, der blev behandlet periodevist. På grund af metodologiske begrænsninger udelukkede en negativ undersøgelse ikke forekomsten af antistoffer mod infliximab. Nogle patienter, der i høj grad udviklede antistoffer mod infliximab, havde tegn på nedsat virkning. Hos psoriasis patienter behandlet med infliximab som vedligeholdelsesbehandling uden samtidige immunmodulerende midler udviklede 28 % antistoffer mod infliximab (se pkt. 4.4 "Infusionsreaktioner og overfølsomhed").

Infektioner

Tuberkulose, bakterieinfektioner, inklusive sepsis og pneumoni, invasive svampeinfektioner, virale infektioner og andre opportunistiske infektioner har været observeret hos patienter, der fik infliximab. Nogle af disse infektioner har været letale; de opportunistiske infektioner, der oftest er set med en mortalitetsrate > 5 %, indbefatter pneumocystose, candidiasis, listeriose og aspergillose (se pkt. 4.4).

I kliniske studier blev 36 % af infliximab-behandlede patienter behandlet for infektioner sammenlignet med 25 % af placebobehandlede patienter.

I reumatoid arthritis kliniske studier var forekomsten af alvorlige infektioner inklusive pneumoni højere hos patienter behandlet med infliximab og methotrexat sammenlignet med methotrexat alene, specielt ved doser på 6 mg/kg eller derover (se pkt. 4.4).

Ved spontan rapportering efter markedsføring er infektioner den mest almindelige alvorlige bivirkning. Nogle tilfælde har resulteret i et dødsfald. Næsten 50 % af rapporterede dødsfald var

forbundet med infektion. Tilfælde af tuberkulose, undertiden dødelige, inklusive miliær tuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal placering har været rapporteret (se pkt. 4.4).

Maligne og lymfoproliferative sygdomme

I kliniske studier med infliximab hvori 5.780 patienter blev behandlet, svarende til 5.494 patientår, sås 5 tilfælde af lymfomer og 26 non-lymfom maligniteter sammenlignet med ingen lymfom og 1 non-lymfom malignitet hos 1.600 placebobehandlede patienter svarende til 941 patientår.

I længerevarende sikkerhedsopfølgninger af kliniske studier med infliximab på op til 5 år, svarende til 6.234 patientår (3.210 patienter), blev der rapporteret 5 tilfælde af lymfom og 38 tilfælde af non-lymfom maligniteter.

Efter markedsføring er der også set tilfælde af maligne sygdomme, herunder lymfomer (se pkt. 4.4).

I et uddybende klinisk studie omfattende patienter, som havde moderat til svær KOL og var enten nuværende eller tidligere rygere, var 157 voksne patienter behandlet med infliximab i doser svarende til dem, der anvendes ved reumatoid arthritis og Crohns sygdom. Ni af disse patienter udviklede maligne sygdomme, inklusive 1 lymfom. Median opfølgningsperioden var 0,8 år (incidens 5,7 % [95 % CI 2,65 %-10,6 %]). Der var en rapporteret malign sygdom blandt 77 kontrolpatienter (median opfølgningsperiode 0,8 år; incidens 1,3 % [95 % CI 0,03 %-7,0 %]). De fleste af de maligne sygdomme udvikledes i lungerne eller hoved og nakke.

I et populationsbaseret, retrospektivt kohortestudie sås en øget incidens af livmoderhalskræft hos kvinder med reumatoid arthritis, som var blevet behandlet med infliximab, sammenlignet med patienter, der var naive i forhold til biologiske lægemidler, eller befolkningen generelt, inklusive kvinder over 60 år (se pkt. 4.4).

Ydermere er der efter markedsføring blevet rapporteret tilfælde af hepatosplenisk T-celle-lymfom hos patienter i behandling med infliximab. Langt de fleste af disse forekom hos patienter med Crohns sygdom og colitis ulcerosa, hvoraf de fleste var unge eller unge voksne mænd (se pkt. 4.4).

Hjerteinsufficiens

I et fase II studie, der skulle vurdere infliximab ved CHF, sås højere forekomst af dødsfald på grund af forværret hjerteinsufficiens hos patienter behandlet med infliximab, især hos patienter behandlet med den højere dosis på 10 mg/kg (svarende til to gange den maksimale godkendte dosis). I dette studie blev 150 patienter med NYHA funktionsklasse III-IV CHF (venstre ventrikels uddrivningsfraktion ≤ 35 %) behandlet med 3 infusioner infliximab 5 mg/kg, 10 mg/kg eller placebo i løbet af 6 uger. Efter 38 uger var 9 af 101 patienter behandlet med infliximab (2 med 5 mg/kg og 7 med 10 mg/kg) døde sammenlignet med et dødsfald blandt de 49 patienter på placebo. Efter markedsføring er der rapporteret tilfælde af forværret hjerteinsufficiens hos infliximab-patienter, med eller uden identificerbare prædisponerende faktorer. Der er også, ligeledes efter markedsføring, modtaget rapporter om nyopstået hjerteinsufficiens, inklusive hjerteinsufficiens hos patienter uden tidligere kendt hjerte-kar sygdom. Nogle af disse patienter var under 50 år gamle.

Lever- og galdevejshændelser

I kliniske studier er let til moderate stigninger i ALAT og ASAT set hos patienter, der fik infliximab, uden progression til alvorlig leverskade. Der er set stigninger i ALAT ≥ 5 x øvre grænse for normalområdet (ULN) (se tabel 2). Stigninger i aminotransferaser blev set (ALAT mere almindeligt end ASAT) hos en større del af patienter, der fik infliximab, end hos kontrolpersoner, både når infliximab blev givet i monoterapi, og når det blev brugt i kombination med andre immunsuppressive stoffer. De fleste tilfælde af unormale aminotransferaser var forbigående; et lille antal patienter oplevede imidlertid mere langvarige stigninger. Generelt var patienter, der udviklede ALAT og ASAT stigninger, asymptomatiske, og hændelserne bedredes eller forsvandt med enten fortsættelse eller afbrydelse af infliximab, eller justering af samtidig behandling. Under overvågning efter

markedsføring er der rapporteret tilfælde af gulsot og hepatitis, nogle med tegn på autoimmun hepatitis, hos patienter, der fik infliximab (se pkt. 4.4).

Tabel 2
Andel patienter med øget ALAT-aktivitet i kliniske studier

Indikation	Antal patienter ³		Medianopfølgning (uger) ⁴		≥ 3 x ULN		≥ 5 x ULN	
	placebo	infiximab	placebo	Infiximab	placebo	infiximab	placebo	infiximab
Reumatoid arthritis ¹	375	1.087	58,1	58,3	3,2 %	3,9 %	0,8 %	0,9 %
Crohns sygdom ²	324	1.034	53,7	54,0	2,2 %	4,9 %	0,0 %	1,5 %
Crohns sygdom (børn)	N/A	139	N/A	53,0	N/A	4,4 %	N/A	1,5 %
Colitis ulcerosa	242	482	30,1	30,8	1,2 %	2,5 %	0,4 %	0,6 %
Colitis ulcerosa (børn)	N/A	60	N/A	49,4	N/A	6,7 %	N/A	1,7 %
Ankyloserende spondylitis	76	275	24,1	101,9	0,0 %	9,5 %	0,0 %	3,6 %
Psoriasis arthritis	98	191	18,1	39,1	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,1 %
Psoriasis	281	1.175	16,1	50,1	0,4 %	7,7 %	0,0 %	3,4 %

- 1 Placebo-patienter fik methotrexat, mens infliximab-patienter fik både infliximab og methotrexat.
- 2 Placebo-patienter i de 2 fase III-studier med Crohns sygdom, ACCENT I og ACCENT II, fik som startdosis 5 mg/kg infliximab ved studiets begyndelse og var på placebo i vedligeholdelsesfasen. Patienter, som var randomiseret til placebo-vedligeholdelsesgruppen og senere blev krydset over til infliximab, er inkluderet i infliximab-gruppen i ALAT-analysen. I fase IIIb-studiet med Crohns sygdom, SONIC, fik placebo-patienterne AZA 2,5 mg/kg/dag som aktiv kontrol i tillæg til placebo-infliximab-infusioner.
- 3 Antal patienter, som er evalueret for ALAT.
- 4 Medianopfølgning er baseret på behandlede patienter.

Anti-nukleare antistoffer (ANA)/Anti-dobbeltstrengede DNA (dsDNA) antistoffer

I kliniske studier udviklede cirka halvdelen af infliximab-behandlede patienter, som var ANA negative ved *baseline*, en positiv ANA i løbet af studiet sammenlignet med cirka en femtedel af placebobehandlede patienter. Anti-dsDNA antistoffer blev påvist første gang hos cirka 17 % af infliximab-behandlede patienter sammenlignet med 0 % af placebobehandlede patienter. Ved den sidste vurdering var 57 % af infliximab-behandlede patienter fortsat anti-dsDNA positive. Rapporter om lupus og lupus-lignende syndromer er imidlertid stadig usædvanlige (se pkt. 4.4).

Pædiatrisk population

Patienter med juvenil reumatoid arthritis

Infliximab blev undersøgt i et klinisk studie med 120 patienter (alder: 4-17 år) med aktiv juvenil reumatoid arthritis til trods for behandling med methotrexat. Patienterne fik 3 eller 6 mg/kg infliximab som et 3 dosis induktionsregi (hhv. uge 0, 2, 6 eller uge 14, 16, 20) fulgt af vedligeholdelsesbehandling hver 8. uge i kombination med methotrexat.

Infusionsreaktioner

Der opstod infusionsreaktioner hos 35 % af patienterne med juvenil reumatoid arthritis, som fik 3 mg/kg sammenlignet med 17,5 % af patienterne som fik 6 mg/kg. I 3 mg/kg infliximab-gruppen fik 4 ud af 60 patienter en alvorlig infusionsreaktion og 3 patienter rapporterede en mulig anafylaktisk reaktion (ud af disse var 2 blandt de alvorlige infusionsreaktioner). I 6 mg/kg gruppen fik 2 ud af 57 patienter en alvorlig infusionsreaktion, hvoraf en fik en mulig anafylaktisk reaktion (se pkt. 4.4).

Immunogenicitet

Der udvikledes infliximab-antistoffer hos 38 % af patienterne, som fik 3 mg/kg sammenlignet med 12 % af patienterne, som fik 6 mg/kg. Antistoftiter var markant højere for 3 mg/kg gruppen sammenlignet med 6 mg/kg gruppen.

Infektioner

Der opstod infektioner hos 68 % (41/60) af de børn, som fik 3 mg/kg over 52 uger, 65 % (37/57) af de børn, som fik infliximab 6 mg/kg over 38 uger og 47 % (28/60) af de børn, som fik placebo over 14 uger (se pkt. 4.4).

Crohns sygdom, børn

Følgende bivirkninger er rapporteret oftere hos børn end hos voksne med Crohns sygdom i REACH studiet (se pkt. 5.1): anæmi (10,7 %), blod i afføringen (9,7 %), leukopeni (8,7 %), rødmen (8,7 %), viral infektion (7,8 %), neutropeni (6,8 %), bakteriel infektion (5,8 %) og allergisk reaktion i luftvejene (5,8 %). Derudover er knoglebrud (6,8 %) rapporteret. En kausal sammenhæng er dog ikke fastslået. Andre særlige forhold nævnes nedenfor.

Infusionsrelaterede reaktioner

17,5 % af de randomiserede patienter i REACH oplevede 1 eller flere infusionsreaktioner. Der var ingen alvorlige infusionsreaktioner, og 2 personer i REACH fik ikke alvorlige anafylaktiske reaktioner.

Immunogenicitet

Der blev påvist antistoffer overfor infliximab hos 3 (2,9 %) af børnene.

Infektioner

Der blev rapporteret infektioner hos 56,3 % af de randomiserede personer behandlet med infliximab i REACH studiet. Der blev rapporteret infektioner oftere hos personer som fik infusioner hver 8. uge i forhold til hver 12. uge (hhv. 73,6 % og 38,0 %), mens der blev rapporteret alvorlige infektioner hos 3 personer i 8 ugers gruppen og 4 personer i 12 ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen. De mest almindeligt rapporterede infektioner var øvre luftvejsinfektioner og pharyngitis. Den mest almindelige alvorlige infektion var absces. Der blev rapporteret 3 tilfælde af lungebetændelse (1 alvorlig) og 2 tilfælde af herpes zoster (begge ikke alvorlige).

Colitis ulcerosa, børn

Samlet set var bivirkningerne, der blev rapporteret i studierne med colitis ulcerosa hos børn (C0168T72) og colitis ulcerosa hos voksne (ACT 1 og ACT 2) overensstemmende. I C0168T72 var de almindeligste bivirkninger øvre luftvejsinfektion, faryngitis, abdominalsmerter, feber og hovedpine. Den almindeligste utilsigtede hændelse var forværring af colitis ulcerosa, hvor hyppigheden var større hos patienter i 12-ugers behandlingsregime vs. 8-ugers behandlingsregime.

Infusionsrelaterede reaktioner

Samlet set fik 8 (13,3 %) ud af 60 behandlede patienter en eller flere infusionsreaktioner. Det drejede sig om 4 ud af 22 (18,2 %) i 8-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen og 3 ud af 23 (13,0 %) i 12-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen. Der blev ikke rapporteret om alvorlige infusionsreaktioner. Alle infusionsreaktioner var lette eller moderate.

Immunogenicitet

Antistoffer over for infliximab blev påvist hos 4 (7,7 %) patienter i uge 54.

Infektioner

Der blev rapporteret om infektioner hos 31 (51,7 %) af 60 behandlede patienter i C0168T72, og 22 (36,7 %) krævede oral eller parenteral antimikrobiel behandling. Andelen af patienter med infektioner i C0168T72 svarede til andelen i studiet med børn med Crohns sygdom (REACH), men var højere end andelen i studierne med voksne med colitis ulcerosa (ACT 1 og ACT 2). Den samlede forekomst af infektioner i C0168T72 var 13/22 (59 %) i 8-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen og 14/23 (60,9 %) i 12-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen. Øvre luftvejsinfektion (7/60 [12 %]) og faryngitis (5/60 [8 %]) var de hyppigst rapporterede luftvejsinfektioner. Alvorlige infektioner blev rapporteret hos 12 % (7/60) af alle behandlede patienter.

I dette studie var der flere patienter i gruppen 12 til 17 år end i gruppen 6 til 11 år (45/60 [75,0 %] vs. 15/60 [25,0 %]). Antallet af patienter i hver undergruppe er for lille til at drage definitive konklusioner om alderens indflydelse på bivirkninger, men der var en større andel af patienter med alvorlige bivirkninger og patienter, som stoppede behandlingen på grund af bivirkninger, i den yngre aldersgruppe end i den ældre aldersgruppe. Andelen af patienter med infektioner var også større i den yngre aldersgruppe, men andelen af patienter med alvorlige infektioner var ens i de to aldersgrupper. Samlet set var hyppigheden af bivirkninger og infusionsreaktioner den samme i aldersgrupperne 6-11 år og 12-17 år.

Erfaring efter markedsføring

Spontane alvorlige bivirkninger hos børn efter markedsføring af infliximab inkluderer maligniteter inklusive hepatosplenisk T-celle-lymfom, forbigående leverenzymabnormaliteter, lupus lignende syndromer og positive autoantistoffer (se pkt. 4.4 og 4.8).

Andre særlige populationer

Ældre

I kliniske studier af reumatoid arthritis var hyppigheden af alvorlige infektioner højere hos infliximab- plus methotrexatbehandlede patienter på 65 år og derover (11,3 %) sammenlignet med patienter under 65 år (4,6 %). Hos patienter behandlet med methotrexat alene var hyppigheden af alvorlige infektioner 5,2 % hos patienter på 65 år og derover sammenlignet med 2,7 % hos patienter under 65 år (se pkt. 4.4).

Indberetning af formodede bivirkninger

Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via [det nationale rapporteringssystem anført i Appendiks V](#).

4.9 Overdosering

Der har ikke været rapporteret noget tilfælde af overdosering. Enkelte doser på op til 20 mg/kg har været indgivet uden toksiske virkninger.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER

5.1 Farmakodynamiske egenskaber

Farmakoterapeutisk klassifikation: Immunosuppressiva, tumornekrosefaktor-alfa (TNF_α)-hæmmere, ATC-kode: L04AB02.

Remsima er et biosimilært lægemiddel. Yderligere oplysninger findes på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>.

Virkningsmekanisme

Infliximab er et kimærisk humant-murint monoklonalt antistof, der binder sig med høj affinitet til både opløselige og transmembrane former af TNF $_{\alpha}$, men ikke til lymphotoxin α (TNF $_{\beta}$).

Farmakodynamisk virkning

Infliximab hæmmer den funktionelle aktivitet af TNF $_{\alpha}$ i en lang række forskellige *in vitro* bioassays. Infliximab forebyggede sygdom hos transgene mus, der udvikler polyarthrititis som resultat af konstitutiv ekspresion af human TNF $_{\alpha}$, og fik ved administration efter sygdomsstart eroderede led til at heles. *In vivo* danner infliximab hurtigt stabile komplekser med human TNF $_{\alpha}$, en proces der svarer til tabet af TNF $_{\alpha}$ bioaktivitet.

Forhøjede koncentrationer af TNF $_{\alpha}$ er blevet fundet i leddene hos reumatoid arthritis patienter og korrelerer med øget sygdomsaktivitet. Ved reumatoid arthritis reducerede behandling med infliximab både infiltration af inflammatoriske celler ind i betændte områder i leddet og ekspresion af molekyler, der medierer celleadhæsion, kemotiltrækning og vævsnedbrydning. Efter infliximab-behandling udviste patienter nedsat niveau af serum interleukin 6 (IL-6) og C-reaktivt protein (CRP). Der sås øget hæmoglobinniveau hos patienter med reumatoid arthritis med nedsat hæmoglobinniveau, sammenlignet med udgangsværdien. Herudover viste perifere blodlymfocytter intet signifikant fald i antal eller i proliferativt respons af *in vitro* mitogenisk stimulation sammenlignet med ubehandlede patienters celler. Hos psoriasis patienter resulterede behandling med infliximab i fald i epidermal inflammation og normalisering af keratinocytdifferenciering i psoriasis plaques. Ved psoriasis arthritis reducerede korttidsbehandling med infliximab antallet af T-celler og blodkar i synovium og hud med psoriasis.

Histologisk evaluering af biopsier fra colon, som er udtaget før og 4 uger efter indgivelse af infliximab, viste en betydelig reduktion i påviseligt TNF $_{\alpha}$. Infliximab-behandling af patienter med Crohns sygdom var også forbundet med en betydelig reduktion af den ofte forhøjede serum betændelsesmarkør, CRP. Det totale perifere antal hvide blodlegemer blev kun påvirket i ubetydeligt omfang hos patienter behandlet med infliximab, omend ændringer i lymfocytter, monocytter og neutrofiler viste skift inden for normalområderne. Perifere mononukleære blodceller (PBMC) fra patienter behandlet med infliximab udviste usvækket proliferativ reaktion på stimuli sammenlignet med patienter, der ikke var behandlet, og der konstateredes ingen væsentlige ændringer i cytokinproduktion hos stimuleret PBMC efter behandling med infliximab. Analyse af lamina propria mononukleære celler udtaget ved biopsi fra den intestinale mucosa viste, at infliximab-behandling forårsagede en reduktion i antallet af celler, som var i stand til at udtrykke TNF $_{\alpha}$ og interferon $_{\gamma}$. Yderligere histologiske studier viste, at behandling med infliximab reducerer infiltreringen af inflammatoriske celler ind i den angrebne del af tarmen og tilstedeværelsen af betændelsesmarkører på disse steder. Endoskopiske studier af tarm-mucosa har vist tegn på heling af mucosa hos infliximab-behandlede patienter.

Klinisk virkning og sikkerhed

Reumatoid arthritis hos voksne

Virkningen af infliximab blev vurderet i to multicenter, randomiserede, dobbeltblindede, pivotale kliniske studier: ATTRACT og ASPIRE. I begge studier var samtidig brug af konstante doser af folinsyre, orale kortikosteroider (≤ 10 mg/dag) og/eller nonsteroidale anti-inflammatoriske stoffer (NSAIDs) tilladt.

De primære endepunkter var reduktionen af sygdomstegn og symptomer, i henhold til American College of Rheumatology kriterier (ACR20 for ATTRACT, grænsebestemt ACR-N for ASPIRE), forebyggelsen af strukturel ledskaede og forbedringen af fysisk funktionsevne. Et fald i tegn og symptomer var defineret som værende mindst en 20 % forbedring (ACR20) i antallet af både ømme og hævede led og i 3 af de følgende 5 kriterier: (1) Evaluators samlede vurdering, (2) patientens samlede vurdering, (3) funktions/handicap mål, (4) visuel analog smerteskala og (5) erytrocyt-

sedimentationshastighed eller C-reaktivt protein. ACR-N anvender de samme kriterier som ACR20, beregnet ved at tage den laveste procentvise forbedring i antallet af hævede led, antallet af ømme led og medianen af de sidste 5 komponenter af ACR responset. Strukturel ledske (erosioner og forsnævring af ledspalte) i begge hænder og fødder blev målt som ændringen fra *baseline* i total van der Heijde-modified Sharp score (0-440). Health Assessment Questionnaire (HAQ; scale 0-3) blev anvendt til at måle patienternes gennemsnitlige ændring i fysisk funktionsevne fra *baseline* scores over tiden.

ATTRACT studiet evaluerede responset ved ugerne 30, 54 og 102 i et placebokontrolleret studie hos 428 patienter med aktiv reumatoid arthritis på trods af behandling med methotrexat. Omkring 50 % af patienterne var i funktionsklasse III. Patienterne fik placebo, 3 mg/kg eller 10 mg/kg infliximab i ugerne 0, 2 og 6, samt hver 4. eller 8. uge herefter. Alle patienterne fik konstante methotrexat doser (median 15 mg/uge) i 6 måneder før inklusionen og skulle fortsætte med konstante doser under hele studiet.

Resultater fra uge 54 (ACR20, total van der Heijde-modified Sharp score og HAQ) er vist i tabel 3. Højere grader af klinisk respons (ACR50 og ACR70) blev set i alle infliximab-grupper ved 30 og 54 uger sammenlignet med methotrexat alene.

En reduktion i hastigheden af progressionen af strukturel ledske (erosioner og forsnævring af ledspalte) blev set i alle infliximab-grupper ved 54 uger (tabel 3).

De virkninger, der sås ved 54 uger, blev opretholdt i 102 uger. På grund af et antal behandlingsophør, kan størrelsen af forskellen i virkning mellem infliximab og methotrexat alene ikke defineres.

Tabel 3
Virkninger på ACR20, strukturel ledske og fysisk funktionsevne ved uge 54, ATTRACT

	infliximab ^b					
	Kontrol ^a	3 mg/kg hver 8. uge	3 mg/kg hver 4. uge	10 mg/kg hver 8. uge	10 mg/kg hver 4. uge	Alle infliximab ^b
Patienter med ACR20 respons /Patienter evalueret (%)	15/88 (17 %)	36/86 (42 %)	41/86 (48 %)	51/87 (59 %)	48/81 (59 %)	176/340 (52 %)
Total score ^d (van der Heijde-modified Sharp score)						
Ændring fra <i>baseline</i>						
Gennemsnit ± SD ^c	7,0 ± 10,3	1,3 ± 6,0	1,6 ± 8,5	0,2 ± 3,6	-0,7 ± 3,8	0,6 ± 5,9
Median ^c (Interkvartil interval)	4,0 (0,5;9,7)	0,5 (-1,5;3,0)	0,1 (-2,5;3,0)	0,5 (-1,5;2,0)	-0,5 (-3,0;1,5)	0,0 (-1,8;2,0)
Patienter uden forværring/patienter evalueret (%) ^c	13/64 (20 %)	34/71 (48 %)	35/71 (49 %)	37/77 (48 %)	44/66 (67 %)	150/285 (53 %)
HAQ ændring fra <i>baseline</i> over tiden ^c (patienter evalueret)	87	86	85	87	81	339
Gennemsnit ± SD ^c	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,4 ± 0,4

a Kontrol = Alle patienter havde aktiv RA på trods af behandling med stabile methotrexat doser i 6 måneder før inklusion og skulle fortsætte på stabile doser gennem studiet. Samtidig anvendelse af stabile doser af orale kortikosteroider (≤ 10 mg/dag) og/eller NSAIDs var tilladt, og folatsupplement blev givet.

- b Alle infliximab doser er givet i kombination med methotrexat og folat samt eventuelt kortikosteroider og/eller NSAIDs
- c $p < 0,001$, for hver infliximab-behandlingsgruppe *versus* kontrol
- d Større værdier indikerer mere uarbejdsdygtighed.
- e HAQ = Health Assessment Questionnaire; større værdier indikerer mindre uarbejdsdygtighed.

ASPIRE studiet evaluerede respons ved uge 54 hos 1.004 methotrexat naive patienter med tidlig (≤ 3 års sygdomsvarighed, median 0,6 år) aktiv reumatoid arthritis (median antallet af hævede og ømme led var henholdsvis 19 og 31). Alle patienter fik methotrexat (optimeret til 20 mg/uge ved uge 8) og enten placebo, 3 mg/kg eller 6 mg/kg infliximab i ugerne 0, 2 og 6 samt hver 8. uge derefter. Resultaterne fra uge 54 er vist i tabel 4.

Efter 54 ugers behandling resulterede begge doser af infliximab + methotrexat i statistisk signifikant større forbedring i tegn og symptomer sammenlignet med methotrexat alene, målt ved andelen af patienter, der opnåede ACR20, 50 og 70 respons.

I ASPIRE havde mere end 90 % af patienterne mindst to bedømmelsesværdige røntgenbilleder. Reduktionen i progressionshastigheden af strukturel skade blev observeret ved ugerne 30 og 54 i infliximab + methotrexat grupperne sammenlignet med methotrexat alene.

Tabel 4
Virkninger på ACRn, strukturel ledskade og fysisk funktion ved uge 54, ASPIRE

	Placebo + MTX	Infliximab + MTX		
		3 mg/kg	6 mg/kg	Kombineret
Forsøgspersoner randomiseret	282	359	363	722
Procentvis ACR forbedring				
Gennemsnit \pm SD ^a	24,8 \pm 59,7	37,3 \pm 52,8	42,0 \pm 47,3	39,6 \pm 50,1
Ændring fra <i>baseline</i> i total van der Heijde modificeret Sharp score ^b				
Gennemsnit \pm SD ^a	3,70 \pm 9,61	0,42 \pm 5,82	0,51 \pm 5,55	0,46 \pm 5,68
Median	0,43	0,00	0,00	0,00
Forbedring fra <i>baseline</i> i HAQ gennemsnitligt over tid fra uge 30 til uge 54 ^c				
Gennemsnit \pm SD ^d	0,68 \pm 0,63	0,80 \pm 0,65	0,88 \pm 0,65	0,84 \pm 0,65

- a $p < 0,001$, for hver infliximab-behandlingsgruppe mod kontrol.
- b højere værdier indikerer mere ledskade.
- c HAQ = Health Assessment Questionnaire; højere værdier indikerer mindre handicap.
- d $p = 0,030$ og $< 0,001$ for henholdsvis 3 mg/kg og 6 mg/kg behandlingsgruppen mod placebo + MTX.

Data, som underbygger dosistitrering ved reumatoid arthritis, stammer fra ATTRACT, ASPIRE og START studierne. START var et randomiseret, multicenter, dobbeltblindet, 3-armet, parallel-gruppe sikkerhedsstudie. I en af armene (gruppe 2, n=329) blev patienter med utilstrækkeligt respons tilladt dosisjustering med 1,5 mg/kg intervaller fra 3 op til 9 mg/kg. Størstedelen af patienterne (67 %) behøvede ingen dosisjustering. Af de patienter som behøvede dosisjustering opnåede 80 % klinisk respons og størstedelen af disse (64 %) behøvede kun en justering med 1,5 mg/kg.

Crohns sygdom hos voksne

Induktionsbehandling af moderat til svært aktiv Crohns sygdom

Virkningen af en *éndosis* behandling med infliximab blev vurderet hos 108 patienter med aktiv Crohns sygdom (Crohn's Disease Activity Index (CDAI) $\geq 220 \leq 400$) i et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret, dosis-virknings studie. Af disse 108 patienter blev 27 behandlet med den anbefalede dosis på 5 mg/kg infliximab. Alle patienter havde haft utilstrækkelig virkning af tidligere

konventionel behandling. Samtidig brug af stabile doser af konventionel behandling var tilladt, og 92 % af patienterne fortsatte brugen af disse behandlinger.

Det primære endepunkt var andelen af patienter, der oplevede en klinisk virkning, bestemt som en nedgang i CDAI på ≥ 70 point fra *baseline* ved 4-ugers evalueringen og uden stigning i brugen af lægemidler eller kirurgiske indgreb for Crohns sygdom. Patienter, der reagerede i uge 4, fulgtes til uge 12. Sekundære endepunkter omfattede andelen af patienter i klinisk remission i uge 4 (CDAI < 150) og den kliniske respons på længere sigt.

I uge 4 efter indgivelse af en enkelt dosis opnåede 22/27 (81 %) af de infliximab-behandlede patienter, der fik 5 mg/kg dosen en klinisk virkning mod 4/25 (16 %) af placebopatienterne ($p < 0,001$). I uge 4 opnåede endvidere 13/27 (48 %) af infliximab-behandlede patienter en klinisk remission (CDAI < 150) i forhold til 1/25 (4 %) af placebobehandlede patienter. Der konstateredes en virkning inden for 2 uger med maksimal virkning efter 4 uger. Ved den sidste observation efter 12 uger sås stadig virkning hos 13/27 (48 %) af patienterne behandlet med infliximab.

Vedligeholdelsesbehandling af moderat til svært aktiv Crohns sygdom hos voksne

Virkningen af gentagne infusioner med infliximab blev undersøgt i et 1-års klinisk studie (ACCENT I). I alt 573 patienter med moderat til svært aktiv Crohns sygdom (CDAI $\geq 220 \leq 400$) fik en enkelt infusionsdosis på 5 mg/kg ved uge 0. 178 af de 580 inkluderede patienter (30,7 %) blev defineret som havende svær sygdom (CDAI score > 300 og samtidig kortikoid og/eller immunsupprimerende behandling) svarende til populationen defineret i indikationen (se pkt. 4.1). I uge 2 blev alle patienter bedømt til klinisk respons og randomiseret til en af 3 behandlingsgrupper; en placebo-vedligeholdelsesgruppe, en 5 mg/kg vedligeholdelsesgruppe og en 10 mg/kg vedligeholdelsesgruppe. Alle 3 grupper modtog gentagne infusioner i uge 2 og 6 samt hver 8. uge derefter.

Af de 573 randomiserede patienter, opnåede 335 (58 %) klinisk respons ved uge 2. Disse patienter blev klassificeret som uge-2 responderende og blev inkluderet i den primære analyse (se tabel 5). Blandt patienter klassificeret som non-responderende ved uge 2, opnåede 32 % (26/81) i placebo-vedligeholdelsesgruppen og 42 % (68/163) i infliximab-gruppen klinisk respons ved uge 6. Der var herefter ingen forskel mellem grupperne i antallet af sene responderende.

De co-primære endepunkter var forholdet af patienter i klinisk remission (CDAI < 150) ved uge 30 og tiden til tab af respons efter uge 54. Kortikosteroid nedtrapning var tilladt efter uge 6.

Tabel 5
Virkninger på respons og remissionshastighed, data fra ACCENT I (uge-2 responderende)

	ACCENT I (uge-2 responderende)		
	% Patienter		
	Placebo- vedligeholdelse (n=110)	Infliximab- vedligeholdelse 5 mg/kg (n=113) (p-værdi)	Infliximab- vedligeholdelse 10 mg/kg (n=112) (p-værdi)
Median tid til tab af respons frem til uge 54	19 uger	38 uger (0,002)	> 54 uger (< 0,001)
Uge 30			
Klinisk respons ^a	27,3	51,3 (< 0,001)	59,1 (< 0,001)
Klinisk remission	20,9	38,9 (0,003)	45,5 (< 0,001)
Steroidfri remission	10,7 (6/56)	31,0 (18/58) (0,008)	36,8 (21/57) (0,001)
Uge 54			

	ACCENT I (uge-2 responderende)		
	% Patienter		
	Placebo- vedligeholdelse (n=110)	Infliximab- vedligeholdelse 5 mg/kg (n=113) (p-værdi)	Infliximab- vedligeholdelse 10 mg/kg (n=112) (p-værdi)
Klinisk respons ^a	15,5	38,1 ($< 0,001$)	47,7 ($< 0,001$)
Klinisk remission	13,6	28,3 (0,007)	38,4 ($< 0,001$)
Vedblivende steroidfri remission ^b	5,7 (3/53)	17,9 (10/56) (0,075)	28,6 (16/56) (0,002)

a Reduktion i CDAI ≥ 25 % og ≥ 70 point.

b CDAI < 150 ved både uge 30 og 54. De patienter, der fik kortikosteroider ved *baseline*, fik ikke kortikosteroider i de 3 måneder forud for uge 54.

I begyndelsen af uge 14 fik patienter, der havde responderet på behandling, men efterfølgende mistet deres kliniske fordel, lov til at krydse over til en infliximab-dosis på 5 mg/kg højere end den dosis hvortil de oprindeligt var randomiseret. Niogfirs procent (50/56) af patienterne, der mistede klinisk respons på infliximab 5 mg/kg vedligeholdelsesbehandling efter uge 14, responderede på behandling med infliximab 10 mg/kg.

Forbedring af målene for livskvalitet, reduktion i sygdomsrelateret hospitaliseringer og brug af kortikosteroid sås for infliximab-vedligeholdelsesgrupperne sammenlignet med placebo-vedligeholdelsesgruppen ved ugerne 30 og 54.

Infliximab med eller uden AZA blev vurderet i et randomiseret, dobbeltblindet studie med aktiv komparator (SONIC) hos 508 voksne patienter med moderat til svær Crohns sygdom (CDAI $\geq 220 \leq 450$). Patienterne var naive i forhold til biologiske lægemidler og immunsuppressiva og havde en median sygdomsvarighed på 2,3 år. Ved baseline fik 27,4 % af patienterne systemiske kortikosteroider, 14,2 % af patienterne fik budesonid, og 54,3 % af patienterne fik 5-ASA-stoffer. Patienterne blev randomiseret til at få AZA monoterapi, infliximab-monoterapi eller infliximab plus AZA kombinationsterapi. Infliximab blev indgivet med en dosis på 5 mg/kg i ugerne 0, 2, 6 og derefter hver 8. uge. AZA blev givet med en dosis på 2,5 mg/kg dagligt.

Studiets primære endepunkt var kortikosteroidfri klinisk remission i uge 26, defineret som patienter i klinisk remission (CDAI < 150), som i mindst 3 uger ikke havde taget orale systemiske kortikosteroider (prednison eller lignende) eller budesonid i en dosis på > 6 mg/dag. Resultaterne ses i tabel 6. Andelen af patienter med slimhindeheling i uge 26 var signifikant større i grupperne, der fik infliximab plus AZA (43,9 %; $p < 0,001$) eller infliximab-monoterapi (30,1 %; $p=0,023$) sammenlignet med AZA-monoterapigruppen (16,5 %).

Tabel 6
Procent af patienter, som opnåede kortikosteroidfri klinisk remission i uge 26, SONIC

	AZA Monoterapi	Infliximab Monoterapi	Infliximab + AZA Kombinationsterapi
Uge 26			
Alle randomiserede patienter	30,0 % (51/170)	44,4 % (75/169) ($p=0,006$)*	56,8 % (96/169) ($p < 0,001$)*

* P-værdier repræsenterer hver infliximab-behandlingsgruppe vs. AZA monoterapi.

En tilsvarende tendens til opnåelse af kortikosteroidfri klinisk remission blev observeret i uge 50. Desuden blev der observeret forbedret livskvalitet ved infliximab-behandling, målt med IBDQ.

Induktionsbehandling af fistulerende, aktiv Crohns sygdom

Virkningen blev også vurderet i et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret studie hos 94 patienter med fistulerende Crohns sygdom, som havde fistler af mindst 3 måneders varighed. Enogtredive af disse patienter blev behandlet med infliximab 5 mg/kg. Cirka 93 % af patienterne havde tidligere fået antibiotika eller immunsupprimerende behandling.

Samtidig brug af stabile doser af konventionel behandling var tilladt, og 83 % af patienterne fortsatte brugen af mindst en af disse behandlinger. Patienterne modtog tre doser af enten placebo eller infliximab i uge 0, 2 og 6. Patienterne fulgtes indtil uge 26. Det primære endepunkt var andelen af patienter, der oplevede en klinisk virkning, bestemt som ≥ 50 % reduktion fra *baseline* i antallet af fistler, drænet ved forsigtigt tryk, ved mindst to på hinanden følgende besøg (med 4 ugers mellemrum) uden øget brug af lægemidler eller kirurgisk indgreb for Crohns sygdom.

Otteogtres procent (21/31) af patienter behandlet med infliximab, der fik et 5 mg/kg doseringsregime, opnåede en klinisk virkning mod 26 % (8/31) af placebobehandlede patienter ($p = 0,002$). Median tiden til der registreredes en virkning i gruppen behandlet med infliximab var 2 uger. Median varigheden af respons var 12 uger. Det lykkedes desuden at lukke alle fistler hos 55 % af infliximab-behandlede patienter sammenlignet med 13 % af patienter behandlet med placebo ($p = 0,001$).

Vedligeholdelsesbehandling af fistulerende, aktiv Crohns sygdom

Virkningen af gentagne infusioner med infliximab hos patienter med fistulerende Crohns sygdom blev undersøgt i et 1-års klinisk studie (ACCENT II). I alt 306 patienter fik 3 doser infliximab på 5 mg/kg i ugerne 0, 2 og 6. Ved *baseline* havde 87 % af patienterne perianale fistler, 14 % havde abdominale fistler, 9 % havde rektovaginale fistler. Median CDAI scoren var 180. Ved uge 14 blev 282 patienter bedømt til klinisk respons og randomiseret til at få enten placebo eller 5 mg/kg infliximab hver 8. uge til og med uge 46.

Uge 14-responderende (195/282) blev analyseret for det primære endepunkt, som var tiden fra randomisering til tab af respons (se tabel 7). Kortikosteroid nedtrapning var tilladt efter uge 6.

Tabel 7
Virkninger på responshastighed, data fra ACCENT II (uge-14 responderende)

	ACCENT II (uge-14 responderende)		
	Placebo Vedligeholdelse (n=99)	Infliximab Vedligeholdelse (5 mg/kg) (n=96)	p-værdi
Median tid til tab af respons efter uge 54	14 uger	> 40 uger	< 0,001
Uge 54			
Fistelrespons (%) ^a	23,5	46,2	0,001
Komplet fistelrespons (%) ^b	19,4	36,3	0,009

a A ≥ 50 % reduktion fra *baseline* i antallet af drænedede fistler over en periode på ≥ 4 uger.

b Fravær af alle drænedede fistler.

I begyndelsen af uge 22 blev patienter, der initialt responderede på behandling og efterfølgende mistede deres respons, kvalificeret til at krydse over til aktiv genbehandling hver 8. uge på en infliximab-dosis 5 mg/kg højere end den dosis, hvortil de oprindeligt blev randomiseret. Blandt patienter i infliximab-gruppen 5 mg/kg, der krydsede over på grund af tab af fistel respons efter uge 22, responderede 57 % (12/21) på genbehandling med infliximab 10 mg/kg hver 8. uge.

Der var ingen signifikant forskel mellem placebo og infliximab i andelen af patienter med forlænget lukning af alle fistler til og med uge 54, med symptomer som proctalgia, abscesser og urinrørsinfektion eller i antallet af nyudviklede fistler under behandlingen.

Vedligeholdelsesbehandling med infliximab hver 8. uge reducerede sygdomsrelateret hospitalisering og kirurgiske indgreb signifikant sammenlignet med placebo. Endvidere blev en reduktion i kortikosteroidanvendelsen og forbedring af livskvalitet observeret.

Colitis ulcerosa hos voksne

Sikkerhed og virkning ved infliximab blev vurderet i to (ACT 1 og ACT 2) randomiserede, dobbeltblindede, placebokontrollerede kliniske studier hos voksne patienter med moderat til svær, aktiv colitis ulcerosa (Mayo score 6 til 12; Endoskopi subscore ≥ 2) med et utilstrækkeligt respons på konventionel behandling [orale kortikosteroider, aminosalicylater og/eller immunmodulatorer (6-MP, AZA)]. Samtidig anvendelse af stabile doser af orale aminosalicylater, kortikosteroider og/eller immunmodulatorer var tilladt. I begge studier var patienterne randomiseret til at få enten placebo, 5 mg/kg infliximab eller 10 mg/kg infliximab i uge 0, 2, 6, 14 og 22, og i ACT 1 i uge 30, 38 og 46. Kortikosteroidnedtrapning var tilladt efter uge 8.

Tabel 8
Virkninger på klinisk respons, klinisk remission og slimhindeheling i uge 8 og 30.
Kombinerede resultater fra ACT 1 & 2.

	Placebo	Infliximab		
		5 mg/kg	10 mg/kg	Kombineret
Randomiserede forsøgspersoner	244	242	242	484
Procent forsøgspersoner i klinisk respons og i vedvarende klinisk respons				
Klinisk respons i uge 8 ^a	33,2 %	66,9 %	65,3 %	66,1 %
Klinisk respons i uge 30 ^a	27,9 %	49,6 %	55,4 %	52,5 %
Vedvarende respons (klinisk respons både i uge 8 og uge 30) ^a	19,3 %	45,0 %	49,6 %	47,3 %
Procent forsøgspersoner i klinisk remission og vedvarende remission				
Klinisk remission i uge 8 ^a	10,2 %	36,4 %	29,8 %	33,1 %
Klinisk remission i uge 30 ^a	13,1 %	29,8 %	36,4 %	33,1 %
Vedvarende remission (i remission både i uge 8 og uge 30) ^a	5,3 %	19,0 %	24,4 %	21,7 %
Procent forsøgspersoner med slimhindeheling				
Slimhindeheling i uge 8 ^a	32,4 %	61,2 %	60,3 %	60,7 %
Slimhindeheling i uge 30 ^a	27,5 %	48,3 %	52,9 %	50,6 %

a $p < 0,001$, for hver infliximab-behandlingsgruppe mod placebo.

Virkingen af infliximab i uge 54 blev undersøgt i ACT 1 studiet.

Ved 54 uger var 44,9 % af patienterne i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe i klinisk respons sammenlignet med 19,8 % i placebobehandlingsgruppen ($p < 0,001$). Klinisk remission og slimhindeheling forekom i en større andel af patienterne i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe sammenlignet med placebobehandlingsgruppen i uge 54 (henholdsvis 34,6 % mod 16,5 %, $p < 0,001$ og 46,1 % mod 18,2 %, $p < 0,001$). Andelene af patienter i vedvarende respons og vedvarende remission i uge 54 var større i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe end i placebobehandlingsgruppen (henholdsvis 37,9 % mod 14,0 %, $p < 0,001$ og 20,2 % mod 6,6 %, $p < 0,001$).

En større andel patienter i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe var i stand til at afbryde kortikosteroider og stadig blive i klinisk remission sammenlignet med placebobehandlingsgruppen i både uge 30 (22,3 % mod 7,2 %, $p < 0,001$, samlede ACT 1 & ACT 2 data) og uge 54 (21,0 % mod 8,9 %, $p=0,022$, ACT 1 data).

Den samlede data analyse for ACT 1 og ACT 2 studierne og deres forlængelser, som blev analyseret fra *baseline* til uge 54, viste en reduktion af colitis ulcerosa-relaterede hospitalsindlæggelser og

kirurgiske indgreb med infliximab-behandling. Antallet af hospitalsindlæggelser relateret til colitis ulcerosa var signifikant lavere i 5 og 10 mg/kg infliximab-behandlingsgrupperne end i placebogruppen (gennemsnitligt antal hospitalsindlæggelser per 100 forsøgsperson-år: 21 og 19 *versus* 40 i placebogruppen; hhv. $p=0,019$ og $p=0,007$). Antallet af kirurgiske indgreb relateret til colitis ulcerosa var også lavere i 5 og 10 mg/kg infliximab-behandlingsgrupperne end i placebogruppen (gennemsnitligt antal kirurgiske indgreb per 100 forsøgsperson-år: 22 og 19 *versus* 34; hhv. $p=0,145$ og $p=0,022$).

Andelen af forsøgspersoner, som fik foretaget kolektomi på et hvilket som helst tidspunkt inden for 54 uger efter den første infusion af studiemedicin, blev samlet fra ACT 1 og ACT 2 studierne og deres forlængelser. Der var færre forsøgspersoner, som fik foretaget kolektomi i 5 mg/kg infliximab-gruppen (28/242 eller 11,6 % [N.S.] og 10 mg/kg infliximab-gruppen (18/242 eller 7,4 % [$p=0,011$]) end i placebogruppen (36/244; 14,8 %).

Reduktionen i hyppigheden af kolektomi blev også undersøgt i et anden randomiseret, dobbeltblindet studie (C0168Y06) af hospitaliserede patienter ($n=45$) med moderat til svær aktiv colitis ulcerosa, som ikke responderede på intravenøse kortikosteroider, og som derfor havde større risiko for kolektomi. Der forekom signifikant færre kolektomier indenfor 3 måneder fra studieinfusion hos patienter, der fik en enkelt dosis 5 mg/kg infliximab sammenlignet med patienter, der fik placebo (hhv. 29,2 % *versus* 66,7 %, $p=0,017$).

Infliximab forbedrede livskvaliteten i ACT 1 og ACT 2, hvilket bekræftedes ved statistisk signifikant forbedring i både et sygdomsspecifikt mål, IBDQ, og ved forbedring i den almindelige 36-punkt korte udgave af spørgeskema SF-36.

Ankyloserende spondylitis hos voksne

Infliximabs virkning og sikkerhed blev undersøgt i to multicenter, dobbeltblindede, placebokontrollerede studier hos patienter med aktiv ankyloserende spondylitis (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] score ≥ 4 og spinalsmerte ≥ 4 på en skala på 1-10).

I det første studie (P01522), som havde en dobbeltblindet fase på 3 måneder, modtog 70 patienter enten 5 mg/kg infliximab eller placebo i uge 0, 2, 6 (35 patienter i hver gruppe). I uge 12 blev placebopatienter skiftet over til infliximab 5 mg/kg hver 6. uge indtil uge 54. Efter studiets første år fortsatte 53 patienter i en open-label forlængelse til uge 102.

I det andet kliniske studie (ASSERT) blev 279 patienter randomiseret til behandling med enten placebo (gruppe 1, $n=78$) eller 5 mg/kg infliximab (gruppe 2, $n=201$) i uge 0, 2 og 6 og derefter hver 6. uge indtil uge 24. Derefter fortsatte alle patienterne på infliximab hver 6. uge til uge 96. Gruppe 1 fik 5 mg/kg infliximab. Patienter i gruppe 2, som havde en BASDAI ≥ 3 ved 2 på hinanden følgende konsultationer, fik 7,5 mg/kg infliximab hver 6. uge startende med uge 36 og frem til uge 96.

I ASSERT sås forbedring af tegn og symptomer så tidligt som i uge 2. I uge 24 var antallet af ASAS 20 respondere 15/78 (19 %) i placebogruppen og 123/201 (61 %) i gruppen, der fik 5 mg/kg infliximab ($p < 0,001$). Der var 95 patienter fra gruppe 2, som fortsatte på 5 mg/kg hver 6. uge. I 102. uge var 80 patienter stadig på infliximab-behandling og blandt disse var 71 (89 %) ASAS 20 respondere.

I P01522 sås forbedring af tegn og symptomer så tidligt som i uge 2. I uge 12 var antallet af BASDAI 50 respondere 3/35 (9 %) i placebogruppen og 20/35 (57 %) i 5 mg/kg gruppen ($p < 0,01$). Der var 53 patienter, som fortsatte på 5 mg/kg hver 6. uge. I 102. uge var 49 patienter stadig på infliximab-behandling, og blandt disse var 30 (61 %) BASDAI 50 responderende.

I begge studier blev fysisk funktion og livskvalitet målt ved BASFI og den fysiske delscore af SF-36 blev også signifikant forbedret.

Psoriasis arthritis hos voksne

Virkning og sikkerhed blev vurderet i to dobbeltblindede, placebokontrollerede multicenterstudier hos patienter med aktiv psoriasis arthritis.

I det første kliniske studie (IMPACT) blev virkning og sikkerhed af infliximab undersøgt hos 104 patienter med aktiv polyartikulær psoriasis arthritis. Under den 16 uger lange dobbeltblindede fase fik patienterne enten 5 mg/kg infliximab eller placebo i uge 0, 2, 6 og 14 (52 patienter i hver gruppe). Startende i uge 16 blev placebobehandlede patienter skiftet til infliximab, og alle patienter fik herefter 5 mg/kg infliximab hver 8. uge frem til uge 46. Efter studiets første år fortsatte 78 patienter i en open-label forlængelse til uge 98.

I det andet kliniske studie (IMPACT 2) blev virkning og sikkerhed af infliximab undersøgt hos 200 patienter med aktiv psoriasis arthritis (≥ 5 hævede led og ≥ 5 ømme led). 46 % af patienterne fortsatte på stabile doser methotrexat (≤ 25 mg/uge). Under den 24 uger dobbeltblindede fase modtog patienterne enten 5 mg/kg infliximab eller placebo i ugerne 0, 2, 6, 14 og 22 (100 patienter i hver gruppe). I uge 16 blev 47 placebopatienter med < 10 % forbedring fra udgangspunktet i både hævede og ømme led flyttet til infliximab induktion (tidlig overflytning). I uge 24 blev alle placebobehandlede patienter flyttet over til infliximab induktion. Dosis fortsatte for alle patienter til og med uge 46.

De vigtigste resultater for virkning i IMPACT og IMPACT 2 er vist i tabel 9 nedenfor:

Tabel 9
Virksomheder på ACR og PASI i IMPACT og IMPACT 2

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (uge 16)	Infliximab (uge 16)	Infliximab (uge 98)	Placebo (uge 24)	Infliximab (uge 24)	Infliximab (uge 54)
Randomisere de patienter	52	52	Ikke aktuel ^a	100	100	100
ACR respons (% af patienter)						
N	52	52	78	100	100	100
ACR 20 respons*	5 (10 %)	34 (65 %)	48 (62 %)	16 (16 %)	54 (54 %)	53 (53 %)
ACR 50 respons*	0 (0 %)	24 (46 %)	35 (45 %)	4 (4 %)	41 (41 %)	33 (33 %)
ACR 70 respons*	0 (0 %)	15 (29 %)	27 (35 %)	2 (2 %)	27 (27 %)	20 (20 %)
PASI respons (% af patienter) ^b						
N				87	83	82
PASI 75 resp ons**				1 (1 %)	50 (60 %)	40 (48.8 %)

* ITT-analyser med forsøgspersoner med manglende data blev inkluderet som ikke-responderende.

a Uge 98 data for IMPACT inkluderer kombineret placebo cross-over og infliximab-patienter, der deltog i den åbne undersøgelse.

b Baseret på patienter med PASI > 2.5 ved baseline for IMPACT, og patienter med > 3 % BSA psoriasis hud påvirkning ved baseline af IMPACT 2.

** PASI 75 respons for IMPACT ikke inkluderet som følge af lav N; $p < 0.001$ for infliximab vs. placebo i uge 24 for IMPACT 2.

I IMPACT og IMPACT 2 blev klinisk respons observeret så tidligt som uge 2 og blev bibeholdt henholdsvis til og med uge 98 og uge 54. Virkningen har været demonstreret med eller uden samtidig brug af methotrexat. Reduktion i parametrene for perifere aktivitetskaraktistika på psoriasis arthritis

(såsom antal hævede led, antal smertefulde/ømme led, dactylitis og tilstedeværelse af entesopati) sås hos infliximab-behandlede patienter.

Radiografiske ændringer blev vurderet i IMPACT 2. Røntgenbilleder af hænder og fødder blev indsamlet ved *baseline*, uge 24 og 54. Infliximab-behandling reducerede udviklingshastigheden af perifere ledsår sammenlignet med placebobehandling ved det primære endepunkt i uge 24. Endepunkt blev målt ved ændring fra *baseline* i samlet modificeret vdH-S score (middel \pm SD score var $0,82 \pm 2,62$ i placebogruppen sammenlignet med $-0,70 \pm 2,53$ i infliximab-gruppen; $p < 0,001$). I infliximab-gruppen forblev middelændringen i samlet modificeret vdH-S score under 0 i uge 54.

Infliximab-behandlede patienter viste signifikant forbedring i fysisk funktionsevne, vurderet ved HAQ. Signifikant forbedring i helbredsrelateret livskvalitet blev også påvist, målt med den fysiske og mentale component summary score af SF-36 i IMPACT 2.

Psoriasis hos voksne

Virksomheden af infliximab blev vurderet i to multicenter, randomiserede, dobbeltblindede studier: SPIRIT og EXPRESS. Patienter i begge studier havde plaque psoriasis (Body Surface Area [BSA] ≥ 10 % og Psoriasis Area and Severity Index [PASI] score ≥ 12). Det primære endepunkt i begge studier var procenten af patienter, som opnåede ≥ 75 % forbedring i PASI fra *baseline* i uge 10.

SPIRIT vurderede virkningen af infliximab induktionsbehandling hos 249 patienter med plaque psoriasis, som tidligere havde fået PUVA eller systemisk behandling. Patienterne fik enten 3 eller 5 mg/kg infliximab eller placeboinfusioner i uge 0, 2 og 6. Patienter med en PGA score ≥ 3 havde mulighed for at få en yderligere infusion af den samme behandling i uge 26.

I SPIRIT var andelen af patienter, der opnåede PASI 75 i uge 10 71,7 % i 3 mg/kg infliximab-gruppen, 87,9 % i 5 mg/kg infliximab-gruppen og 5,9 % i placebogruppen ($p < 0,001$). I uge 26, tyve uger efter den sidste induktionsdosis, var 30 % af patienterne i 5 mg/kg gruppen og 13,8 % af patienterne i 3 mg/kg gruppen PASI 75 respondere. Mellem uge 6 og 26 vendte symptomerne på psoriasis gradvis tilbage med en median tid til sygdomsrelaps på > 20 uger. Ingen rebound sås.

EXPRESS vurderede virkningen af infliximab induktions- og vedligeholdelsesbehandling hos 378 patienter med plaque psoriasis. Patienterne fik 5 mg/kg infliximab eller placebo infusioner i uge 0, 2 og 6 efterfulgt af vedligeholdelsesbehandling hver 8. uge indtil uge 22 i placebogruppen og indtil uge 46 i infliximab-gruppen. I uge 24 krydsede placebogruppen over til infliximab induktionsbehandling (5 mg/kg) efterfulgt af infliximab vedligeholdelsesbehandling (5 mg/kg). Neglepsoriasis blev vurderet ved brug af Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI). Tidligere behandling med PUVA, methotrexat, ciclosporin eller acitretin var modtaget af 71,4 % af patienterne, selv om de ikke nødvendigvis var behandlingsresistente. Nøgleresultater præsenteres i tabel 10. Hos infliximab-behandlede personer var signifikant PASI 50 respons tydelig ved det første besøg (uge 2) og PASI 75 respons ved det andet besøg (uge 6). Virkningen var den samme i undergruppen af patienter, der var eksponeret for tidligere systemiske behandlinger sammenlignet med den totale studiepopulation.

Tabel 10
Resumé af PASI respons, PGA-respons og andel patienter, hvis negle alle var fri for psoriasis i uge 10, 24 og 50. EXPRESS

	Placebo \rightarrow Infliximab	
	5 mg/kg (i uge 24)	Infliximab 5 mg/kg
Uge 10		
N	77	301
≥ 90 % forbedring	1 (1,3 %)	172 (57,1 %) ^a
≥ 75 % forbedring	2 (2,6 %)	242 (80,4 %) ^a

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (i uge 24)	Infliximab 5 mg/kg
≥ 50 % forbedring	6 (7,8 %)	274 (91,0 %)
PGA helt væk (0) eller minimale (1)	3 (3,9 %)	242 (82,9 %) ^{ab}
PGA helt væk (0), minimale (1) eller lette (2)	14 (18,2 %)	275 (94,2 %) ^{ab}
Uge 24		
N	77	276
≥ 90 % forbedring	1 (1,3 %)	161 (58,3 %) ^a
≥ 75 % forbedring	3 (3,9 %)	227 (82,2 %) ^a
≥ 50 % forbedring	5 (6,5 %)	248 (89,9 %)
PGA helt væk (0) eller minimale (1)	2 (2,6 %)	203 (73,6 %) ^a
PGA helt væk (0), minimale (1) eller lette (2)	15 (19,5 %)	246 (89,1 %) ^a
Uge 50		
N	68	281
≥ 90 % forbedring	34 (50,0 %)	127 (45,2 %)
≥ 75 % forbedring	52 (76,5 %)	170 (60,5 %)
≥ 50 % forbedring	61 (89,7 %)	193 (68,7 %)
PGA helt væk (0) eller minimale (1)	46 (67,6 %)	149 (53,0 %)
PGA helt væk (0), minimale (1) eller lette (2)	59 (86,8 %)	189 (67,3 %)
Alle negle fri for psoriasis^c		
Uge10	1/65 (1,5 %)	16/235 (6,8 %)
Uge24	3/65 (4,6 %)	58/223 (26,0 %) ^a
Uge50	27/64 (42,2 %)	92/226 (40,7 %)

a p < 0,001, for hver infliximab-behandlingsgruppe *versus* kontrol.

b N = 292.

c Analysen var baseret på patienter med neglepsoriasis ved *baseline* (81,8 % af patienterne). Gennemsnitlig NAPSI-score ved *baseline* var hhv. 4,6 og 4,3 i infliximab- og placebogruppen.

Der blev registreret signifikante forbedringer fra *baseline* i DLQI (p < 0,001) og de fysiske og mentale del-scoringer af SF 36 (p < 0,001 for hver enkelt delssammenligning).

Pædiatrisk population

Crohns sygdom hos børn (6 til 17 år)

I REACH-studiet fik 112 patienter (6 til 17 år, median alder 13,0 år) med moderat til svær aktiv Crohns sygdom (median pædiatrisk CDAI på 40) og utilstrækkelig respons på konventionel behandling 5 mg infliximab/kg i ugerne 0, 2 og 6. Alle patienterne skulle være på en stabil dosis af 6-MP, AZA eller MTX (35 % fik også kortikosteroid ved *baseline*). De patienter, som af investigator blev vurderet til at have et klinisk respons i uge 10, blev randomiseret og fik 5 mg/kg infliximab enten hver 8. eller hver 12. uge som et vedligeholdelsesbehandlingsregime. Hvis respons forsvandt under vedligeholdelsesbehandlingen, var *cross-over* til en højere dosis (10 mg/kg) og/eller kortere doseringsinterval (hver 8. uge) tilladt. Hos 32 evaluérbare patienter blev doseringen ændret (9 personer i 8. ugers gruppen og 23 i 12. ugers gruppen). Fireogtyve af disse patienter (75,0 %) genvandt klinisk respons efter *cross-over*.

Andelen af personer med klinisk respons i uge 10 var 88,4 % (99/112), og andelen af personer, som opnåede klinisk remission i uge 10, var 58,9 % (66/112).

I uge 30 var andelen af personer med klinisk remission højere i 8-ugers gruppen (59,6 %; 31/52) end i 12-ugers gruppen (35,3 %, 18/51; p=0,013). I uge 54 var tallene 55,8 % (29/52) og 23,5 % (12/51) for henholdsvis 8-ugers gruppen og 12-ugers gruppen (p < 0,001).

Data om fistler blev uddraget fra PCDAI-score. Af de 22 personer som havde fistler ved *baseline*, var henholdsvis 63,6 % (14/22), 59,1 % (13/22) og 68,2 % (15/22) i fuldstændig fistelrespons i uge 10, 30 og 54 i de kombinerede 8-ugers og 12-ugers vedligeholdelsesgrupper.

Derudover blev der observeret statistisk og klinisk signifikante forbedringer af livskvalitet og højde såvel som en signifikant reduktion i brug af kortikosteroid i forhold til *baseline*.

Colitis ulcerosa hos børn (6 til 17 år)

Infliximabs sikkerhed og virkning blev vurderet i et multicenter, randomiseret, open-label, parallelgruppe klinisk studie (C0168T72) hos 60 pædiatriske patienter i alderen 6 til 17 år (medianalder 14,5 år) med moderat til svær aktiv colitis ulcerosa (Mayo-score på 6-12; endoskopisk subscore ≥ 2) med utilstrækkeligt respons på konventionel behandling. Ved *baseline* fik 53 % af patienterne immunmodulerende behandling (6-MP, AZA og/eller MTX), og 62 % af patienterne fik kortikosteroider. Seponering af immunmodulatorer og nedtrapning af kortikosteroid-dosis var tilladt efter uge 0.

Alle patienter fik induktionsbehandling med 5 mg/kg infliximab i uge 0, 2, og 6. Patienter, der ikke havde responderet på infliximab i uge 8 (n=15) fik ikke yderligere doser og gik tilbage til sikkerhedsopfølgning. Ved uge 8 blev 45 patienter randomiseret og fik 5 mg/kg infliximab enten hver 8. eller hver 12. uge som et vedligeholdelsesregime.

Andelen af patienter med klinisk respons i uge 8 var 73,3 % (44/60). Klinisk respons i uge 8 var den samme hos dem, som fik immunmodulator og hos dem, som ikke fik immunmodulator ved *baseline*. Klinisk remission i uge 8 var 33,3 % (17/51) målt ved pædiatrisk colitis ulcerosa aktivitets-indeks (PUCAI) scoren.

I uge 54 var andelen af patienter i klinisk remission målt ved PUCAI-scoren 38 % (8/21) i 8-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen og 18 % (4/22) i 12-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen. For patienter, der fik kortikosteroider ved *baseline*, var andelen af patienter i remission, og som ikke fik kortikosteroider ved uge 54, 38,5 % (5/13) for 8-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen og 0 % (0/13) for 12-ugers vedligeholdelsesbehandlingsgruppen.

I dette studie var der flere patienter i gruppen 12 til 17 år end i gruppen 6 til 11 år (45/60 *versus* 15/60). Antallet af patienter i hver undergruppe er for lille til at drage definitive konklusioner omkring alderens indflydelse, men der var flere patienter i den yngre aldersgruppe, der fik øget deres dosis eller stoppede behandlingen på grund af utilstrækkelig virkning.

Andre pædiatriske indikationer

Det Europæiske Lægemiddelagentur har dispenseret fra kravet om at fremlægge resultaterne af studier med referencelægemidlet, som indeholder infliximab i alle undergrupper af den pædiatriske population med reumatoid arthritis, juvenil idiopatisk arthritis, psoriasis arthritis, ankyloserende spondylitis, psoriasis og Crohns sygdom (se pkt. 4.2 for oplysninger om pædiatrisk anvendelse).

5.2 Farmakokinetiske egenskaber

Enkelte intravenøse infusioner på 1, 3, 5, 10 eller 20 mg/kg infliximab udviste dosis-proportionale stigninger i den maksimale serumkoncentration (C_{max}) samt området under koncentrationstidskurven (AUC). Fordelingsvolumen ved steady state (median V_d på 3,0 til 4,1 liter) var ikke afhængig af den indgivne dosis og indikerede, at infliximab især distribueres i det vaskulære fordelingsrum. Ingen tidsafhængig farmakokinetik sås. Eliminationsvejene for infliximab er ikke karakteriseret. Uomdannet infliximab blev ikke påvist i urin. Ingen større alders- eller vægtrelaterede forskelle i elimination eller fordelingsvolumen sås hos patienter med reumatoid arthritis. Farmakokinetikken for infliximab hos ældre patienter er ikke blevet undersøgt. Studier hos patienter med lever- eller nyresygdom er ikke blevet udført.

Ved enkeltdoser på 3, 5 eller 10 mg/kg var median værdier for C_{max} henholdsvis 77, 118 og 277 mikrogram/ml. Median terminal halveringstid ved disse doser varierede fra 8 til 9,5 dage. Hos de fleste patienter kunne infliximab påvises i serum i mindst 8 uger efter den anbefalede enkeltdosis på 5 mg/kg til Crohns sygdom og reumatoid arthritis vedligeholdelsesdosis på 3 mg/kg hver 8. uge.

Gentagen administration af infliximab (5 mg/kg ved 0, 2 og 6 uger i fistulerende Crohns sygdom, 3 eller 10 mg/kg hver 4. eller 8. uge i reumatoid arthritis) resulterede i en let akkumulering af infliximab i serum efter den anden dosis. Ingen yderligere klinisk relevant akkumulering blev observeret. I de fleste patienter med fistulerende Crohns sygdom blev infliximab påvist i serum i 12 uger (interval 4-28 uger) efter administration af regimet.

Pædiatrisk population

En farmakokinetisk populationsanalyse baseret på data fra patienter med colitis ulcerosa (N=60), Crohns sygdom (N=112), juvenil reumatoid arthritis (N=117) og Kawasaki sygdom (N=16) med et overordnet aldersinterval fra 2 måneder til 17 år indikerede, at eksponering for infliximab var afhængig af legemsvægt på en ikke-lineær måde. Efter administration af infliximab 5 mg/kg hver 8. uge var den forventede mediane steady-state infliximab-eksponering (arealet under koncentrations-tids-kurven ved steady-state, AUC_{ss}) hos pædiatriske patienter i alderen 6 til 17 år ca. 20 % lavere end den forventede median steady-state lægemiddel-eksponering hos voksne. Den mediane AUC_{ss} hos pædiatriske patienter i alderen 2 år til under 6 år var forventet at være ca. 40 % lavere end hos voksne, selvom antallet af patienter, der bekræfter dette estimat, er begrænset.

5.3 Non-kliniske sikkerhedsdata

Infliximab krydsreagerer ikke med TNF_{α} fra andre arter end mennesker og chimpanser. Derfor er konventionelle prækliniske sikkerhedsdata med infliximab begrænsede. I et toksicitetsstudie vedrørende udvikling udført på mus ved brug af et analogt antistof, der selektivt hæmmer den funktionelle aktivitet af muse TNF_{α} , var der ingen tegn på maternel toksicitet, embryotoksicitet eller teratogenicitet. I et fertilitets- og generelt reproduktionsfunktionsstudie var antallet af drægtige mus reduceret efter administration af det samme analoge antistof. Det vides ikke, om dette fund skyldes virkninger på hannerne og/eller hunnerne. I et 6-måneders flerdosis toksicitetsstudie hos mus, ved brug af det samme analoge antistof mod muse TNF_{α} , sås krystalaflejringer på linsekapslerne hos nogle af de behandlede hanmus. Ingen specifikke øjenundersøgelser er blevet udført hos patienter for at vurdere relevansen af dette fund for mennesker.

Langvarige studier er ikke blevet udført for at vurdere det carcinogene potentiale af infliximab. Studier hos mus, der mangler TNF_{α} , viste ingen stigning i tumorer ved udsættelse for kendte tumorfremkaldere og/eller -fremmskyndere.

6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER

6.1 Hjælpemidler

Saccharose
Polysorbat 80
Natriumdihydrogen-phosphatmonohydrat
Dinatriumphosphatdihydrat

6.2 Uforlideligheder

Da der ikke foreligger studier over eventuelle uforlideligheder, må dette lægemiddel ikke blandes med andre lægemidler.

6.3 Opbevaringstid

Før rekonstitution:

5 år ved 2 °C – 8 °C.

Remsima kan opbevares ved temperaturer på op til højst 25 °C i en enkelt periode på op til 6 måneder, men den oprindelige udløbsdato må ikke overskrides. Den nye udløbsdato skal skrives på æsken. Når Remsima er taget ud af køleskabet, må det ikke sættes tilbage på køl igen.

Efter rekonstitution og fortynding:

Den fortyndede infusionsvæskes kemiske og fysiske stabilitet efter anbrud er påvist i op til 60 dage ved 2°C til 8°C og i yderligere 24 timer ved 25°C efter udtagning fra køleskab. Ud fra et mikrobiologisk synspunkt skal infusionsvæsken administreres straks, opbevaringstider og -forhold efter anbrud indtil anvendelse er brugerens ansvar, og de vil normalt ikke overskride 24 timer ved 2 °C – 8 °C, medmindre rekonstitution/fortynding har fundet sted under kontrollerede og validerede aseptiske forhold.

6.4 Særlige opbevaringsforhold

Opbevares i køleskab (2°C – 8°C).

Opbevaringsforhold op til 25 °C før rekonstitution af lægemidlet, se pkt. 6.3.

Opbevaringsforhold efter rekonstitution af lægemidlet, se pkt. 6.3.

6.5 Emballagetyper og pakningsstørrelser

Hætteglas (type 1 glas med gummiprop og aluminiumshætte beskyttet med et plastiklåg).

Remsima findes i pakninger med 1, 2, 3, 4 eller 5 hætteglas.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering

1. Dosis og antal af de nødvendige Remsima-hætteglas beregnes. Hvert Remsima-hætteglas indeholder 100 mg infliximab. Det påkrævede samlede volumen rekonstitueret Remsima-opløsning beregnes.
2. Under aseptiske forhold rekonstitueres hvert Remsima-hætteglas med 10 ml vand til i injektionsvæsker ved hjælp af en sprøjte med en gauge 21 (0,8 mm) kanyle eller med en mindre kanyle. Plastiklåget fra hætteglasset fjernes og toppen tørres med en 70 % alkoholvatpind. Sprøjtekanylen i hætteglasset indsættes i hætteglasset gennem midten af gummiproppen og injektionsvæskestrømmen rettes mod glasvæggen i hætteglasset. Opløsningen blandes forsigtigt ved at vende hætteglasset for at opløse pulveret. For længe eller for kraftig svingning skal undgås. HÆTTEGLASSET MÅ IKKE RYSTES. Opskumning af opløsningen ved rekonstitution kan forekomme. Den rekonstituerede opløsning skal stå i 5 minutter. Opløsningen bør være farveløs til lysegul og opaliserende. Opløsningen kan udvikle nogle få fine gennemsigtige partikler, da infliximab er et protein. Opløsningen må ikke anvendes, hvis det indeholder uigennemsigtige partikler, er misfarvet eller indeholder andre fremmedlegemer.
3. Det påkrævede volumen af den rekonstituerede Remsima-opløsning fortyndes til 250 ml med natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) infusionsvæske. Fortynd ikke det rekonstituerede Remsima-koncentrat med andre fortyndingsmidler'. Fortyndingen kan opnås ved at udtrække et volumen af natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) infusionsvæske fra 250 ml glasflasken eller infusionsposen

svarende til voluminet af det rekonstituerede Remsima. Det påkrævede volumen af rekonstitueret Remsima-opløsning tilføjes langsomt til 250 ml infusionsflasken eller –posen og blandes forsigtigt. Brug enten en større infusionspose (fx 500 ml, 1.000 ml) til voluminer over 250 ml eller brug flere 250 ml infusionsposer for at sikre, at koncentrationen af infusionsvæsken ikke overstiger 4 mg/ml. Hvis infusionsvæsken har været opbevaret i køleskab efter rekonstitution og fortynding, skal den have tid til at opnå stuetemperatur (25°C) i 3 timer forud for trin 4 (infusion). Opbevaring i mere end 24 timer ved 2°C - 8°C gælder udelukkende for klargøring af Remsima i infusionsposen.

4. Infusionsvæsken skal administreres over en periode på ikke mindre end den anbefalede infusionstid (se pkt. 4.2). Kun et infusionssæt med et in-line, sterilt, ikke-pyrogent, minimalt proteinbindende filter (porestørrelse 1,2 µm eller derunder) bør anvendes. Da der ikke er anvendt konserveringsmiddel, anbefales det, at indgivelsen af infusionsvæsken begynder så hurtigt som muligt og inden for 3 timer efter rekonstitution og fortynding. Hvis infusionsvæsken ikke anvendes straks, er opbevaringstiderne og -betingelserne efter anbrud indtil anvendelse brugerens ansvar, og bør normalt ikke overskride 24 timer ved 2°C – 8°C med mindre rekonstitution/fortynding har fundet sted under kontrollerede og validerede aseptiske forhold (se pkt. 6.3 ovenfor). Rester af den ikke anvendte infusionsopløsning må ikke opbevares til fornyet brug.
5. Remsima bør undersøges visuelt for partikler eller misfarvning før indgivelsen. Hvis der observeres synligt uigennemsigtige partikler, misfarvning eller fremmedlegemer må det ikke anvendes.
6. Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/13/853/001
EU/1/13/853/002
EU/1/13/853/003
EU/1/13/853/004
EU/1/13/853/005

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE/FORNYELSE AF TILLADELSEN

Dato for første markedsføringstilladelse: 10 september 2013
Dato for seneste markedsfornyelse: 21. juni 2018

10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN

Yderligere oplysninger om dette lægemiddel findes på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>.

1. LÆGEMIDLETS NAVN

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte
Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt pen.

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte

Hver 1 ml enkelt dosis fyldt injektionssprøjte indeholder 120 mg infliximab*.

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt pen

Hver 1 ml enkelt dosis fyldt pen indeholder 120 mg infliximab*.

*Infliximab er et kimærisk monoklonalt humant-murint IgG1-antistof fremstillet i murine hybridomaceller ved rekombinant DNA-teknologi.

Hjælpestof, som behandleren skal være opmærksom på
Sorbitol 45 mg pr. 1 ml

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

3. LÆGEMIDDELFORM

Injektionsvæske, opløsning
Klar til opaliserende, farveløs til lysebrun opløsning

4. KLINISKE OPLYSNINGER

4.1 Terapeutiske indikationer

Reumatoid arthritis

Remsima, i kombination med methotrexat, er indiceret til reduktion af sygdomstegn og symptomer samt forbedring af fysisk funktionsevne hos:

- voksne patienter med aktiv sygdom, når responset til sygdomsmodulerende antireumatiske lægemidler (DMARDs), inklusive methotrexat, har været utilstrækkeligt.
- voksne patienter med alvorlig, aktiv og progressiv sygdom, der ikke tidligere er behandlet med methotrexat eller andre DMARD.

I disse patientpopulationer er en reduktion i hastigheden af progressionen af ledske, målt ved røntgen, blevet påvist (se pkt. 5.1).

Crohns sygdom

Remsima er indiceret til:

- behandling af moderat til svært aktiv Crohns sygdom hos voksne patienter, som ikke har responderet på trods af et fuldstændigt og adækvat behandlingsforløb med et kortikosteroid og/eller et immunsuppressivum, eller som er intolerante over for eller har kliniske kontraindikationer for sådanne behandlinger.
- behandling af fistulerende, aktiv Crohns sygdom hos voksne patienter, som ikke har responderet på trods af et fuldstændigt og adækvat behandlingsforløb med konventionel behandling (inklusive antibiotika, drænage og immunsuppressiv behandling).

Colitis ulcerosa

Remsima er indiceret til behandling af moderat til svært aktiv colitis ulcerosa hos voksne patienter, som har haft utilstrækkelig respons af konventionel behandling inklusive kortikosteroider og 6-mercaptopurin (6-MP) eller azathioprin (AZA), eller som er intolerante over for eller har kliniske kontraindikationer for sådanne behandlinger.

Ankyloserende spondylitis

Remsima er indiceret til behandling af svær, aktiv ankyloserende spondylitis hos voksne patienter, som har responderet utilstrækkeligt på konventionel behandling.

Psoriasis arthritis

Remsima er indiceret til behandling af aktiv og progressiv psoriasis arthritis hos voksne patienter, hvor respons på tidligere DMARD-behandling har været utilstrækkelig.

Remsima bør administreres:

- i kombination med methotrexat
- eller alene hos patienter, der udviser intolerance over for methotrexat, eller for hvem methotrexat er kontraindiceret.

Det er blevet påvist, at infliximab fremmer fysisk funktion hos patienter med psoriasis arthritis samt reducerer udviklingshastigheden af perifere ledskader målt med røntgen hos patienter med polyartikulære symmetriske undertyper af sygdommen (se pkt. 5.1).

Psoriasis

Remsima er indiceret til behandling af moderat til svær plaque psoriasis hos voksne patienter, som ikke responderede på, eller som har en kontraindikation for eller som ikke tåler anden systemisk behandling inklusive ciclosporin, methotrexat eller psoralen ultra-violet A (PUVA) (se pkt. 5.1).

4.2 Dosering og administration

Behandling med Remsima skal initieres og holdes under opsyn af kvalificerede læger med erfaring i diagnostik og behandling af lidelser, som Remsima er indiceret til. Indlægssedlen og patientinformationskortet skal gives til patienter, som behandles med Remsima. Indlægssedlen indeholder instruktioner i anvendelse.

Ved efterfølgende injektioner og efter tilstrækkelig egnet træning i subkutan injektionsteknik kan patienter selv-injicere med Remsima, hvis behandlende læge finder det passende og med medicinsk opfølgning efter behov. Patientens egnethed til subkutan selv-injicering skal vurderes, og patienter skal rådes til at informere sundhedspersonalet, hvis de oplever symptomer på en allergisk reaktion, inden de administrerer den næste dosis. Patienter skal søge øjeblikkelig lægehjælp, hvis de udvikler symptomer på alvorlige allergiske reaktioner (se pkt. 4.4).

Under Remsimabehandling bør anden samtidig behandling såsom kortikosteroider og immunsuppressiva optimeres.

Det er vigtigt at kontrollere produktets mærkning for at sikre, at den korrekte formulering (intravenøs eller subkutan) administreres til patienten som ordineret. Remsima subkutan formulering er ikke beregnet til intravenøs administration og bør udelukkende administreres via en subkutan injektion.

Dosering

Voksne (≥ 18 år)

Reumatoid arthritis

Behandling med Remsima subkutan formulering skal påbegyndes med støddoser af infliximab, som kan være intravenøse eller subkutane. Når der gives subkutane støddoser, bør Remsima 120 mg gives som en subkutan injektion efterfulgt af yderligere subkutane injektioner 1, 2, 3 og 4 uger efter den første injektion, og hver 2. uge derefter. Hvis der gives intravenøse støddoser af infliximab til påbegyndelse af behandlingen, skal 2 intravenøse infusioner af infliximab 3 mg/kg gives med to ugers mellemrum. Den første behandling med Remsima administreret subkutan påbegyndes som vedligeholdelsesbehandling 4 uger efter den anden intravenøse administration. Den anbefalede vedligeholdelsesdosis for Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge.

Remsima skal anvendes sammen med methotrexat.

Foreliggende data tyder på, at det kliniske respons sædvanligvis nås inden for 12 ugers behandling. Fortsat behandling bør revurderes nøje hos patienter, som ikke viser tegn på klinisk fordel inden for de første 12 ugers behandling (se pkt. 5.1).

Moderat til svært aktiv Crohns sygdom

Behandling med Remsima administreret subkutan skal påbegyndes som vedligeholdelsesbehandling 4 uger efter den sidste administration af to intravenøse infusioner af infliximab 5 mg/kg givet med 2 ugers mellemrum. Den anbefalede dosis af Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge. Hvis patienten ikke responderer efter 2 doser af intravenøse infusioner, bør der ikke behandles yderligere med infliximab. Foreliggende data understøtter ikke fortsat infliximab-behandling hos patienter, der ikke responderer inden for 6 uger efter den første infusion.

Fistulerende, aktiv Crohns sygdom

Remsima 120 mg gives som en subkutan injektion 4 uger efter sidste administration af to intravenøse infusioner af infliximab 5 mg/kg givet med 2 ugers mellemrum. Den anbefalede dosis af Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge. Hvis en patient ikke responderer efter 6 doser (det vil sige 2 intravenøse infusioner og 4 subkutane injektioner), bør der ikke gives yderligere behandling med infliximab.

Ved Crohns sygdom er erfaring med genadministration efter recidiverende sygdomstegn og symptomer begrænset, og der savnes sammenlignende data om benefit/risk for de alternative strategier ved fortsat behandling.

Colitis ulcerosa

Behandling med Remsima administreret subkutan skal påbegyndes som vedligeholdelsesbehandling 4 uger efter den sidste administration af to intravenøse infusioner af infliximab 5 mg/kg givet med 2 ugers mellemrum. Den anbefalede dosis af Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge.

Foreliggende data tyder på, at det kliniske respons sædvanligvis opnås inden for 14 ugers behandling, dvs. 2 intravenøse infusioner og 4 subkutane injektioner (se pkt. 5.1). Fortsat behandling bør revurderes nøje hos patienter, som ikke viser tegn på terapeutisk virkning inden for denne periode.

Ankyloserende spondylitis

Behandling med Remsima administreret subkutan skal påbegyndes som vedligeholdelsesbehandling 4 uger efter sidste administration af to intravenøse infusioner af infliximab 5 mg/kg givet med 2 ugers mellemrum. Den anbefalede dosis af Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge. Hvis en patient ikke responderer ved uge 6 (det vil sige efter 2 intravenøse infusioner), bør der ikke gives yderligere behandling med infliximab.

Psoriasis arthritis

Der bør indledes vedligeholdelsesbehandling med subkutan administreret Remsima 4 uger efter den sidste administration af to intravenøse infusioner af infliximab 5 mg/kg givet med 2 ugers mellemrum. Den anbefalede dosis af Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge.

Psoriasis

Der bør indledes vedligeholdelsesbehandling med subkutan administreret Remsima 4 uger efter den sidste administration af to intravenøse infusioner af infliximab 5 mg/kg givet med 2 ugers mellemrum. Den anbefalede dosis af Remsima subkutan formulering er 120 mg én gang hver 2. uge. Hvis en patient ikke viser respons efter 14 uger (dvs. 2 intravenøse infusioner og 5 subkutane injektioner), bør der ikke gives yderligere behandling med infliximab.

Genadministration ved Crohns sygdom og reumatoid arthritis

Hvis tegn og symptomer på sygdom vender tilbage, viser erfaring med intravenøs infliximab at, infliximab kan readministreres inden for 16 uger efter den seneste administration. I kliniske studier med intravenøs infliximab, er forsinkede overfølsomhedsreaktioner forekommet med hyppigheden ikke almindelig og efter infliximab-fri perioder på mindre end 1 år (se pkt. 4.4 og 4.8). Sikkerhed og virkning ved readministration efter en infliximab-fri periode på over 16 uger er ikke klarlagt. Dette gælder både for patienter med Crohns sygdom og patienter med reumatoid arthritis.

Genadministration ved colitis ulcerosa

Baseret på erfaring med intravenøs infliximab er sikkerheden og virkningen ved genadministration, udover hver 8. uge, ikke klarlagt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Genadministration ved ankyloserende spondylitis

Baseret på erfaring med intravenøs infliximab er sikkerheden og virkningen ved fornyet administration, udover hver 6. til 8. uge, ikke klarlagt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Genadministration ved psoriasis arthritis

Baseret på erfaring med intravenøs infliximab er sikkerheden og virkningen ved fornyet administration, udover hver 8. uge, ikke klarlagt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Genadministration ved psoriasis

Begrænset erfaring fra genadministration med en enkelt intravenøs infliximab dosis ved psoriasis efter et interval på 20 uger tyder på nedsat virkning og en højere incidens af lette til moderate infusionsreaktioner sammenlignet med det initiale induktionsregime (se pkt. 5.1).

Begrænset erfaring fra genadministration af intravenøs infliximab i form af et gentaget induktionsregime, efter opblussen af sygdom, tyder på en højere hyppighed af infusionsreaktioner, inklusive alvorlige reaktioner, sammenlignet med 8-uges vedligeholdelsesbehandling af intravenøs infliximab (se pkt. 4.8).

Genadministration på tværs af indikationer

Hvis vedligeholdelsesbehandlingen afbrydes, og der er behov for genstart af behandlingen, anbefales det ikke at gentage induktionsregimet med intravenøs infliximab (se pkt. 4.8). I denne situation bør infliximab initieres igen som en enkelt dosis intravenøs infliximab efterfulgt af vedligeholdelsesdoser af subkutan infliximab som anbefalet og beskrevet ovenfor givet 4 uger efter den sidste administration af intravenøs infliximab.

Skift til og fra Remsima subkutan formulering på tværs af indikationer

Når der skiftes fra vedligeholdelsesbehandling med infliximab intravenøs formulering til subkutan formulering med Remsima, kan den subkutane formulering administreres 8 uger efter den sidste administration af de intravenøse infusioner af infliximab.

Der foreligger ikke tilstrækkelige oplysninger vedrørende skift af patienter, som modtog intravenøse infusioner af infliximab i højere doser end 3 mg/kg til reumatoid arthritis eller 5 mg/kg for Crohns sygdom hver 8. uge, til den subkutane formulering med Remsima.

Der foreligger ingen oplysninger om skift af patienter fra den subkutane formulering til den intravenøse formulering af Remsima.

Glemte dosis

Hvis patienterne glemmer en injektion af Remsima subkutan formulering, skal de instrueres i at tage den glemte dosis øjeblikkeligt, hvis dette sker inden for 7 dage efter den glemte dosis, og derefter forblive på deres oprindelige doseringsplan. Hvis dosis er forsinket med 8 dage eller mere, skal patienterne instrueres i at springe den glemte dosis over, vente til den næste planlagte dosis og derefter forblive på deres oprindelige doseringsplan.

Særlige populationer

Ældre

Der er ikke udført specifikke studier af infliximab hos ældre patienter. Der er ikke iagttaget større aldersrelaterede forskelle i clearance eller fordelingsvolumen i kliniske studier med infliximab intravenøse formuleringer, og det samme forventes for den subkutane formulering. Dosisjustering er ikke påkrævet (se pkt. 5.2). Se pkt. 4.4 og 4.8 for mere information omkring sikkerhed ved brug af infliximab hos ældre patienter.

Nedsat nyre- og/eller leverfunktion

Infliximab er ikke undersøgt hos disse patientpopulationer. Der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering (se pkt. 5.2).

Pædiatrisk population

Sikkerheden og effekten af Remsima subkutan behandling hos børn under 18 år er endnu ikke klarlagt. Der foreligger ingen data. Derfor anbefales subkutan brug af Remsima kun hos voksne.

Administration

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte eller i fyldt pen administreres udelukkende ved subkutan injektion. Indlægssedlen indeholder fulde instruktioner i anvendelse. Ved de to første intravenøse infusioner kan patienter præmedicineres med fx et antihistamin, hydrocortison og/eller paracetamol og infusionshastigheden kan reduceres for at nedsætte risikoen for infusionsrelaterede reaktioner, især hvis infusionsrelaterede reaktioner er set tidligere (se pkt. 4.4). Lægen skal sikre passende opfølgning af patienter med henblik på eventuel systemisk injektionsreaktion og lokaliseret reaktion på injektionsstedet efter administration af den første subkutane injektion.

4.3 Kontraindikationer

Overfølsomhed over for det aktive stof, over for andre murine proteiner eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i punkt 6.1.

Patienter med tuberkulose eller andre alvorlige infektioner såsom sepsis, abscesser og opportunistiske infektioner (se pkt. 4.4).

Patienter med moderat eller svær hjerteinsufficiens (NYHA funktionsklasse III/IV) (se pkt. 4.4 og 4.8).

4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen

Sporbarhed

For at forbedre sporbarheden af biologiske lægemidler skal det administrerede produkts navn og batchnummer tydeligt registreres.

Systemisk injektionsreaktion/lokaliseret reaktion på injektionsstedet/overfølsomhed

Infliximab har været forbundet med systemiske injektionsreaktioner, anafylaktisk shock samt forsinkede overfølsomhedsreaktioner (se pkt. 4.8).

Akutte reaktioner inklusive anafylaktiske reaktioner kan opstå under (inden for sekunder) eller få timer efter administration af infliximab. Hvis akutte reaktioner opstår, skal der øjeblikkeligt søges lægehjælp. Af denne grund skal de første intravenøse administrationer foregå, hvor nøddudstyr såsom adrenalin, antihistaminer, kortikosteroider, tungeholder og Rubens ballon er umiddelbart tilgængeligt. Patienter kan præmedicineres med for eksempel et antihistamin, hydrocortison og/eller paracetamol, for at forebygge lette og forbigående reaktioner.

Lokaliserede reaktioner på injektionsstedet, overvejende lette til moderate, omfattede følgende reaktioner begrænset til injektionsstedet: erytem, smerter, kløe, hævelse, induration, blå mærker, hæmatom, ødem, kulde, paræstesi, blødning, irritation, udslæt, sår, urticaria, blærer på injektionsstedet og sårskorpe rapporteredes at være forbundet med infliximab subkutan behandling. De fleste af disse reaktioner kan forekomme umiddelbart eller inden for 24 timer efter subkutan injektion. De fleste af disse reaktioner forsvandt spontant uden behandling.

Antistoffer over for infliximab kan udvikles og har været forbundet med en øget frekvens af infusionsreaktioner, når infliximab administreres ved intravenøs infusion. En lille del af infusionsreaktionerne var alvorlige allergiske reaktioner. En sammenhæng mellem udvikling af antistoffer over for infliximab og reduceret varighed af respons er også blevet observeret med intravenøst administreret infliximab. Samtidig administration af immunmodulatorer er blevet forbundet med en lavere hyppighed af antistoffer over for infliximab og i tilfælde af intravenøst administreret infliximab, en reduktion i frekvensen af infusionsreaktioner. Virkningen af samtidig behandling med immunmodulatorer var mere udtalt hos patienter behandlet periodevist i forhold til patienter i vedligeholdelsesbehandling. Patienter, der får seponeret immunsuppressiva før eller under infliximab-behandling, har større risiko for at udvikle disse antistoffer. Antistoffer over for infliximab kan ikke altid påvises i serumprøver. Hvis alvorlige reaktioner opstår, skal symptomatisk behandling gives, og der må ikke gives yderligere infliximab (se pkt. 4.8).

I kliniske studier har forsinkede overfølsomhedsreaktioner været rapporteret. Foreliggende data tyder på en øget risiko for forsinket overfølsomhed ved længerevarende infliximab-fri periode. Patienter bør rådes til at søge øjeblikkelig lægehjælp, hvis de oplever en forsinket bivirkning (se pkt. 4.8). Hvis patienter genbehandles efter en længere periode, skal de følges nøje vedrørende tegn og symptomer på forsinket overfølsomhed.

Infektioner

Patienter skal følges tæt for infektioner, inklusive tuberkulose før, under og efter behandling med infliximab. Da eliminationen af infliximab kan tage op til 6 måneder, bør monitorering fortsættes i denne periode. Behandling med infliximab må ikke fortsættes, hvis en patient udvikler en alvorlig infektion eller sepsis.

Forsigtighed bør udvises, når brug af infliximab overvejes hos patienter med kronisk infektion eller med en sygdomshistorie med tilbagevendende infektioner, inklusive samtidig behandling med immunsuppressive lægemidler. Patienter bør informeres efter behov og undgå at blive udsat for potentielle risikofaktorer for infektion.

Tumor nekrose faktor alfa (TNF_{α}) frembringer betændelse og modulerer cellulært immunrespons. Eksperimentelle data viser, at TNF_{α} er afgørende for at bekæmpe intracellulære infektioner. Klinisk erfaring viser, at modtagerens forsvar mod infektion er nedsat hos nogle patienter behandlet med infliximab.

Vær opmærksom på, at suppression af TNF_{α} kan maskere symptomer på infektion såsom feber. Tidlig erkendelse af atypiske kliniske forekomster af alvorlige infektioner og typiske kliniske forekomster af sjældne og usædvanlige infektioner er afgørende for at begrænse forsinkelse i diagnosticering og behandling.

Patienter, som tager TNF-blokkere, er mere modtagelige for alvorlige infektioner.

Tuberkulose, bakterieinfektioner, inklusive sepsis og pneumoni, invasive svampeinfektioner, virale infektioner og andre opportunistiske infektioner er set hos patienter behandlet med infliximab. Nogle af disse infektioner har været letale; de opportunistiske infektioner, der oftest er set med en mortalitetsrate $> 5\%$, indbefatter pneumocystose, candidiasis, listeriose og aspergillose.

Patienter, som udvikler en ny infektion, imens de er under behandling med infliximab, bør monitoreres tæt og gennemgå en komplet diagnostisk evaluering. Behandling med infliximab bør seponeres, hvis en patient udvikler en ny alvorlig infektion eller sepsis, og passende antimikrobiel eller antimykotisk behandling bør initieres, indtil infektionen er under kontrol.

Tuberkulose

Der er set tilfælde af aktiv tuberkulose hos patienter behandlet med infliximab. Det bør bemærkes, at i størstedelen af disse tilfælde var der tale om tuberkulose med ekstrapulmonal placering i form af enten lokal eller dissemineret sygdom.

Før initiering af behandling med infliximab skal alle patienter vurderes for både aktiv og inaktiv ("latent") tuberkulose. Denne vurdering skal omfatte en detaljeret anamnese vedrørende eventuel tidligere tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med personer med tuberkulose samt tidligere og/eller nuværende immunsuppressiv behandling. Passende screeningundersøgelser, (fx tuberkulintest, røntgen af thorax og/eller *Interferon Gamma Release Assay*, bør udføres hos alle patienter (lokale vejledninger kan være gældende). Det anbefales, at udførelsen af disse undersøgelser registreres på patientens informationskort. Opmærksomheden henledes på risikoen for falsk negative resultater af tuberkulintesten, især hos patienter, der er alvorligt syge eller immunsupprimerede.

Ved aktiv tuberkulose, må infliximab-behandling ikke påbegyndes (se pkt. 4.3).

Hvis latent tuberkulose er under mistanke, bør en læge med ekspertise i behandling af tuberkulose konsulteres. I alle situationer beskrevet nedenfor bør benefit/risk-balancen af infliximab-behandling vurderes meget nøje.

Hvis inaktiv ("latent") tuberkulose diagnosticeres, skal behandling for latent tuberkulose påbegyndes med behandling mod tuberkulose før initiering af infliximab-behandling i henhold til lokale vejledninger.

Hos patienter, der har adskillige eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og har en negativ test for latent tuberkulose, bør anti-tuberkulosebehandling overvejes før initieringen af infliximab.

Anvendelsen af anti-tuberkulosebehandling bør også overvejes før initieringen af infliximab hos patienter med en tidligere sygdomshistorie med latent eller aktiv tuberkulose, hos hvem et passende behandlingsprogram ikke kan bekræftes.

Der er rapporteret om enkelte tilfælde af aktiv tuberkulose under og efter behandling for latent tuberkulose hos patienter i behandling med infliximab.

Alle patienter skal informeres om at søge læge, hvis sygdomstegn/symptomer, der tyder på tuberkulose (vedvarende hoste, skranten/vægttab, let feber), forekommer under eller efter infliximab-behandling.

Invasive svampeinfektioner

Hos patienter behandlet med infliximab bør en invasiv svampeinfektion såsom aspergillose, candidiasis, pneumocystose, histoplasmose, kokcidioidomykose eller blastomykose mistænkes, hvis en alvorlig systemisk sygdom udvikles, og en læge med ekspertise i diagnosticering og behandling af invasive svampeinfektioner bør konsulteres på et tidligt stadie, når disse patienter undersøges.

Invasive svampeinfektioner kan være disseminerede snarere end lokale sygdomme, og test for tilstedeværelse af antigen og antistof kan være negativ hos nogle patienter med aktiv infektion. Relevant empirisk antifungal behandling bør overvejes under diagnosticeringen, idet der både tages hensyn til risikoen ved alvorlig svampeinfektion og risikoen ved antifungal behandling.

Hos patienter, der har boet i eller rejst til områder, hvor invasive svampeinfektioner såsom histoplasmose, kokcidioidomykose eller blastomykose er endemiske, skal fordele og risici ved infliximab-behandling overvejes omhyggeligt, før infliximab-behandling initieres.

Fistulerende Crohns sygdom

Patienter med fistulerende Crohns sygdom med akutte suppurative fistler må ikke påbegynde infliximab-behandling, før en kilde til mulig infektion, specielt abscesser, er blevet udelukket (se pkt. 4.3).

Reaktivering af hepatitis B (HBV)

Reaktivering af hepatitis B er forekommet hos patienter, der fik en TNF-antagonist inklusive infliximab, og som var kroniske bærere af dette virus. Nogle tilfælde har haft dødelig udgang.

Før behandlingen med infliximab påbegyndes, skal patienten testes for HBV-infektion. Hos patienter med positiv test for HBV-infektion, anbefales det at rådføre sig med en læge med erfaring i behandling af hepatitis B. Bærere af HBV, hvor behandling med infliximab er nødvendig, skal følges nøje under behandlingen og i adskillige måneder efter afslutning af behandlingen for at registrere tegn og symptomer på aktiv HBV-infektion. Der foreligger ingen data om antiviral behandling profylaktisk mod HBV-reaktivering i forbindelse med TNF-antagonist-behandling hos patienter, som er bærere af HBV. Infliximab bør seponeres hos patienter, hvor HBV reaktiveres, og effektiv antiviral behandling med passende understøttende behandling bør igangsættes.

Lever- og galdevejshændelser

Tilfælde af gulsot og ikke-infektøs hepatitis, nogle med tegn på autoimmun hepatitis, er set efter markedsføring af infliximab. Isolerede tilfælde af leversvigt resulterende i levertransplantation eller dødsfald er forekommet. Patienter med symptomer eller tegn på nedsat leverfunktion bør undersøges for tegn på leverskade. Hvis der opstår gulsot og/eller ALAT-forhøjelser ≥ 5 gange øvre grænse af normalområdet, bør infliximab seponeres, og et omhyggeligt studie af hændelsen bør foretages.

Samtidig administration af TNF-alfahæmmer og anakinra

Der blev observeret alvorlige infektioner og neutropeni i kliniske studier ved samtidig anvendelse af anakinra og et andet TNF α -blokerende middel, etanercept, uden nogen øget klinisk fordel

sammenlignet med etanercept indgivet alene. Grundet egenskaberne af bivirkningerne set ved kombinationsbehandlingen med etanercept og anakinra, kan lignende toksiciteter muligvis forekomme ved kombination af anakinra med andre TNF α -blokerende midler. Derfor kan kombination af infliximab og anakinra ikke anbefales.

Samtidig administration af TNF-alfahæmmer og abatacept

Samtidig administration af TNF-alfahæmmere og abatacept har i kliniske studier været forbundet med en øget risiko for infektioner, inklusive alvorlige infektioner, uden en øget klinisk fordel, sammenlignet med TNF-hæmmere alene. Kombinationen af infliximab og abatacept anbefales ikke.

Samtidig administration af anden biologisk behandling

Der foreligger ikke tilstrækkelig information om samtidig brug af infliximab og andre biologiske lægemidler til behandling af de samme lidelser som infliximab. Samtidig brug af infliximab og disse biologiske lægemidler anbefales ikke på grund af øget risiko for infektioner og andre potentielle farmakologiske interaktioner.

Skift mellem biologiske DMARDS

Der bør udvises forsigtighed, og patienterne skal fortsat monitoreres, ved skift fra et biologisk lægemiddel til et andet, da overlappende biologisk aktivitet kan øge risikoen for bivirkninger yderligere, herunder for infektioner.

Vaccinationer

Det anbefales, at patienterne, om muligt, bringes op to date med alle vaccinationer i overensstemmelse med gældende vaccinationsvejledninger før initiering af behandling med Remsima. Patienter, der får infliximab, kan få vaccinationer samtidigt, med undtagelse af levende vacciner (se pkt. 4.5 og 4.6).

I en undergruppe med 90 voksne patienter med reumatoid arthritis fra ASPIRE-studiet kom en tilsvarende andel af patienterne i hver behandlingsgruppe (methotrexat plus: placebo [n=17], 3 mg/kg [n=27 eller 6 mg/kg infliximab [n=46]) op på en effektiv fordobling i titer med en polyvalent pneumokokvaccine, som indikerer, at infliximab ikke påvirkede det T-celle uafhængige humorale immunrespons. Studier fra den publicerede litteratur i forskellige indikationer (fx reumatoid arthritis, psoriasis, Crohns sygdom) tyder dog på, at ikke-levende vacciner givet under anti-TNF-behandling, herunder infliximab, kan fremkalde et lavere immunrespons end hos patienter, der ikke får anti-TNF-behandling.

Levende vacciner/terapeutiske smitstoffer

Hos patienter, der får anti-TNF-behandling er der utilstrækkelige data vedrørende respons på vaccinationer med levende vacciner og vedrørende sekundær overførsel af infektion forårsaget af levende vacciner. Anvendelse af levende vacciner kan medføre kliniske infektioner herunder disseminerede infektioner. Samtidig administration af levende vacciner og Remsima frarådes.

Spædbørn eksponeret i uterus

Hos spædbørn, der i uterus er blevet eksponeret for infliximab, er der rapporteret om letalt udfald på grund af dissemineret infektion forårsaget af Calmette-Guérins bakterie (BCG) efter administration af BCG-vaccine efter fødslen. Det tilrådes at vente 12 måneder efter fødslen før administration af levende vacciner til spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus. Hvis der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbørn, eller hvis administration af infliximab var begrænset til første trimester af graviditeten, kan administration af en levende vaccine eventuelt overvejes på et tidligere tidspunkt, hvis der er en klar klinisk fordel for det enkelte spædbarn (se pkt. 4.6).

Spædbørn eksponeret via modermælk

Det frarådes at administrere en levende vaccine til et spædbarn, der ammes, mens moderen får infliximab, medmindre der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbarnet (se pkt. 4.6).

Terapeutiske smitstoffer

Anden anvendelse af terapeutiske smitstoffer såsom levende svækkede bakterier (f.eks. instillation af BCG i blæren ved behandling af cancer) kan medføre kliniske infektioner herunder disseminerede infektioner. Terapeutiske smitstoffer bør ikke gives samtidig med Remsima.

Autoimmune processer

Den relative mangel på TNF α som følge af anti-TNF-behandling kan medføre initiering af en autoimmun proces. Hvis en patient udvikler symptomer, der viser tegn på et lupus-lignende syndrom efter behandling med Remsima og er positiv over for antistoffer mod dobbeltstrengt DNA, må behandling med Remsima ikke fortsættes (se pkt. 4.8).

Neurologiske lidelser

Brug af TNF-blokerende midler, inklusive infliximab har været forbundet med tilfælde af frembrud af eller forværring af kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniseringssygdomme i centralnervesystemet, inklusive dissemineret sklerose og perifere demyeliniseringssygdomme, inklusive Guillain-Barré syndrom. Hos patienter med allerede eksisterende eller nyligt opståede demyeliniseringssygdomme skal vurdering af forventet gavn og risiko ved anti-TNF-behandlingen overvejes omhyggeligt før initiering af behandling med Remsima. Det bør overvejes at afbryde Remsima-behandlingen, hvis disse sygdomme udvikles.

Maligne og lymfoproliferative sygdomme

I de kontrollerede dele af kliniske studier med TNF-blokerende midler er der set flere maligne tilfælde, inklusive lymfom, blandt patienter, som fik en TNF-blokker sammenlignet med patienter i kontrolgruppen. Under kliniske studier med infliximab over alle godkendte indikationer var forekomsten af lymfom hos infliximab-behandlede patienter højere end forventet i den generelle befolkningsgruppe, men forekomsten af lymfom var sjælden. Efter markedsføring er der set tilfælde af leukæmi hos patienter, der er behandlet med en TNF-antagonist. Der er en øget baggrundsrisiko for lymfomer og leukæmi hos reumatoid arthritis patienter med længerevarende, højaktiv inflammatorisk sygdom, hvilket vanskeliggør risikovurderingen.

I et uddybende klinisk studie, der vurderede anvendelsen af infliximab hos patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), blev der rapporteret flere maligne sygdomme hos patienter behandlet med infliximab sammenlignet med kontrolpatienter. Alle patienter havde tidligere røget meget. Forsigtighed bør udvises hos patienter med øget risiko for maligne sygdomme på grund af kraftig rygning, når TNF-blokerende behandling overvejes.

Med den nuværende viden kan en mulig risiko for udvikling af lymfomer eller andre maligne sygdomme hos patienter behandlet med et TNF-blokerende middel ikke udelukkes (se pkt. 4.8). Når TNF-blokerende behandling overvejes, bør forsigtighed udvises hos patienter med en fortid med maligne sygdomme, eller når fortsat behandling overvejes hos patienter, der udvikler maligne sygdomme.

Der bør også udvises forsigtighed hos patienter med psoriasis og en anamnese med ekstensiv immunsupprimerende behandling eller forlænget PUVA behandling.

Selvom subkutan administration ikke er indiceret til børn under 18 år, skal det bemærkes, at der efter markedsføring er rapporteret maligniteter, hvoraf nogle har været letale, hos børn, unge og unge

voksne (op til 22 år), som er behandlet med TNF-blokerende midler (behandlingsstart før eller ved 18 år), heriblandt infliximab. Omtrent halvdelen af tilfældene var lymfomer. De andre tilfælde repræsenterede en variation af forskellige maligniteter inklusive sjældne maligniteter, som oftest associeret med immunsuppression. En risiko for udvikling af maligniteter hos patienter behandlet med TNF-blokkere kan ikke udelukkes.

Efter markedsføring har tilfælde af hepatosplenisk T-celle-lymfom (HSTCL) været rapporteret hos patienter behandlet med TNF-blokerende lægemidler inklusive infliximab. Denne sjældne type af T-celle-lymfom har et meget aggressivt sygdomsforløb og er sædvanligvis fatal. Næsten alle disse patienter havde fået behandling med AZA eller 6-MP samtidig med eller umiddelbart før TNF-blokerende behandling. Hos patienter, som fik infliximab, er langt de fleste tilfælde forekommet hos patienter med Crohns sygdom eller colitis ulcerosa, og de fleste blev rapporteret hos unge og unge voksne mænd. Den potentielle risiko ved kombinationen af AZA eller 6-MP og infliximab bør overvejes omhyggeligt. En risiko for udvikling af hepatosplenisk T-celle-lymfom hos patienter, der bliver behandlet med Remsima, kan ikke udelukkes (se pkt. 4.8).

Der er rapporteret om melanom og Merkelcellekarcinom hos patienter, der har fået TNF-blokerende behandling, herunder infliximab (se pkt. 4.8). Periodisk undersøgelse af huden anbefales hos patienter, især hos patienter med risikofaktorer for hudcancer.

I et populationsbaseret, retrospektivt kohortestudie med data fra nationale svenske sundhedsregistre sås en øget incidens af livmoderhalskræft hos kvinder med reumatoid arthritis, som var blevet behandlet med infliximab, sammenlignet med patienter, der var naive i forhold til biologiske lægemidler, eller befolkningen generelt, inklusive kvinder over 60 år. Periodisk screening bør fortsætte hos kvinder, der er blevet behandlet med Remsima, inklusive kvinder over 60 år.

Alle patienter med colitis ulcerosa, som har forhøjet risiko for dysplasi eller coloncarcinom (for eksempel patienter med langvarig colitis ulcerosa eller primær sklerotisk cholangitis), eller som tidligere har haft dysplasi eller coloncarcinom, bør screenes for dysplasi med regelmæssige intervaller før behandling og under hele deres sygdomsforløb. Denne vurdering bør inkludere koloskopi og biopsier ifølge lokale retningslinjer. Aktuelle data indikerer ikke, at infliximab-behandling påvirker risikoen for at udvikle dysplasi eller coloncancer.

Da muligheden for øget risiko for udvikling af cancer hos patienter med nydiagnosticeret dysplasi behandlet med infliximab ikke er vist, bør risiko og gavn af fortsat behandling for de individuelle patienter nøje overvejes af lægen.

Hjerteinsufficiens

Remsima bør anvendes med forsigtighed hos patienter med let hjerteinsufficiens (NYHA funktionsklasse I/II). Patienter bør følges nøje, og Remsima må ikke fortsættes hos patienter, som udvikler nye eller forværrede symptomer på hjerteinsufficiens (se pkt. 4.3 og 4.8).

Hæmatologiske reaktioner

Der er set pancytopeni, leukopeni, neutropeni og trombocytopeni hos patienter, der fik TNF-hæmmere, herunder infliximab. Alle patienter skal rådes til straks at søge læge, hvis de udvikler tegn og symptomer, som tyder på blod dyskrasi (fx vedvarende feber, blå mærker, blødning eller bleghed). Seponering af Remsima-behandling bør overvejes hos patienter, hvor signifikante blodnormaliteter er bekræftet.

Andet

Der er begrænset erfaring med sikkerheden af infliximab-behandling hos patienter, som har gennemgået kirurgiske indgreb inklusive artroplastik. Infliximabs lange halveringstid bør tages i betragtning, hvis et kirurgisk indgreb er planlagt. En patient, som kræver operation under Remsima-behandling, bør følges nøje for infektioner, og passende forholdsregler bør tages.

Manglende respons på behandling for Crohns sygdom kan indikere tilstedeværelsen af en vedvarende fibrotisk striktur, der kan kræve kirurgisk indgreb. Der er ingen tegn på, at infliximab forværrer eller forårsager fibrotiske strikturer.

Særlige populationer

Ældre

Incidensen af alvorlige infektioner var højere hos infliximab-behandlede patienter på 65 år og derover end hos patienter under 65 år. Nogle af disse tilfælde havde letalt udfald. Der bør tages særligt hensyn til risikoen for infektion, når ældre behandles (se pkt. 4.8).

Natrium- og sorbitolindhold

Remsima indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. dosis, dvs. det er i det væsentlige "natriumfrit" samt 45 mg sorbitol pr. 1 ml (i hver dosis på 120 mg).

4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion

Der er ikke udført interaktionsstudier.

Hos patienter med reumatoid arthritis, psoriasis arthritis og Crohns sygdom tyder det på, at samtidig anvendelse af methotrexat og andre immunmodulatorer reducerer dannelsen af antistoffer mod infliximab og forøger plasmakoncentrationerne af infliximab. Resultaterne er dog usikre på grund af begrænsninger i de anvendte metoder til serumanalyser af infliximab og antistoffer mod infliximab.

Kortikosteroider har tilsyneladende ingen klinisk relevant virkning på infliximabs farmakokinetik.

Kombination af infliximab og andre biologiske lægemidler anvendt til behandling af de samme lidelser som infliximab, herunder anakinra og abatacept, kan ikke anbefales (se pkt. 4.4).

Levende vacciner bør ikke gives samtidig med Remsima. Det frarådes også at give levende vacciner til spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus, i 12 måneder efter fødslen. Hvis der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbørn, eller hvis administration af infliximab var begrænset til første trimester af graviditeten, kan administration af en levende vaccine eventuelt overvejes på et tidligere tidspunkt, hvis der er en klar klinisk fordel for det enkelte spædbarn (se pkt. 4.4).

Det frarådes at administrere en levende vaccine til et spædbarn, der ammes, mens moderen får infliximab, medmindre der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbarnet (se pkt. 4.4 og 4.6).

Terapeutiske smitstoffer bør ikke gives samtidig med infliximab (se pkt. 4.4).

4.6 Fertilitet, graviditet og amning

Fertile kvinder

Fertile kvinder skal overveje at anvende sikker kontraception for at undgå graviditet og fortsætte med anvendelsen heraf i mindst 6 måneder efter den sidste behandling med infliximab.

Graviditet

Det beskudne antal prospektivt indsamlede graviditeter eksponeret for infliximab, som resulterede i levendefødsel med kendte resultater, inklusive ca. 1.100 graviditeter, der blev eksponeret under første trimester, indikerer ikke en stigning i hyppigheden af misdannelser hos den nyfødte.

På basis af et observationsstudie fra Nordeuropa blev der observeret øget risiko (OR, 95 % CI; p-værdi) for kejsersnit (1,50; 1,14-1,96; p = 0,0032), for tidligt fødte børn (1,48; 1,05-2,09; p = 0,024), børn født små i forhold til gestationsalder (2,79; 1,54-5,04; p = 0,0007) og lav fødselsvægt (2,03; 1,41-2,94; p = 0,0002) hos kvinder, som blev eksponeret for infliximab under graviditeten (med eller uden immunmodulatorer/kortikosteroider, 270 graviditeter) sammenlignet med kvinder, som udelukkende blev eksponeret for immunmodulatorer/kortikosteroider (6.460 graviditeter). Den potentielle indflydelse fra eksponering for infliximab og/eller sværhedsgraden af den underliggende sygdom i disse resultater er fortsat uklar.

På grund af hæmningen af TNF α kan infliximab indgivet under graviditet påvirke det normale immunrespons hos den nyfødte. I et toksicitetsstudie vedrørende udvikling udført på mus med et analogt antistof, som selektivt hæmmer den funktionelle aktivitet af muse-TNF α , var der ingen tegn på maternal toksicitet, embryotoksicitet eller teratogenicitet (se pkt. 5.3).

Den eksisterende kliniske erfaring er begrænset. Infliximab bør kun anvendes på tvungende indikation under graviditet.

Infliximab passerer placenta og er blevet sporet i serum hos spædbørn op til 12 måneder efter fødslen. Spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus, kan have en øget risiko for infektion, herunder svær dissemineret infektion, som kan blive letal. Det anbefales ikke at give levende vacciner (fx BCG-vaccine) til spædbørn, eksponeret for infliximab i uterus i 12 måneder efter fødslen (se pkt. 4.4 og 4.5). Hvis der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab hos spædbørn, eller hvis administration af infliximab var begrænset til første trimester af graviditeten, kan administration af en levende vaccine eventuelt overvejes på et tidligere tidspunkt, hvis der er en klar klinisk fordel for det enkelte spædbarn. Der er også set tilfælde af agranulocytose (se pkt. 4.8).

Amning

Begrænsede data fra offentliggjort litteratur indikerer, at infliximab er blevet påvist ved lave niveauer i human mælk ved koncentrationer op til 5 % af serumniveauet hos moderen. Infliximab er også blevet påvist i serum hos spædbørn efter eksponering for infliximab via modermælk. Eftersom den systemiske eksponering hos et spædbarn, der ammes, forventes at være lav, da infliximab stort set nedbrydes i mave-tarm-kanalen, frarådes administration af levende vacciner til et spædbarn, der ammes, mens moderen får infliximab, medmindre der ikke kan påvises en serumkoncentration af infliximab. Da kan Infliximab komme i betragtning til anvendelse under amning.

Fertilitet

Der er ikke tilstrækkelige prækliniske data til at drage konklusioner om infliximabs virkning på fertilitet og generel reproduktion (se pkt. 5.3).

4.7 Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner

Remsima påvirker i mindre grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. Der kan opstå svimmelhed under behandling med infliximab (se pkt. 4.8).

4.8 Bivirkninger

Oversigt over sikkerhedsprofilen

Den almindeligste bivirkning rapporteret i kliniske studier med infliximab var øvre luftvejsinfektion, der forekom hos 25,3 % af de infliximab-behandlede patienter sammenlignet med hos 16,5 % af kontrolpatienterne. De alvorligste bivirkninger forbundet med brugen af TNF-blokkere, som er blevet rapporteret for infliximab, inkluderer HBV-reakivering, CHF (kongestivt hjertesvigt), alvorlige infektioner (inklusive sepsis, opportunistiske infektioner og TB), serumsygdom (forsinkede overfølsomhedsreaktioner), hæmatologiske reaktioner, systemisk lupus erythematosus/lupus-lignende

syndrom, demyeliniserende sygdomme, hepatobiliære bivirkninger, lymfomer, HSTCL, leukæmi, Merkelcellekarcinom, melanom, sarkoidose/sarkoid-lignende reaktion, intestinal eller perianal absces (ved Crohns sygdom) og alvorlige infusionsreaktioner (se pkt. 4.4).

Sikkerhedsprofilen for Remsima subkutan formulering fra patienter med aktiv reumatoid arthritis (evalueret hos 168 og 175 patienter for henholdsvis den subkutane infliximab-gruppe og den intravenøse infliximab-gruppe), patienter med aktiv Crohns sygdom (evalueret hos henholdsvis 59 og 38 patienter fra den subkutane infliximab-gruppe og den intravenøse infliximab-gruppe) og patienter med aktiv colitis ulcerosa (evalueret hos henholdsvis 38 og 40 patienter fra den subkutane infliximab-gruppe og den intravenøse infliximab-gruppe) svarede generelt til sikkerhedsprofilen for den intravenøse formulering.

Tabel over bivirkninger

Tabel 1 viser de bivirkninger, som er set i kliniske studier, såvel som de bivirkninger, som er set efter markedsføring, heraf er nogle dødelige. Inden for systemorganklasserne er bivirkningerne opført under overskrifter for hyppighed ved brug af følgende kategorier: meget almindelig ($\geq 1/10$); almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$); ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$); sjælden ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$); meget sjælden ($< 1/10.000$), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data). Inden for hver enkelt frekvensgruppe er bivirkningerne opstillet efter, hvor alvorlige de er. De alvorligste bivirkninger er anført først.

Tabel 1

Bivirkninger i kliniske studier og erfaringer efter markedsføring af intravenøs infliximab

<i>Infektioner og parasitære sygdomme</i>	
Meget almindelig:	Virusinfektion (fx influenza, herpes virusinfektioner).
Almindelig:	Bakterielle infektioner (fx sepsis, cellulitis, absces).
Ikke almindelig:	Tuberkulose, svampeinfektioner (fx candidiasis, onychomykose).
Sjælden:	Meningitis, opportunistiske infektioner (såsom invasive svampeinfektioner [pneumocystose, histoplasmose, aspergillose, kokcidioidomykose, kryptokokkose, blastomykose], bakterielle infektioner [atypiske mykobakterier, listeria, salmonella] og virale infektioner [cytomegalovirus]), parasitære infektioner, reaktivering af hepatitis B.
Ikke kendt:	Gennembrudsinfektion efter vaccination (efter eksponering for infliximab i uterus)*
<i>Benigne, maligne og uspecificerede tumorer (inkl. cyster og polypper)</i>	
Sjælden:	Lymfom, non-Hodgkins lymfom, Hodgkins sygdom, leukæmi, melanom, livmoderhalskræft.
Ikke kendt:	Hepatosplenisk T-celle-lymfom (primært hos unge og unge voksne mænd med Crohns sygdom og colitis ulcerosa), Merkelcellekarcinom, Kaposi sarkom.
<i>Blod og lymfesystem</i>	
Almindelig:	Neutropeni, leukopeni, anæmi, lymfadenopati.
Ikke almindelig:	Trombocytopeni, lymfopeni, lymfocytose.
Sjælden:	Agranulocytose (inklusive hos spædbørn, der har været eksponeret for infliximab i uterus), trombotisk trombocytopenisk purpura, pancytopeni, hæmolytisk anæmi, idiopatisk trombocytopenisk purpura.
<i>Immunsystemet</i>	
Almindelig:	Allergiske luftvejssymptomer.
Ikke almindelig:	Anafylaktiske reaktioner, Lupus-lignende syndrom, serumsygdome eller serumsygdoms-lignende reaktioner.
Sjælden:	Anafylaktisk shock, vasculitis, sarkoid-lignende reaktioner.

<i>Metabolisme og ernæring</i>	
Ikke almindelig:	Dyslipidæmi.
<i>Psykiske forstyrrelser</i>	
Almindelig:	Depression, søvnløshed.
Ikke almindelig:	Amnesi, uro, forvirring, søvnighed, nervøsitet.
Sjælden:	Apati
<i>Nervesystemet</i>	
Meget almindelig:	Hovedpine.
Almindelig:	Vertigo, svimmelhed, hypæstesi, paræstesi.
Ikke almindelig:	Kramper, neuropati.
Sjælden:	Transvers myelitis, demyeliniserings sygdomme i centralnervesystemet (dissemineret sklerose-lignende sygdom og optisk neuritis), perifere demyeliniserings sygdomme (såsom Guillain-Barré syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polyneuropati og multifokal motorisk neuropati).
Ikke kendt:	Cerebrovaskulære hændelser i tæt tidsmæssig forbindelse med infusionen.
<i>Øjne</i>	
Almindelig:	Konjunktivitis.
Ikke almindelig:	Keratitis, periorbitalt ødem, bygkorn.
Sjælden:	Endoftalmitis.
Ikke kendt:	Kortvarigt synstab under infusionen eller inden for 2 timer efter infusionen.
<i>Hjerte</i>	
Almindelig:	Takykardi, palpitation.
Ikke almindelig:	Hjerteinsufficiens (debuterende eller forværret), arytmie, besvimelse, bradykardi.
Sjælden:	Cyanose, perikardieffusion.
Ikke kendt:	Myokardieiskæmi/myokardieinfarkt.
<i>Vaskulære sygdomme</i>	
Almindelig:	Hypotension, hypertension, ekkymose, hedeture, rødmen.
Ikke almindelig:	Perifer iskæmi, tromboflebitis, hæmatom.
Sjælden:	Kredsløbssvigt, petekkier, vasospasme.
<i>Luftveje, thorax og mediastinum</i>	
Meget almindelig:	Øvre luftvejsinfektion, sinuitis.
Almindelig:	Nedre luftvejsinfektion (fx bronchitis, pneumoni), dyspnø, næseblod.
Ikke almindelig:	Lungeødem, bronkospasme, pleuritis, pleural effusion.
Sjælden:	Interstitiel lungesygdom (inklusive hurtigt fremadskridende sygdom, lungefibrose og pneumonitis).
<i>Mave-tarm-kanalen</i>	
Meget almindelig:	Abdominalsmerter, kvalme.
Almindelig:	Gastrointestinal blødning, diarré, dyspepsi, gastroøsofageal reflux, forstoppelse.
Ikke almindelig:	Tarmperforation, tarmstenose, diverticulitis, pancreatitis, keilitis.
<i>Lever og galdeveje</i>	
Almindelig:	Unormal leverfunktion, forhøjede leveraminotransferaser.
Ikke almindelig:	Hepatitis, hepatocellulær skade, kolecystitis.
Sjælden:	Autoimmun hepatitis, gulsot.
Ikke kendt:	Leversvigt.

<i>Hud og subkutane væv</i>	
Almindelig:	Debuterende eller forværring af allerede eksisterende psoriasis, inklusive pustuløs psoriasis (primært palmoplantaris), urticaria, udslæt, pruritus, øget svedtendens, tør hud, svampedermatitis, eksem, alopeci.
Ikke almindelig:	Bulløst udslæt, seborre, rosacea, hudpapilom, hyperkeratose, unormal hudpigmentering.
Sjælden:	Toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, furunkulose, lineær IgA bulløs dermatose (LABD), akut generaliseret eksantematøs pustulose (AGEP), lichenoid reaktioner.
Ikke kendt:	Forværring af dermatomyositis-symptomer.
<i>Knogler, led, muskler og bindevæv</i>	
Almindelig:	Artralgi, myalgi, rygsmerter.
<i>Nyrer og urinveje</i>	
Almindelig:	Urinvejsinfektion.
Ikke almindelig:	Pyelonefritis.
<i>Det reproduktive system og mammae</i>	
Ikke almindelig:	Vaginitis.
<i>Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet</i>	
Meget almindelig:	Infusionsrelaterede reaktioner, smerter.
Almindelig:	Brystmerte, træthed, feber, reaktioner på injektionsstedet, kulderystelser, ødem.
Ikke almindelig:	Foringet heling.
Sjælden:	Granulomatøs læsion.
<i>Undersøgelser</i>	
Ikke almindelig:	Positiv for autoantistoffer.
Sjælden:	Komplementfaktorabnormitet.

* herunder kvægtuberkulose (dissemineret BCG-infektion), se pkt. 4.4

Beskrivelse af udvalgte bivirkninger

Systemisk injektionsreaktion og lokaliseret reaktion på injektionsstedet hos voksne patienter administreret med Remsima subkutan formulering

Sikkerhedsprofilen for Remsima subkutan formulering i kombination med methotrexat blev evalueret i et fase I/III parallelgruppestudie hos patienter med aktiv reumatoid arthritis. Sikkerhedspopulationen bestod af 168 patienter i gruppen med subkutan Remsima og 175 patienter i gruppen med intravenøs Remsima. For nærmere oplysninger om studiet, se pkt. 5.1.

Incidensraten for systemiske injektionsreaktioner (fx udslæt, kløe, rødme og ødem) var 1,2 patienter pr. 100 patientår i gruppen med subkutan Remsima (fra uge 6) og 2,1 patienter pr. 100 patientår i gruppen med intravenøs Remsima, der skiftede til subkutan administration af Remsima (fra uge 30). Alle systemiske injektionsreaktioner var lette til moderate.

Incidensraten for reaktioner på injektionsstedet (fx rødme på injektionsstedet, smerter, kløe og hævelse) var 17,6 patienter pr. 100 patientår i gruppen med subkutan Remsima (fra uge 6) og 21,4 patienter pr. 100 patientår hos dem, der skiftede til subkutan administration af Remsima (fra uge 30). De fleste af disse reaktioner var lette til moderate og forsvandt spontant uden behandling inden for et døgn.

I et fase I studie udført hos patienter med aktiv Crohns sygdom og aktiv colitis ulcerosa bestod sikkerhedspopulationen af 97 patienter i gruppen med subkutan Remsima (59 patienter med aktiv Crohns sygdom og 38 patienter med aktiv colitis ulcerosa) og 78 patienter i gruppen med intravenøs

Remsima (38 patienter med aktiv Crohns sygdom og 40 patienter med aktiv colitis ulcerosa) fra studiets del 1 og del 2. For nærmere oplysninger om studiet, se pkt. 5.1.

Incidensraten for systemiske injektionsreaktioner (f.eks. kvalme og svimmelhed) var 2,3 patienter pr. 100 patientår i gruppen med subkutan Remsima (fra uge 6), og der var ikke rapporteret om systemiske injektionsreaktioner i gruppen med intravenøs Remsima, som skiftede til subkutan administration af Remsima (fra uge 30).

Incidensraten for lokale reaktioner på injektionsstedet (f.eks. rødme på injektionsstedet, smerter, kløe, blå mærker) var 23,3 patienter pr. 100 patientår i gruppen med subkutan Remsima (fra uge 6) og 7,5 patienter pr. 100 patientår i gruppen med intravenøs Remsima, som skiftede til subkutan administration af Remsima (fra uge 30). Alle disse reaktioner var lette til moderate og forsvandt som oftest spontant uden behandling inden for et par dage.

Efter markedsføring er tilfælde af anafylaktisk lignende reaktioner, inklusive strube/spiserørs ødemer og alvorlige bronkospasmer samt kramper blevet forbundet med intravenøs administration af infliximab (se pkt. 4.4). Der er set tilfælde af kortvarigt synstap under infusion eller inden for 2 timer efter infusion af infliximab. Hændelser (nogle letale) med myokardieiskæmi/-infarkt og arytmi er set; nogle af hændelserne forekom i tæt tidsmæssig forbindelse med infusionen af infliximab; der er også set cerebrovaskulære hændelser i tæt tidsmæssig forbindelse med infusion af infliximab.

Forsinket overfølsomhed

I kliniske studier er forsinkede overfølsomhedsreaktioner forekommet med hyppigheden ikke almindelig og efter infliximab-fri perioder på mindre end 1 år. I psoriasis-studierne med intravenøs infliximab forekom forsinkede overfølsomhedsreaktioner tidligt i behandlingsforløbet. Tegn og symptomer inkluderede myalgi og/eller artralgi med feber og/eller udslæt, og nogle patienter oplevede kløe, ansigts-, hånd eller læbeødem, dysfagi, urticaria, ondt i halsen og hovedpine.

Der er utilstrækkelige data vedrørende forekomst af forsinkede overfølsomhedsreaktioner efter infliximab-fri perioder på mere end 1 år, men begrænsede data fra kliniske studier tyder på en øget risiko for forsinket overfølsomhed med stigende infliximab-fri periode (se pkt. 4.4).

I et 1-årigt klinisk studie med gentagne infusioner med intravenøs infliximab hos patienter med Crohns sygdom (ACCENT I studiet) var hyppigheden af serumsygdoms-lignende reaktioner 2,4 %.

Immunogenicitet

Intravenøs formulering

Patienter, som udviklede antistoffer over for infliximab, havde større sandsynlighed (cirka 2-3 gange) for at udvikle infusionsrelaterede reaktioner. Samtidig brug af immunsupprimerende stoffer syntes at reducere hyppigheden af infusionsrelaterede reaktioner.

I kliniske studier med en eller flere infliximab doser i intervallet fra 1 til 20 mg/kg, blev der påvist antistoffer mod infliximab hos 14 % af patienterne, der fik en hvilken som helst immunsupprimerende behandling, og hos 24 % af patienterne uden immunsupprimerende behandling. Hos patienter med reumatoid arthritis, der fik de anbefalede dosisregimer med gentagne behandlinger med methotrexat, udviklede 8 % af patienterne antistoffer mod infliximab. Hos patienter med psoriasis arthritis, der modtog 5 mg/kg med og uden methotrexat, forekom der samlet set antistoffer hos 15 % af patienterne (der forekom antistoffer hos 4 % af de patienter, der fik methotrexat og hos 26 % af de patienter, der ikke fik methotrexat ved *baseline*). Blandt patienter med Crohns sygdom, der fik vedligeholdelsesbehandling, forekom antistoffer mod infliximab samlet set hos 3,3 % af de patienter, som fik immunsuppressiva, og hos 13,3 % af de patienter, som ikke fik immunsuppressiva. Hyppigheden af antistoffer var 2-3 gange højere hos patienter, der blev behandlet periodevist. På grund af metodologiske begrænsninger udelukkede en negativ analyse ikke forekomsten af antistoffer mod infliximab. Nogle patienter, der udviklede høje titre af antistoffer mod infliximab, havde tegn på nedsat virkning. Hos psoriasispatienter behandlet med infliximab som vedligeholdelsesbehandling

uden samtidige immunmodulerende midler udviklede ca. 28 % antistoffer mod infliximab (se pkt. 4.4 "Systemisk injektionsreaktion/lokaliseret reaktion på injektionsstedet/overfølsomhed").

Da analyser af immunogenicitet er analysespecifikke, kan sammenligningen af forekomsten af antistoffer mod infliximab, der er rapporteret i dette afsnit, med forekomsten af antistoffer i andre studier være misvisende.

Subkutan formulering

Hos patienter med reumatoid arthritis på vedligeholdelsesbehandling påvistes forekomsten af anti-infliximab-antistoffer efter subkutan infliximab til ikke at være højere end for den intravenøse infliximab, og anti-infliximab-antistoffer havde ingen signifikant indvirkning på virkning (bestemt ved en sygdomsaktivitetsscore i 28 led [DAS28] og *American College of Rheumatology criteria 20* [ACR20]) samt sikkerhedsprofilen.

Hos patienter med Crohns sygdom og colitis ulcerosa på vedligeholdelsesbehandling var forekomsten af anti-infliximab-antistoffer ikke højere hos patienter, der fik subkutan infliximab end for dem, der fik intravenøs infliximab, og anti-infliximab-antistoffer havde ingen signifikant indvirkning på virkning (bestemt ved klinisk respons og klinisk remission i henhold til CDAI-score for patienter med Crohns sygdom eller delvis Mayo-score for patienter med colitis ulcerosa) og sikkerhedsprofilen.

Infektioner

Tuberkulose, bakterieinfektioner, inklusive sepsis og pneumoni, invasive svampeinfektioner, virale infektioner og andre opportunistiske infektioner har været observeret hos patienter, der fik infliximab. Nogle af disse infektioner har været letale; de opportunistiske infektioner, der oftest er set med en mortalitetsrate > 5 %, indbefatter pneumocystose, candidiasis, listeriose og aspergillose (se pkt. 4.4).

I kliniske studier blev 36 % af infliximab-behandlede patienter behandlet for infektioner sammenlignet med 25 % af placebobehandlede patienter.

I reumatoid arthritis kliniske studier var forekomsten af alvorlige infektioner inklusive pneumoni højere hos patienter behandlet med infliximab og methotrexat sammenlignet med methotrexat alene, specielt ved doser på 6 mg/kg eller derover (se pkt. 4.4).

Ved spontan rapportering efter markedsføring er infektioner den mest almindelige alvorlige bivirkning. Nogle tilfælde har resulteret i et dødsfald. Næsten 50 % af rapporterede dødsfald var forbundet med infektion. Tilfælde af tuberkulose, undertiden dødelige, inklusive miliær tuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal placering har været rapporteret (se pkt. 4.4).

Maligne og lymfoproliferative sygdomme

I kliniske studier med infliximab hvori 5.780 patienter blev behandlet, svarende til 5.494 patientår, sås 5 tilfælde af lymfomer og 26 non-lymfom maligniteter sammenlignet med ingen lymfom og 1 non-lymfom malignitet hos 1.600 placebobehandlede patienter svarende til 941 patientår.

I længerevarende sikkerhedsopfølgninger af kliniske studier med infliximab på op til 5 år, svarende til 6.234 patientår (3.210 patienter), blev der rapporteret 5 tilfælde af lymfom og 38 tilfælde af non-lymfom maligniteter.

Efter markedsføring er der også set tilfælde af maligne sygdomme, herunder lymfomer (se pkt. 4.4).

I et uddybende klinisk studie omfattende patienter, som havde moderat til svær KOL og var enten nuværende eller tidligere rygere, var 157 voksne patienter behandlet med infliximab i doser svarende til dem, der anvendes ved reumatoid arthritis og Crohns sygdom. Ni af disse patienter udviklede maligne sygdomme, inklusive 1 lymfom. Median opfølgningsperioden var 0,8 år (incidens 5,7 % [95 % CI 2,65 %-10,6 %]). Der var en rapporteret malign sygdom blandt 77 kontrolpatienter (median

opfølgingsperiode 0,8 år; incidens 1.3 % [95 % CI 0,03 %-7,0 %]). De fleste af de maligne sygdomme udvikledes i lungerne eller hoved og nakke.

I et populationsbaseret, retrospektivt kohortestudie sås en øget incidens af livmoderhalskræft hos kvinder med reumatoid arthritis, som var blevet behandlet med infliximab, sammenlignet med patienter, der var naive i forhold til biologiske lægemidler, eller befolkningen generelt, inklusive kvinder over 60 år (se pkt. 4.4).

Ydermere er der efter markedsføring blevet rapporteret tilfælde af hepatosplenisk T-celle-lymfom hos patienter i behandling med infliximab. Langt de fleste af disse forekom hos patienter med Crohns sygdom og colitis ulcerosa, hvoraf de fleste var unge eller unge voksne mænd (se pkt. 4.4).

Hjerteinsufficiens

I et fase II studie, der skulle vurdere infliximab ved CHF, sås højere forekomst af dødsfald på grund af forværret hjerteinsufficiens hos patienter behandlet med infliximab, især hos patienter behandlet med den højere dosis på 10 mg/kg (svarende til to gange den maksimale godkendte dosis). I dette studie blev 150 patienter med NYHA funktionsklasse III-IV CHF (venstre ventrikels uddrivningsfraktion ≤ 35 %) behandlet med 3 infusioner infliximab 5 mg/kg, 10 mg/kg eller placebo i løbet af 6 uger. Efter 38 uger var 9 af 101 patienter behandlet med infliximab (2 med 5 mg/kg og 7 med 10 mg/kg) døde sammenlignet med et dødsfald blandt de 49 patienter på placebo.

Efter markedsføring er der rapporteret tilfælde af forværret hjerteinsufficiens hos infliximab-patienter, med eller uden identificerbare prædisponerende faktorer. Der er også, ligeledes efter markedsføring, modtaget rapporter om nyopstået hjerteinsufficiens, inklusive hjerteinsufficiens hos patienter uden tidligere kendt hjerte-kar sygdom. Nogle af disse patienter var under 50 år gamle.

Lever- og galdevejshændelser

I kliniske studier er der set moderate stigninger i ALAT og ASAT set hos patienter, der fik infliximab, uden progression til alvorlig leverskade. Der er set stigninger i ALAT ≥ 5 x øvre grænse for normalområdet (ULN) (se tabel 2). Stigninger i aminotransferaser blev set (ALAT mere almindeligt end ASAT) hos en større del af patienter, der fik infliximab, end hos kontrolpersoner, både når infliximab blev givet i monoterapi, og når det blev brugt i kombination med andre immunsuppressive stoffer. De fleste tilfælde af unormale aminotransferaser var forbigående; et lille antal patienter oplevede imidlertid mere langvarige stigninger. Generelt var patienter, der udviklede ALAT og ASAT stigninger, asymptomatiske, og hændelserne bedredes eller forsvandt med enten fortsættelse eller afbrydelse af infliximab, eller justering af samtidig behandling. Under overvågning efter markedsføring er der rapporteret tilfælde af gulsot og hepatitis, nogle med tegn på autoimmun hepatitis, hos patienter, der fik infliximab (se pkt. 4.4).

Tabel 2
Andel patienter med øget ALAT-aktivitet i kliniske studier med intravenøs infliximab

Indikation	Antal patienter ³		Medianopfølgning (uger) ⁴		≥ 3 x ULN		≥ 5 x ULN	
	placebo	infliximab	placebo	Infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab
Reumatoid arthritis ¹	375	1.087	58,1	58,3	3,2 %	3,9 %	0,8 %	0,9 %
Crohns sygdom ²	324	1.034	53,7	54,0	2,2 %	4,9 %	0,0 %	1,5 %
Colitis ulcerosa	242	482	30,1	30,8	1,2 %	2,5 %	0,4 %	0,6 %
Ankyloserende spondylitis	76	275	24,1	101,9	0,0 %	9,5 %	0,0 %	3,6 %
Psoriasis arthritis	98	191	18,1	39,1	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,1 %

Indikation	Antal patienter ³		Medianopfølgning (uger) ⁴		≥ 3 x ULN		≥ 5 x ULN	
	placebo	infiximab	placebo	Infiximab	placebo	infiximab	placebo	infiximab
Plaque psoriasis	281	1.175	16,1	50,1	0,4 %	7,7 %	0,0 %	3,4 %

- 1 Placebo-patienter fik methotrexat, mens infiximab-patienter fik både infiximab og methotrexat.
- 2 Placebo-patienter i de 2 fase III-studier med Crohns sygdom, ACCENT I og ACCENT II, fik som startdosis på 5 mg/kg infiximab ved studiets begyndelse og var på placebo i vedligeholdelsesfasen. Patienter, som var randomiseret til placebo-vedligeholdelsesgruppen og senere blev krydset over til infiximab, er inkluderet i infiximab-gruppen i ALAT-analysen. I fase IIIb-studiet med Crohns sygdom, SONIC, fik placebo-patienterne AZA 2,5 mg/kg/dag som aktiv kontrol i tillæg til placebo-infiximab-infusioner.
- 3 Antal patienter, som er evalueret for ALAT.
- 4 Medianopfølgning er baseret på behandlede patienter.

Anti-nukleare antistoffer (ANA)/Anti-dobbeltstrengede DNA (dsDNA) antistoffer

I kliniske studier udviklede cirka halvdelen af infiximab-behandlede patienter, som var ANA negative ved *baseline*, en positiv ANA i løbet af studiet sammenlignet med cirka en femtedel af placebobehandlede patienter. Anti-dsDNA antistoffer blev påvist første gang hos cirka 17 % af infiximab-behandlede patienter sammenlignet med 0 % af placebobehandlede patienter. Ved den sidste vurdering var 57 % af infiximab-behandlede patienter fortsat anti-dsDNA positive. Rapporter om lupus og lupus-lignende syndromer er imidlertid stadig usædvanlige (se pkt. 4.4).

Andre særlige populationer

Ældre

I kliniske studier af reumatoid arthritis var hyppigheden af alvorlige infektioner højere hos infiximab-plus methotrexatbehandlede patienter på 65 år og derover (11,3 %) sammenlignet med patienter under 65 år (4,6 %). Hos patienter behandlet med methotrexat alene var hyppigheden af alvorlige infektioner 5,2 % hos patienter på 65 år og derover sammenlignet med 2,7 % hos patienter under 65 år (se pkt. 4.4).

Indberetning af formodede bivirkninger

Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via [det nationale rapporteringssystem anført i Appendiks V](#).

4.9 Overdosering

Enkelte intravenøse doser på op til 20 mg/kg har været indgivet uden toksiske virkninger, og gentagne doser af Remsima subkutan formulering på op til 240 mg er blevet administreret uden toksiske virkninger. Der findes ingen specifik behandling mod overdosis af Remsima. I tilfælde af en overdosis skal patienten behandles symptomatisk, og der skal iværksættes støttende foranstaltninger efter behov.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER

5.1 Farmakodynamiske egenskaber

Farmakoterapeutisk klassifikation: Immunosuppressiva, tumornekrosefaktor-alfa (TNF_α)-hæmmere, ATC-kode: L04AB02.

Remsima er et biosimilært lægemiddel. Yderligere oplysninger findes på Det Europæiske Lægemiddellagets hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>.

Virkningsmekanisme

Infliximab er et kimærisk humant-murint monoklonalt antistof, der binder sig med høj affinitet til både opløselige og transmembrane former af TNF α , men ikke til lymphotoxin α (TNF β).

Farmakodynamisk virkning

Infliximab hæmmer den funktionelle aktivitet af TNF α i en lang række forskellige *in vitro* bioassays. Infliximab forebyggede sygdom hos transgene mus, der udvikler polyarthritis som resultat af konstitutiv ekspression af human TNF α , og fik ved administration efter sygdomsstart eroderede led til at heles. *In vivo* danner infliximab hurtigt stabile komplekser med human TNF α , en proces der svarer til tabet af TNF α bioaktivitet.

Forhøjede koncentrationer af TNF α er blevet fundet i leddene hos reumatoid arthritis patienter og korrelerer med øget sygdomsaktivitet. Ved reumatoid arthritis reducerede behandling med infliximab både infiltration af inflammatoriske celler ind i betændte områder i leddet og ekspression af molekyler, der medierer celleadhæsion, kemotiltrækning og vævsnedbrydning. Efter infliximab-behandling udviste patienter nedsat niveau af serum interleukin 6 (IL-6) og C-reaktivt protein (CRP). Der sås øget hæmoglobinniveau hos patienter med reumatoid arthritis med nedsat hæmoglobinniveau, sammenlignet med udgangsværdien. Herudover viste perifere blodlymfocytter intet signifikant fald i antal eller i proliferativt respons af *in vitro* mitogenisk stimulation sammenlignet med ubehandlede patienters celler. Hos psoriasispatienter resulterede behandling med infliximab i fald i epidermal inflammation og normalisering af keratinocytdifferenciering ved psoriasis plaque. Ved psoriasis arthritis reducerede korttidsbehandling med infliximab antallet af T-celler og blodkar i synovium og hud med psoriasis.

Histologisk evaluering af colonbiopsier udtaget før og 4 uger efter administration af infliximab, viste en betydelig reduktion i detekterbart TNF α . Infliximab-behandling af patienter med Crohns sygdom var også forbundet med en betydelig reduktion af den ofte forhøjede inflammationsmarkør, CRP, i serum. Det totale perifere antal hvide blodlegemer blev kun påvirket i ubetydeligt omfang hos patienter behandlet med infliximab, omend ændringer i lymfocytter, monocytter og neutrofiler viste skift henimod normalområderne. Perifere mononukleære blodceller (PBMC) fra patienter behandlet med infliximab udviste usvækket proliferativ reaktion på stimuli sammenlignet med patienter, der ikke var behandlet, og der konstateredes ingen væsentlige ændringer i cytokinproduktion ved stimuleret PBMC efter behandling med infliximab. Analyse af lamina propria mononukleære celler udtaget ved biopsi fra den intestinale mucosa viste, at infliximab-behandling forårsagede en reduktion i antallet af celler, som var i stand til at udtrykke TNF α og interferon γ . Yderligere histologiske studier viste, at behandling med infliximab reducerer infiltreringen af inflammatoriske celler ind i den angrebne del af tarmen og tilstedeværelsen af inflammationsmarkører på disse steder. Endoskopiske studier af tarmmucosa har vist tegn på heling af mucosa hos infliximab-behandlede patienter.

Klinisk virkning og sikkerhed

Reumatoid arthritis hos voksne

Intravenøs formulering

Virningen af infliximab intravenøs formulering blev vurderet i to multicenter, randomiserede, dobbeltblindede, pivotale kliniske studier: ATTRACT og ASPIRE. I begge studier var samtidig brug af konstante doser af folinsyre, orale kortikosteroider (≤ 10 mg/dag) og/eller nonsteroidale anti-inflammatoriske stoffer (NSAIDs) tilladt.

De primære endepunkter var reduktionen af sygdomstegn og symptomer, i henhold til ACR-kriterier (ACR20 for ATTRACT, grænsebestemt ACR-N for ASPIRE), forebyggelsen af strukturel ledskaede og

forbedringen af fysisk funktionsevne. Et fald i tegn og symptomer var defineret som værende mindst en 20 % forbedring (ACR20) i antallet af både ømme og hævede led og i 3 af de følgende 5 kriterier: (1) Evaluators samlede vurdering, (2) patientens samlede vurdering, (3) funktions/handicap mål, (4) visuel analog smerteskala og (5) erytrocyt-sedimentationshastighed eller C-reaktivt protein. ACR-N anvender de samme kriterier som ACR20, beregnet ved at tage den laveste procentvise forbedring i antallet af hævede led, antallet af ømme led og medianen af de sidste 5 komponenter af ACR responset. Strukturel ledske (erosion og forsnævring af ledspalte) i begge hænder og fødder blev målt som ændringen fra *baseline* i total van der Heijde-modified Sharp score (0-440). Health Assessment Questionnaire (HAQ; scale 0-3) blev anvendt til at måle patienternes gennemsnitlige ændring i fysisk funktionsevne fra *baseline* scores over tiden.

ATTRACT studiet evaluerede responset ved ugerne 30, 54 og 102 i et placebokontrolleret studie hos 428 patienter med aktiv reumatoid arthritis på trods af behandling med methotrexat. Omkring 50 % af patienterne var i funktionsklasse III. Patienterne fik placebo, 3 mg/kg eller 10 mg/kg infliximab i ugerne 0, 2 og 6, samt hver 4. eller 8. uge herefter. Alle patienterne fik konstante methotrexat doser (median 15 mg/uge) i 6 måneder før inklusionen og skulle fortsætte med konstante doser under hele studiet.

Resultater fra uge 54 (ACR20, total van der Heijde-modified Sharp score og HAQ) er vist i tabel 3. Højere grader af klinisk respons (ACR50 og ACR70) blev set i alle infliximab-grupper ved 30 og 54 uger sammenlignet med methotrexat alene.

En reduktion i hastigheden af progressionen af strukturel ledske (erosion og forsnævring af ledspalte) blev set i alle infliximab-grupper ved 54 uger (tabel 3).

De virkninger, der sås ved 54 uger, blev opretholdt i 102 uger. På grund af et antal behandlingsophør, kan størrelsen af forskellen i virkning mellem infliximab og methotrexat alene ikke defineres.

Tabel 3
Virksomheder på ACR20, strukturel ledske og fysisk funktionsevne ved uge 54, ATTRACT

	influximab ^b					
	Kontrol ^a	3 mg/kg hver 8. uge	3 mg/kg hver 4. uge	10 mg/kg hver 8. uge	10 mg/kg hver 4. uge	Alle influximab ^b
Patienter med ACR20 respon s /Patienter evalueret (%)	15/88 (17 %)	36/86 (42 %)	41/86 (48 %)	51/87 (59 %)	48/81 (59 %)	176/340 (52 %)
Total score ^d (van der Heijde- modified Sharp score)						
Ændring fra <i>baseline</i> Gennemsnit ± SD ^c	7,0 ± 10,3	1,3 ± 6,0	1,6 ± 8,5	0,2 ± 3,6	-0,7 ± 3,8	0,6 ± 5,9
Median ^c (Interkvartil interval)	4,0 (0,5;9,7)	0,5 (-1,5;3,0)	0,1 (-2,5;3,0)	0,5 (-1,5;2,0)	-0,5 (-3,0;1,5)	0,0 (-1,8;2,0)
Patienter uden forværring/pati enter evalueret (%) ^c	13/64 (20 %)	34/71 (48 %)	35/71 (49 %)	37/77 (48 %)	44/66 (67 %)	150/285 (53 %)
HAQ ændring fra <i>baseline</i> over tiden ^c (patienter)	87	86	85	87	81	339

	infiximab ^b					
	Kontrol ^a	3 mg/kg hver 8. uge	3 mg/kg hver 4. uge	10 mg/kg hver 8. uge	10 mg/kg hver 4. uge	Alle infiximab ^b
evalueret)						
Gennemsnit ± SD ^c	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,4 ± 0,4

- a Kontrol = Alle patienter havde aktiv RA på trods af behandling med stabile methotrexat doser i 6 måneder før inklusion og skulle fortsætte på stabile doser gennem studiet. Samtidig anvendelse af stabile doser af orale kortikosteroider (≤ 10 mg/dag) og/eller NSAIDs var tilladt, og folatsupplement blev givet.
- b Alle infiximab doser er givet i kombination med methotrexat og folat samt eventuelt kortikosteroider og/eller NSAIDs
- c $p < 0,001$, for hver infiximab-behandlingsgruppe *versus* kontrol
- d Større værdier indikerer mere uarbejdsdygtighed.
- e HAQ = Health Assessment Questionnaire; større værdier indikerer mindre uarbejdsdygtighed.

ASPIRE studiet evaluerede respons ved uge 54 hos 1.004 methotrexat naive patienter med tidlig (≤ 3 års sygdomsvarighed, median 0,6 år) aktiv reumatoid arthritis (median antallet af hævede og ømme led var henholdsvis 19 og 31). Alle patienter fik methotrexat (optimeret til 20 mg/uge ved uge 8) og enten placebo, 3 mg/kg eller 6 mg/kg infiximab i ugerne 0, 2 og 6 samt hver 8. uge derefter. Resultaterne fra uge 54 er vist i tabel 4.

Efter 54 ugers behandling resulterede begge doser af infiximab + methotrexat i statistisk signifikant større forbedring i tegn og symptomer sammenlignet med methotrexat alene, målt ved andelen af patienter, der opnåede ACR20, 50 og 70 respons.

I ASPIRE havde mere end 90 % af patienterne mindst to bedømmelsesværdige røntgenbilleder. Reduktionen i progressionshastigheden af strukturel skade blev observeret ved ugerne 30 og 54 i infiximab + methotrexat grupperne sammenlignet med methotrexat alene.

Tabel 4
Virksomheder på ACRn, strukturel ledskade og fysisk funktion ved uge 54, ASPIRE

	Placebo + MTX	Infiximab + MTX		
		3 mg/kg	6 mg/kg	Kombineret
Forsøgspersoner randomiseret	282	359	363	722
Procentvis ACR forbedring				
Gennemsnit ± SD ^a	24,8 ± 59,7	37,3 ± 52,8	42,0 ± 47,3	39,6 ± 50,1
Ændring fra <i>baseline</i> i total van der Heijde modificeret Sharp score ^b				
Gennemsnit ± SD ^a	3,70 ± 9,61	0,42 ± 5,82	0,51 ± 5,55	0,46 ± 5,68
Median	0,43	0,00	0,00	0,00
Forbedring fra <i>baseline</i> i HAQ gennemsnitligt over tid fra uge 30 til uge 54 ^c				
Gennemsnit ± SD ^d	0,68 ± 0,63	0,80 ± 0,65	0,88 ± 0,65	0,84 ± 0,65

- a $p < 0,001$, for hver infiximab-behandlingsgruppe mod kontrol.
- b højere værdier indikerer mere ledskade.
- c HAQ = Health Assessment Questionnaire; højere værdier indikerer mindre handicap.
- d $p = 0,030$ og $< 0,001$ for henholdsvis 3 mg/kg og 6 mg/kg behandlingsgruppen mod placebo + MTX.

Data, som underbygger dosistitrering ved reumatoid arthritis, stammer fra ATTRACT, ASPIRE og START studierne. START var et randomiseret, multicenter, dobbeltblindet, 3-armet, parallel-gruppe sikkerhedsstudie. I en af armene (gruppe 2, n=329) blev patienter med utilstrækkeligt respons tilladt dosisjustering med 1,5 mg/kg intervaller fra 3 op til 9 mg/kg. Størstedelen af patienterne (67 %)

behøvede ingen dosisjustering. Af de patienter som behøvede dosisjustering opnåede 80 % klinisk respons og størstedelen af disse (64 %) behøvede kun en justering med 1,5 mg/kg.

Subkutan formulering

Virkningen af subkutan infliximab hos patienter med reumatoid arthritis blev vurderet i et randomiseret, parallelgruppe, pivotalt fase I/III-studie bestående af to dele: del 1 til bestemmelse af den optimale dosis af subkutan infliximab og del 2 for at påvise noninferioritet med hensyn til virkningen af subkutan infliximab sammenlignet med intravenøs infliximab-behandling under dobbeltblindning.

I del 2 af dette studie, blandt 357 patienter, der blev indskrevet til at modtage 2 doser Remsima 3 mg/kg intravenøst i uge 0 og 2, blev 167 patienter randomiseret til at modtage Remsima 120 mg subkutan i uge 6 og hver 2. uge op til uge 54, mens 176 patienter blev randomiseret til at modtage Remsima 3 mg/kg intravenøst i uge 6, 14 og 22 og derefter skiftet til Remsima 120 mg subkutan i uge 30 én gang hver 2. uge op til uge 54. Methotrexat blev givet samtidigt.

Studiets primære endepunkt var behandlingsforskellen for ændringen fra baseline af DAS28 (CRP) i uge 22. Estimatet af behandlingsforskellen var 0,27 med tilsvarende lavere grænse for det tosidede 95 % konfidensinterval [CI] på 0,02 (95 % CI: 0,02; 0,52), hvilket var større end den forudbestemte noninferioritetsmargen på -0,6, hvilket indikerer noninferioritet af Remsima subkutan formulering sammenlignet med Remsima intravenøs formulering.

Analysen af andre virkningsendepunkter viste, at virkningsprofilen for Remsima subkutan formulering sammenlignet med Remsima intravenøs formulering hos RA-patienter generelt var sammenlignelig med hensyn til sygdomsaktivitet målt ved DAS28 (CRP og ESR) og ACR-respons op til uge 54. De gennemsnitlige scorer for DAS28 (CRP) og DAS28 (ESR) faldt gradvist fra baseline på hvert tidspunkt indtil uge 54 i hver behandlingsarm (se hhv. tabel 5 og 6).

Tabel 5
Gennemsnitlige (SD) reelle værdier for DAS28 (CRP og ESR)

	DAS28 (CRP)		DAS28 (ESR)	
	Remsima i.v. 3 mg/kg ^b (N=174)	Remsima s.c. 120 mg (N=165)	Remsima i.v. 3 mg/kg ^b (N=174)	Remsima s.c. 120 mg (N=165)
Besøg				
Baseline	5,9 (0,8)	6,0 (0,8)	6,6 (0,8)	6,7 (0,8)
Uge 6	4,1 (1,2)	4,0 (1,2)	4,8 (1,3)	4,6 (1,2)
Uge 22	3,5 (1,2) ^a	3,3 (1,1) ^a	4,1 (1,3)	4,0 (1,1)
Uge 54	2,9 (1,2) ^b	2,8 (1,1)	3,4 (1,3) ^b	3,4 (1,2)

a Tosidet 95 % CI for forskel i gennemsnitlig ændring fra baseline for DAS28 (CRP) i uge 22 lå langt over den prædefinerede noninferioritetsmargen på -0,6

b Remsima i.v. blev skiftet til Remsima s.c. i uge 30

Tabel 6
Andel af patienter, der opnåede klinisk respons i henhold til ACR-kriterier

	ACR20		ACR50		ACR70	
	Remsima i.v. 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima s.c. 120 mg (N=165)	Remsima i.v. 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima s.c. 120 mg (N=165)	Remsima i.v. 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima s.c.120 mg (N=165)
Besøg						
Uge 6	103 (59,2 %)	107 (64,8 %)	45 (25,9 %)	47 (28,5 %)	18 (10,3 %)	19 (11,5 %)

Besøg	ACR20		ACR50		ACR70	
	Remsima i.v. 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima s.c. 120 mg (N=165)	Remsima i.v. 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima s.c. 120 mg (N=165)	Remsima i.v. 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima s.c.120 mg (N=165)
Uge 22	137 (78,7 %)	139 (84,2 %)	90 (51,7 %)	85 (51,5 %)	49 (28,2 %)	46 (27,9 %)
Uge 54	125 (71,8 %) ^a	132 (80,0 %)	101 (58,0 %) ^a	108 (65,5 %)	68 (39,1 %) ^a	77 (46,7 %)

a Remsima i.v. blev skiftet til Remsima s.c. i uge 30

Der findes ingen kliniske forsøg med Remsima 120 mg givet subkutant uden intravenøse støddoser af infliximab hos patienter med reumatoid arthritis. Populationsfarmakokinetisk og farmakokinetisk/farmakodynamisk modellering og simulering antydede imidlertid en sammenlignelig infliximab-eksponering (AUC over 8 uger) og virkning (DAS28- og ACR20-respons) fra uge 6 og frem hos patienter med reumatoid arthritis, der blev behandlet med Remsima 120 mg uden intravenøse støddoser af infliximab sammenlignet med Remsima 3 mg/kg givet intravenøst i uge 0, 2 og 6 og hver 8. uge derefter.

Crohns sygdom hos voksne

Intravenøs formulering

Induktionsbehandling af moderat til svært aktiv Crohns sygdom

Virningen af en éndosis behandling med infliximab intravenøs formulering blev vurderet hos 108 patienter med aktiv Crohns sygdom (Crohn's Disease Activity Index (CDAI) $\geq 220 \leq 400$) i et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret, dosis-virknings studie. Af disse 108 patienter blev 27 behandlet med den anbefalede dosis på 5 mg/kg infliximab. Alle patienter havde haft utilstrækkelig virkning af tidligere konventionel behandling. Samtidig brug af stabile doser af konventionel behandling var tilladt, og 92 % af patienterne fortsatte brugen af disse behandlinger.

Det primære endepunkt var andelen af patienter, der oplevede en klinisk virkning, bestemt som en nedgang i CDAI på ≥ 70 point fra *baseline* ved 4-ugers evalueringen og uden stigning i brugen af lægemidler eller kirurgiske indgreb for Crohns sygdom. Patienter, der reagerede i uge 4, fulgtes til uge 12. Sekundære endepunkter omfattede andelen af patienter i klinisk remission i uge 4 (CDAI < 150) og den kliniske respons på længere sigt.

I uge 4 efter indgivelse af en enkelt dosis opnåede 22/27 (81 %) af de infliximab-behandlede patienter, der fik 5 mg/kg dosen en klinisk virkning mod 4/25 (16 %) af placebopatienterne ($p < 0,001$). I uge 4 opnåede endvidere 13/27 (48 %) af infliximab-behandlede patienter en klinisk remission (CDAI < 150) i forhold til 1/25 (4 %) af placebo-behandlede patienter. Der konstateredes en virkning inden for 2 uger med maksimal virkning efter 4 uger. Ved den sidste observation efter 12 uger sås stadig virkning hos 13/27 (48 %) af patienterne behandlet med infliximab.

Vedligeholdelsesbehandling af moderat til svært aktiv Crohns sygdom hos voksne

Virningen af gentagne infusioner med intravenøs infliximab blev undersøgt i et 1-års klinisk studie (ACCENT I). I alt 573 patienter med moderat til svært aktiv Crohns sygdom (CDAI $\geq 220 \leq 400$) fik en enkelt infusionsdosis på 5 mg/kg ved uge 0. 178 af de 580 inkluderede patienter (30,7 %) blev defineret som havende svær sygdom (CDAI score > 300 og samtidig kortikoid og/eller immunsupprimerende behandling) svarende til populationen defineret i indikationen (se pkt. 4.1). I uge 2 blev alle patienter bedømt til klinisk respons og randomiseret til en af 3 behandlingsgrupper; en placebo-vedligeholdelsesgruppe, en 5 mg/kg vedligeholdelsesgruppe og en 10 mg/kg vedligeholdelsesgruppe. Alle 3 grupper modtog gentagne infusioner i uge 2 og 6 samt hver 8. uge derefter.

Af de 573 randomiserede patienter, opnåede 335 (58 %) klinisk respons ved uge 2. Disse patienter blev klassificeret som uge-2 responderende og blev inkluderet i den primære analyse (se tabel 7). Blandt patienter klassificeret som non-responderende ved uge 2, opnåede 32 % (26/81) i placebo-vedligeholdelsesgruppen og 42 % (68/163) i infliximab-gruppen klinisk respons ved uge 6. Der var herefter ingen forskel mellem grupperne i antallet af sene responderende.

De co-primære endepunkter var forholdet af patienter i klinisk remission (CDAI < 150) ved uge 30 og tiden til tab af respons efter uge 54. Kortikosteroid nedtrapning var tilladt efter uge 6.

Tabel 7
Virksomheder på respons og remissionshastighed, data fra ACCENT I (uge-2 responderende)

	ACCENT I (uge-2 responderende)		
	% Patienter		
	Placebo- vedligeholdelse (n=110)	Infliximab- vedligeholdelse 5 mg/kg (n=113) (p-værdi)	Infliximab- vedligeholdelse 10 mg/kg (n=112) (p-værdi)
Median tid til tab af respons frem til uge 54	19 uger	38 uger (0,002)	> 54 uger (< 0,001)
Uge 30			
Klinisk respons ^a	27,3	51,3 (< 0,001)	59,1 (< 0,001)
Klinisk remission	20,9	38,9 (0,003)	45,5 (< 0,001)
Steroidfri remission	10,7 (6/56)	31,0 (18/58) (0,008)	36,8 (21/57) (0,001)
Uge 54			
Klinisk respons ^a	15,5	38,1 (< 0,001)	47,7 (< 0,001)
Klinisk remission	13,6	28,3 (0,007)	38,4 (< 0,001)
Vedblivende steroidfri remission ^b	5,7 (3/53)	17,9 (10/56) (0,075)	28,6 (16/56) (0,002)

a Reduktion i CDAI \geq 25 % og \geq 70 point.

b CDAI < 150 ved både uge 30 og 54. De patienter, der fik kortikosteroider ved *baseline*, fik ikke kortikosteroider i de 3 måneder forud for uge 54.

I begyndelsen af uge 14 fik patienter, der havde responderet på behandling, men efterfølgende mistet deres kliniske fordel, lov til at krydse over til en infliximab-dosis på 5 mg/kg højere end den dosis hvortil de oprindeligt var randomiseret. Niogfirs procent (50/56) af patienterne, der mistede klinisk respons på infliximab 5 mg/kg vedligeholdelsesbehandling efter uge 14, responderede på behandling med infliximab 10 mg/kg.

Forbedring af målene for livskvalitet, reduktion i sygdomsrelateret hospitaliseringer og brug af kortikosteroid sås for infliximab-vedligeholdelsesgrupperne sammenlignet med placebo-vedligeholdelsesgruppen ved ugerne 30 og 54.

Infliximab med eller uden AZA blev vurderet i et randomiseret, dobbeltblindet studie med aktiv komparator (SONIC) hos 508 voksne patienter med moderat til svær Crohns sygdom (CDAI \geq 220 \leq 450). Patienterne var naive i forhold til biologiske lægemidler og immunsuppressiva og havde en median sygdomsvarighed på 2,3 år. Ved baseline fik 27,4 % af patienterne systemiske kortikosteroider, 14,2 % af patienterne fik budesonid, og 54,3 % af patienterne fik 5-ASA-stoffer. Patienterne blev randomiseret til at få AZA monoterapi, infliximab-monoterapi eller infliximab plus

AZA kombinationsterapi. Infliximab blev indgivet med en dosis på 5 mg/kg i ugerne 0, 2, 6 og derefter hver 8. uge. AZA blev givet med en dosis på 2,5 mg/kg dagligt.

Studiets primære endepunkt var kortikosteroidfri klinisk remission i uge 26, defineret som patienter i klinisk remission (CDAI < 150), som i mindst 3 uger ikke havde taget orale systemiske kortikosteroider (prednison eller lignende) eller budesonid i en dosis på > 6 mg/dag. Resultaterne ses i tabel 8. Andelen af patienter med slimhindeheling i uge 26 var signifikant større i grupperne, der fik infliximab plus AZA (43,9 %; $p < 0,001$) eller infliximab-monoterapi (30,1 %; $p=0,023$) sammenlignet med AZA-monoterapigruppen (16,5 %).

Tabel 8
Procent af patienter, som opnåede kortikosteroidfri klinisk remission i uge 26, SONIC

	AZA Monoterapi	Infliximab Monoterapi	Infliximab + AZA Kombinationsterapi
Uge 26			
Alle randomiserede patienter	30,0 % (51/170)	44,4 % (75/169) ($p=0,006$)*	56,8 % (96/169) ($p < 0,001$)*

* P-værdier repræsenterer hver infliximab-behandlingsgruppe vs. AZA monoterapi.

En tilsvarende tendens til opnåelse af kortikosteroidfri klinisk remission blev observeret i uge 50. Desuden blev der observeret forbedret livskvalitet ved infliximab-behandling, målt med IBDQ.

Induktionsbehandling af fistulerende, aktiv Crohns sygdom

Virkningen blev også vurderet i et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret studie hos 94 patienter med fistulerende Crohns sygdom, som havde fistler af mindst 3 måneders varighed. Enogtredive af disse patienter blev behandlet med infliximab intravenøs formulering 5 mg/kg. Cirka 93 % af patienterne havde tidligere fået antibiotika eller immunsupprimerende behandling.

Samtidig brug af stabile doser af konventionel behandling var tilladt, og 83 % af patienterne fortsatte brugen af mindst en af disse behandlinger. Patienterne modtog tre doser af enten placebo eller infliximab i uge 0, 2 og 6. Patienterne fulgtes indtil uge 26. Det primære endepunkt var andelen af patienter, der oplevede en klinisk virkning, bestemt som ≥ 50 % reduktion fra *baseline* i antallet af fistler, drænet ved forsigtigt tryk, ved mindst to på hinanden følgende besøg (med 4 ugers mellemrum) uden øget brug af lægemidler eller kirurgisk indgreb for Crohns sygdom.

Otteogtres procent (21/31) af patienter behandlet med infliximab, der fik et 5 mg/kg doseringsregime, opnåede en klinisk virkning mod 26 % (8/31) af placebobehandlede patienter ($p = 0,002$). Median tiden til der registreredes en virkning i gruppen behandlet med infliximab var 2 uger. Median varigheden af respons var 12 uger. Det lykkedes desuden at lukke alle fistler hos 55 % af infliximab-behandlede patienter sammenlignet med 13 % af patienter behandlet med placebo ($p = 0,001$).

Vedligeholdelsesbehandling af fistulerende, aktiv Crohns sygdom

Virkningen af gentagne infusioner med infliximab hos patienter med fistulerende Crohns sygdom blev undersøgt i et 1-års klinisk studie (ACCENT II). I alt 306 patienter fik 3 doser intravenøs infliximab på 5 mg/kg i ugerne 0, 2 og 6. Ved *baseline* havde 87 % af patienterne perianale fistler, 14 % havde abdominale fistler, 9 % havde rektovaginale fistler. Median CDAI scoren var 180. Ved uge 14 blev 282 patienter bedømt til klinisk respons og randomiseret til at få enten placebo eller 5 mg/kg infliximab hver 8. uge til og med uge 46.

Uge 14-responderende (195/282) blev analyseret for det primære endepunkt, som var tiden fra randomisering til tab af respons (se tabel 9). Kortikosteroid nedtrapning var tilladt efter uge 6.

Tabel 9
Virkninger på respons hastighed, data fra ACCENT II (uge-14 responderende)

	ACCENT II (uge-14 responderende)		
	Placebo Vedligeholdelse (n=99)	Infliximab Vedligeholdelse (5 mg/kg) (n=96)	p-værdi
Median tid til tab af respons efter uge 54 Uge 54	14 uger	> 40 uger	< 0,001
Fistelrespons (%) ^a	23,5	46,2	0,001
Komplet fistelrespons (%) ^b	19,4	36,3	0,009

a A ≥ 50 % reduktion fra *baseline* i antallet af drænede fistler over en periode på ≥ 4 uger.

b Fravær af alle drænede fistler.

I begyndelsen af uge 22 blev patienter, der initialt responderede på behandling og efterfølgende mistede deres respons, kvalificeret til at krydse over til aktiv genbehandling hver 8. uge på en infliximab-dosis 5 mg/kg højere end den dosis, hvortil de oprindeligt blev randomiseret. Blandt patienter i infliximab-gruppen 5 mg/kg, der krydsede over på grund af tab af fistel respons efter uge 22, responderede 57 % (12/21) på genbehandling med infliximab 10 mg/kg hver 8. uge.

Der var ingen signifikant forskel mellem placebo og infliximab i andelen af patienter med forlænget lukning af alle fistler til og med uge 54, med symptomer som proctalgia, abscesser og urinrørsinfektion eller i antallet af nyudviklede fistler under behandlingen.

Vedligeholdelsesbehandling med infliximab hver 8. uge reducerede sygdomsrelateret hospitalisering og kirurgiske indgreb signifikant sammenlignet med placebo. Endvidere blev en reduktion i kortikosteroidanvendelsen og forbedring af livskvalitet observeret.

Subkutan formulering

Virksomheden af subkutan infliximab hos patienter med aktiv Crohns sygdom og patienter med aktiv colitis ulcerosa blev vurderet i et open-label, randomiseret, parallelgruppe, fase I-studie bestående af to dele: Del 1 for at bestemme den optimale dosis subkutan infliximab og del 2 for at påvise noninferioritet med hensyn til PK af subkutan infliximab sammenlignet med intravenøs infliximab-behandling.

I del 1 af dette studie blev 45 patienter med aktiv Crohns sygdom indskrevet til at modtage 2 doser Remsima 5 mg/kg intravenøst i uge 0 og 2, og efterfølgende blev 44 patienter randomiseret til fire kohorter til at modtage Remsima 5 mg/kg intravenøst (n=13) i uge 6 og hver 8. uge op til uge 54, Remsima 120 mg subkutan (n=11), Remsima 180 mg subkutan (n=12) eller Remsima 240 mg subkutan (n=8) i uge 6 og hver 2. uge op til uge 54.

I del 2 af dette studie blandt 136 patienter (57 patienter med aktiv Crohns sygdom og 79 patienter med aktiv colitis ulcerosa), der blev indskrevet til at modtage 2 doser Remsima 5 mg/kg intravenøst i uge 0 og 2, blev 66 patienter (28 patienter med aktiv Crohns sygdom, og 38 patienter med aktiv colitis ulcerosa) randomiseret til at modtage Remsima 120/240 mg subkutan i uge 6 og hver 2. uge op til uge 54, mens 65 patienter (25 patienter med aktiv Crohns sygdom, og 40 patienter med aktiv colitis ulcerosa) blev randomiseret til at modtage Remsima 5 mg/kg intravenøst i uge 6, 14 og 22 og derefter skiftet til Remsima 120/240 mg subkutan formulering i uge 30 én gang hver 2. uge op til uge 54. Doseringen af Remsima 120/240 mg subkutan formulering blev bestemt ud fra patientens kropsvægt i uge 6 for de patienter, der modtog Remsima subkutan og i uge 30 for dem, der skiftede til Remsima subkutan formulering (Remsima subkutan 120 mg for patienter < 80 kg; 240 mg for patienter ≥ 80 kg).

Hos patienter med aktiv Crohns sygdom, var de deskriptive resultater for virkning efter Remsima 120 mg subkutan formulering generelt sammenlignelige med Remsima 5 mg/kg intravenøs formulering med hensyn til klinisk respons (CDAI-70 respons defineret som en nedgang i CDAI ≥ 70 point og CDAI-100 respons defineret som ≥ 100 point fra baseline), klinisk remission (defineret som en absolut CDAI score på < 150 point) og endoskopi-vurderinger (endoskopisk respons defineret som en nedgang ≥ 50 % i Simplified Endoscopic Activity Score for Crohn's Disease (SES-CD) score fra baselineværdien og endoskopisk remission defineret som en absolut SES-CD score ≤ 2 point).

Colitis ulcerosa hos voksne

Intravenøs formulering

Sikkerhed og virkning ved intravenøs infliximab blev vurderet i to (ACT 1 og ACT 2) randomiserede, dobbeltblindede, placebokontrollerede kliniske studier hos voksne patienter med moderat til svær, aktiv colitis ulcerosa (Mayo score 6 til 12; Endoskopi subscore ≥ 2) med et utilstrækkeligt respons på konventionel behandling [orale kortikosteroider, aminosalicylater og/eller immunmodulatorer (6-MP, AZA)]. Samtidig anvendelse af stabile doser af orale aminosalicylater, kortikosteroider og/eller immunmodulatorer var tilladt. I begge studier var patienterne randomiseret til at få enten placebo, 5 mg/kg infliximab eller 10 mg/kg infliximab i uge 0, 2, 6, 14 og 22, og i ACT 1 i uge 30, 38 og 46. Kortikosteroidnedtrapning var tilladt efter uge 8.

Tabel 10
Virkninger på klinisk respons, klinisk remission og slimhindeheling i uge 8 og 30.
Kombinerede resultater fra ACT 1 & 2.

	Placebo	Infliximab		
		5 mg/kg	10 mg/kg	Kombineret
Randomiserede forsøgspersoner	244	242	242	484
Procent forsøgspersoner i klinisk respons og i vedvarende klinisk respons				
Klinisk respons i uge 8 ^a	33,2 %	66,9 %	65,3 %	66,1 %
Klinisk respons i uge 30 ^a	27,9 %	49,6 %	55,4 %	52,5 %
Vedvarende respons (klinisk respons både i uge 8 og uge 30) ^a	19,3 %	45,0 %	49,6 %	47,3 %
Procent forsøgspersoner i klinisk remission og vedvarende remission				
Klinisk remission i uge 8 ^a	10,2 %	36,4 %	29,8 %	33,1 %
Klinisk remission i uge 30 ^a	13,1 %	29,8 %	36,4 %	33,1 %
Vedvarende remission (i remission både i uge 8 og uge 30) ^a	5,3 %	19,0 %	24,4 %	21,7 %
Procent forsøgspersoner med slimhindeheling				
Slimhindeheling i uge 8 ^a	32,4 %	61,2 %	60,3 %	60,7 %
Slimhindeheling i uge 30 ^a	27,5 %	48,3 %	52,9 %	50,6 %

a $p < 0,001$, for hver infliximab-behandlingsgruppe mod placebo.

Virkingen af infliximab i uge 54 blev undersøgt i ACT 1 studiet.

Ved 54 uger var 44,9 % af patienterne i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe i klinisk respons sammenlignet med 19,8 % i placebobehandlingsgruppen ($p < 0,001$). Klinisk remission og slimhindeheling forekom i en større andel af patienterne i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe sammenlignet med placebobehandlingsgruppen i uge 54 (henholdsvis 34,6 % mod 16,5 %, $p < 0,001$ og 46,1 % mod 18,2 %, $p < 0,001$). Andelene af patienter i vedvarende respons og vedvarende remission i uge 54 var større i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe end i placebobehandlingsgruppen (henholdsvis 37,9 % mod 14,0 %, $p < 0,001$ og 20,2 % mod 6,6 %, $p < 0,001$).

En større andel patienter i den kombinerede infliximab-behandlingsgruppe var i stand til at afbryde kortikosteroider og stadig blive i klinisk remission sammenlignet med placebobehandlingsgruppen i både uge 30 (22,3 % mod 7,2 %, $p < 0,001$, samlede ACT 1 & ACT 2 data) og uge 54 (21,0 % mod 8,9 %, $p=0,022$, ACT 1 data).

Den samlede data analyse for ACT 1 og ACT 2 studierne og deres forlængelser, som blev analyseret fra *baseline* til uge 54, viste en reduktion af colitis ulcerosa-relaterede hospitalsindlæggelser og kirurgiske indgreb med infliximab-behandling. Antallet af hospitalsindlæggelser relateret til colitis ulcerosa var signifikant lavere i 5 og 10 mg/kg infliximab-behandlingsgrupperne end i placebogruppen (gennemsnitligt antal hospitalsindlæggelser per 100 forsøgsperson-år: 21 og 19 *versus* 40 i placebogruppen; hhv. $p=0,019$ og $p=0,007$). Antallet af kirurgiske indgreb relateret til colitis ulcerosa var også lavere i 5 og 10 mg/kg infliximab-behandlingsgrupperne end i placebogruppen (gennemsnitligt antal kirurgiske indgreb per 100 forsøgsperson-år: 22 og 19 *versus* 34; hhv. $p=0,145$ og $p=0,022$).

Andelen af forsøgspersoner, som fik foretaget kolektomi på et hvilket som helst tidspunkt indenfor 54 uger efter den første infusion af studiemedicin, blev samlet fra ACT 1 og ACT 2 studierne og deres forlængelser. Der var færre forsøgspersoner, som fik foretaget kolektomi i 5 mg/kg infliximab-gruppen (28/242 eller 11,6 % [N.S.] og 10 mg/kg infliximab-gruppen (18/242 eller 7,4 % [$p=0,011$]) end i placebogruppen (36/244; 14,8 %).

Reduktionen i hyppigheden af kolektomi blev også undersøgt i et anden randomiseret, dobbeltblindet studie (C0168Y06) af hospitaliserede patienter ($n=45$) med moderat til svær aktiv colitis ulcerosa, som ikke responderede på intravenøse kortikosteroider, og som derfor havde større risiko for kolektomi. Der forekom signifikant færre kolektomier indenfor 3 måneder fra studieinfusion hos patienter, der fik en enkelt dosis 5 mg/kg infliximab sammenlignet med patienter, der fik placebo (hhv. 29,2 % *versus* 66,7 %, $p=0,017$).

Infliximab forbedrede livskvaliteten i ACT 1 og ACT 2, hvilket bekræftedes ved statistisk signifikant forbedring i både et sygdomsspecifikt mål, IBDQ, og ved forbedring i den almindelige 36-punkt korte udgave af spørgeskema SF-36.

Subkutan formulering

Virningen af subkutan infliximab hos patienter med aktiv colitis ulcerosa blev vurderet i del 2 af et ublindt, randomiseret, parallelgruppe, fase I studie. Nærmere oplysninger om studiet kan findes i pkt. 5.1. om Crohns sygdom, subkutan formulering.

Hos patienter med aktiv colitis ulcerosa var de deskriptive resultater for virkning efter administration af Remsima 120 mg subkutan formulering generelt sammenlignelige med Remsima 5 mg/kg intravenøs formulering med hensyn til klinisk respons (defineret som en nedgang fra baseline i samlet Mayo-score på mindst 3 point og mindst 30 % og en nedgang fra baseline i delvis Mayo-score på mindst 2 point, med en ledsagende nedgang fra baseline i subscore for rektal blødning på mindst 1 point, eller en absolut subscore for rektal blødning på 0 eller 1), klinisk remission (defineret som en samlet Mayo-score ≤ 2 point uden en enkelt subscore på mere end 1 point, eller en delvis Mayo-score ≤ 1 point) og slimhindeheling (defineret som en absolut endoskopisk subscore på 0 eller 1 fra Mayo Scoring Systemet).

Ankyloserende spondylitis hos voksne

Intravenøs formulering

Virkning og sikkerhed ved intravenøs infliximab blev undersøgt i to multicenter, dobbeltblindede, placebokontrollerede studier hos patienter med aktiv ankyloserende spondylitis (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] score ≥ 4 og spinalsmerte ≥ 4 på skala på 1-10).

I det første studie (P01522), som havde en dobbeltblindet fase på 3 måneder, modtog 70 patienter enten 5 mg/kg infliximab eller placebo i uge 0, 2, 6 (35 patienter i hver gruppe). I uge 12 blev placebopatienter skiftet over til infliximab 5 mg/kg hver 6. uge indtil uge 54. Efter studiets første år fortsatte 53 patienter i en ublindet forlængelse til uge 102.

I det andet kliniske studie (ASSERT) blev 279 patienter randomiseret til behandling med enten placebo (gruppe 1, n=78) eller 5 mg/kg infliximab (gruppe 2, n=201) i uge 0, 2 og 6 og derefter hver 6. uge indtil uge 24. Derefter fortsatte alle patienterne på infliximab hver 6. uge til uge 96. Gruppe 1 fik 5 mg/kg infliximab. Patienter i gruppe 2, som havde en BASDAI ≥ 3 ved 2 på hinanden følgende konsultationer, fik 7,5 mg/kg infliximab hver 6. uge startende med uge 36 og frem til uge 96.

I ASSERT sås forbedring af tegn og symptomer så tidligt som i uge 2. I uge 24 var antallet af ASAS 20 respondere 15/78 (19 %) i placebogruppen og 123/201 (61 %) i gruppen, der fik 5 mg/kg infliximab ($p < 0,001$). Der var 95 patienter fra gruppe 2, som fortsatte på 5 mg/kg hver 6. uge. I 102. uge var 80 patienter stadig på infliximab-behandling og blandt disse var 71 (89 %) ASAS 20 respondere.

I P01522 sås forbedring af tegn og symptomer så tidligt som i uge 2. I uge 12 var antallet af BASDAI 50 respondere 3/35 (9 %) i placebogruppen og 20/35 (57 %) i 5 mg/kg gruppen ($p < 0,01$). Der var 53 patienter, som fortsatte på 5 mg/kg hver 6. uge. I 102. uge var 49 patienter stadig på infliximab-behandling, og blandt disse var 30 (61 %) BASDAI 50 responderende.

I begge studier blev fysisk funktion og livskvalitet målt ved BASFI og den fysiske delscore af SF-36 blev også signifikant forbedret.

Psoriasis arthritis hos voksne

Intravenøs formulering

Virkning og sikkerhed af infliximab intravenøs formulering blev vurderet i to dobbeltblindede, placebokontrollerede multicenterstudier hos patienter med aktiv psoriasis arthritis.

I det første kliniske studie (IMPACT) blev virkning og sikkerhed af infliximab undersøgt hos 104 patienter med aktiv polyartikulær psoriasis arthritis. Under den 16 uger lange dobbeltblindede fase fik patienterne enten 5 mg/kg infliximab eller placebo i uge 0, 2, 6 og 14 (52 patienter i hver gruppe). Startende i uge 16 blev placebobehandlede patienter skiftet til infliximab, og alle patienter fik herefter 5 mg/kg infliximab hver 8. uge frem til uge 46. Efter studiets første år fortsatte 78 patienter i en open-label forlængelse til uge 98.

I det andet kliniske studie (IMPACT 2) blev virkning og sikkerhed af infliximab undersøgt hos 200 patienter med aktiv psoriasis arthritis (≥ 5 hævede led og ≥ 5 ømme led). 46 % af patienterne fortsatte på stabile doser methotrexat (≤ 25 mg/uge). Under den 24 uger dobbeltblindede fase modtog patienterne enten 5 mg/kg infliximab eller placebo i ugerne 0, 2, 6, 14 og 22 (100 patienter i hver gruppe). I uge 16 blev 47 placebopatienter med < 10 % forbedring fra udgangspunktet i både hævede og ømme led flyttet til infliximab induktion (tidlig overflytning). I uge 24 blev alle placebobehandlede patienter flyttet over til infliximab induktion. Dosis fortsatte for alle patienter til og med uge 46.

De vigtigste resultater for virkning i IMPACT og IMPACT 2 er vist i tabel 11 nedenfor:

Tabel 11
Virksomheder på ACR og PASI i IMPACT og IMPACT 2

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (uge 16)	Infliximab (uge 16)	Infliximab (uge 98)	Placebo (uge 24)	Infliximab (uge 24)	Infliximab (uge 54)
Randomiserede patienter	52	52	Ikke aktuel ^a	100	100	100

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (uge 16)	Infliximab (uge 16)	Infliximab (uge 98)	Placebo (uge 24)	Infliximab (uge 24)	Infliximab (uge 54)
ACR respons (% af patienter)						
N	52	52	78	100	100	100
ACR 20 respons*	5 (10 %)	34 (65 %)	48 (62 %)	16 (16 %)	54 (54 %)	53 (53 %)
ACR 50 respons*	0 (0 %)	24 (46 %)	35 (45 %)	4 (4 %)	41 (41 %)	33 (33 %)
ACR 70 respons*	0 (0 %)	15 (29 %)	27 (35 %)	2 (2 %)	27 (27 %)	20 (20 %)
PASI respons (% af patienter) ^b						
N				87	83	82
PASI 75 respons**				1 (1 %)	50 (60 %)	40 (48.8 %)

* ITT-analyser med forsøgspersoner med manglende data blev inkluderet som ikke-responderende.

a Uge 98 data for IMPACT inkluderer kombineret placebo cross-over og infliximab-patienter, der deltog i den åbne undersøgelse.

b Baseret på patienter med PASI > 2.5 ved baseline for IMPACT, og patienter med > 3 % BSA psoriasis hud påvirkning ved baseline af IMPACT 2.

** PASI 75 respons for IMPACT ikke inkluderet som følge af lav N; $p < 0.001$ for infliximab vs. placebo i uge 24 for IMPACT 2.

I IMPACT og IMPACT 2 blev klinisk respons observeret så tidligt som uge 2 og blev bibeholdt henholdsvis til og med uge 98 og uge 54. Virkningen har været demonstreret med eller uden samtidig brug af methotrexat. Reduktion i parametrene for perifere aktivitetskaraktistika på psoriasis arthritis (såsom antal hævede led, antal smertefulde/ømme led, dactylitis og tilstedeværelse af entesopati) sås hos infliximab-behandlede patienter.

Radiografiske ændringer blev vurderet i IMPACT 2. Røntgenbilleder af hænder og fødder blev indsamlet ved *baseline*, uge 24 og 54. Infliximab-behandling reducerede udviklingshastigheden af perifere ledskeader sammenlignet med placebo-behandling ved det primære endepunkt i uge 24. Endepunkt blev målt ved ændring fra *baseline* i samlet modificeret vdH-S score (middel \pm SD score var $0,82 \pm 2,62$ i placebogruppen sammenlignet med $-0,70 \pm 2,53$ i infliximab-gruppen; $p < 0,001$). I infliximab-gruppen forblev middelændringen i samlet modificeret vdH-S score under 0 i uge 54.

Infliximab-behandlede patienter viste signifikant forbedring i fysisk funktionsevne, vurderet ved HAQ. Signifikant forbedring i helbredsrelateret livskvalitet blev også påvist, målt med den fysiske og mentale component summary score af SF-36 i IMPACT 2.

Psoriasis hos voksne

Intravenøs formulering

Virkingen af infliximab intravenøs formulering blev vurderet i to multicenter, randomiserede, dobbeltblindedede studier: SPIRIT og EXPRESS. Patienter i begge studier havde plaque psoriasis (Body Surface Area [BSA] ≥ 10 % og Psoriasis Area and Severity Index [PASI] score ≥ 12). Det primære endepunkt i begge studier var procenten af patienter, som opnåede ≥ 75 % forbedring i PASI fra *baseline* i uge 10.

SPIRIT vurderede virkningen af infliximab induktionsbehandling hos 249 patienter med plaque psoriasis, som tidligere havde fået PUVA eller systemisk behandling. Patienterne fik

enten 3 eller 5 mg/kg infliximab eller placeboinfusioner i uge 0, 2 og 6. Patienter med en PGA score ≥ 3 havde mulighed for at få en yderligere infusion af den samme behandling i uge 26.

I SPIRIT var andelen af patienter, der opnåede PASI 75 i uge 10 71,7 % i 3 mg/kg infliximab-gruppen, 87,9 % i 5 mg/kg infliximab-gruppen og 5,9 % i placebogruppen ($p < 0,001$). I uge 26, tyve uger efter den sidste induktionsdosis, var 30 % af patienterne i 5 mg/kg gruppen og 13,8 % af patienterne i 3 mg/kg gruppen PASI 75 respondere. Mellem uge 6 og 26 vendte symptomerne på psoriasis gradvis tilbage med en median tid til sygdomsrelaps på > 20 uger. Ingen rebound sås.

EXPRESS vurderede virkningen af infliximab induktions- og vedligeholdelsesbehandling hos 378 patienter med plaque psoriasis. Patienterne fik 5 mg/kg infliximab eller placebo infusioner i uge 0, 2 og 6 efterfulgt af vedligeholdelsesbehandling hver 8. uge indtil uge 22 i placebogruppen og indtil uge 46 i infliximab-gruppen. I uge 24 krydsede placebogruppen over til infliximab induktionsbehandling (5 mg/kg) efterfulgt af infliximab vedligeholdelsesbehandling (5 mg/kg). Neglepsoriasis blev vurderet ved brug af Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI). Tidligere behandling med PUVA, methotrexat, ciclosporin eller acitretin var modtaget af 71,4 % af patienterne, selv om de ikke nødvendigvis var behandlingsresistente. Nøgleresultater præsenteres i tabel 12. Hos infliximab-behandlede personer var signifikant PASI 50 respons tydelig ved det første besøg (uge 2) og PASI 75 respons ved det andet besøg (uge 6). Virkningen var den samme i undergruppen af patienter, der var eksponeret for tidligere systemiske behandlinger sammenlignet med den totale studiepopulation.

Tabel 12
Resumé af PASI respons, PGA-respons og andel patienter, hvis negle alle var fri for psoriasis i uge 10, 24 og 50. EXPRESS

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (i uge 24)	Infliximab 5 mg/kg
Uge 10		
N	77	301
≥ 90 % forbedring	1 (1,3 %)	172 (57,1 %) ^a
≥ 75 % forbedring	2 (2,6 %)	242 (80,4 %) ^a
≥ 50 % forbedring	6 (7,8 %)	274 (91,0 %)
PGA helt væk (0) eller minimale (1)	3 (3,9 %)	242 (82,9 %) ^{ab}
PGA helt væk (0), minimale (1) eller lette (2)	14 (18,2 %)	275 (94,2 %) ^{ab}
Uge 24		
N	77	276
≥ 90 % forbedring	1 (1,3 %)	161 (58,3 %) ^a
≥ 75 % forbedring	3 (3,9 %)	227 (82,2 %) ^a
≥ 50 % forbedring	5 (6,5 %)	248 (89,9 %)
PGA helt væk (0) eller minimale (1)	2 (2,6 %)	203 (73,6 %) ^a
PGA helt væk (0), minimale (1) eller lette (2)	15 (19,5 %)	246 (89,1 %) ^a
Uge 50		
N	68	281
≥ 90 % forbedring	34 (50,0 %)	127 (45,2 %)
≥ 75 % forbedring	52 (76,5 %)	170 (60,5 %)
≥ 50 % forbedring	61 (89,7 %)	193 (68,7 %)
PGA helt væk (0) eller minimale (1)	46 (67,6 %)	149 (53,0 %)
PGA helt væk (0), minimale (1) eller lette (2)	59 (86,8 %)	189 (67,3 %)
Alle negle fri for psoriasis^c		
Uge10	1/65 (1,5 %)	16/235 (6,8 %)

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (i uge 24)	Infliximab 5 mg/kg
Uge24	3/65 (4,6 %)	58/223 (26,0 %) ^a
Uge50	27/64 (42,2 %)	92/226 (40,7 %)

a $p < 0,001$, for hver infliximab-behandlingsgruppe *versus* kontrol.

b $N = 292$.

c Analysen var baseret på patienter med neglepsoriasis ved *baseline* (81,8 % af patienterne). Gennemsnitlig NAPSI-score ved *baseline* var hhv. 4,6 og 4,3 i infliximab- og placebogruppen.

Der blev registreret signifikante forbedringer fra *baseline* i DLQI ($p < 0,001$) og de fysiske og mentale del-scorer af SF 36 ($p < 0,001$ for hver enkelt del-sammenligning).

Pædiatrisk population

Det Europæiske Lægemiddelagentur har dispenseret fra kravet om at fremlægge resultaterne af studier med referencelægemidlet, som indeholder infliximab, i alle undergrupper af den pædiatriske population med reumatoid arthritis, juvenil idiopatisk arthritis, psoriasis arthritis, ankyloserende spondylitis, psoriasis og Crohns sygdom (se pkt. 4.2 for oplysninger om pædiatrisk anvendelse).

5.2 Farmakokinetiske egenskaber

Absorption og fordeling

Enkelte subkutane injektioner på 120, 180 og 240 mg infliximab udviste tilnærmelsesvis dosis-proportionale stigninger i den maksimale serumkoncentration (C_{max}) samt arealet under koncentration-tid kurven (AUC). Det tilsyneladende fordelingsvolumen i terminalfasen (gennemsnit på 7,0 til 8,8 liter) var ikke afhængigt af den indgivne dosis.

Efter en enkelt dosis på 120, 180 og 240 mg subkutan infliximab administreret til raske forsøgspersoner, var de gennemsnitlige C_{max} -værdier på hhv. 10,0; 15,1 og 23,1 $\mu\text{g/ml}$, og for alle doser kunne der påvises infliximab i serum i mindst 12 uger efter.

Biotilgængeligheden af subkutan infliximab, estimeret i en populationsfarmakokinetisk model, var 62 % (95 % CI: 60 % - 64 %).

Efter administration af infliximab 120 mg subkutan hver 2. uge (fra uge 6 efter 2 doser intravenøs infliximab i uge 0 og 2) til patienter med aktiv reumatoid arthritis, som samtidigt blev behandlet med MTX, var det mediane (CV %) C_{trough} -niveau i uge 22 (steady state) på 12,8 $\mu\text{g/ml}$ (80,1 %).

Efter administration af infliximab 120 mg subkutan hver 2. uge (fra uge 6 efter 2 doser intravenøs infliximab i uge 0 og 2) til patienter med aktiv Crohns sygdom og aktiv colitis ulcerosa, var det mediane (CV %) C_{trough} -niveau i uge 22 (steady state) på 20,1 $\mu\text{g/ml}$ (48,9 %).

Baseret på PK-resultater fra kliniske studier hos patienter med aktiv reumatoid arthritis, aktiv Crohns sygdom og aktiv colitis ulcerosa og populationsfarmakokinetisk modellering ville C_{trough} -niveauer ved steady state være højere efter administration af infliximab 120 mg subkutan formulering givet hver 2. uge sammenlignet med infliximab 5 mg/kg intravenøs formulering givet hver 8. uge.

For doseringsregimet med subkutane støddoser hos patienter med reumatoid arthritis var den forudsagte median AUC-værdi 17.400 $\mu\text{g}\cdot\text{t/ml}$ fra uge 0 til 6, hvilket var ca. 1,8 gange lavere end den forudsagte mediane AUC-værdi for doseringsregimet med infliximab intravenøse støddoser (32.100 $\mu\text{g}\cdot\text{t/ml}$). Mens de forudsagte AUC-medianværdier fra uge 6 til 14 var sammenlignelige mellem de to doseringsregimer med subkutane og intravenøse støddoser (henholdsvis 19.600 og 18.100 $\mu\text{g}\cdot\text{t/ml}$).

Elimination

Eliminationsvejene for infliximab er ikke karakteriseret. Uomdannet infliximab blev ikke påvist i urin. Ingen større alders- eller vægtrelaterede forskelle i elimination eller fordelingsvolumen sås hos patienter med reumatoid arthritis.

I studier med raske forsøgspersoner var den gennemsnitlige (\pm SD) clearance af Remsima 120 mg administreret subkutant på $19,3 \pm 6,9$ ml/time. Hos RA-patienterne var den gennemsnitlige (\pm SD) tilsyneladende clearance af Remsima 120 mg subkutant ved steady state på $18,8 \pm 8,3$ ml/time. Hos patienter med aktiv Crohns sygdom og aktiv colitis ulcerosa var den gennemsnitlige (\pm SD) tilsyneladende clearance af Remsima 120 mg administreret subkutant ved steady state på $16,1 \pm 6,9$ ml/time.

Den gennemsnitlige terminale halveringstid varierede fra 11,3 dage til 13,7 dage for 120, 180 og 240 mg subkutant infliximab administreret til raske forsøgspersoner.

Særlige populationer

Ældre

Farmakokinetikken af infliximab injiceret subkutant hos ældre patienter er ikke undersøgt.

Pædiatrisk population

Subkutan administration af Remsima anbefales ikke til pædiatrisk brug, og der foreligger ingen data om brugen af Remsima administreret subkutant hos den pædiatriske population.

Nedsat lever- og nyrefunktion

Der er ikke udført studier med infliximab hos patienter med lever- eller nyresygdom.

5.3 Non-klinske sikkerhedsdata

Infliximab krydsreagerer ikke med TNF_α fra andre arter end mennesker og chimpanser. Derfor er konventionelle prækliniske sikkerhedsdata med infliximab begrænsede. I et toksicitetsstudie vedrørende udvikling udført på mus ved brug af et analogt antistof, der selektivt hæmmer den funktionelle aktivitet af muse TNF_α , var der ingen tegn på maternel toksicitet, embryotoksicitet eller teratogenicitet. I et fertilitets- og generelt reproduktionsfunktionsstudie var antallet af drægtige mus reduceret efter administration af det samme analoge antistof. Det vides ikke, om dette fund skyldes virkninger på hannerne og/eller hunnerne. I et 6-måneders flerdosis toksicitetsstudie hos mus, ved brug af det samme analoge antistof mod muse TNF_α , sås krystalaflejringer på linsekapslerne hos nogle af de behandlede hanmus. Ingen specifikke øjenundersøgelser er blevet udført hos patienter for at vurdere relevansen af dette fund for mennesker.

Langvarige studier er ikke blevet udført for at vurdere det carcinogene potentiale af infliximab. Studier hos mus, der mangler TNF_α , viste ingen stigning i tumorer ved udsættelse for kendte tumorfremkaldere og/eller -fremskyndere.

Den subkutane administration af Remsima til hvide New Zealand-kaniner tolereredes godt ved den reelle koncentration, der skal anvendes hos mennesker.

6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER

6.1 Hjælpemidler

Eddikesyre

Natriumacetattrihydrat
Sorbitol
Polysorbat 80
Vand til injektionsvæsker

6.2 Uforligeligheder

Da der ikke foreligger studier over eventuelle uforligeligheder, må dette lægemiddel ikke blandes med andre lægemidler.

6.3 Opbevaringstid

4 år

6.4 Særlige opbevaringsforhold

Opbevares i køleskab (2 °C – 8 °C).

Må ikke nedfryses. Opbevar lægemidlet i den originale ydre karton for at beskytte mod lys. Lægemidlet kan opbevares ved temperaturer op til max. 25 °C i en periode på op til 28 dage. Lægemidlet skal bortskaffes, hvis det ikke bruges inden for en 28-dages periode.

6.5 Emballagetyper og pakningsstørrelser

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning til éngangsbrug i fyldt injektionssprøjte (type I glas) med stempelprop (flurotec-belagt elastomer) og kanyle med fast kanylebeskyttelse.

Pakninger med:

- 1 fyldt injektionssprøjte (1 ml steril opløsning) med 2 alkoholservietter.
- 2 fyldte injektionssprøjter (1 ml steril opløsning) med 2 alkoholservietter.
- 4 fyldte injektionssprøjter (1 ml steril opløsning) med 4 alkoholservietter.
- 6 fyldte injektionssprøjter (1 ml steril opløsning) med 6 alkoholservietter.

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte med automatisk kanylebeskyttelse

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte til éngangsbrug med automatisk kanylebeskyttelse. Injektionssprøjten er fremstillet af type I-glas med en stempelprop (flurotec-belagt elastomer) og kanyle med fast kanylebeskyttelse.

Pakninger med:

- 1 fyldt injektionssprøjte med automatisk kanylebeskyttelse (1 ml steril, opløsning) med 2 alkoholservietter.
- 2 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse (1 ml steril, opløsning) med 2 alkoholservietter.
- 4 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse (1 ml steril, opløsning) med 4 alkoholservietter.
- 6 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse (1 ml steril, opløsning) med 6 alkoholservietter.

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt pen

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt pen til éngangsbrug. Injektionssprøjten i pennen er lavet af type 1-glas med en stempelprop (flurotec-belagt elastomer) og kanyle med fast kanylebeskyttelse.

Pakninger med:

- 1 fyldt pen (1 ml steril, opløsning) med 2 alkoholservietter.

- 2 fyldte penne (1 ml steril, opløsning) med 2 alkoholservietter.
- 4 fyldte penne (1 ml steril, opløsning) med 4 alkoholservietter.
- 6 fyldte penne (1 ml steril, opløsning) med 6 alkoholservietter.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering

Remsima er en opløsning, som er klar til opaliserende og farveløs til lysebrun. Må ikke bruges, hvis opløsningen er grumset, misfarvet eller indeholder tydelige partikler.

Efter brug lægges den fyldte injektionssprøjte/fyldte injektionssprøjte med automatisk kanylebeskyttelse/fyldte pen i en beholder til skarpe genstande og bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer. Injektionsanordningen må ikke genbruges. Opbevar altid lægemidlet utilgængeligt for børn.

Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/13/853/006
EU/1/13/853/007
EU/1/13/853/008
EU/1/13/853/009
EU/1/13/853/010
EU/1/13/853/011
EU/1/13/853/012
EU/1/13/853/013
EU/1/13/853/014
EU/1/13/853/015
EU/1/13/853/016
EU/1/13/853/017

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE/FORNYELSE AF TILLADELSEN

Dato for første markedsføringstilladelse: 22. november 2019

10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN

Yderligere oplysninger om dette lægemiddel findes på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>

BILAG II

- A. FREMSTILLER AF DET BIOLOGISK AKTIVE STOF OG FREMSTILLER ANSVARLIG FOR BATCHFRIGIVELSE**
- B. BETINGELSER ELLER BEGRÆNSNINGER VEDRØRENDE UDLEVERING OG ANVENDELSE**
- C. ANDRE FORHOLD OG BETINGELSER FOR MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**
- D. BETINGELSER ELLER BEGRÆNSNINGER MED HENSYN TIL SIKKER OG EFFEKTIV ANVENDELSE AF LÆGEMIDLET**

**A. FREMSTILLER AF DET BIOLOGISK AKTIVE STOF OG FREMSTILLER
ANSVARLIG FOR BATCHFRIGIVELSE**

Navn og adresse på fremstilleren af det biologisk aktive stof

CELLTRION, Inc.
23, Academy-ro,
Yeonsu-gu, Incheon, 22014
Republikken Korea

CELLTRION, Inc. (Plant II, CLT2)
20, Academy-ro 51 beon-gil,
Yeonsu-gu, Incheon, 22014
Republikken Korea

Lonza Biologics Tuas Pte Ltd
35 Tuas South Avenue 6,
Singapore 637377, Singapore

Navn og adresse på den fremstiller, der er ansvarlig for batchfrigivelse

Millmount Healthcare Ltd.
Block 7
City North Business Campus
Stamullen, Co. Meath K32 YD60
Irland

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Tyskland

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
Frankrig

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó 7B, Parc Tecnològic del Vallès,
Cerdanyola del Vallès,
Barcelona, 08290,
Spanien

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Tyskland

På lægemidlets trykte indlægsseddel skal der anføres navn og adresse på den fremstiller, som er ansvarlig for frigivelsen af den pågældende batch.

B. BETINGELSER ELLER BEGRÆNSNINGER VEDRØRENDE UDLEVERING OG ANVENDELSE

Lægemidlet må kun udleveres efter ordination på en recept udstedt af en begrænset lægegruppe (se bilag I: Produktresumé, pkt. 4.2).

C. ANDRE FORHOLD OG BETINGELSER FOR MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN

• Periodiske, opdaterede sikkerhedsindberetninger (PSUR'er)

Kravene for fremsendelse af PSUR'er for dette lægemiddel fremgår af listen over EU-referencedatoer (EURD list), som fastsat i artikel 107c, stk. 7, i direktiv 2001/83/EF, og alle efterfølgende opdateringer offentliggjort på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>.

D. BETINGELSER ELLER BEGRÆNSNINGER MED HENSYN TIL SIKKER OG EFFEKTIV ANVENDELSE AF LÆGEMIDLET

• Risikostyringsplan (RMP)

Indehaveren af markedsføringstilladelsen skal udføre de påkrævede aktiviteter og foranstaltninger vedrørende lægemiddelovervågning, som er beskrevet i den godkendte RMP, der fremgår af modul 1.8.2 i markedsføringstilladelsen, og enhver efterfølgende godkendt opdatering af RMP.

En opdateret RMP skal fremsendes:

- på anmodning fra Det Europæiske Lægemiddelagentur
- når risikostyringssystemet ændres, særlig som følge af at der er modtaget nye oplysninger, der kan medføre en væsentlig ændring i benefit/risk-forholdet, eller som følge af, en vigtig milepæl (lægemiddelovervågning eller risikominimering).

• Yderligere risikominimeringsforanstaltninger

Uddannelsesprogrammet består af et patientinformationskort, som patienten skal have på sig. Kortet fungerer både som en påmindelse om at registrere datoer for og resultater af specifikke test og gør det lettere for patienten at dele særlige oplysninger med de sundhedspersoner, der behandler patienten, om den igangværende behandling med lægemidlet.

Patientinformationskortet skal indeholde følgende væsentlige elementer:

- En påmindelse til patienterne om, at de skal vise patientinformationskortet til alle behandlende sundhedspersoner, herunder i nødstilfælde, og en besked til sundhedspersoner om, at patienten anvender Remsima.
- En meddelelse om, at produktnavn og lot-nummer skal registreres.
- Mulighed for at notere type, dato og resultater af TB-screeninger.
- Information om at behandling med Remsima kan øge risikoen for alvorlige infektioner/sepsis, opportunistiske infektioner, tuberkulose, reaktivering af hepatitis B og BCG-gennembrudsinfektion hos spædbørn, der i uterus eller ved amning er blevet eksponeret for infliximab, samt information om, hvornår patienten skal søge hjælp hos en sundhedsperson.
- Kontaktoplysninger på den ordinerende læge.

BILAG III
ETIKETTERING OG INDLÆGSSEDDEL

A. ETIKETERING

MÆRKNING, DER SKAL ANFØRES PÅ DEN YDRE EMBALLAGE**YDRE KARTON****1. LÆGEMIDLETS NAVN**

Remsima 100 mg pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning
influximab

2. ANGIVELSE AF AKTIVT STOF/AKTIVE STOFFER

Et hætteglas indeholder 100 mg influximab.
Efter rekonstitution indeholder 1 ml 10 mg influximab.

3. LISTE OVER HJÆLPESTOFFER

Hjælpesoffer: Saccharose, polysorbat 80, natriumdihydrogen-phosphatmonohydrat og dinatriumphosphatdihydrat.

4. LÆGEMIDDELFORM OG ANTAL (PAKNINGSSTØRRELSE)

Pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning

1 hætteglas
2 hætteglas
3 hætteglas
4 hætteglas
5 hætteglas

5. ANVENDELSESMÅDE OG ADMINISTRATIONSVEJ (E)

Læs indlægssedlen inden brug.

Til intravenøs anvendelse.

Rekonstituer og fortynd før brug.

**6. SÆRLIG ADVARSEL OM, AT LÆGEMIDLET SKAL OPBEVARES
UTILGÆNGELIGT FOR BØRN**

Opbevares utilgængeligt for børn.

7. EVENTUELLE ANDRE SÆRLIGE ADVARSLER**8. UDLØBSDATO**

EXP

EXP, hvis ikke opbevaret i køleskab _____

9. SÆRLIGE OPBEVARINGSBETINGELSER

Opbevares i køleskab.

Kan opbevares ved temperaturer på op til højst 25 °C i en enkelt periode på op til 6 måneder, men den oprindelige udløbsdato må ikke overskrides.

10. EVENTUELLE SÆRLIGE FORHOLDSREGLER VED BORTSKAFFELSE AF IKKE ANVENDT LÆGEMIDDEL SAMT AFFALD HERAF

11. NAVN OG ADRESSE PÅ INDEHAVEREN AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

12. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/13/853/001 1 hætteglas
EU/1/13/853/002 2 hætteglas
EU/1/13/853/003 3 hætteglas
EU/1/13/853/004 4 hætteglas
EU/1/13/853/005 5 hætteglas

13. BATCHNUMMER

Lot

14. GENEREL KLASSIFIKATION FOR UDLEVERING

15. INSTRUKTIONER VEDRØRENDE ANVENDELSEN

16. INFORMATION I BRAILLESKRIFT

Remsima 100 mg

17. ENTYDIG IDENTIFIKATOR – 2D-STREGKODE

Der er anført en 2D-stregkode, som indeholder en entydig identifikator.

18. ENTYDIG IDENTIFIKATOR - MENNESKELIGT LÆSBARE DATA

PC
SN
NN

MINDSTEKRAV TIL MÆRKNING PÅ SMÅ INDRE EMBALLAGER

HÆTTEGLAS ETIKET

1. LÆ GEMIDLETS NAVN OG ADMINISTRATIONSVEJ(E)

Remsima 100 mg pulver til koncentrat
infliximab
i.v.

2. ADMINISTRATIONSMETODE

Til intravenøs anvendelse efter rekonstitution og fortynding.

3. UDLØBSDATO

EXP

4. BATCHNUMMER

Lot

5. INDHOLD ANGIVET SOM VÆ GT, VOLUMEN ELLER ENHEDER

100 mg

6. ANDET

MÆRKNING, DER SKAL ANFØRES PÅ DEN YDRE EMBALLAGE

**YDRE KARTON TIL FYLDT INJEKTIONSSPRØJTE MED AUTOMATISK
KANYLEBESKYTTELSE**

1. LÆGEMIDLETS NAVN

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte
influximab

2. ANGIVELSE AF AKTIVT STOF/AKTIVE STOFFER

Hver 1 ml enkelt dosis fyldt injektionssprøjte indeholder 120 mg influximab.

3. LISTE OVER HJÆLPESTOFFER

Hjælpestoffer: Eddikesyre, natriumacetat trihydrat, sorbitol, polysorbat 80, vand til injektionsvæsker

4. LÆGEMIDDELFORM OG ANTAL (PAKNINGSSTØRRELSE)

Injektionsvæske, opløsning

1 fyldt injektionssprøjte med 2 alkoholservietter

1 fyldt injektionssprøjte med kanylebeskyttelse og 2 alkoholservietter

2 fyldte injektionssprøjter med 2 alkoholservietter

2 fyldte injektionssprøjter med kanylebeskyttelse og 2 alkoholservietter

4 fyldte injektionssprøjter med 4 alkoholservietter

4 fyldte injektionssprøjter med kanylebeskyttelse og 4 alkoholservietter

6 fyldte injektionssprøjter med 6 alkoholservietter

6 fyldte injektionssprøjter med kanylebeskyttelse og 6 alkoholservietter

5. ANVENDELSESMÅDE OG ADMINISTRATIONSVEJ(E)

Subkutan anvendelse

Læs indlægssedlen inden brug.

**6. SÆRLIG ADVARSEL OM, AT LÆGEMIDLET SKAL OPBEVARES
UTILGÆNGELIGT FOR BØRN**

Opbevares utilgængeligt for børn.

7. EVENTUELLE ANDRE SÆRLIGE ADVARSLER

8. UDLØBSDATO

EXP

9. SÆRLIGE OPBEVARINGSBETINGELSER

Opbevares i køleskab. Må ikke nedfryses. Opbevar den fyldte injektionssprøjte i den originale ydre karton for at beskytte mod lys.

10. EVENTUELLE SÆRLIGE FORHOLDSREGLER VED BORTSKAFFELSE AF IKKE ANVENDT LÆGEMIDDEL SAMT AFFALD HERAF**11. NAVN OG ADRESSE PÅ INDEHAVEREN AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

12. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/13/853/006 1 fyldt injektionssprøjte
EU/1/13/853/009 1 fyldt injektionssprøjte med automatisk kanylebeskyttelse
EU/1/13/853/007 2 fyldte injektionssprøjter
EU/1/13/853/010 2 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse
EU/1/13/853/008 4 fyldte injektionssprøjter
EU/1/13/853/011 4 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse
EU/1/13/853/015 6 fyldte injektionssprøjter
EU/1/13/853/016 6 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse

13. BATCHNUMMER

Lot

14. GENEREL KLASSIFIKATION FOR UDLEVERING**15. INSTRUKTIONER VEDRØRENDE ANVENDELSEN****16. INFORMATION I BRAILLESKRIFT**

Remsima 120 mg

17. ENTYDIG IDENTIFIKATOR – 2D-STREGKODE

Der er anført en 2D-stregkode, som indeholder en entydig identifikator.

18. ENTYDIG IDENTIFIKATOR - MENNESKELIGT LÆSBARE DATA

PC
SN
NN

MINDSTEKRAV TIL MÆRKNING PÅ SMÅ INDRE EMBALLAGER

**ETIKET TIL FYLDT INJEKTIONSSPRØJTE MED AUTOMATISK
KANYLEBESKYTTELSE**

1. LÆGEMIDLETS NAVN OG ADMINISTRATIONSVEJ(E)

Remsima 120 mg injektionsvæske
infliximab
s.c

2. ADMINISTRATIONSMETODE

3. UDLØBSDATO

EXP

4. BATCHNUMMER

Lot

5. INDHOLD ANGIVET SOM VÆGT, VOLUMEN ELLER ENHEDER

120 mg

6. ANDET

MÆRKNING, DER SKAL ANFØRES PÅ DEN YDRE EMBALLAGE

YDRE KARTON TIL FYLDT INJEKTIONSSPRØJTE

1. LÆGEMIDLETS NAVN

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt pen.
infliximab

2. ANGIVELSE AF AKTIVT STOF/AKTIVE STOFFER

Hver 1 ml enkelt dosis fyldt pen indeholder 120 mg infliximab.

3. LISTE OVER HJÆLPESTOFFER

Hjælpesoffer: Eddikesyre, natriumacetat trihydrat, sorbitol, polysorbat 80, vand til injektionsvæsker

4. LÆGEMIDDELFORM OG ANTAL (PAKNINGSSTØRRELSE)

Injektionsvæske, opløsning

1 fyldt pen med 2 alkoholservietter
2 fyldte penne med 2 alkoholservietter
4 fyldte penne med 4 alkoholservietter
6 fyldte penne med 6 alkoholservietter

5. ANVENDELSESMÅDE OG ADMINISTRATIONSVEJ (E)

Subkutan anvendelse.

Læs indlægssedlen inden brug.

**6. SÆRLIG ADVARSEL OM, AT LÆGEMIDLET SKAL OPBEVARES
UTILGÆNGELIGT FOR BØRN**

Opbevares utilgængeligt for børn.

7. EVENTUELLE ANDRE SÆRLIGE ADVARSLER

8. UDLØBSDATO

EXP

9. SÆRLIGE OPBEVARINGSBETINGELSER

Opbevares i køleskab. Må ikke nedfryses. Opbevar den fyldte pen i den originale ydre karton for at beskytte mod lys.

10. EVENTUELLE SÆRLIGE FORHOLDSREGLER VED BORTSKAFFELSE AF IKKE ANVENDT LÆGEMIDDEL SAMT AFFALD HERAF**11. NAVN OG ADRESSE PÅ INDEHAVEREN AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

12. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/13/853/012 1 fyldt pen
EU/1/13/853/013 2 fyldte penne
EU/1/13/853/014 4 fyldte penne
EU/1/13/853/017 6 fyldte penne

13. BATCHNUMMER

Lot

14. GENEREL KLASSIFIKATION FOR UDLEVERING**15. INSTRUKTIONER VEDRØRENDE ANVENDELSEN****16. INFORMATION I BRAILLESKRIFT**

Remsima 120 mg

17. ENTYDIG IDENTIFIKATOR – 2D-STREGKODE

Der er anført en 2D-stregkode, som indeholder en entydig identifikator.

18. ENTYDIG IDENTIFIKATOR - MENNESKELIGT LÆSBARE DATA

PC
SN
NN

MINDSTEKRAV TIL MÆRKNING PÅ SMÅ INDRE EMBALLAGER

ETIKET TIL FYLDT PEN

1. LÆGEMIDLETS NAVN OG ADMINISTRATIONSVEJ(E)

Remsima 120 mg injektionsvæske
Infliximab
Subkutan anvendelse

2. ADMINISTRATIONSMETODE

3. UDLØBSDATO

EXP

4. BATCHNUMMER

Lot

5. INDHOLD ANGIVET SOM VÆGT, VOLUMEN ELLER ENHEDER

120 mg

6. ANDET

Remsima

Infliximab

Patient informationskort

Vis dette kort til enhver læge, der er involveret i din behandling.

Dette patient informationskort indeholder vigtig sikkerhedsinformation, som du skal være opmærksom på før og under behandling med Remsima.

Patientens navn:

Lægens navn:

Lægens telefonnummer:

Behold dette kort som reference i 4 måneder efter din sidste Remsima-dosis, når du starter på et nyt kort.

Læs indlægssedlen for Remsima grundigt, inden du begynder at tage medicinen.

Dato for start på Remsima-behandling:

Nuværende doseringer:

Det er vigtigt, at du og din læge noterer produktnavn og batchnummer på din medicin.

Præparatnavn:

Batchnummer:

Du skal bede din læge om at notere type og dato for seneste screening(er) for tuberkulose (TB) nedenfor:

Test: Test:

Dato: Dato:

Resultat: Resultat:

Du skal sikre dig, at du ved hvert lægebesøg også medbringer en liste over alle andre lægemidler, som du bruger.

Liste over allergier:

Liste over anden medicin:

Infektioner

Før behandling med Remsima

- Fortæl din læge, hvis du har en infektion, også selvom det er en meget let infektion
- Det er meget vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du nogensinde har haft tuberkulose (TB), eller hvis du har været i tæt kontakt med en person, som har haft TB. Din læge vil teste dig for at se, om du har haft TB. Du skal bede din læge om at notere type og dato for din(e) seneste screening(er) for TB på kortet
- Fortæl din læge, hvis du har hepatitis B, eller hvis du ved eller har mistanke om, at du er bærer af hepatitis B virus.

Under behandling med Remsima

- Fortæl straks din læge, hvis du har tegn på en infektion. Tegn inkluderer feber, træthedsfølelse, (vedvarende) hoste, åndenød, vægttab, natlig svedtendens, diarré, sår, tandproblemer, en brændende smerte, når du lader vandet, eller influenzalignende symptomer.

Graviditet, amning og vaccinationer

- Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, eller hvis du ammer, er det vigtigt, at du informerer dit barns læge om det, før dit barn bliver vaccineret. Dit barn må ikke få en "levende vaccine", fx BCG (bruges til at forebygge tuberkulose) inden for 12 måneder efter fødslen, eller mens du ammer, medmindre barnets læge anbefaler noget andet.

Opbevar dette kort på dig i 4 måneder efter du har fået din sidste dosis Remsima, eller i tilfælde af graviditet i 12 måneder, efter du har født. Bivirkninger kan forekomme lang tid efter sidste dosis.

B. INDLÆGSSEDDEL

Indlægsseddel: Information til brugeren

Remsima 100 mg pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning infliximab

Læs denne indlægsseddel grundigt, inden du begynder at bruge dette lægemiddel, da den indeholder vigtige oplysninger.

- Gem indlægssedlen. Du kan få brug for at læse den igen.
- Din læge vil også udlevere et patientinformationskort til dig, som indeholder vigtig sikkerhedsinformation, som du skal være opmærksom på før og under din behandling med Remsima.
- Behold det gamle kort som reference i 4 måneder efter din sidste Remsima-dosis, når du starter på et nyt kort.
- Spørg lægen, hvis der er mere, du vil vide.
- Lægen har ordineret dette lægemiddel til dig personligt. Lad derfor være med at give medicinen til andre. Det kan være skadeligt for andre, selvom de har de samme symptomer, som du har.
- Kontakt lægen, hvis du får bivirkninger, herunder bivirkninger som ikke er nævnt i denne indlægsseddel. Se afsnit 4.

Se den nyeste indlægsseddel på www.indlaegsseddel.dk.

Oversigt over indlægssedlen

1. Virkning og anvendelse
2. Det skal du vide, før du begynder at bruge Remsima
3. Sådan vil du få Remsima
4. Bivirkninger
5. Opbevaring
6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger

1. Virkning og anvendelse

Remsima indeholder det aktive stof infliximab. Infliximab er et monoklonalt antistof - en type protein, der binder sig til et specifikt mål i kroppen kaldet TNF (tumor nekrose faktor) alfa.

Remsima tilhører en lægemiddelgruppe kaldet "TNF-blokkere". Det bruges til voksne til behandling af følgende betændelsessygdomme:

- Reumatoid arthritis
- Psoriasis arthritis
- Ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom)
- Psoriasis.

Remsima bruges også til voksne og børn fra 6 år og opefter til behandling af:

- Crohns sygdom
- Colitis ulcerosa.

Remsima virker ved selektivt at binde sig til TNF-alfa og blokere dets virkning. TNF-alfa er involveret i kroppens betændelsesprocesser, så blokering af dette kan mindske betændelsen i din krop.

Reumatoid arthritis

Reumatoid arthritis er en betændelsessygdom i leddene. Hvis du har aktiv reumatoid arthritis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima, som du skal tage sammen med et andet lægemiddel, der hedder methotrexat, for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom

- forsinke skaden i dit led
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Psoriasis arthritis

Psoriasis arthritis er en betændelsessygdom i leddene, almindeligvis ledsaget af psoriasis. Hvis du har aktiv psoriasis arthritis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forsinke skaden i dine led
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom)

Ankyloserende spondylitis er en betændelsessygdom i rygraden. Hvis du lider af ankyloserende spondylitis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Psoriasis

Psoriasis er en betændelsessygdom i huden. Hvis du har moderat til svær plaque psoriasis, vil du først få andre lægemidler eller behandlinger, såsom lysterapi. Hvis disse lægemidler eller behandlinger ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at reducere tegn og symptomer på din sygdom.

Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa er en betændelsessygdom i tarmen. Hvis du lider af colitis ulcerosa, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima til behandling af din sygdom.

Crohns sygdom

Crohns sygdom er en betændelsessygdom i tarmen. Hvis du lider af Crohns sygdom, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- behandle aktiv Crohns sygdom
- sænke antallet af unormale åbninger (fistler) mellem din tarm og hud, der ikke har kunnet behandles tilfredsstillende med andre lægemidler eller operation.

2. Det skal du vide, før du begynder at bruge Remsima

Du må ikke få Remsima hvis

- du er allergisk over for infliximab (det aktive stof i Remsima) eller et af de øvrige indholdsstoffer i Remsima (angivet i punkt 6),
- du er allergisk over for proteiner, som stammer fra mus,
- du har tuberkulose (TB) eller en anden alvorlig infektion, såsom lungebetændelse eller blodforgiftning (sepsis, en alvorlig bakterieinfektion i blodet),
- du har hjertesvigt i moderat eller svær grad.

Du må ikke få Remsima, hvis noget af ovenstående passer på dig. Hvis du er i tvivl, så tal med din læge, før du får Remsima.

Advarsler og forsigtighedsregler

Kontakt lægen, før eller under behandlingen med Remsima, hvis du har:

Været i behandling med lægemidler, der indeholder infliximab tidligere

- Fortæl din læge, hvis du tidligere har været i behandling med lægemidler, der indeholder infliximab og nu starter behandling med Remsima igen.

- Hvis du har holdt pause i behandlingen med infliximab i over 16 uger, er der en højere risiko for at få en allergisk reaktion, når du starter Remsima-behandlingen igen.

Infektioner

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har en infektion, også selvom det er en meget let infektion.
- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du nogensinde har boet eller rejst i et område, hvor infektioner kaldet histoplasmose, kokcidioidomykose eller blastomykose er almindelige. Disse infektioner forårsages af særlige svampetyper, som kan påvirke lungerne eller andre dele af kroppen.
- Du har lettere ved at få infektioner, når du er i behandling med Remsima. Du har en højere risiko, hvis du er 65 år eller derover.
- Disse infektioner kan være alvorlige og indbefatter tuberkulose, infektioner forårsaget af virus, svampe, bakterier eller andre organismer i miljøet samt blodforgiftning, som kan være livstruende.

Fortæl straks din læge, hvis du får tegn på infektion under behandling med Remsima. Tegn inkluderer feber, hoste, influenzalignende symptomer, utilpashed, rød eller ophedet hud, sår eller problemer med tænderne. Din læge kan anbefale en midlertidig pause med Remsima.

Tuberkulose (TB)

- Det er meget vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du nogensinde har haft TB, eller hvis du har været i tæt kontakt med en person, som har eller har haft TB.
- Din læge vil teste dig for at se, om du har TB. Tilfælde af TB har været rapporteret hos patienter i behandling med infliximab, også hos patienter, der allerede har været i behandling med medicin mod TB. Din læge vil notere disse tests på dit patientinformationskort.
- Hvis din læge tror, at du har risiko for at få TB, kan du blive behandlet med lægemidler mod TB, inden du får Remsima.

Fortæl straks din læge, hvis du får tegn på TB under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer vedvarende hoste, vægttab, træthed, feber eller natlig svedtendens.

Hepatitis B-virus

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du er bærer af hepatitis B, eller hvis du nogensinde har haft det.
- Fortæl din læge, hvis du tror, du kan have en risiko for at blive smittet med hepatitis B.
- Din læge skal teste dig for hepatitis B.
- Behandling med TNF-blokkere, såsom Remsima, kan medføre, at hepatitis B igen bliver aktiv hos patienter, som bærer denne virus. Dette kan i nogle tilfælde være livstruende.
- Hvis du oplever reaktivering af hepatitis B, kan det blive nødvendigt, at lægen stopper din behandling og giver dig medicin som fx effektiv antiviral terapi med understøttende behandling.

Hjerteproblemer

- Fortæl din læge, hvis du har nogen form for hjerteproblemer, såsom let hjertesvigt.
- Din læge vil nøje overvåge dit hjerte.

Fortæl straks din læge, hvis du får nye eller forværrede tegn på hjertesvigt under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer åndenød eller hævede fødder.

Kræft og lymfom

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har eller nogensinde har haft lymfom (en type blodkræft) eller enhver anden form for kræft.
- Patienter med alvorlig reumatoid arthritis, som har haft sygdommen i lang tid, kan have en større risiko for at udvikle lymfom.

- Børn og voksne i behandling med Remsima kan have en øget risiko for at udvikle lymfom eller anden form for kræft.
- Nogle patienter, som har fået TNF-blokerende behandling, herunder infliximab, har udviklet en sjælden kræftform kaldet hepatosplenisk T-celle-lymfom. Af disse patienter var de fleste teenagedrenge eller unge mænd, hvoraf de fleste havde enten Crohns sygdom eller colitis ulcerosa. Denne type kræft har oftest haft dødelig udgang. Næsten alle patienterne havde også fået medicin, der indeholder azathioprin eller mercaptopurin ud over den TNF-blokerende behandling.
- Nogle patienter, der er blevet behandlet med infliximab, har udviklet visse former for hudkræft. Hvis der er forandringer i huden eller svulster på huden under eller efter behandlingen, skal du fortælle det til lægen.
- Nogle kvinder, der er blevet behandlet for reumatoid arthritis med infliximab, har udviklet livmoderhalskræft. Lægen kan tilråde, at kvinder, der får Remsima, herunder kvinder over 60 år, regelmæssigt screenes for livmoderhalskræft.

Lungesygdom eller højt tobaksforbrug

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har en lungesygdom kaldet kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL, rygerlunger), eller hvis du er storryger.
- Patienter med KOL og patienter, som er storrygere, kan have en øget risiko for at udvikle kræft under behandling med Remsima.

Sygdom i nervesystemet

- Før du får Remsima, skal du fortælle det til din læge, hvis du har eller nogensinde har haft en lidelse, som påvirker dit nervesystem. Dette inkluderer dissemineret sklerose, Guillain-Barré syndrom, hvis du har krampeanfald eller har fået stillet diagnosen ”optisk neuritis” (betændelse i synsnerven).

Fortæl straks din læge, hvis du får symptomer på en nervesygdom under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer synsændringer, muskelsvaghed i arme eller ben, følelseløshed eller prikken et sted i kroppen.

Unormale hudåbninger

- Fortæl din læge, hvis du har nogen unormale hudåbninger (fistler), før du får Remsima.

Vaccinationer

- Tal med din læge, hvis du lige er blevet eller har planlagt at blive vaccineret.
- Du skal have de anbefalede vaccinationer, før du starter behandling med Remsima. Der er visse vaccinationer, du kan få, mens du er i behandling med Remsima, men du må ikke få levende vacciner (vacciner der indeholder et levende men svækket smitstof), da de kan give infektioner.
- Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, kan dit barn også have en større risiko for at få en infektion som et resultat af at have fået en levende vaccine i løbet af det første leveår. Det er vigtigt, at du fortæller dit barns læger og andet sundhedspersonale, at du får Remsima, så de kan finde frem til, hvornår dit barn skal vaccineres; det gælder også levende vacciner som BCG-vaccinen (bruges til at forebygge tuberkulose).
- Hvis du ammer, er det vigtigt, at du fortæller dit barns læge eller andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Se afsnittet om Graviditet, amning og frugtbarhed for yderligere information.

Terapeutiske smitstoffer

- Tal med din læge, hvis du for nylig har fået eller det er planlagt, at du skal have behandling med et terapeutisk smitstof (f.eks. instillation af BCG til behandling af kræft).

Operationer eller tandindgreb

- Fortæl din læge, hvis du skal have foretaget en operation eller et tandindgreb.
- Fortæl kirurgen eller tandlægen, at du er i behandling med Remsima ved at vise dem dit patientinformationskort.

Leverproblemer

- Nogle patienter, der får Remsima, har udviklet alvorlige leverproblemer.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på leverproblemer under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter gulfarvning af hud og øjne, mørkebrun urin, smerter eller hævelse i øvre højre side af maven, ledsmerter, hududslæt eller feber.

Lave blodtal

- Hos nogle patienter, som får Remsima, kan kroppen måske ikke lave nok af de blodlegemer, der skal hjælpe med at bekæmpe infektioner eller stoppe blødning.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på lave blodtal under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter vedvarende feber, større tendens til blødning eller blå mærker, små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden, eller bleghed.

Sygdomme i immunsystemet

- Nogle patienter, der får Remsima, har udviklet symptomer på en sygdom i immunsystemet kaldet lupus.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på lupus under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter ledsmerter eller udslæt på kinder eller arme, som er følsomme over for solen.

Børn og unge

Ovenstående oplysninger gælder også for børn og unge. Derudover gælder, at

- Nogle børn og unge, som har fået TNF-blokkere såsom infliximab, har udviklet kræft inklusive usædvanlige typer kræft, som i visse tilfælde har været dødelige.
- Flere børn end voksne, der får infliximab, fik infektioner.
- Børn skal have de anbefalede vaccinationer, før behandling med Remsima påbegyndes. Børn kan få visse vacciner under behandlingen med Remsima, men må ikke få levende vacciner, mens de får Remsima.

Remsima bør kun anvendes til børn, hvis de behandles for Crohns sygdom eller colitis ulcerosa. Børnene skal være 6 år eller ældre.

Hvis du er i tvivl, om noget af ovenstående passer på dig, skal du tale med din læge, før du får Remsima.

Brug af anden medicin sammen med Remsima

Patienter, som har betændelsessygdomme, tager allerede medicin for at behandle deres lidelse. Disse lægemidler kan give bivirkninger. Din læge vil rådgive dig om, hvilke andre lægemidler du skal blive ved med at tage, mens du er i behandling med Remsima.

Fortæl altid lægen, hvis du bruger anden medicin, for nylig har brugt anden medicin eller planlægger at bruge anden medicin. Dette gælder også medicin til behandling af Crohns sygdom, colitis ulcerosa, reumatoid arthritis, ankyloserende spondylitis, psoriasis arthritis eller psoriasis eller medicin, som ikke er købt på recept, f.eks. naturlægemidler og vitaminer og mineraler.

Det er specielt vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du får nogen af følgende lægemidler:

- Lægemidler som påvirker dit immunsystem.

- Kineret (som indeholder anakinra). Du må ikke få Remsima og Kineret samtidig.
- Orenzia (som indeholder abatacept). Du må ikke få Remsima og Orenzia samtidig.

Du må ikke få levende vacciner, mens du får Remsima. Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, eller hvis du får Remsima, mens du ammer, skal du fortælle dit barns læge og andet sundhedspersonale, der tager sig af dit barn, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret.

Hvis du er i tvivl, om noget af ovenstående gælder for dig, skal du tale med din læge eller apotekspersonalet, før du får Remsima.

Graviditet, amning og frugtbarhed

- Hvis du er gravid eller ammer, har mistanke om, at du er gravid, eller planlægger at blive gravid, skal du spørge din læge til råds, før du får dette lægemiddel. Du må kun få Remsima under graviditeten, eller mens du ammer, hvis lægen finder det nødvendigt.
- Du skal undgå at blive gravid, mens Du er i behandling med Remsima, og i mindst 6 måneder efter du er stoppet med behandlingen. Tal med lægen om anvendelse af prævention i denne tidsperiode.
- Hvis du fik Remsima under graviditeten, kan dit barn have en øget risiko for at få en infektion.
- Det er vigtigt, at du fortæller dit barns læge og andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Hvis du har fået Remsima under graviditeten, kan vaccination af dit barn med BCG-vaccine (bruges til at forebygge tuberkulose) inden for 12 måneder efter fødslen medføre infektion med alvorlige komplikationer herunder død. Dit barn må ikke få levende vacciner som BCG-vaccinen inden for 12 måneder efter fødslen, medmindre barnets læge anbefaler noget andet. For mere information, se afsnit om vaccination.
- Hvis du ammer, er det vigtigt, at du fortæller dit barns læge eller andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Dit barn må ikke få levende vacciner, mens du ammer, medmindre barnets læge anbefaler noget andet.
- Alvorligt fald i antal hvide blodlegemer er set hos spædbørn født af kvinder, der er blevet behandlet med infliximab under graviditeten. Hvis dit barn hyppigt får feber eller infektioner, skal du omgående kontakte barnets læge.

Trafik- og arbejdssikkerhed

Remsima påvirker sandsynligvis ikke din evne til at føre motorkøretøj eller betjene værktøj eller maskiner. Hvis du føler dig træt, svimmel eller utilpas efter at have fået Remsima, må du ikke føre motorkøretøj eller betjene nogen form for værktøj eller maskiner.

Remsima indeholder natrium

Denne medicin indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. dosis, dvs. den er i det væsentlige natriumfri. Inden du får Remsima, bliver det imidlertid blandet med en opløsning, der indeholder natrium. Fortæl det til lægen, hvis du får en diæt med lavt saltindhold.

3. Sådan skal du bruge Remsima

Reumatoid arthritis

Den sædvanlige dosis er 3 mg pr. kg kropsvægt.

Psoriasis arthritis, ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom), psoriasis, colitis ulcerosa og Crohns sygdom

Den sædvanlige dosis er 5 mg pr. kg kropsvægt.

Sådan skal du bruge Remsima

- Du vil få Remsima af din læge eller sygeplejerske.
- Din læge eller sygeplejerske vil klargøre medicinen til infusion.

- Medicinen vil blive givet som en infusion (drop) (over 2 timer) i en af dine blodårer (vener), sædvanligvis i armen. Efter den tredje behandling kan din læge beslutte at give dig din dosis Remsima over 1 time.
- Du vil blive overvåget, mens du får Remsima og i 1-2 timer derefter.

Den sædvanlige dosis

- Lægen vil bestemme din dosis og hvor ofte, du skal have Remsima. Dette vil afhænge af din sygdom, vægt og hvor godt, du reagerer på Remsima.
- Tabellen nedenfor viser, hvor ofte du sædvanligvis vil få denne medicin efter din første dosis.

2. dosis	2 uger efter din 1. dosis
3. dosis	6 uger efter din 1. dosis
Efterfølgende doser	Hver 6. til 8. uge afhængig af din sygdom

Brug til børn og unge

Hos børn (i alderen 6 år eller derover), der behandles for Crohns sygdom eller colitis ulcerosa, er den anbefalede dosis den samme som for voksne.

Hvis du får for meget Remsima

Da du får denne medicin af din læge eller sygeplejerske, er det usandsynligt, at du vil få for meget. Der kendes ikke til nogen bivirkninger efter at have fået for meget Remsima.

Hvis du har glemt eller kommer for sent til din Remsima-infusion

Hvis du glemmer eller kommer for sent til en aftale, hvor Remsima gives, skal du lave en ny aftale så hurtigt som muligt.

Spørg lægen, hvis der er noget, du er i tvivl om.

4. Bivirkninger

Dette lægemiddel kan som alle andre lægemidler give bivirkninger, men ikke alle får bivirkninger. De fleste bivirkninger er lette til moderate. Nogle patienter kan dog opleve alvorlige bivirkninger, som kan kræve behandling. Bivirkninger kan også opstå efter ophør af din behandling med Remsima.

Fortæl straks din læge, hvis du bemærker noget af følgende:

- **Tegn på en allergisk reaktion** såsom hævelse af ansigt, læber, mund eller svælg, som kan forårsage besvær med at synke eller trække vejret, hududslæt, nældefeber, hævelse af hænder, fødder eller ankler. Nogle af disse reaktioner kan være alvorlige eller livstruende. En allergisk reaktion kan opstå inden for 2 timer efter din injektion eller senere. Andre tegn på en allergisk bivirkning, som kan opstå op til 12 dage efter din injektion, inkluderer muskelsmerter, feber, led- eller kæbesmerter, ondt i halsen eller hovedpine.
- **Tegn på hjerteproblemer** såsom ubehag i brystkassen eller brystsmarter, armsmerter, mavesmerter, åndenød, angst, ørhed, svimmelhed, besvimelse, svedtendens, kvalme (utilpashed), opkastning, hjertebanken eller trykken i brystet, hurtig eller langsom puls og hævelse af dine fødder.
- **Tegn på infektion (inklusive tuberkulose (TB))** såsom feber, træthedsfølelse, hoste (eventuelt vedvarende), åndenød, influenzalignende symptomer, vægttab, natlig svedtendens, diarré, sår, ansamling af pus i tarmen eller omkring anus (absces), tandproblemer eller brændende smerte, når du lader vandet.
- **Mulige tegn på kræft**, inklusive men ikke begrænset til hævede lymfeknuder, vægttab, feber, usædvanlige knuder i huden, ændringer i modermærker eller hudfarven eller usædvanlig blødning fra skeden.
- **Tegn på lungeproblemer** såsom hoste, åndedrætsbesvær eller trykken for brystet.
- **Tegn på et problem i nervesystemet (inklusive øjenproblemer)** såsom tegn på slagtilfælde (pludselig følelsesløshed eller svaghed i ansigt, arme eller ben, særligt i den ene side af

kroppen; pludselig forvirring, besvær med at tale eller forstå; besvær med at se med det ene eller begge øjne, gangbesvær, svimmelhed, tab af balance- eller koordinationsevne eller svær hovedpine), krampeanfald, prikken/følelsesløshed et sted i kroppen, eller svaghed i arme eller ben, ændringer i synet såsom dobbeltsyn eller andre øjenproblemer.

- **Tegn på leverproblemer** (inklusive hepatitis B-infektion, hvis du tidligere har haft hepatitis B) såsom gulfarvning af hud eller øjne, mørkebrun urin, smerter eller hævelser i øvre højre side af maven, ledsmerter, hududslæt eller feber.
- **Tegn på en sygdom i immunsystemet kaldet lupus** såsom ledsmerter, udslæt på kinder eller arme, som er følsomme over for solen (lupus) eller hoste, åndenød, feber eller hududslæt (sarkoidose).
- **Tegn på lave blodtal** såsom vedvarende feber, øget tendens til at få blå mærker eller til at bløde, små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden, eller bleghed.
- **Tegn på alvorlige hudproblemer** såsom rødlige, målskivelignende pletter eller runde områder ofte med blærer centralt på kroppen, store områder med afskalning (eksfoliation) samt sår i mund, svælg, næse, kønsorganer og øjne eller små pusholdige blærer, som kan sprede sig over hele kroppen. Disse hudreaktioner kan være ledsaget af feber.

Fortæl straks din læge, hvis du bemærker noget af ovenstående.

Følgende bivirkninger er observeret med Remsima:

Meget almindelige: kan forekomme hos flere end 1 ud af 10 personer

- Mavesmerter, kvalme
- Virusinfektioner såsom herpes eller influenza
- Øvre luftvejsinfektioner såsom bihulebetændelse
- Hovedpine
- Bivirkninger i forbindelse med infusionen
- Smerter.

Almindelige: kan forekomme hos op til 1 ud af 10 personer

- Ændringer i hvordan din lever fungerer, forhøjede leverenzymmer (vist i blodprøver)
- Infektioner i lunger eller luftveje såsom bronchitis eller lungebetændelse
- Besværet eller smertefuldt åndedræt, smerter i brystet
- Blødning i mave eller tarme, diarré, fordøjelsesbesvær, halsbrand, forstoppelse
- Nældefeber, kløende udslæt eller tør hud
- Balanceproblemer eller svimmelhed
- Feber, øget svedtendens
- Kredsløbsproblemer såsom for lavt eller for højt blodtryk
- Blå mærker, hedeure eller næseblod, varm, rød hud (rødmen)
- Trætheds- eller svaghedsfølelse
- Bakterieinfektioner såsom blodforgiftning, byld eller infektion under huden (cellulitis)
- Svampeinfektion i huden
- Blodproblemer såsom blodmangel eller lavt antal hvide blodlegemer
- Hævede lymfeknuder
- Depression, problemer med at sove
- Øjenproblemer inklusive røde øjne og øjeninfektioner
- Galoperende hjerte (hurtig puls) eller hjertebanken
- Smerter i leddene, musklerne eller ryggen
- Urinvejsinfektion
- Psoriasis, hudproblemer såsom eksem og hårtab
- Reaktionen på injektionsstedet såsom smerte, hævelse, rødme eller kløe
- Kulderystelser, hævelse på grund af ophobning af væske under huden
- Følelsesløshed eller en prikkende fornemmelse.

Ikke almindelige (kan forekomme hos op til 1 ud af 100 personer)

- Manglende blodtilførsel, hævelse af en blodåre
- Ansamling af blod uden for blodkarrene (hæmatom) eller blå mærker
- Hudproblemer såsom blæredannelse, vorter, unormal hudfarve eller pigmentering, eller hævede læber, eller fortykkelse af huden eller rød, skællende hud og afskalning af huden
- Alvorlige allergiske reaktioner (fx anafylaksi), en sygdom i immunsystemet kaldet lupus, allergiske reaktioner over for fremmede proteiner
- Længere sårhelingsstid
- Hævelse af leveren (hepatitis) eller galdeblæren, leverskade
- Glemsomhed, irritabilitet, forvirring, nervøsitet
- Øjenproblemer inklusive sløret eller nedsat syn, hævede øjne eller bygkorn
- Debuterende eller forværring af eksisterende hjertesvigt, langsom hjerterefrekvens (puls)
- Besvimelse
- Kramper, nerveforstyrrelser
- Hul i tarmen eller blokering af tarmen, mavesmerter eller -kramper
- Hævelse af bugspytkirtlen (bugspytkirtelbetændelse)
- Svampeinfektioner, såsom gærsvampeinfektion eller svampeinfektion i neglene
- Lungeproblemer såsom ødemer
- Væske rundt om lungerne (pleuraekssudat)
- Forsnævrede luftveje i lungerne, der giver åndedrætsbesvær
- Lungehindebetændelse, der giver skarpe brystmerter, som forværres ved vejtrækning (pleuritis)
- Tuberkulose
- Nyreinfektioner
- Lavt antal blodplader, for mange hvide blodlegemer
- Infektioner i skeden
- Blodprøveresultater, der viser 'antistoffer' mod din egen krop.
- Ændringer i kolesterol- og fedtindholdet i blodet.

Sjældne (kan forekomme hos op til 1 ud af 1.000 personer)

- En type blodkræft (lymfom)
- Dit blod tilfører ikke nok ilt til kroppen, kredsløbsproblemer såsom indsnævring af et blodkar
- Betændelse i hjernebinderne (meningitis)
- Infektioner, som skyldes et nedsat immunforsvar
- Hepatitis B-infektion, hvis du tidligere har haft hepatitis B
- Betændelsestilstand i leveren forårsaget af et problem med immunsystemet (autoimmun hepatitis)
- Leverproblemer, der giver gulfarvning af hud eller øjne (gulsot)
- Unormal vævshævelse eller -vækst
- Alvorlig allergisk reaktion, som kan medføre tab af bevidsthed og kan være livstruende (anafylaktisk shock)
- Hævelse af små blodkar (blodkarbetændelse)
- Immunsystemdefekt, som kan påvirke lunger, hud og lymfekirtler (såsom sarkoidose)
- Ansamling af immunceller som følge af et inflammatorisk respons (granulomatøse læsioner)
- Mangel på interesse eller følelser
- Alvorlige hudproblemer såsom toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom og akut generaliseret eksantematøs pustulose
- Andre hudproblemer såsom erythema multiforme, blærer og afskalning af huden eller bylder (furunkulose)
- Alvorlige lidelser i nervesystemet såsom transversel myelitis, multipel sklerose-lignende sygdom, optisk neuritis og Guillain-Barré syndrom
- Øjenbetændelse, der kan forårsage synsforandringer, inklusive blindhed
- Væske omkring hjertet (perikardial effusion)
- Alvorlige lungeproblemer (såsom interstitiel lungesygdom)

- Melanom (en type hudkræft)
- Livmoderhalskræft
- Lave blodtal, herunder svært nedsat antal hvide blodlegemer.
- Små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden
- Unormale værdier for et protein i blodet kaldet 'komplementfaktor', som er en del af immunsystemet
- Lichenoide reaktioner (kløende, rødligt-lilla hududslæt og/eller trådlignende gråhvide linjer på slimhinderne).

Ikke kendt: hyppighed kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data

- Kræft hos børn og voksne
- En sjælden blodkræft, som hovedsageligt rammer teenagedrenge eller unge mænd (hepatosplenisk T-celle-lymfom)
- Leversvigt
- Merkelcellekarcinom (en type hudkræft)
- Kaposi sarkom, en sjælden type kræft, der er forbundet med infektion med humant herpesvirus 8. Kaposi sarkom forekommer oftest som lilla læsioner på huden
- Forværring af en sygdom, der hedder dermatomyositis (muskelsvaghed med hududslæt som følgetilstand)
- Hjerteanfald
- Slagtilfælde
- Midlertidigt synstab under eller inden for 2 timer efter infusionen
- Infektion, der skyldes en levende vaccine, som følge af et svækket immunsystem.

Hos børn og unge ses yderligere følgende bivirkninger:

De bivirkninger, som børn i behandling med infliximab mod Crohns sygdom fik, var forskellige fra de bivirkninger, som voksne i behandling med infliximab mod Crohns sygdom fik. Følgende bivirkninger forekom hyppigere hos børn: nedsat antal røde blodlegemer (anæmi), blod i afføringen, generelt nedsat samlet indhold af hvide blodlegemer (leukopeni), anfaldsvis ansigtsrødme, virusinfektioner, lavt indhold af hvide blodlegemer, der bekæmper infektion (neutropeni), knoglebrud, bakterieinfektion og allergiske reaktioner i luftvejene.

Indberetning af bivirkninger

Hvis du oplever bivirkninger, bør du tale med din læge, apotekspersonalet eller sygeplejersken. Dette gælder også mulige bivirkninger, som ikke er medtaget i denne indlægsseddel. Du eller dine pårørende kan også indberette bivirkninger direkte til Lægemiddelstyrelsen via det nationale rapporteringssystem anført i [Appendiks V](#). Ved at indrapportere bivirkninger kan du hjælpe med at fremskaffe mere information om sikkerheden af dette lægemiddel.

5. Opbevaring

Remsima opbevares af sundhedspersonalet. Skulle du få brug for information omkring opbevaring, gælder følgende:

- Opbevar lægemidlet utilgængeligt for børn.
- Brug ikke lægemidlet efter den udløbsdato, der står på etiketten og pakningen efter EXP. Udløbsdatoen er den sidste dag i den nævnte måned.
- Opbevares i køleskab (2°C – 8°C).
- Lægemidlet kan også opbevares i den originale pakning uden for køleskab ved højst 25 °C i en enkelt periode på op til 6 måneder men den oprindelige udløbsdato må ikke overskrides. I denne situation må det ikke sættes tilbage i køleskab. Skriv den nye udløbsdato på æsken med dag/måned/år. Kasser lægemidlet, hvis det ikke er brugt før den nye udløbsdato eller den udløbsdato, der er trykt på æsken, alt efter, hvilken dato der kommer først.
- Det anbefales, at Remsima anvendes så hurtigt som muligt (inden for 3 timer), efter det er klargjort til infusion. Hvis opløsningen er klargjort under aseptiske betingelser, kan den dog

opbevares i køleskab ved 2°C – 8°C i op til 60 dage og i yderligere 24 timer ved 25 °C efter udtagning fra køleskab.

- Brug ikke dette lægemiddel, hvis det er misfarvet, eller hvis det indeholder partikler.

6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger

Remsima indeholder

- Aktivt stof: infliximab. Hvert hætteglas indeholder 100 mg infliximab. Efter klargøring indeholder hver ml 10 mg infliximab.
- Øvrige indholdsstoffer: saccharose, polysorbat 80, natriumdihydrogen-phosphatmonohydrat og dinatriumphosphatdihydrat.

Udseende og pakningsstørrelser

Remsima leveres som et hætteglas (glasflaske) indeholdende et pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning. Pulveret er hvidt.

Remsima fremstilles i pakninger med 1, 2, 3, 4 eller 5 hætteglas. Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

Indehaver af markedsføringstilladelsen

Celltrion Healthcare Hungary Kft.

1062 Budapest

Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony

Ungarn

Fremstiller

Millmount Healthcare Ltd.

Block 7

City North Business Campus

Stamullen, Co. Meath K32 YD60

Irland

Nuvisan GmbH

Wegenerstraße 13,

89231 Neu Ulm,

Tyskland

Nuvisan France SARL

2400, Route des Colles,

06410, Biot,

Frankrig

Kymos, SL

Ronda De Can Fatjó 7B, Parc Tecnològic del Vallès,

Cerdanyola del Vallès,

Barcelona, 08290,

Spanien

Midas Pharma GmbH

Rheinstraße 49

55218 Ingelheim am Rhein

Tyskland

Hvis du ønsker yderligere oplysninger om dette lægemiddel, skal du henvende dig til den lokale repræsentant for indehaveren af markedsføringstilladelsen:

België/Belgique/Belgien

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418

Lietuva

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

България

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Тел.: + 36 1 231 0493

Luxembourg/Luxemburg

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418

Česká republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Magyarország

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: +36 1 231 0493

Danmark

Orion Pharma A/S
Tlf: + 45 86 14 00 00

Malta

Mint Health Ltd.
Tel: + 356 2093 9800
info@mint.com.mt

Deutschland

Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 (0)30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Nederland

Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: +31 20 888 7300

Eesti

Orion Pharma Eesti OÜ
Tel: + 372 6 644 550

Norge

Orion Pharma AS
Tlf: + 47 40 00 42 10

Ελλάδα

BIANEE A.E.
Τηλ: +30 210 8009111 – 120

Österreich

Astro-Pharma GmbH
Tel.: +43 1 97 99 860
office@astropharma.at

España

Kern Pharma, S.L.
Tel: + 34 93 700 25 25

Polska

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel.: + 36 1 231 0493

France

Celltrion Healthcare France SAS
Tel: +33 (0)1 71 25 27 00

Portugal

PharmaKERN Portugal – Produtos
Farmacêuticos, Sociedade Unipessoal, Lda.
Tel: + 351 214 200 290

Hrvatska

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 385 1 6595 777
oktal-pharma@oktal-pharma.hr

România

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Ireland

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Slovenija

OPH Oktal Pharma d.o.o.
Tel: + 386 1 519 29 22
info@oktal-pharma.si

Ísland**Slovenská republika**

Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Italia

Celltrion Healthcare Italy S.r.l.
Via Luigi Galvani, 24 - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 0247 927040

Suomi/Finland

Orion Pharma
Puh/Tel: + 358 10 4261

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Sverige

Orion Pharma AB
Tel: + 46 8 623 64 40

Latvija

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

United Kingdom (Northern Ireland)

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Denne indlægsseddel blev senest ændret {MM/ÅÅÅÅ}

Andre informationskilder

Du kan finde yderligere oplysninger om dette lægemiddel på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu/>.

Nedenstående oplysninger er til læger og sundhedspersonale:

Patientinformationskortet skal udleveres til patienter, som er i behandling med Remsima.

Instruktioner i anvendelse og håndtering – opbevaring

Opbevares ved 2 °C – 8 °C.

Remsima kan opbevares ved temperaturer på op til højst 25 °C i en enkelt periode på op til 6 måneder, men den oprindelige udløbsdato må ikke overskrides. Den nye udløbsdato skal skrives på pakningen. Når Remsima er taget ud af køleskabet, må det ikke sættes tilbage på køl igen.

Instruktioner i anvendelse og håndtering - rekonstitution, fortynding og administration

For at øge sporbarheden af biologiske lægemidler skal præparatnavnet og lotnummeret på det administrerede lægemiddel tydeligt noteres.

1. Dosis og antal af de nødvendige Remsima-hætteglas beregnes. Hvert Remsima-hætteglas indeholder 100 mg infliximab. Det påkrævede samlede volumen rekonstitueret Remsima-opløsning beregnes.
2. Under aseptiske forhold rekonstitueres hvert Remsima-hætteglas med 10 ml vand til injektionsvæsker ved hjælp af en sprøjte med en gauge 21 (0,8 mm) kanyle eller med en mindre kanyle. Plastiklåget fra hætteglasset fjernes og toppen tørres med en 70 % alkoholvatpind. Sprøjtekanyle i hætteglasset indsættes i hætteglasset gennem midten af gummiproppen og injektionsvæskestrømmen rettes mod glasvæggen i hætteglasset. Opløsningen blandes forsigtigt ved at vende hætteglasset for at opløse pulveret. For længe eller for kraftig svingning skal undgås. HÆTTEGLASSET MÅ IKKE RYSTES. Opskumning af opløsningen ved rekonstitution kan forekomme. Den rekonstituerede opløsning skal stå i 5 minutter. Opløsningen bør være farveløs til lysegul og opaliserende. Opløsningen kan udvikle nogle få fine gennemsigtige partikler, da infliximab er et protein. Opløsningen må ikke anvendes, hvis det indeholder uigennemsigtige partikler, er misfarvet eller indeholder andre fremmedlegemer.
3. Det påkrævede volumen af den rekonstituerede Remsima-opløsning fortyndes til 250 ml med natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) infusionsvæske. Fortynd ikke det rekonstituerede Remsima-koncentrat med andre fortyndingsmidler'. Fortyndingen kan opnås ved at udtrække et volumen af natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) infusionsvæske fra 250 ml glasflasken eller infusionsposen svarende til voluminet af det rekonstituerede Remsima. Det påkrævede volumen af rekonstitueret Remsima-opløsning tilføjes langsomt til 250 ml infusionsflasken eller –posen og blandes forsigtigt. Brug enten en større infusionspose (fx 500 ml, 1.000 ml) til voluminer over 250 ml eller brug flere 250 ml infusionsposer for at sikre, at koncentrationen af infusionsvæsken ikke overstiger 4 mg/ml. Hvis infusionsvæsken har været opbevaret i køleskab efter rekonstitution og fortynding, skal den have tid til at opnå stuetemperatur (25 °C) i 3 timer forud for trin 4 (infusion). Opbevaring i mere end 24 timer ved 2 °C – 8 °C gælder udelukkende for klargøring af Remsima i infusionsposen.
4. Infusionsvæsken skal administreres over en periode på ikke mindre end den anbefalede infusionstid (se pkt. 3). Kun et infusionsæt med et in-line, sterilt, ikke-pyrogen, minimalt proteinbindende filter (porestørrelse 1,2 µm eller derunder) bør anvendes. Da der ikke er anvendt konserveringsmiddel, anbefales det, at indgivelsen af infusionsvæsken påbegyndes så hurtigt som muligt og inden for 3 timer efter rekonstitution og fortynding. Hvis infusionsvæsken ikke anvendes straks, er opbevaringstiderne og -betingelserne efter anbrud indtil anvendelse brugerens ansvar, og bør normalt ikke overskride 24 timer ved 2°C – 8°C med mindre rekonstitution/fortynding har fundet sted under kontrollerede og validerede aseptiske forhold (se

pkt. 6.3 ovenfor). Rester af den ikke anvendte infusionsopløsning må ikke opbevares til fornyet brug.

5. Remsima bør undersøges visuelt for partikler eller misfarvning før indgivelsen. Hvis der observeres synligt uigennemsigtige partikler, misfarvning eller fremmedlegemer må det ikke anvendes.
6. Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

Indlægsseddel: Information til brugeren

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte infliximab

Læs denne indlægsseddel grundigt, inden du begynder at bruge dette lægemiddel, da den indeholder vigtige oplysninger.

- Gem indlægssedlen. Du kan få brug for at læse den igen.
- Din læge vil også udlevere et patientinformationskort til dig, som indeholder vigtig sikkerhedsinformation, som du skal være opmærksom på før og under din behandling med Remsima.
- Behold det gamle kort som reference i 4 måneder efter din sidste Remsima-dosis, når du starter på et nyt kort.
- Spørg lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis der er mere, du vil vide.
- Lægen har ordineret dette lægemiddel til dig personligt. Lad derfor være med at give medicinen til andre. Det kan være skadeligt for andre, selvom de har de samme symptomer, som du har.
- Kontakt lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis du får bivirkninger, herunder bivirkninger som ikke er nævnt i denne indlægsseddel. Se afsnit 4.

Se den nyeste indlægsseddel på www.indlaegsseddel.dk.

Oversigt over indlægssedlen

1. Virkning og anvendelse
2. Det skal du vide, før du begynder at bruge Remsima
3. Sådan skal du bruge Remsima
4. Bivirkninger
5. Opbevaring
6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger
7. Instruktioner i anvendelse

1. Virkning og anvendelse

Remsima indeholder det aktive stof infliximab. Infliximab er et monoklonalt antistof - en type protein, der binder sig til et specifikt mål i kroppen kaldet TNF (tumor nekrose faktor) alfa.

Remsima tilhører en lægemiddelgruppe kaldet "TNF-blokkere". Det bruges til voksne til behandling af følgende betændelsessygdomme:

- Reumatoid arthritis
- Psoriasis arthritis
- Ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom)
- Psoriasis
- Crohns sygdom
- Colitis ulcerosa.

Remsima virker ved selektivt at binde sig til TNF-alfa og blokere dets virkning. TNF-alfa er involveret i kroppens betændelsesprocesser, så blokering af dette kan mindske betændelsen i din krop.

Reumatoid arthritis

Reumatoid arthritis er en betændelsessygdom i leddene. Hvis du har aktiv reumatoid arthritis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima, som du skal tage sammen med et andet lægemiddel, der hedder methotrexat, for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forsinke skaden i dit led

- forbedre din fysiske funktionsevne.

Psoriasis arthritis

Psoriasis arthritis er en betændelsessygdom i leddene, almindeligvis ledsaget af psoriasis. Hvis du har aktiv psoriasis arthritis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forsinke skaden i dine led
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom)

Ankyloserende spondylitis er en betændelsessygdom i rygraden. Hvis du lider af ankyloserende spondylitis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Psoriasis

Psoriasis er en betændelsessygdom i huden. Hvis du har moderat til svær plaque psoriasis, vil du først få andre lægemidler eller behandlinger, såsom lysterapi. Hvis disse lægemidler eller behandlinger ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at reducere tegn og symptomer på din sygdom.

Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa er en betændelsessygdom i tarmen. Hvis du lider af colitis ulcerosa, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima til behandling af din sygdom.

Crohns sygdom

Crohns sygdom er en betændelsessygdom i tarmen. Hvis du lider af Crohns sygdom, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- behandle aktiv Crohns sygdom
- sænke antallet af unormale åbninger (fistler) mellem din tarm og din hud, der ikke har kunnet behandles tilfredsstillende med andre lægemidler eller operation.

2. Det skal du vide, før du begynder at bruge Remsima

Du må ikke bruge Remsima hvis

- du er allergisk over for infliximab (det aktive stof i Remsima) eller et af de øvrige indholdsstoffer i Remsima (angivet i punkt 6),
- du er allergisk over for proteiner, som stammer fra mus,
- du har tuberkulose (TB) eller en anden alvorlig infektion, såsom lungebetændelse eller blodforgiftning (sepsis, en alvorlig bakterieinfektion i blodet),
- du har hjertesvigt i moderat eller svær grad.

Du må ikke få Remsima, hvis noget af ovenstående passer på dig. Hvis du er i tvivl, så tal med din læge, før du får Remsima.

Advarsler og forsigtighedsregler

Kontakt lægen, før eller under behandlingen med Remsima, hvis du har:

Været i behandling med lægemidler, der indeholder infliximab, tidligere

- Fortæl din læge, hvis du tidligere har været i behandling med lægemidler, der indeholder infliximab og nu starter behandling med Remsima igen.

- Hvis du har holdt pause i behandlingen med infliximab i over 16 uger, er der en højere risiko for at få en allergisk reaktion, når du starter Remsima-behandlingen igen.

Lokale reaktioner på injektionsstedet

- Nogle patienter, der modtager infliximab via injektion under huden, har oplevet lokale reaktioner på injektionsstedet. Tegn på en lokal reaktion på injektionsstedet kan omfatte rødme, smerter, kløe, hævelse, hårdhed, blå mærker, blødning, kold fornemmelse, prikkende fornemmelse, irritation, udslæt, sår, nældefeber, blærer og sårskorpe på injektionsstedets hud.
- De fleste af disse reaktioner er lette til moderate og forsvinder for det meste af sig selv inden for et døgn.

Infektioner

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har en infektion, også selvom det er en meget let infektion.
- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du nogensinde har boet eller rejst i et område, hvor infektioner kaldet histoplasmose, kokcidioidomykose eller blastomykose er almindelige. Disse infektioner forårsages af særlige svampetyper, som kan påvirke lungerne eller andre dele af kroppen.
- Du har lettere ved at få infektioner, når du er i behandling med Remsima. Du har en højere risiko, hvis du er 65 år eller derover.
- Disse infektioner kan være alvorlige og indbefatter tuberkulose, infektioner forårsaget af virus, svampe, bakterier eller andre organismer i miljøet samt blodforgiftning, som kan være livstruende.

Fortæl straks din læge, hvis du får tegn på infektion under behandling med Remsima. Tegn inkluderer feber, hoste, influenzalignende symptomer, utilpashed, rød eller ophedet hud, sår eller problemer med tænderne. Din læge kan anbefale en midlertidig pause med Remsima.

Tuberkulose (TB)

- Det er meget vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du nogensinde har haft TB, eller hvis du har været i tæt kontakt med en person, som har eller har haft TB.
- Din læge vil teste dig for at se, om du har TB. Tilfælde af TB har været rapporteret hos patienter i behandling med infliximab, også hos patienter, der allerede har været i behandling med medicin mod TB. Din læge vil notere disse tests på dit patientinformationskort.
- Hvis din læge tror, at du har risiko for at få TB, kan du blive behandlet med lægemidler mod TB, inden du får Remsima.

Fortæl straks din læge, hvis du får tegn på TB under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer vedvarende hoste, vægttab, træthedsfølelse, feber eller natlig svedtendens.

Hepatitis B-virus

- Fortæl din læge, før du bruger Remsima, hvis du er bærer af hepatitis B, eller hvis du nogensinde har haft det.
- Fortæl din læge, hvis du tror, du kan have en risiko for at blive smittet med hepatitis B.
- Din læge skal teste dig for hepatitis B.
- Behandling med TNF-blokkere, såsom Remsima, kan medføre, at hepatitis B igen bliver aktiv hos patienter, som bærer denne virus. Dette kan i nogle tilfælde være livstruende.
- Hvis du oplever reaktivering af hepatitis B, kan det blive nødvendigt, at lægen stopper din behandling og giver dig medicin som fx effektiv antiviral terapi med understøttende behandling.

Hjerteproblemer

- Fortæl din læge, hvis du har nogen form for hjerteproblemer, såsom let hjertesvigt.
- Din læge vil nøje overvåge dit hjerte.

Fortæl straks din læge, hvis du får nye eller forværrede tegn på hjertesvigt under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer åndenød eller hævede fødder.

Kræft og lymfom

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har eller nogensinde har haft lymfom (en type blodkræft) eller enhver anden form for kræft.
- Patienter med alvorlig reumatoid arthritis, som har haft sygdommen i lang tid, kan have en større risiko for at udvikle lymfom.
- Patienter i behandling med Remsima kan have en øget risiko for at udvikle lymfom eller anden form for kræft.
- Nogle patienter, som har fået TNF-blokerende behandling, herunder infliximab, har udviklet en sjælden kræftform kaldet hepatosplenisk T-celle-lymfom. Af disse patienter var de fleste teenagedrenge eller unge mænd, hvoraf de fleste havde enten Crohns sygdom eller colitis ulcerosa. Denne type kræft har oftest haft dødelig udgang. Næsten alle patienterne havde også fået medicin, der indeholder azathioprin eller mercaptopurin ud over den TNF-blokerende behandling.
- Nogle patienter, der er blevet behandlet med infliximab, har udviklet visse former for hudkræft. Hvis der er forandringer i huden eller svulster på huden under eller efter behandlingen, skal du fortælle det til lægen.
- Nogle kvinder, der er blevet behandlet for reumatoid arthritis med infliximab, har udviklet livmoderhalskræft. Lægen kan tilråde, at kvinder, der får Remsima, herunder kvinder over 60 år, regelmæssigt screenes for livmoderhalskræft.

Lungesygdom eller højt tobaksforbrug

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har en lungesygdom kaldet kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL, rygerlunger), eller hvis du er storryger.
- Patienter med KOL og patienter, som er storrygere, kan have en øget risiko for at udvikle kræft under behandling med Remsima.

Sygdom i nervesystemet

- Før du får Remsima, skal du fortælle det til din læge, hvis du har eller nogensinde har haft en lidelse, som påvirker dit nervesystem. Dette inkluderer dissemineret sklerose, Guillain-Barré syndrom, hvis du har krampeanfald eller har fået stillet diagnosen ”optisk neuritis” (betændelse i synsnerven).

Fortæl straks din læge, hvis du får symptomer på en nervesygdom under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer synsændringer, muskelsvaghed i arme eller ben, følelseløshed eller prikken et sted i kroppen.

Unormale hudåbninger

- Fortæl din læge, hvis du har nogen unormale hudåbninger (fistler), før du får Remsima.

Vaccinationer

- Tal med din læge, hvis du lige er blevet eller har planlagt at blive vaccineret.
- Du skal have de anbefalede vaccinationer, før du starter behandling med Remsima. Der er visse vaccinationer, du kan få, mens du er i behandling med Remsima, men du må ikke få levende vacciner (vacciner der indeholder et levende men svækket smitstof), da de kan give infektioner.
- Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, kan dit barn også have en større risiko for at få en infektion som et resultat af at have fået en levende vaccine i løbet af det første leveår. Det er vigtigt, at du fortæller dit barns læger og andet sundhedspersonale, at du får Remsima, så de kan finde frem til, hvornår dit barn skal vaccineres; det gælder også levende vacciner som BCG-vaccinen (bruges til at forebygge tuberkulose).

- Hvis du ammer, er det vigtigt, at du fortæller dit barns læge eller andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Se afsnittet om Graviditet, amning og frugtbarhed for yderligere information.

Terapeutiske smitstoffer

- Tal med din læge, hvis du fornylig har fået eller det er planlagt, at du skal have behandling med et terapeutisk smitstof (f.eks. instillation af BCG til behandling af kræft).

Operationer eller tandindgreb

- Fortæl din læge, hvis du skal have foretaget en operation eller et tandindgreb.
- Fortæl kirurgen eller tandlægen, at du er i behandling med Remsima ved at vise dem dit patientinformationskort.

Leverproblemer

- Nogle patienter, der får Remsima, har udviklet alvorlige leverproblemer.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på leverproblemer under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter gulfarvning af hud og øjne, mørkebrun urin, smerter eller hævelse i øvre højre side af maven, ledsmerter, hududslæt eller feber.

Lave blodtal

- Hos nogle patienter, som får Remsima, kan kroppen måske ikke lave nok af de blodlegemer, der skal hjælpe med at bekæmpe infektioner eller stoppe blødning.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på lave blodtal under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter vedvarende feber, større tendens til blødning eller blå mærker, små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden, eller bleghed.

Sygdomme i immunsystemet

- Nogle patienter, der får Remsima, har udviklet symptomer på en sygdom i immunsystemet kaldet lupus.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på lupus under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter ledsmerter eller udslæt på kinder eller arme, som er følsomme over for solen.

Børn og unge

Dette lægemiddel må ikke gives til børn og unge under 18, år fordi der ikke foreligger nogen data, der viser, at dette lægemiddel er sikkert og virker hos denne aldersgruppe.

Brug af anden medicin sammen med Remsima

Patienter, som har betændelsessygdomme, tager allerede medicin for at behandle deres lidelse. Disse lægemidler kan give bivirkninger. Din læge vil rådgive dig om, hvilke andre lægemidler du skal blive ved med at tage, mens du er i behandling med Remsima.

Fortæl altid lægen, hvis du bruger anden medicin, for nylig har brugt anden medicin eller planlægger at bruge anden medicin. Dette gælder også medicin til behandling af Crohns sygdom, colitis ulcerosa, reumatoid arthritis, ankyloserende spondylitis, psoriasis arthritis eller psoriasis eller medicin, som ikke er købt på recept, f.eks. naturlægemidler og vitaminer og mineraler.

Det er specielt vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du får nogen af følgende lægemidler:

- Lægemidler som påvirker dit immunsystem.
- Kineret (som indeholder anakinra). Du må ikke få Remsima og Kineret samtidig.
- Orencia (som indeholder abatacept). Du må ikke få Remsima og Orencia samtidig.

Du må ikke få levende vacciner, mens du får Remsima. Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, eller hvis du får Remsima, mens du ammer, skal du fortælle dit barns læge og andet sundhedspersonale, der tager sig af dit barn, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret.

Hvis du er i tvivl, om noget af ovenstående gælder for dig, skal du tale med din læge, apotekspersonalet eller sygeplejersken, før du får Remsima.

Graviditet, amning og frugtbarhed

- Hvis du er gravid eller ammer, har mistanke om, at du er gravid, eller planlægger at blive gravid, eller mens du ammer, skal du spørge din læge til råds, før du bruger dette lægemiddel. Du må kun få Remsima under graviditeten, eller mens du ammer, hvis lægen finder det nødvendigt.
- Du skal undgå at blive gravid, mens Du er i behandling med Remsima, og i mindst 6 måneder efter du er stoppet med behandlingen. Tal med lægen om anvendelse af prævention i denne tidsperiode.
- Hvis du fik Remsima under graviditeten, kan dit barn have en øget risiko for at få en infektion.
- Det er vigtigt, at du fortæller dit barns læge og andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Hvis du har fået Remsima under graviditeten, kan vaccination af dit barn med BCG-vaccine (bruges til at forebygge tuberkulose) inden for 12 måneder efter fødslen medføre infektion med alvorlige komplikationer herunder død. Dit barn må ikke få levende vacciner som BCG-vaccinen inden for 12 måneder efter fødslen, medmindre barnets læge anbefaler noget andet. For mere information, se afsnit om vaccination.
- Hvis du ammer, er det vigtigt, at du fortæller dit barns læge eller andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Dit barn må ikke få levende vacciner, mens du ammer, medmindre barnets læge anbefaler noget andet.
- Alvorligt fald i antal hvide blodlegemer er set hos spædbørn født af kvinder, der er blevet behandlet med infliximab under graviditeten. Hvis dit barn hyppigt får feber eller infektioner, skal du omgående kontakte barnets læge.

Trafik- og arbejdssikkerhed

Remsima påvirker sandsynligvis ikke din evne til at føre motorkøretøj eller betjene værktøj eller maskiner. Hvis du føler dig træt, svimmel eller utilpas efter at have fået Remsima, må du ikke føre motorkøretøj eller betjene nogen form for værktøj eller maskiner.

Remsima indeholder natrium og sorbitol

Denne medicin indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. dosis, dvs. den er i det væsentlige natriumfri samt 45 mg sorbitol pr. 120 mg dosis.

3. Sådan skal du bruge Remsima

Brug altid dette lægemiddel nøjagtigt efter lægens anvisning. Er du i tvivl, så spørg lægen.

Reumatoid arthritis

Din læge vil påbegynde din behandling med eller uden to Remsima intravenøse infusionsdoser på 3 mg for hver kg kropsvægt (givet i en blodåre, som regel i armen, over en periode på 2 timer). Hvis Remsima intravenøse infusionsdoser gives som påbegyndelse af behandlingen, gives disse med 2 ugers mellemrum via intravenøs infusion. Efter 4 uger fra sidste intravenøse infusion vil du få Remsima via injektion under huden (subkutan injektion).

Den sædvanligt anbefalede dosis Remsima subkutan injektion er 120 mg hver 2. uge uanset kropsvægt.

Psoriasis arthritis, ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom) og psoriasis

Din læge vil påbegynde din behandling med to Remsima intravenøse infusionsdoser på 5 mg for hver kg kropsvægt (givet i en blodåre, som regel i armen, over en periode på 2 timer). Disse gives med 2 ugers mellemrum via intravenøs infusion. Efter 4 uger fra sidste intravenøse infusion vil du få Remsima via injektion under huden (subkutan injektion).

Den sædvanligt anbefalede dosis Remsima subkutan injektion er 120 mg hver 2. uge uanset kropsvægt.

Crohns sygdom og colitis ulcerosa

Din læge vil påbegynde din behandling med to Remsima intravenøse infusionsdoser på 5 mg for hver kg kropsvægt (givet i en blodåre, som regel i armen, over en periode på 2 timer). Disse gives med 2 ugers mellemrum via intravenøs infusion. Efter 4 uger fra sidste intravenøse infusion vil du få Remsima via injektion under huden (subkutan injektion).

Den sædvanligt anbefalede dosis Remsima subkutan injektion er 120 mg hver 2. uge uanset kropsvægt.

Sådan skal du bruge Remsima

- Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning gives udelukkende ved injektion under huden (subkutan anvendelse). Det er vigtigt at kontrollere produktets mærkning for at sikre, at den korrekte formulering gives som ordineret.
- Hos patienter med reumatoid arthritis kan lægen starte Remsima-behandlingen med eller uden to Remsima intravenøse infusionsdoser. Hos patienter med Crohns sygdom, colitis ulcerosa, ankyloserende spondylitis, psoriasis arthritis eller psoriasis vil der blive givet to Remsima infusionsdoser for at påbegynde Remsima-behandlingen.
- Hvis Remsima-behandlingen påbegyndes uden to Remsima intravenøse infusionsdoser, kan du i tabellen herunder se, hvor ofte du normalt vil skulle have denne medicin efter den første dosis.

2. dosis	1 uge efter din 1. dosis
3. dosis	2 uger efter din 1. dosis
4. dosis	3 uger efter din 1. dosis
5. dosis	4 uger efter din 1. dosis
Yderligere doser	6 uger efter din 1. dosis og hver 2. uge derefter

- Hvis din læge eller sygeplejerske giver dig to Remsima intravenøse infusionsdoser for at starte behandlingen, vil disse blive givet med 2 ugers mellemrum, og den første Remsima subkutane injektion vil blive givet 4 uger efter den sidste intravenøse infusion efterfulgt af Remsima subkutane injektioner givet hver 2. uge.
- Den første subkutane injektion af Remsima vil blive givet under overvågning af din læge.
- Hvis du, efter passende træning, føler, at du er godt trænet og sikker nok til selv at injicere, kan din læge lade dig injicere efterfølgende doser Remsima derhjemme.
- Tal med din læge, hvis du har spørgsmål om selvinjektion. Du finder nærmere ”Instruktioner i anvendelse” sidst i indlægssedlen.

Hvis du har taget for meget Remsima

Hvis du har taget for meget Remsima (enten ved at injicere for meget ved en enkelt lejlighed eller ved at bruge det for hyppigt), skal du straks tale med lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken. Medbring altid lægemidlets ydre karton, også selvom den er tom.

Hvis du har glemt at tage Remsima

Glemt dosis i op til 7 dage

Hvis du glemmer en dosis Remsima i op til 7 dage efter den oprindeligt planlagte dosis, skal du straks tage den glemte dosis. Tag din næste dosis på den næste oprindeligt planlagte dato, og følg derefter den oprindelige doseringsplan.

Glemt dosis i 8 dage eller mere

Hvis du glemmer en dosis Remsima i 8 dage eller mere efter den oprindeligt planlagte dosis, skal du ikke tage den glemte dosis. Tag din næste dosis på den næste oprindeligt planlagte dato, og følg derefter den oprindelige doseringsplan.

Hvis du ikke er sikker på, hvornår du skal injicere Remsima, skal du ringe til din læge.

Spørg lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis der er noget, du er i tvivl om.

4. Bivirkninger

Dette lægemiddel kan som alle andre lægemidler give bivirkninger, men ikke alle får bivirkninger. De fleste bivirkninger er lette til moderate. Nogle patienter kan dog opleve alvorlige bivirkninger, som kan kræve behandling. Bivirkninger kan også opstå efter ophør af din behandling med Remsima.

Fortæl straks din læge, hvis du bemærker noget af følgende:

- **Tegn på en allergisk reaktion** såsom hævelse af ansigt, læber, mund eller svælg, som kan forårsage besvær med at synke eller trække vejret, hududslæt, nældefeber, hævelse af hænder, fødder eller ankler. Nogle af disse reaktioner kan være alvorlige eller livstruende. En allergisk reaktion kan opstå inden for 2 timer efter din injektion eller senere. Andre tegn på en allergisk bivirkning, som kan opstå op til 12 dage efter din injektion, inkluderer muskelsmerter, feber, led- eller kæbesmerter, ondt i halsen eller hovedpine.
- **Tegn på en lokal reaktion på injektionsstedet** såsom rødme, smerter, kløe, hævelse, hårdhed, blå mærker, blødning, kold fornemmelse, prikkende fornemmelse, irritation, udslæt, sår, nældefeber, blærer og sårskorpe.
- **Tegn på hjerteproblemer** såsom ubehag i brystkassen eller brystsmerter, armsmerter, mavesmerter, åndenød, angst, ørhed, svimmelhed, besvimelse, svedtendens, kvalme (utilpashed), opkastning, hjertebanken eller trykken i brystet, hurtig eller langsom puls og hævelse af dine fødder.
- **Tegn på infektion (inklusive tuberkulose (TB))** såsom feber, træthedsfølelse, hoste (eventuelt vedvarende), åndenød, influenzalignende symptomer, vægttab, natlig svedtendens, diarré, sår, ansamling af pus i tarmen eller omkring anus (absces), tandproblemer eller brændende smerte, når du lader vandet.
- **Mulige tegn på kræft**, inklusive, men ikke begrænset til, hævede lymfeknuder, vægttab, feber, usædvanlige knuder i huden, ændringer i modermærker eller hudfarven eller usædvanlig blødning fra skeden.
- **Tegn på lungeproblemer** såsom hoste, åndedrætsbesvær eller trykken for brystet.
- **Tegn på et problem i nervesystemet (inklusive øjenproblemer)** såsom tegn på slagtilfælde (pludselig følelseløshed eller svaghed i ansigt, arme eller ben, særligt i den ene side af kroppen; pludselig forvirring, besvær med at tale eller forstå; besvær med at se med det ene eller begge øjne, gangbesvær, svimmelhed, tab af balance- eller koordinationsevne eller svær hovedpine), krampeanfald, prikken/følelseløshed et sted i kroppen, eller svaghed i arme eller ben, ændringer i synet såsom dobbeltsyn eller andre øjenproblemer.
- **Tegn på leverproblemer** (inklusive hepatitis B-infektion, hvis du tidligere har haft hepatitis B) såsom gulfarvning af hud eller øjne, mørkebrun urin, smerter eller hævelser i øvre højre side af maven, ledsmerter, hududslæt eller feber.
- **Tegn på en sygdom i immunsystemet kaldet lupus** såsom ledsmerter, udslæt på kinder eller arme, som er følsomme over for solen (lupus) eller hoste, åndenød, feber eller hududslæt (sarkoidose).
- **Tegn på lave blodtal** såsom vedvarende feber, øget tendens til at få blå mærker eller til at bløde, små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden, eller blegthed.
- **Tegn på alvorlige hudproblemer** såsom rødlige, målskivelignende pletter eller runde områder ofte med blærer centralt på kroppen, store områder med afskalning (eksfoliation) samt sår i mund, svælg, næse, kønsorganer og øjne eller små pusholdige blærer, som kan sprede sig over hele kroppen. Disse hudreaktioner kan være ledsaget af feber.

Fortæl straks din læge, hvis du bemærker noget af ovenstående.

Følgende bivirkninger er observeret med Remsima:

Meget almindelige: kan forekomme hos flere end 1 ud af 10 personer

- Mavesmerter, kvalme
- Virusinfektioner såsom herpes eller influenza
- Øvre luftvejsinfektioner såsom bihulebetændelse
- Hovedpine
- Bivirkninger i forbindelse med injektion
- Smerter.

Almindelige: kan forekomme hos op til 1 ud af 10 personer

- Ændringer i hvordan din lever fungerer, forhøjede leverenzzymer (vist i blodprøver)
- Infektioner i lunger eller luftveje såsom bronkitis eller lungebetændelse
- Besværet eller smertefuldt åndedræt, smerter i brystet
- Blødning i mave eller tarme, diarré, fordøjelsesbesvær, halsbrand, forstoppelse
- Nældefeber, kløende udslæt eller tør hud
- Balanceproblemer eller svimmelhed
- Feber, øget svedtendens
- Kredsløbsproblemer såsom for lavt eller for højt blodtryk
- Blå mærker, hedeture eller næseblod, varm, rød hud (rødmen)
- Trætheds- eller svaghedsfølelse
- Bakterieinfektioner såsom blodforgiftning, byld eller infektion under huden (cellulitis)
- Svampeinfektion i huden
- Blodproblemer såsom blodmangel eller lavt antal hvide blodlegemer
- Hævede lymfeknuder
- Depression, problemer med at sove
- Øjenproblemer inklusive røde øjne og øjeninfektioner
- Galoperende hjerte (hurtig puls) eller hjertebanken
- Smerter i leddene, musklerne eller ryggen
- Urinvejsinfektion
- Psoriasis, hudproblemer såsom eksem og hårtab
- Reaktioner på injektionsstedet såsom smerte, hævelse, rødme eller kløe
- Kulderystelser, hævelse på grund af ophobning af væske under huden
- Følelsesløshed eller en prikkende fornemmelse.

Ikke almindelige: kan forekomme hos op til 1 ud af 100 personer

- Manglende blodtilførsel, hævelse af en blodåre
- Ansamling af blod uden for blodkarrene (hæmatom) eller blå mærker
- Hudproblemer såsom blæredannelse, vorter, unormal hudfarve eller pigmentering eller hævede læber eller fortykkelse af huden eller rød, skællende hud og afskalning af huden
- Alvorlige allergiske reaktioner (fx anafylaksi), en sygdom i immunsystemet kaldet lupus, allergiske reaktioner over for fremmede proteiner
- Længere sårhelingsstid
- Hævelse af leveren (hepatitis) eller galdeblæren, leverskade
- Glemsomhed, irritabilitet, forvirring, nervøsitet
- Øjenproblemer inklusive sløret eller nedsat syn, hævede øjne eller bygkorn
- Debuterende eller forværring af eksisterende hjertesvigt, langsom hjertefrekvens (puls)
- Besvimelse
- Kramper, nerveforstyrrelser
- Hul i tarmen eller blokering af tarmen, mavesmerter eller -kramper
- Hævelse af bugspytkirtlen (bugspytkirtelbetændelse)
- Svampeinfektioner, såsom gærsvampeinfektion eller svampeinfektion i neglene
- Lungeproblemer såsom ødemer
- Væske rundt om lungerne (pleuraekssudat)
- Forsnævrede luftveje i lungerne, der giver åndedrætsbesvær

- Lungehindebetændelse, der giver skarpe brystmerter, som forværres ved vejrtrækning (pleuritis)
- Tuberkulose
- Nyreinfektioner
- Lavt antal blodplader, for mange hvide blodlegemer
- Infektioner i skeden
- Blodprøveresultater, der viser 'antistoffer' mod din egen krop.
- Ændringer i kolesterol- og fedtindholdet i blodet.

Sjældne: kan forekomme hos op til 1 ud af 1.000 personer

- En type blodkræft (lymfom)
- Dit blod tilfører ikke nok ilt til kroppen, kredsløbsproblemer såsom indsnævring af et blodkar
- Betændelse i hjernehinderne (meningitis)
- Infektioner, som skyldes et nedsat immunforsvar
- Hepatitis B-infektion, hvis du tidligere har haft hepatitis B
- Betændelsestilstand i leveren forårsaget af et problem med immunsystemet (autoimmun hepatitis)
- Leverproblemer, der giver gulfarvning af hud eller øjne (gulsot)
- Unormal vævshævelse eller -vækst
- Alvorlig allergisk reaktion, som kan medføre tab af bevidsthed og kan være livstruende (anafylaktisk shock)
- Hævelse af små blodkar (blodkarbetændelse)
- Immunsystemdefekt, som kan påvirke lunger, hud og lymfekirtler (såsom sarkoidose)
- Ansamling af immunceller som følge af et inflammatorisk respons (granulomatøse læsioner)
- Mangel på interesse eller følelser
- Alvorlige hudproblemer såsom toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom og akut generaliseret eksantematøs pustulose
- Andre hudproblemer såsom erythema multiforme, blærer og afskalning af huden eller bylder (furunkulose)
- Alvorlige lidelser i nervesystemet såsom transversel myelitis, multipel sklerose-lignende sygdom, optisk neuritis og Guillain-Barré syndrom
- Øjenbetændelse, der kan forårsage synsforandringer, inklusive blindhed
- Væske omkring hjertet (perikardial effusion)
- Alvorlige lungeproblemer (såsom interstitiel lungesygdom)
- Melanom (en type hudkræft)
- Livmoderhalskræft
- Lave blodtal, herunder svært nedsat antal hvide blodlegemer.
- Små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden
- Unormale værdier for et protein i blodet kaldet 'komplementfaktor', som er en del af immunsystemet
- Lichenoide reaktioner (kløende, rødligt-lilla hududslæt og/eller trådlignende gråhvide linjer på slimhinderne).

Ikke kendt: hyppighed kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data

- Kræft
- En sjælden blodkræft, som hovedsageligt rammer unge mænd (hepatosplenisk T-celle-lymfom)
- Leversvigt
- Merkelcellekarcinom (en type hudkræft)
- Kaposi sarkom, en sjælden type kræft, der er forbundet med infektion med humant herpesvirus 8. Kaposi sarkom forekommer oftest som lilla læsioner på huden
- Forværring af en sygdom, der hedder dermatomyositis (muskelsvaghed med hududslæt som følgetilstand)
- Hjerteanfald
- Slagtilfælde
- Midlertidigt synstab under eller inden for 2 timer efter infusionen

- Infektion, der skyldes en levende vaccine, som følge af et svækket immunsystem.

Indberetning af bivirkninger

Hvis du oplever bivirkninger, bør du tale med din læge, apotekspersonalet eller sygeplejersken. Dette gælder også mulige bivirkninger, som ikke er medtaget i denne indlægsseddel. Du eller dine pårørende kan også indberette bivirkninger direkte til Lægemiddelstyrelsen via det nationale rapporteringssystem anført i [Appendiks V](#). Ved at indrapportere bivirkninger kan du hjælpe med at fremskaffe mere information om sikkerheden af dette lægemiddel.

5. Opbevaring

- Opbevar lægemidlet utilgængeligt for børn.
- Brug ikke lægemidlet efter den udløbsdato, der står på etiketten og pakningen efter EXP. Udløbsdatoen er den sidste dag i den nævnte måned.
- Opbevares i køleskab (2°C – 8°C). Må ikke nedfryses. Opbevar lægemidlet i den originale ydre karton for at beskytte mod lys.
- Lægemidlet kan også opbevares i den originale pakning uden for køleskab ved højst 25 °C i en enkelt periode på op til 28 dage, men den oprindelige udløbsdato må ikke overskrides. I denne situation må det ikke sættes tilbage i køleskab. Skriv den nye udløbsdato på æsken med dag/måned/år. Kasser lægemidlet, hvis det ikke er brugt før den nye udløbsdato eller den udløbsdato, der er trykt på æsken, alt efter, hvilken dato der kommer først.
- Spørg apotekspersonalet, hvordan du skal bortskaffe medicinrester. Af hensyn til miljøet må du ikke smide medicinrester i afløbet eller skraldespanden.

6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger

Remsima indeholder

- Aktivt stof: infliximab. Hver 1 ml enkelt dosis fyldt injektionssprøjte indeholder 120 mg infliximab.
- Øvrige indholdsstoffer: Eddikesyre, natriumacetat trihydrat, sorbitol, polysorbat 80, vand til injektionsvæsker

Udseende og pakningsstørrelser

Remsima er en klar til opaliserende, farveløs til lysebrun opløsning, der leveres i en fyldt injektionssprøjte til éngangsbrug.

Hver pakning indeholder 1 fyldt injektionssprøjte med 2 alkoholservietter, 2 fyldte injektionssprøjter med 2 alkoholservietter, 4 fyldte injektionssprøjter med 4 alkoholservietter eller 6 fyldte injektionssprøjter med 6 alkoholservietter.

Hver pakning indeholder 1 fyldt injektionssprøjte med automatisk kanylebeskyttelse med 2 alkoholservietter, 2 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse med 2 alkoholservietter, 4 fyldte injektionssprøjter med automatisk kanylebeskyttelse med 4 alkoholservietter eller 6 fyldte injektionssprøjter med 6 alkoholservietter.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

Indehaver af markedsføringstilladelsen

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

Fremstiller

Millmount Healthcare Ltd.

Block 7
City North Business Campus
Stamullen, Co. Meath K32 YD60
Irland

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Tyskland

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
Frankrig

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó 7B, Parc Tecnològic del Vallès,
Cerdanyola del Vallès,
Barcelona, 08290,
Spanien

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Tyskland

Hvis du ønsker yderligere oplysninger om dette lægemiddel, skal du henvende dig til den lokale repræsentant for indehaveren af markedsføringstilladelsen:

België/Belgique/Belgien

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Lietuva

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Vengrija

България

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Унгария

Luxembourg/Luxemburg

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Česká republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Magyarország

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Magyarország

Danmark

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

Malta

Mint Health Ltd.
Tel: +356 2093 9800
info@mint.com.mt

Deutschland

Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 (0)30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Nederland

Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: + 31 20 888 7300
NLinfo@celltrionhc.com

Eesti

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungari

Ελλάδα

BIANEE A.E.
Τηλ: +30 210 8009111 – 120

España

Kern Pharma, S.L.
Tel: +34 93 700 25 25

France

Celltrion Healthcare France SAS
Tél: + 33 (0)1 71 25 27 00

Hrvatska

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: +385 1 6595 777
oktal-pharma@oktal-pharma.hr

Ireland

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Ísland

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungverjaland

Italia

Celltrion Healthcare Italy S.r.l.
Via Luigi Galvani, 24 - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 0247 927040

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Latvija

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungārija

Norge

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

Österreich

Astro-Pharma GmbH
Tel: +43 1 97 99 860
office@astropharma.at

Polska

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Węgry

Portugal

PharmaKERN Portugal – Produtos
Farmacêuticos,
Sociedade Unipessoal, Lda.
Tel: +351 214 200 290

România

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungaria

Slovenija

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: +386 1 519 29 22
info@oktal-pharma.si

Slovenská republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Suomi/Finland

Celltrion Healthcare Finland Oy.
Puh/Tel: +358 29 170 7755

Sverige

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungern

United Kingdom (Northern Ireland)

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Denne indlægsseddel blev senest ændret {MM/ÅÅÅÅ}

Andre informationskilder

Du kan finde yderligere oplysninger om dette lægemiddel på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>

Denne indlægsseddel findes på alle EU-/EØS-sprog på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside.

7. Instruktioner i anvendelse

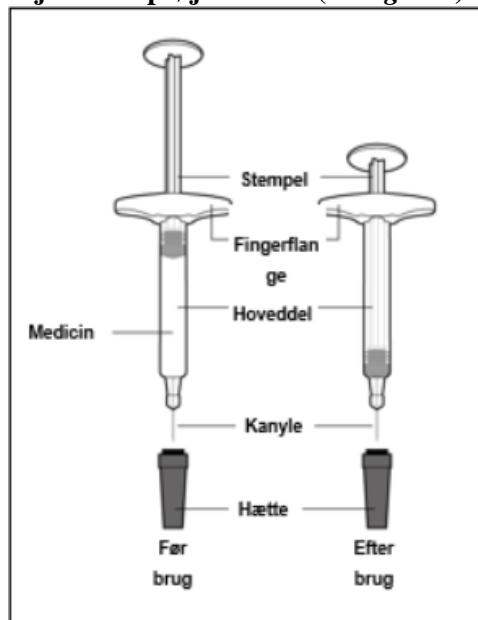
Læs disse instruktioner grundigt, inden du begynder at bruge Remsima injektionssprøjte. Kontakt sundhedspersonalet, hvis du har spørgsmål om brug af Remsima injektionssprøjte.

Vigtig information

- Brug **KUN** injektionssprøjten **hvis** sundhedspersonalet har trænet dig på den rigtige måde til at klargøre og give en injektion.
- Spørg sundhedspersonalet, hvor ofte du skal injicere.
- Skift injektionssted hver gang du injicerer. Hvert nyt injektionssted skal være mindst 3 cm fra det foregående injektionssted.
- Injektionssprøjten **må ikke** bruges, hvis den er tabt eller synligt beskadiget. En beskadiget injektionssprøjte fungerer muligvis ikke korrekt.
- Injektionssprøjten **må ikke** genbruges.
- Injektionssprøjten **må ikke** rystes på noget tidspunkt.

Om Remsima injektionssprøjte

Injektionssprøjtes dele (se *Figur A*):



Figur A

- Hætten **må ikke** fjernes før du er klar til at injicere. Når du fjerner hætten, **må** du **ikke** sætte den på injektionssprøjten igen.

Klargør til injektion

1. Saml delene til injektionen.

- a. Klargør en ren, flad overflade, såsom et bord eller en køkkenbordplade, i et velbelyst område.

- b. Fjern injektionssprøjten fra kartonen, som er opbevaret i dit køleskab, ved at holde fast om injektionssprøjtes hoveddel.
- c. Sørg for, at du har følgende dele:
- Injektionssprøjte
 - Alkoholserviet
 - Vatrundel eller gaze*
 - Plaster*
 - Beholder til bortskaffelse af skarpe genstande*

*Genstande ikke inkluderet i kartonen.

2. Inspicér injektionssprøjten.

Injektionssprøjten **må ikke** bruges, hvis:

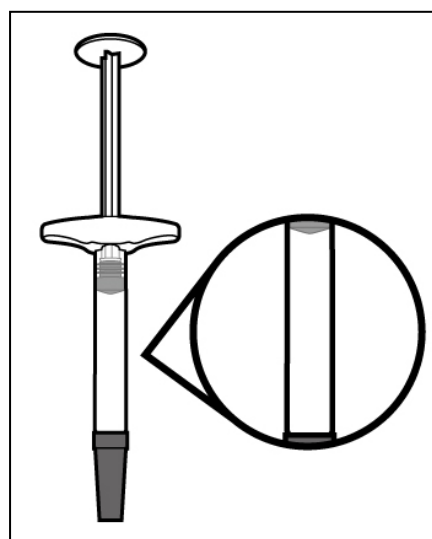
- Den er revnet eller beskadiget.
- Udløbsdatoen er overskredet.

3. Inspicér medicinen (se *Figur B*).

Væsken skal være klar og farveløs til lysebrun.

Injektionssprøjten **må ikke** bruges, hvis væsken er grumset, misfarvet, eller hvis den indeholder partikler.

Bemærk: Der kan forekomme luftbobler i væsken. Dette er normalt.



Figur B

4. Vent i 30 minutter.

- a. Efterlad injektionssprøjten ved stuetemperatur i 30 minutter for at lade den varme naturligt op.

Injektionssprøjten **må ikke** opvarmes ved hjælp af varmekilder såsom varmt vand eller mikrobølgeovn.

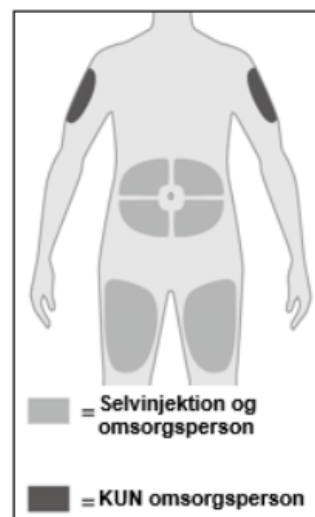
5. Vælg injektionssted (se *Figur C*).

- a. Vælg et injektionssted. Du kan injicere i:
- Forsiden af lårene.
 - Maven, bortset fra 5 cm omkring navlen.
 - Ydersiden af overarmene (KUN omsorgsperson).

Du **må ikke** injicere i hud, som er inden for 5 cm fra din navle eller som er øm, beskadiget, har blå mærke eller ar.

Bemærk: Skift injektionssted hver gang du injicerer.

Hvert nyt injektionssted skal være mindst 3 cm fra det foregående injektionssted.



Figur C

6. Vask dine hænder.

- a. Vask dine hænder med sæbe og vand og tør dem grundigt.

7. Rens injektionsstedet.

- a. Rens injektionsstedet med en alkoholserviet.
b. Lad huden tørre før injektion.

Du **må ikke** puste på eller røre injektionsstedet igen, før du injicerer.

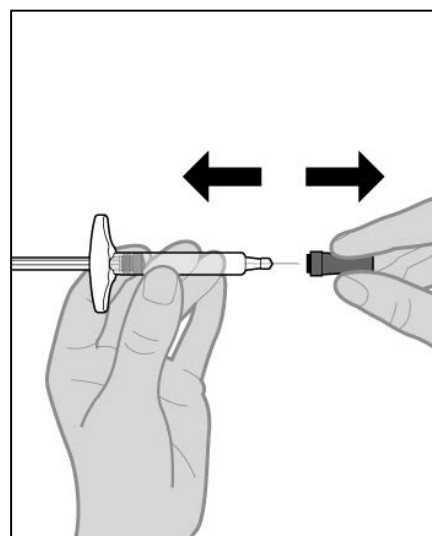
Injicér

8. Fjern hættten (se *Figur D*).

- a. Træk hættten lige af og læg den til side.

Du **må ikke** røre ved kanylen. Dette kan forårsage en kanylestikskade.

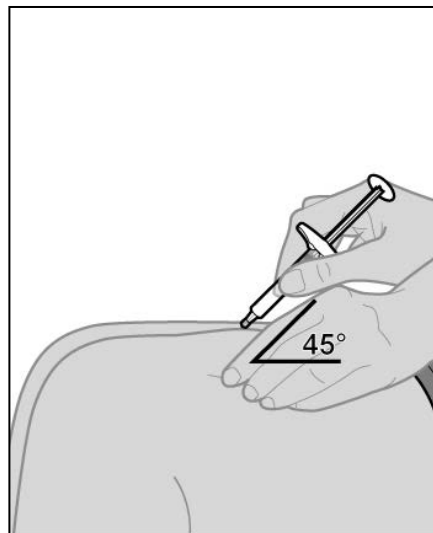
Bemærk: Det er normalt, at der kan ses en dråbe væske for enden af kanylen.



Figur D

9. Indfør injektionssprøjten i injektionsstedet (se Figur E).

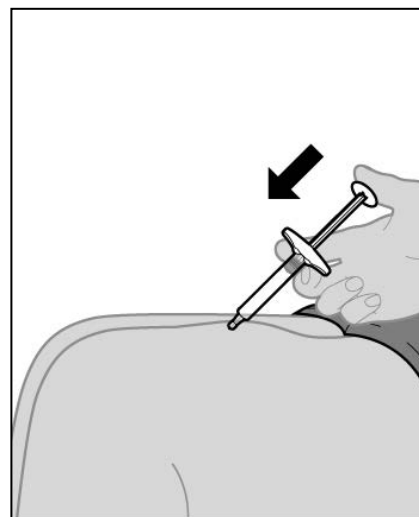
- Hold fast om injektionssprøjten med den ene hånd mellem tommel- og pegefinger.
- Brug din anden hånd til forsigtigt at knibe en hudfold på et stykke af den rensede hud.
- Med en hurtig og ”dart-lignende” bevægelse føres kanylen helt ind i hudfolden i en 45-graders vinkel.



Figur E

10. Injicér (se Figur F).

- Efter at kanylen er indført, gives der slip på den sammenknæbne hud.
- Skub stemplet langsomt ned og så langt det kan komme, indtil injektionssprøjten er tom.

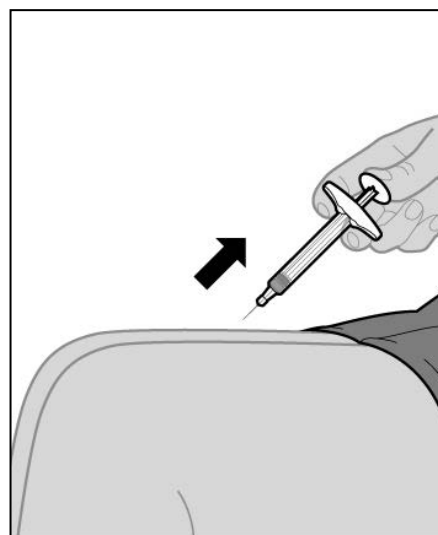


Figur F

11. Fjern kanylen fra injektionsstedet (se Figur G).

- Fjern kanylen fra huden i samme vinkel, som den blev ført ind.
- Pres forsigtigt en vatrondel eller gaze mod injektionsstedet og hold på det i 10 sekunder.
- Sæt et plaster på efter behov.

Du **må ikke** gnide på injektionsstedet.



Figur G

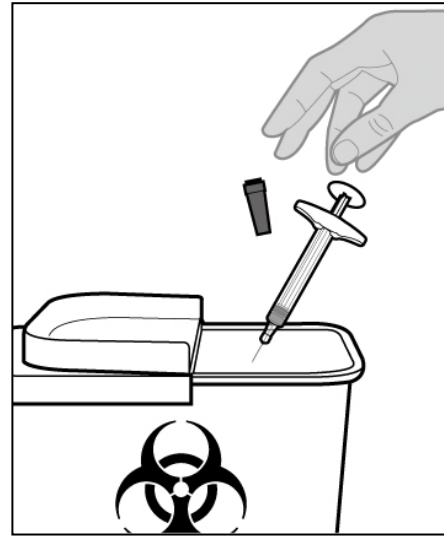
Efter injektionen

12. Bortskaf injektionssprøjten (se Figur H).

- a. Læg den brugte injektionssprøjte i en godkendt beholder til bortskaffelse af skarpe genstande straks efter brug.
- b. Hvis du ikke har en godkendt beholder til bortskaffelse af skarpe genstande, kan du bruge en husholdningsbeholder som:
 - Er lavet af kraftigt plastik;
 - Kan lukkes med et tætsluttende, punkteringsbestandigt låg, så skarpe genstande ikke kan falde ud;
 - Kan stå lodret og stabilt under brug;
 - Ikke er utæt og
 - Er passende markeret med en advarsel om farligt affald inden i beholderen.
- c. Når din beholder til bortskaffelse af skarpe genstande næsten er fuld, skal den bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

Du **må ikke** sætte hættten tilbage på injektionssprøjten.

Bemærk: Opbevar injektionssprøjten og beholderen til bortskaffelse af skarpe genstande utilgængeligt for børn.



Figur H

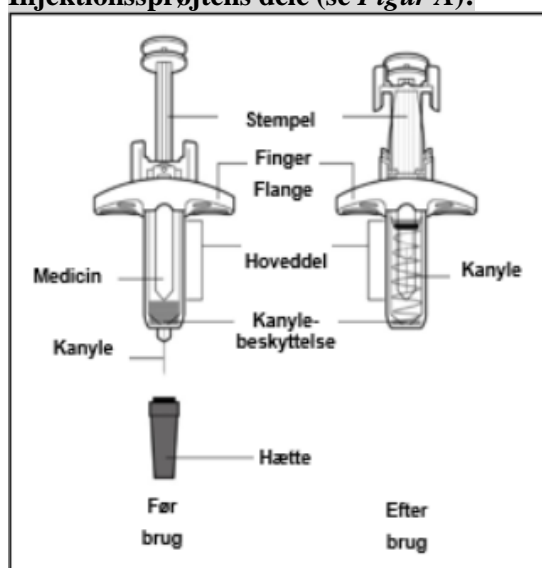
Læs disse instruktioner grundigt, inden du begynder at bruge Remsima injektionssprøjte. Kontakt sundhedspersonalet, hvis du har spørgsmål om brug af Remsima injektionssprøjte.

Vigtig information

- Brug KUN injektionssprøjten hvis sundhedspersonalet har trænet dig på den rigtige måde til at forberede dig på og at give en injektion.
- Spørg sundhedspersonalet, hvor ofte du skal injicere.
- Skift injektionssted hver gang du injicerer. Hvert nyt injektionssted skal være mindst 3 cm fra det foregående injektionssted.
- Injektionssprøjten **må ikke** bruges, hvis den er tabt eller synligt beskadiget. En beskadiget injektionssprøjte fungerer muligvis ikke korrekt.
- Injektionssprøjten **må ikke** genbruges.
- Injektionssprøjten **må ikke** rystes på noget tidspunkt.

Om Remsima injektionssprøjte

Injektionssprøjtes dele (se Figur A):



Figur A

- Hætten **må ikke** fjernes før du er klar til at injicere. Når du fjerner hætten, **må du ikke** sætte den på injektionssprøjten igen.

Klargør til injektion

1. Saml delene til injektionen.

- a. Klargør en ren, flad overflade, såsom et bord eller en køkkenbordplade, i et velbelyst område.
- b. Fjern injektionssprøjten fra kartonen, som er opbevaret i dit køleskab, ved at holde fast om injektionssprøjtes hoveddel.
- c. Sørg for, at du har følgende dele:
 - Injektionssprøjte
 - Alkoholserviet
 - Vatrundel eller gaze*
 - Plaster*
 - Beholder til bortskaffelse af skarpe genstande*

*Genstande ikke inkluderet i kartonen.

2. Inspicér injektionssprøjten.

Injektionssprøjten **må ikke** bruges, hvis:

- Den er revnet eller beskadiget.
- Udløbsdatoen er overskredet.

3. Inspicér medicinen (se Figur B).

Væsken skal være klar og farveløs til lysebrun.

Injektionssprøjten **må ikke** bruges, hvis væsken er grumset, misfarvet, eller hvis den indeholder partikler.

Bemærk: Der kan forekomme luftbobler i væsken. Dette er normalt.

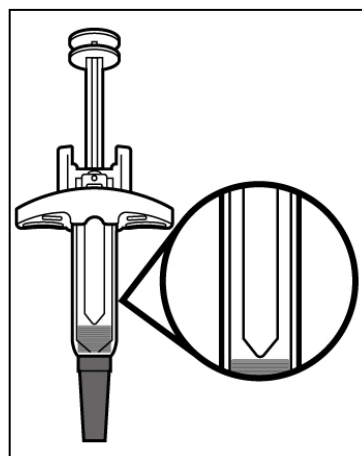


Figure B

4. Vent i 30 minutter.

- a. Efterlad injektionssprøjten ved stuetemperatur i 30 minutter for at lade den varme naturligt op.

Injektionssprøjten **må ikke** opvarmes ved hjælp af varmekilder såsom varmt vand eller mikrobølgeovn.

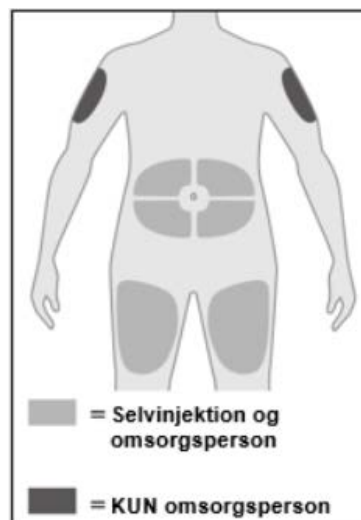
5. Vælg injektionssted (se Figur C).

- a. Vælg et injektionssted. Du kan injicere i:
 - Forsiden af lårene.
 - Maven, bortset fra 5 cm omkring navlen.
 - Ydersiden af overarmene (KUN omsorgsperson).

Du **må ikke** injicere i hud, som er inden for 5 cm fra din navle eller som er øm, beskadiget, har blåt mærke eller ar.

Bemærk: Skift injektionssted hver gang du injicerer.

Hvert nyt injektionssted skal være mindst 3 cm fra det foregående injektionssted.



Figur C

6. Vask dine hænder.

- a. Vask dine hænder med sæbe og vand og tør dem grundigt.

7. Rens injektionsstedet.

- a. Rens injektionsstedet med en alkoholserviet.
- b. Lad huden tørre før injektion.

Du **må ikke** puste på eller røre injektionsstedet igen, før du injicerer.

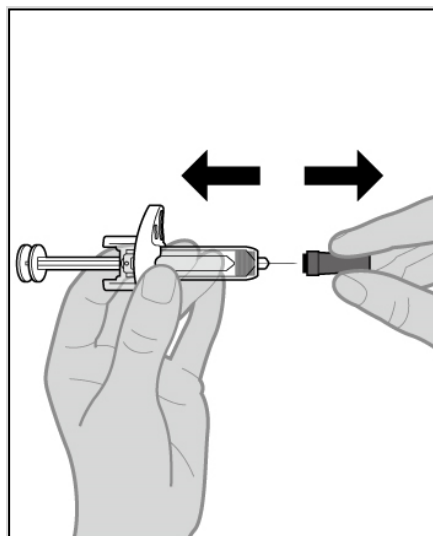
Injicér

8. Fjern hættten (se *Figur D*).

- a. Træk hættten lige af og læg den til side.

Du **må ikke** røre ved kanylen. Dette kan forårsage en kanylestikskade.

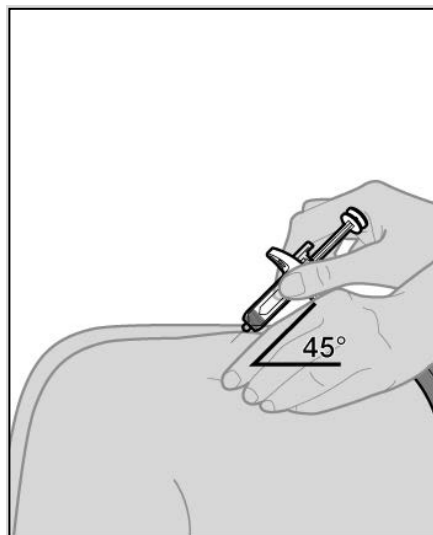
Bemærk: Det er normalt, at der kan ses en dråbe væske for enden af kanylen.



Figur D

9. Indfør injektionssprøjten i injektionsstedet (se *Figur E*).

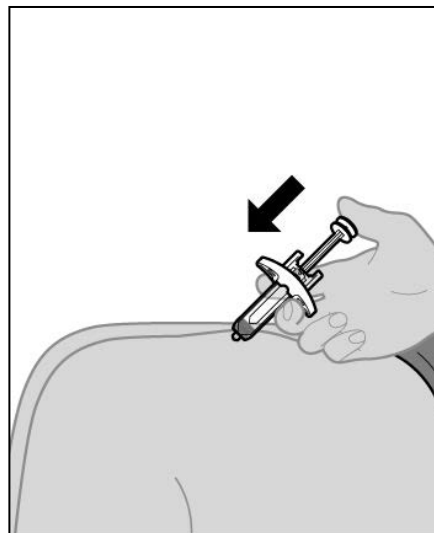
- a. Hold fast om injektionssprøjten hoveddel med den ene hånd mellem tommel- og pegefinger.
- b. Brug din anden hånd til forsigtigt at knibe en hudfold på et stykke af den rensede hud.
- c. Med en hurtig og ”dart-lignende” bevægelse føres kanylen helt ind i hudfolden i en 45-graders vinkel.



Figur E

10. Injicér (se *Figur F*).

- a. Efter at kanylen er indført, gives der slip på den sammenknebne hud.
- b. Skub stemplet langsomt ned og så langt det kan komme, indtil injektionssprøjten er tom.

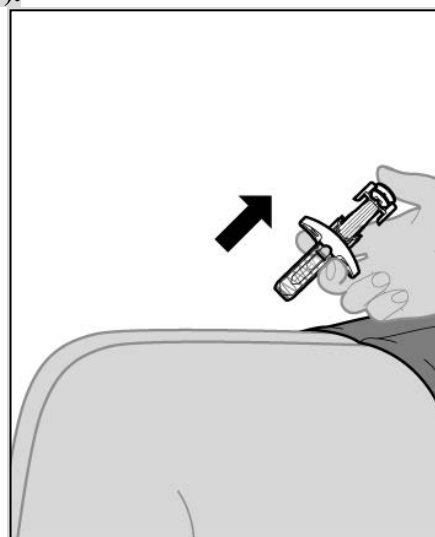


Figur F

11. Fjern injektionssprøjten fra injektionsstedet (se *Figur G*).

- a. Når sprøjten er tom, løftes langsomt tommelfingeren fra stemplet, indtil nålen er helt dækket af den automatiske nålebeskyttelse.
- b. Pres forsigtigt en vatrundel eller gaze mod injektionsstedet og hold på det i 10 sekunder.
- c. Sæt et plaster på efter behov.

Du **må ikke** gnide på injektionsstedet.



Figur G

Efter injektionen

12. Bortskaf injektionssprøjten (se Figur H).

- a. Læg den brugte injektionssprøjte i en godkendt beholder til bortskaffelse af skarpe genstande straks efter brug.
- b. Hvis du ikke har en godkendt beholder til bortskaffelse af skarpe genstande, kan du bruge en husholdningsbeholder som:
 - Er lavet af kraftigt plastik;
 - Kan lukkes med et tætsluttende, punkteringsbestandigt låg, så skarpe genstande ikke kan falde ud;
 - Kan stå lodret og stabilt under brug;
 - Ikke er utæt og
 - Er passende markeret med en advarsel om farligt affald inden i beholderen.
- c. Når din beholder til bortskaffelse af skarpe genstande næsten er fuld skal den bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

Du **må ikke** sætte hættten tilbage på injektionssprøjten.

Bemærk: Opbevar injektionssprøjten og beholderen til bortskaffelse af skarpe genstande utilgængeligt for børn.



Figur H

Indlægsseddel: Information til brugeren

Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning i fyldt pen infliximab

Læs denne indlægsseddel grundigt, inden du begynder at bruge dette lægemiddel, da den indeholder vigtige oplysninger.

- Gem indlægssedlen. Du kan få brug for at læse den igen.
- Din læge vil også udlevere et patientinformationskort til dig, som indeholder vigtig sikkerhedsinformation, som du skal være opmærksom på før og under din behandling med Remsima.
- Behold det gamle kort som reference i 4 måneder efter din sidste Remsima-dosis, når du starter på et nyt kort.
- Spørg lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis der er mere, du vil vide.
- Lægen har ordineret dette lægemiddel til dig personligt. Lad derfor være med at give medicinen til andre. Det kan være skadeligt for andre, selvom de har de samme symptomer, som du har.
- Kontakt lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis du får bivirkninger, herunder bivirkninger som ikke er nævnt i denne indlægsseddel. Se afsnit 4.

Se den nyeste indlægsseddel på www.indlaegsseddel.dk.

Oversigt over indlægssedlen

1. Virkning og anvendelse
2. Det skal du vide, før du begynder at bruge Remsima
3. Sådan skal du bruge Remsima
4. Bivirkninger
5. Opbevaring
6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger
7. Instruktioner i anvendelse

1. Virkning og anvendelse

Remsima indeholder det aktive stof infliximab. Infliximab er et monoklonalt antistof - en type protein, der binder sig til et specifikt mål i kroppen kaldet TNF (tumor nekrose faktor) alfa.

Remsima tilhører en lægemiddelgruppe kaldet "TNF-blokkere". Det bruges til voksne til behandling af følgende betændelsessygdomme:

- Reumatoid arthritis
- Psoriasis arthritis
- Ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom)
- Psoriasis
- Crohns sygdom
- Colitis ulcerosa.

Remsima virker ved selektivt at binde sig til TNF-alfa og blokere dets virkning. TNF-alfa er involveret i kroppens betændelsesprocesser, så blokering af dette kan mindske betændelsen i din krop.

Reumatoid arthritis

Reumatoid arthritis er en betændelsessygdom i leddene. Hvis du har aktiv reumatoid arthritis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima, som du skal tage sammen med et andet lægemiddel, der hedder methotrexat, for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forsinke skaden i dit led
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Psoriasis arthritis

Psoriasis arthritis er en betændelsessygdom i leddene, almindeligvis ledsaget af psoriasis. Hvis du har aktiv psoriasis arthritis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forsinke skaden i dine led
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom)

Ankyloserende spondylitis er en betændelsessygdom i rygraden. Hvis du lider af ankyloserende spondylitis, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- reducere tegn og symptomer på din sygdom
- forbedre din fysiske funktionsevne.

Psoriasis

Psoriasis er en betændelsessygdom i huden. Hvis du har moderat til svær plaque psoriasis, vil du først få andre lægemidler eller behandlinger, såsom lysterapi. Hvis disse lægemidler eller behandlinger ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at reducere tegn og symptomer på din sygdom.

Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa er en betændelsessygdom i tarmen. Hvis du lider af colitis ulcerosa, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima til behandling af din sygdom.

Crohns sygdom

Crohns sygdom er en betændelsessygdom i tarmen. Hvis du lider af Crohns sygdom, vil du først få andre lægemidler. Hvis disse lægemidler ikke virker godt nok, vil du få Remsima for at:

- behandle aktiv Crohns sygdom
- sænke antallet af unormale åbninger (fistler) mellem din tarm og hud, der ikke har kunnet behandles tilfredsstillende med andre lægemidler eller operation.

2. Det skal du vide, før du begynder at bruge Remsima

Brug ikke Remsima

- hvis du er allergisk over for infliximab (det aktive stof i Remsima) eller et af de øvrige indholdsstoffer i Remsima (angivet i punkt 6),
- hvis du er allergisk over for proteiner, som stammer fra mus,
- hvis du har tuberkulose (TB) eller en anden alvorlig infektion, såsom lungebetændelse eller blodforgiftning (sepsis, en alvorlig bakterieinfektion i blodet),
- hvis du har hjertesvigt i moderat eller svær grad.

Du må ikke få Remsima, hvis noget af ovenstående passer på dig. Hvis du er i tvivl, så tal med din læge, før du får Remsima.

Advarsler og forsigtighedsregler

Kontakt lægen, før bruger Remsima, hvis du har:

Været i behandling med lægemidler, der indeholder infliximab tidligere

- Fortæl din læge, hvis du tidligere har været i behandling med lægemidler, der indeholder infliximab og nu starter behandling med Remsima igen.
- Hvis du har holdt pause i behandlingen med infliximab i over 16 uger, er der en højere risiko for at få en allergisk reaktion, når du starter Remsima-behandlingen igen.

Lokale reaktioner på injektionsstedet

- Nogle patienter, der modtager infliximab via injektion under huden, har oplevet lokale reaktioner på injektionsstedet. Tegn på en lokal reaktion på injektionsstedet kan omfatte rødme, smerter, kløe, hævelse, hårdhed, blå mærker, blødning, kold fornemmelse, prikkende fornemmelse, irritation, udslæt, sår, nældefeber, blærer og sårskorpe på injektionsstedets hud.
- De fleste af disse reaktioner er lette til moderate og forsvinder for det meste af sig selv inden for et døgn.

Infektioner

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har en infektion, også selvom det er en meget let infektion.
- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du nogensinde har boet eller rejst i et område, hvor infektioner kaldet histoplasmosis, kokcidioidomykose eller blastomykose er almindelige. Disse infektioner forårsages af særlige svampetyper, som kan påvirke lungerne eller andre dele af kroppen.
- Du har lettere ved at få infektioner, når du er i behandling med Remsima. Du har en højere risiko, hvis du er 65 år eller derover.
- Disse infektioner kan være alvorlige og indbefatter tuberkulose, infektioner forårsaget af virus, svampe, bakterier eller andre organismer i miljøet samt blodforgiftning, som kan være livstruende.

Fortæl straks din læge, hvis du får tegn på infektion under behandling med Remsima. Tegn inkluderer feber, hoste, influenzalignende symptomer, utilpashed, rød eller øget hud, sår eller problemer med tænderne. Din læge kan anbefale en midlertidig pause med Remsima.

Tuberkulose (TB)

- Det er meget vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du nogensinde har haft TB, eller hvis du har været i tæt kontakt med en person, som har eller har haft TB.
- Din læge vil teste dig for at se, om du har TB. Tilfælde af TB har været rapporteret hos patienter i behandling med infliximab, også hos patienter, der allerede har været i behandling med medicin mod TB. Din læge vil notere disse tests på dit patientinformationskort.
- Hvis din læge tror, at du har risiko for at få TB, kan du blive behandlet med lægemidler mod TB, inden du får Remsima.

Fortæl straks din læge, hvis du får tegn på TB under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer vedvarende hoste, vægttab, træthed, feber eller natlig svedtendens.

Hepatitis B-virus

- Fortæl din læge, før du bruger Remsima, hvis du er bærer af hepatitis B, eller hvis du nogensinde har haft det.
- Fortæl din læge, hvis du tror, du kan have en risiko for at blive smittet med hepatitis B.
- Din læge skal teste dig for hepatitis B.
- Behandling med TNF-blokkere, såsom Remsima, kan medføre, at hepatitis B igen bliver aktiv hos patienter, som bærer denne virus. Dette kan i nogle tilfælde være livstruende.
- Hvis du oplever reaktivering af hepatitis B, kan det blive nødvendigt, at lægen stopper din behandling og giver dig medicin som fx effektiv antiviral terapi med understøttende behandling.

Hjerteproblemer

- Fortæl din læge, hvis du har nogen form for hjerteproblemer, såsom let hjertesvigt.
- Din læge vil nøje overvåge dit hjerte.

Fortæl straks din læge, hvis du får nye eller forværrede tegn på hjertesvigt under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer åndenød eller hævede fødder.

Kræft og lymfom

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har eller nogensinde har haft lymfom (en type blodkræft) eller enhver anden form for kræft.
- Patienter med alvorlig reumatoid arthritis, som har haft sygdommen i lang tid, kan have en større risiko for at udvikle lymfom.
- Patienter i behandling med Remsima kan have en øget risiko for at udvikle lymfom eller anden form for kræft.
- Nogle patienter, som har fået TNF-blokerende behandling, herunder infliximab, har udviklet en sjælden kræftform kaldet hepatosplenisk T-celle-lymfom. Af disse patienter var de fleste teenagedrenge eller unge mænd, hvoraf de fleste havde enten Crohns sygdom eller colitis ulcerosa. Denne type kræft har oftest haft dødelig udgang. Næsten alle patienterne havde også fået medicin, der indeholder azathioprin eller mercaptopurin ud over den TNF-blokerende behandling.
- Nogle patienter, der er blevet behandlet med infliximab, har udviklet visse former for hudkræft. Hvis der er forandringer i huden eller svulster på huden under eller efter behandlingen, skal du fortælle det til lægen.
- Nogle kvinder, der er blevet behandlet for reumatoid arthritis med infliximab, har udviklet livmoderhalskræft. Lægen kan tilråde, at kvinder, der får Remsima, herunder kvinder over 60 år, regelmæssigt screenes for livmoderhalskræft.

Lungesygdom eller højt tobaksforbrug

- Fortæl din læge, før du får Remsima, hvis du har en lungesygdom kaldet kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL, rygerlunger), eller hvis du er storryger.
- Patienter med KOL og patienter, som er storrygere, kan have en øget risiko for at udvikle kræft under behandling med Remsima.

Sygdom i nervesystemet

- Før du får Remsima, skal du fortælle det til din læge, hvis du har eller nogensinde har haft en lidelse, som påvirker dit nervesystem. Dette inkluderer dissemineret sklerose, Guillain-Barré syndrom, hvis du har krampeanfald eller har fået stillet diagnosen ”optisk neuritis” (betændelse i synsnerven).

Fortæl straks din læge, hvis du får symptomer på en nervesygdom under behandlingen med Remsima. Tegn inkluderer synsændringer, muskelsvaghed i arme eller ben, følelsesløshed eller prikken et sted i kroppen.

Unormale hudåbninger

- Fortæl din læge, hvis du har nogen unormale hudåbninger (fistler), før du får Remsima.

Vaccinationer

- Tal med din læge, hvis du lige er blevet eller har planlagt at blive vaccineret.
- Du skal have de anbefalede vaccinationer, før du starter behandling med Remsima. Der er visse vaccinationer, du kan få, mens du er i behandling med Remsima, men du må ikke få levende vacciner (vacciner der indeholder et levende men svækket smitstof), da de kan give infektioner.
- Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, kan dit barn også have en større risiko for at få en infektion som et resultat af at have fået en levende vaccine i løbet af det første leveår. Det er vigtigt, at du fortæller dit barns læger og andet sundhedspersonale, at du får Remsima, så de kan

finde frem til, hvornår dit barn skal vaccineres; det gælder også levende vacciner som BCG-vaccinen (bruges til at forebygge tuberkulose).

- Hvis du ammer, er det vigtigt, at du fortæller dit barns læge eller andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Se afsnittet om Graviditet, amning og frugtbarhed for yderligere information.

Terapeutiske smitstoffer

- Tal med din læge, hvis du fornylig har fået eller det er planlagt, at du skal have behandling med et terapeutisk smitstof (f.eks. instillation af BCG til behandling af kræft).

Operationer eller tandindgreb

- Fortæl din læge, hvis du skal have foretaget en operation eller et tandindgreb.
- Fortæl kirurgen eller tandlægen, at du er i behandling med Remsima ved at vise dem dit patientinformationskort.

Leverproblemer

- Nogle patienter, der får Remsima, har udviklet alvorlige leverproblemer.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på leverproblemer under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter gulfarvning af hud og øjne, mørkebrun urin, smerter eller hævelse i øvre højre side af maven, ledsmerter, hududslæt eller feber.

Lave blodtal

- Hos nogle patienter, som får Remsima, kan kroppen måske ikke lave nok af de blodlegemer, der skal hjælpe med at bekæmpe infektioner eller stoppe blødning.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på lave blodtal under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter vedvarende feber, større tendens til blødning eller blå mærker, små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden, eller bleghed.

Sygdomme i immunsystemet

- Nogle patienter, der får Remsima, har udviklet symptomer på en sygdom i immunsystemet kaldet lupus.
- Fortæl det straks til lægen, hvis du får symptomer på lupus under behandlingen med Remsima. Tegn omfatter ledsmerter eller udslæt på kinder eller arme, som er følsomme over for solen.

Børn og unge

Dette lægemiddel må ikke gives til børn og unge under 18 år fordi der ikke er data tilgængelige, som viser, dette lægemiddel er sikkert og virker for denne aldersgruppe.

Brug af anden medicin sammen med Remsima

Patienter, som har betændelsessygdomme, tager allerede medicin for at behandle deres lidelse. Disse lægemidler kan give bivirkninger. Din læge vil rådgive dig om, hvilke andre lægemidler du skal blive ved med at tage, mens du er i behandling med Remsima.

Fortæl altid lægen, hvis du bruger anden medicin, for nylig har brugt anden medicin eller planlægger at bruge anden medicin. Dette gælder også medicin til behandling af Crohns sygdom, colitis ulcerosa, reumatoid arthritis, ankyloserende spondylitis, psoriasis arthritis eller psoriasis eller medicin, som ikke er købt på recept, f.eks. naturlægemidler og vitaminer og mineraler.

Det er specielt vigtigt, at du fortæller din læge, hvis du får nogen af følgende lægemidler:

- Lægemidler som påvirker dit immunsystem.
- Kineret (som indeholder anakinra). Du må ikke få Remsima og Kineret samtidig.

- Orenzia (som indeholder abatacept). Du må ikke få Remsima og Orenzia samtidig.

Du må ikke få levende vacciner, mens du får Remsima. Hvis du har fået Remsima, mens du var gravid, eller hvis du får Remsima, mens du ammer, skal du fortælle dit barns læge og andet sundhedspersonale, der tager sig af dit barn, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret.

Hvis du er i tvivl, om noget af ovenstående gælder for dig, skal du tale med din læge, apotekspersonalet eller sygeplejersken, før du får Remsima.

Graviditet, amning og frugtbarhed

- Hvis du er gravid eller ammer, har mistanke om, at du er gravid, eller planlægger at blive gravid, skal du spørge din læge til råds, før du får dette lægemiddel. Du må kun få Remsima under graviditeten, eller mens du ammer, hvis lægen finder det nødvendigt.
- Du skal undgå at blive gravid, mens Du er i behandling med Remsima, og i mindst 6 måneder efter du er stoppet med behandlingen. Tal med lægen om anvendelse af prævention i denne tidsperiode.
- Hvis du fik Remsima under graviditeten, kan dit barn have en øget risiko for at få en infektion.
- Det er vigtigt, at du fortæller dit barns læge og andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Hvis du har fået Remsima under graviditeten, kan vaccination af dit barn med BCG-vaccine (bruges til at forebygge tuberkulose) inden for 12 måneder efter fødslen medføre infektion med alvorlige komplikationer herunder død. Dit barn må ikke få levende vacciner som BCG-vaccinen inden for 12 måneder efter fødslen, medmindre barnets læge anbefaler noget andet. For mere information, se afsnit om vaccination.
- Hvis du ammer, er det vigtigt, at du fortæller dit barns læge eller andet sundhedspersonale, at du har fået Remsima, før barnet bliver vaccineret. Dit barn må ikke få levende vacciner, mens du ammer, medmindre barnets læge anbefaler noget andet.
- Alvorligt fald i antal hvide blodlegemer er set hos spædbørn født af kvinder, der er blevet behandlet med infliximab under graviditeten. Hvis dit barn hyppigt får feber eller infektioner, skal du omgående kontakte barnets læge.

Trafik- og arbejdssikkerhed

Remsima påvirker sandsynligvis ikke din evne til at føre motorkøretøj eller betjene værktøj eller maskiner. Hvis du føler dig træt, svimmel eller utilpas efter at have fået Remsima, må du ikke føre motorkøretøj eller betjene nogen form for værktøj eller maskiner.

Remsima indeholder natrium og sorbitol

Denne medicin indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. dosis, dvs. den er i det væsentlige natriumfri samt 45 mg sorbitol pr. 120 mg dosis.

3. Sådan skal du bruge Remsima

Brug altid dette lægemiddel nøjagtigt efter lægens anvisning. Er du i tvivl, så spørg lægen.

Reumatoid arthritis

Din læge vil påbegynde din behandling med eller uden to Remsima intravenøse infusionsdoser på 3 mg for hver kg kropsvægt (givet i en blodåre, som regel i armen, over en periode på 2 timer). Hvis Remsima intravenøse infusionsdoser gives som påbegyndelse af behandlingen, gives disse med 2 ugers mellemrum via intravenøs infusion. Efter 4 uger fra sidste intravenøse infusion vil du få Remsima via injektion under huden (subkutan injektion).

Den sædvanligt anbefalede dosis Remsima subkutan injektion er 120 mg hver 2. uge uanset kropsvægt.

Psoriasis arthritis, ankyloserende spondylitis (Bekhterevs sygdom) og psoriasis

Din læge vil påbegynde din behandling med to Remsima intravenøse infusionsdoser på 5 mg for hver kg kropsvægt (givet i en blodåre, som regel i armen, over en periode på 2 timer). Disse gives

med 2 ugers mellemrum via intravenøs infusion. Efter 4 uger fra sidste intravenøse infusion vil du få Remsima via injektion under huden (subkutan injektion).

Den sædvanligt anbefalede dosis Remsima subkutan injektion er 120 mg hver 2. uge uanset kropsvægt.

Crohns sygdom og colitis ulcerosa

Din læge vil påbegynde din behandling med to Remsima intravenøse infusionsdoser på 5 mg for hver kg kropsvægt (givet i en blodåre, som regel i armen, over en periode på 2 timer). Disse gives med 2 ugers mellemrum via intravenøs infusion. Efter 4 uger fra sidste intravenøse infusion vil du få Remsima via injektion under huden (subkutan injektion).

Den sædvanligt anbefalede dosis Remsima subkutan injektion er 120 mg hver 2. uge uanset kropsvægt.

Sådan skal du bruge Remsima

- Remsima 120 mg injektionsvæske, opløsning gives udelukkende ved injektion under huden (subkutan anvendelse). Det er vigtigt at kontrollere produktets mærkning for at sikre, at der gives den korrekte formulering som ordineret.
- Hos patienter med reumatoid arthritis kan lægen starte Remsima-behandlingen med eller uden to Remsima intravenøse infusionsdoser. Hos patienter med Crohns sygdom, colitis ulcerosa, ankyloserende spondylitis, psoriasis arthritis eller psoriasis vil der blive givet to Remsima infusionsdoser for at påbegynde Remsima-behandlingen.
- Hvis Remsima-behandlingen påbegyndes uden to Remsima intravenøse infusionsdoser, kan du i tabellen herunder se, hvor ofte du normalt vil skulle have denne medicin efter den første dosis.

2. dosis	1 uge efter din 1. dosis
3. dosis	2 uger efter din 1. dosis
4. dosis	3 uger efter din 1. dosis
5. dosis	4 uger efter din 1. dosis
Yderligere doser	6 uger efter din 1. dosis og hver 2. uge derefter

- Hvis din læge eller sygeplejerske giver dig to Remsima intravenøse infusionsdoser for at starte behandlingen, vil disse blive givet med 2 ugers mellemrum, og den første Remsima subkutane injektion vil blive givet 4 uger efter den sidste intravenøse infusion efterfulgt af Remsima subkutane injektioner givet hver 2. uge.
- Den første subkutane injektion af Remsima vil blive givet under overvågning af din læge.
- Hvis du, efter passende træning, føler, at du er godt trænet og sikker nok til selv at injicere Remsima, kan din læge lade dig injicere efterfølgende doser Remsima derhjemme.
- Tal med din læge, hvis du har spørgsmål om selvinjektion. Du finder nærmere ”**Instruktioner i anvendelse**” sidst i indlægssedlen.

Hvis du har taget for meget Remsima

Hvis du har taget for meget Remsima (enten ved at injicere for meget ved en enkelt lejlighed eller ved at bruge det for hyppigt) skal du straks tale med lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken. Medbring altid lægemidlets ydre karton, også selvom den er tom.

Hvis du har glemt at tage Remsima

Glemt dosis i op til 7 dage

Hvis du glemmer en dosis Remsima i op til 7 dage efter den oprindeligt planlagte dosis, skal du straks tage den glemte dosis. Tag din næste dosis på den næste oprindeligt planlagte dato, og følg derefter den oprindelige doseringsplan.

Glemte dosis i 8 dage eller mere

Hvis du glemmer en dosis Remsima i 8 dage eller mere efter den oprindeligt planlagte dosis, skal du ikke tage den glemte dosis. Tag din næste dosis på den næste oprindeligt planlagte dato, og følg derefter den oprindelige doseringsplan.

Hvis du ikke er sikker på, hvornår du skal injicere Remsima, skal du ringe til din læge.

Spørg lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis der er noget, du er i tvivl om.

4. Bivirkninger

Dette lægemiddel kan som alle andre lægemidler give bivirkninger, men ikke alle får bivirkninger. De fleste bivirkninger er lette til moderate. Nogle patienter kan dog opleve alvorlige bivirkninger, som kan kræve behandling. Bivirkninger kan også opstå efter ophør af din behandling med Remsima.

Fortæl straks din læge, hvis du bemærker noget af følgende:

- **Tegn på en allergisk reaktion** såsom hævelse af ansigt, læber, mund eller svælg, som kan forårsage besvær med at synke eller trække vejret, hududslæt, nældefeber, hævelse af hænder, fødder eller ankler. Nogle af disse reaktioner kan være alvorlige eller livstruende. En allergisk reaktion kan opstå inden for 2 timer efter din injektion eller senere. Andre tegn på en allergisk bivirkning, som kan opstå op til 12 dage efter din injektion, inkluderer muskelsmerter, feber, led- eller kæbesmerter, ondt i halsen eller hovedpine.
- **Tegn på en lokal reaktion på injektionsstedet** såsom rødme, smerter, kløe, hævelse, hårdhed, blå mærker, blødning, kold fornemmelse, prikkende fornemmelse, irritation, udslæt, sår, nældefeber, blærer og sårskorpe.
- **Tegn på hjerteproblemer** såsom ubehag i brystkassen eller brystsmerter, armsmerter, mavesmerter, åndenød, angst, ørhed, svimmelhed, besvimelse, svedtendens, kvalme (utilpashed), opkastning, hjertebanken eller trykken i brystet, hurtig eller langsom puls og hævelse af dine fødder.
- **Tegn på infektion (inklusive tuberkulose (TB))** såsom feber, træthedsfølelse, hoste (eventuelt vedvarende), åndenød, influenzalignende symptomer, vægttab, natlig svedtendens, diarré, sår, ansamling af pus i tarmen eller omkring anus (absces), tandproblemer eller brændende smerte, når du lader vandet.
- **Mulige tegn på kræft**, inklusive men ikke begrænset til hævede lymfeknuder, vægttab, feber, usædvanlige knuder i huden, ændringer i modermærker eller hudfarven eller usædvanlig blødning fra skeden.
- **Tegn på lungeproblemer** såsom hoste, åndedrætsbesvær eller trykken for brystet.
- **Tegn på et problem i nervesystemet (inklusive øjenproblemer)** såsom tegn på slagtilfælde (pludselig følelsesløshed eller svaghed i ansigt, arme eller ben, særligt i den ene side af kroppen; pludselig forvirring, besvær med at tale eller forstå; besvær med at se med det ene eller begge øjne, gangbesvær, svimmelhed, tab af balance- eller koordinationsevne eller svær hovedpine), krampeanfald, prikken/følelsesløshed et sted i kroppen, eller svaghed i arme eller ben, ændringer i synet såsom dobbeltsyn eller andre øjenproblemer.
- **Tegn på leverproblemer** (inklusive hepatitis B-infektion, hvis du tidligere har haft hepatitis B) såsom gulfarvning af hud eller øjne, mørkebrun urin, smerter eller hævelser i øvre højre side af maven, ledsmerter, hududslæt eller feber.
- **Tegn på en sygdom i immunsystemet kaldet lupus** såsom ledsmerter, udslæt på kinder eller arme, som er følsomme over for solen (lupus) eller hoste, åndenød, feber eller hududslæt (sarkoidose).
- **Tegn på lave blodtal** såsom vedvarende feber, øget tendens til at få blå mærker eller til at bløde, små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden, eller bleghed.
- **Tegn på alvorlige hudproblemer** såsom rødlige, målskivelignende pletter eller runde områder ofte med blærer centralt på kroppen, store områder med afskalning (eksfoliation) samt sår i mund, svælg, næse, kønsorganer og øjne eller små pusholdige blærer, som kan sprede sig over hele kroppen. Disse hudreaktioner kan være ledsaget af feber.

Fortæl straks din læge, hvis du bemærker noget af ovenstående.

Følgende bivirkninger er observeret med Remsima:

Meget almindelige: kan forekomme hos flere end 1 ud af 10 personer

- Mavesmerter, kvalme
- Virusinfektioner såsom herpes eller influenza
- Øvre luftvejsinfektioner såsom bihulebetændelse
- Hovedpine
- Bivirkninger i forbindelse med injektion
- Smerter.

Almindelige: kan forekomme hos op til 1 ud af 10 personer

- Ændringer i hvordan din lever fungerer, forhøjede leverenzymer (vist i blodprøver)
- Infektioner i lunger eller luftveje såsom bronkitis eller lungebetændelse
- Besværet eller smertefuldt åndedræt, smerter i brystet
- Blødning i mave eller tarme, diarré, fordøjelsesbesvær, halsbrand, forstoppelse
- Nældefeber, kløende udslæt eller tør hud
- Balanceproblemer eller svimmelhed
- Feber, øget svedtendens
- Kredsløbsproblemer såsom for lavt eller for højt blodtryk
- Blå mærker, hedeure eller næseblod, varm, rød hud (rødmen)
- Trætheds- eller svaghedsfølelse
- Bakterieinfektioner såsom blodforgiftning, byld eller infektion under huden (cellulitis)
- Svampeinfektion i huden
- Blodproblemer såsom blodmangel eller lavt antal hvide blodlegemer
- Hævede lymfeknuder
- Depression, problemer med at sove
- Øjenproblemer inklusive røde øjne og øjeninfektioner
- Galoperende hjerte (hurtig puls) eller hjertebanken
- Smerter i leddene, musklerne eller ryggen
- Urinvejsinfektion
- Psoriasis, hudproblemer såsom eksem og hårtab
- Reaktionen på injektionsstedet såsom smerte, hævelse, rødme eller kløe
- Kulderystelser, hævelse på grund af ophobning af væske under huden
- Følelsesløshed eller en prikkende fornemmelse.

Ikke almindelige: kan forekomme hos op til 1 ud af 100 personer

- Manglende blodtilførsel, hævelse af en blodåre
- Ansamling af blod uden for blodkarrene (hæmatom) eller blå mærker
- Hudproblemer såsom blæredannelse, vorter, unormal hudfarve eller pigmentering, eller hævede læber, eller fortykkelse af huden eller rød, skællende hud og afskalning af huden
- Alvorlige allergiske reaktioner (fx anafylaksi), en sygdom i immunsystemet kaldet lupus, allergiske reaktioner over for fremmede proteiner
- Længere sårhelingsstid
- Hævelse af leveren (hepatitis) eller galdeblæren, leverskade
- Glemsomhed, irritabilitet, forvirring, nervøsitet
- Øjenproblemer inklusive sløret eller nedsat syn, hævede øjne eller bygkorn
- Debuterende eller forværring af eksisterende hjertesvigt, langsom hjertefrekvens (puls)
- Besvimelse
- Kramper, nerveforstyrrelser
- Hul i tarmen eller blokering af tarmen, mavesmerter eller -kramper
- Hævelse af bugspytkirtlen (bugspytkirtelbetændelse)

- Svampeinfektioner, såsom gærsvampeinfektion eller svampeinfektion i neglene
- Lungeproblemer såsom ødemer
- Væske rundt om lungerne (pleuraekssudat)
- Forsnævrede luftveje i lungerne, der giver åndedrætsbesvær
- Lungehindebetændelse, der giver skarpe brystmerter, som forværres ved vejrtrækning (pleuritis)
- Tuberkulose
- Nyreinfektioner
- Lavt antal blodplader, for mange hvide blodlegemer
- Infektioner i skeden
- Blodprøveresultater, der viser 'antistoffer' mod din egen krop.
- Ændringer i kolesterol- og fedtindholdet i blodet.

Sjældne: kan forekomme hos op til 1 ud af 1.000 personer

- En type blodkræft (lymfom)
- Dit blod tilfører ikke nok ilt til kroppen, kredsløbsproblemer såsom indsnævring af et blodkar
- Betændelse i hjernehinderne (meningitis)
- Infektioner, som skyldes et nedsat immunforsvar
- Hepatitis B-infektion, hvis du tidligere har haft hepatitis B
- Betændelsestilstand i leveren forårsaget af et problem med immunsystemet (autoimmun hepatitis)
- Leverproblemer, der giver gulfarvning af hud eller øjne (gulsot)
- Unormal vævshævelse eller -vækst
- Alvorlig allergisk reaktion, som kan medføre tab af bevidsthed og kan være livstruende (anafylaktisk shock)
- Hævelse af små blodkar (blodkarbetændelse)
- Immunsystemdefekt, som kan påvirke lunger, hud og lymfekirtler (såsom sarkoidose)
- Ansamling af immunceller som følge af et inflammatorisk respons (granulomatøse læsioner)
- Mangel på interesse eller følelser
- Alvorlige hudproblemer såsom toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom og akut generaliseret eksantematøs pustulose
- Andre hudproblemer såsom erythema multiforme, blærer og afskalning af huden eller bylder (furunkulose)
- Alvorlige lidelser i nervesystemet såsom transversel myelitis, multipel sklerose-lignende sygdom, optisk neuritis og Guillain-Barré syndrom
- Øjenbetændelse, der kan forårsage synsforandringer, inklusive blindhed
- Væske omkring hjertet (perikardial effusion)
- Alvorlige lungeproblemer (såsom interstitiel lungesygdom)
- Melanom (en type hudkræft)
- Livmoderhalskræft
- Lave blodtal, herunder svært nedsat antal hvide blodlegemer
- Små røde eller lilla pletter, der skyldes blødning under huden
- Unormale værdier for et protein i blodet kaldet 'komplementfaktor', som er en del af immunsystemet
- Lichenoid reaktioner (kløende, rødtligt-lilla hududslæt og/eller trådlignende gråhvide linjer på slimhinderne).

Ikke kendt: hyppighed kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data

- Kræft
 - En sjælden blodkræft, som hovedsageligt rammer unge mænd (hepatosplenisk T-celle-lymfom)
 - Leversvigt
 - Merkelcellekarcinom (en type hudkræft)
 - Kaposi sarkom, en sjælden type kræft, der er forbundet med infektion med humant herpesvirus
8. Kaposi sarkom forekommer oftest som lilla læsioner på huden

- Forværring af en sygdom, der hedder dermatomyositis (muskelsvaghed med hududslæt som følgetilstand)
- Hjerteanfald
- Slagtilfælde
- Midlertidigt synstab under eller inden for 2 timer efter infusionen
- Infektion, der skyldes en levende vaccine, som følge af et svækket immunsystem.

Indberetning af bivirkninger

Hvis du oplever bivirkninger, bør du tale med din læge, apotekspersonalet eller sygeplejersken. Dette gælder også mulige bivirkninger, som ikke er medtaget i denne indlægsseddel. Du eller dine pårørende kan også indberette bivirkninger direkte til Lægemiddelstyrelsen via det nationale rapporteringssystem anført i [Appendiks V](#). Ved at indrapportere bivirkninger kan du hjælpe med at fremskaffe mere information om sikkerheden af dette lægemiddel.

5. Opbevaring

- Opbevar lægemidlet utilgængeligt for børn.
- Brug ikke lægemidlet efter den udløbsdato, der står på etiketten og pakningen efter EXP. Udløbsdatoen er den sidste dag i den nævnte måned.
- Opbevares i køleskab (2 °C – 8 °C). Må ikke nedfryses. Opbevar lægemidlet i den originale ydre karton for at beskytte mod lys.
- Lægemidlet kan også opbevares i den originale pakning uden for køleskab ved højst 25 °C i en enkelt periode på op til 28 dage men den oprindelige udløbsdato må ikke overskrides. I denne situation må det ikke sættes tilbage i køleskab. Skriv den nye udløbsdato på æsken med dag/måned/år. Kasser lægemidlet, hvis det ikke er brugt før den nye udløbsdato eller den udløbsdato, der er trykt på æsken, alt efter, hvilken dato der kommer først.
- Spørg apotekspersonalet, hvordan du skal bortskaffe medicinrester. Af hensyn til miljøet må du ikke smide medicinrester i afløbet eller skraldespanden.

6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger

Remsima indeholder

- Aktivt stof: infliximab. Hver 1 ml enkeltdosis fyldt pen indeholder 120 mg infliximab.
- Øvrige indholdsstoffer: Eddikesyre, natriumacetat trihydrat, sorbitol, polysorbat 80, vand til injektionsvæsker.

Udseende og pakningsstørrelser

Remsima er en klar til opaliserende, farveløs til lysebrun opløsning, som leveres som en fyldt pen til éngangsbrug.

Hver pakke indeholder 1 fyldt pen med 2 alkoholservietter, 2 fyldte penne med 2 alkoholservietter, 4 fyldte penne med 4 alkoholservietter eller 6 fyldte injektionssprøjter med 6 alkoholservietter.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

Indehaver af markedsføringstilladelsen

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

Fremstiller

Millmount Healthcare Ltd.

Block 7
City North Business Campus
Stamullen, Co. Meath K32 YD60
Irland

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Tyskland

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
Frankrig

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó 7B, Parc Tecnològic del Vallès,
Cerdanyola del Vallès,
Barcelona, 08290,
Spanien

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Tyskland

Hvis du ønsker yderligere oplysninger om dette lægemiddel, skal du henvende dig til den lokale repræsentant for indehaveren af markedsføringstilladelsen:

België/Belgique/Belgien

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Lietuva

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Vengrija

България

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Унгария

Luxembourg/Luxemburg

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Česká republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Magyarország

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Magyarország

Danmark

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

Malta

Mint Health Ltd.
Tel: +356 2093 9800
info@mint.com.mt

Deutschland

Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 (0)30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Nederland

Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: + 31 20 888 7300
NLinfo@celltrionhc.com

Eesti

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungari

Ελλάδα

BIANEΞ A.E.
Τηλ: +30 210 8009111 – 120

España

Kern Pharma, S.L.
Tel: +34 93 700 25 25

France

Celltrion Healthcare France SAS
Tél: + 33 (0)1 71 25 27 00

Hrvatska

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: +385 1 6595 777
oktal-pharma@oktal-pharma.hr

Ireland

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Ísland

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungverjaland

Italia

Celltrion Healthcare Italy S.r.l.
Via Luigi Galvani, 24 - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 0247 927040

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Latvija

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungārija

Norge

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungarn

Österreich

Astro-Pharma GmbH
Tel: +43 1 97 99 860
office@astropharma.at

Polska

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Węgry

Portugal

PharmaKERN Portugal – Produtos
Farmacêuticos,
Sociedade Unipessoal, Lda.
Tel: +351 214 200 290

România

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungaria

Slovenija

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: +386 1 519 29 22
info@oktal-pharma.si

Slovenská republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Suomi/Finland

Celltrion Healthcare Finland Oy.
Puh/Tel: +358 29 170 7755

Sverige

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungern

United Kingdom (Northern Ireland)

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Denne indlægsseddel blev senest ændret {MM/ÅÅÅÅ}

Andre informationskilder

Du kan finde yderligere oplysninger om dette lægemiddel på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>

Denne indlægsseddel findes på alle EU-/EØS-sprog på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside.

7. Instruktioner i anvendelse

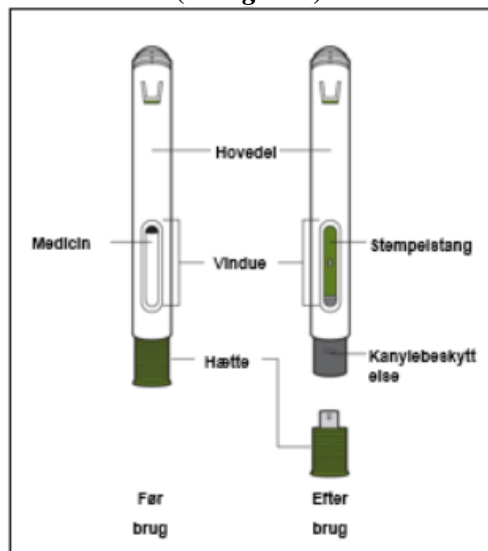
Læs disse instruktioner grundigt, inden du begynder at bruge Remsima pen. Kontakt sundhedspersonalet, hvis du har spørgsmål om brug af Remsima pen.

Vigtig information

- Brug **KUN** pennen **hvis** dit sundhedspersonale har trænet dig på den rigtige måde til at forberede dig på og i at give en injektion.
- Spørg sundhedspersonalet, hvor ofte du skal injicere.
- Skift injektionssted hver gang du injicerer. Hvert nyt injektionssted skal være mindst 3 cm fra det foregående injektionssted.
- Pennen **må ikke** bruges, hvis den er tabt eller synligt beskadiget. En beskadiget pen fungerer muligvis ikke korrekt.
- Pennen **må ikke** genbruges.
- Pennen **må ikke** rystes på noget tidspunkt.

Om Remsima pen

Pennens dele (se *Figur A*):



Figur A

- Hætten **må ikke** fjernes før du er klar til at injicere. Når du fjerner hætten, **må** du **ikke** sætte den på pennen igen.

Klargør til injektion

1. Saml delene til injektionen.

- a. Klargør en ren, flad overflade, såsom et bord eller en køkkenbordplade, i et velbelyst område.
- b. Fjern pennen fra kartonen, som er opbevaret i dit køleskab.

c. Sørg for, at du har følgende dele:

- Pen
- Alkoholserviet
- Vatrundel eller gaze*
- Plaster*
- Beholder til bortskaffelse af skarpe genstande*

*Genstande, ikke inkluderet i kartonen.

2. Inspicér pennen.

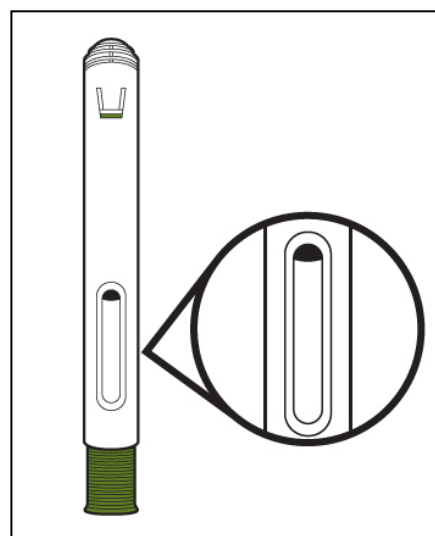
Pennen **må ikke** bruges, hvis:

- Den er revnet eller beskadiget.
- Udløbsdatoen er overskredet.

3. Inspicér medicinen (se Figur B).

Væsken skal være klar og farveløs til lysebrun. Pennen **må ikke** bruges, hvis væsken er grumset, misfarvet, eller hvis den indeholder partikler.

Bemærk: Der kan forekomme luftbobler i væsken. Dette er normalt.



Figur B

4. Vent i 30 minutter.

- a. Efterlad pennen ved stuetemperatur i 30 minutter for at lade den varme naturligt op. Pennen **må ikke** opvarmes ved hjælp af varmekilder såsom varmt vand eller mikrobølgeovn.

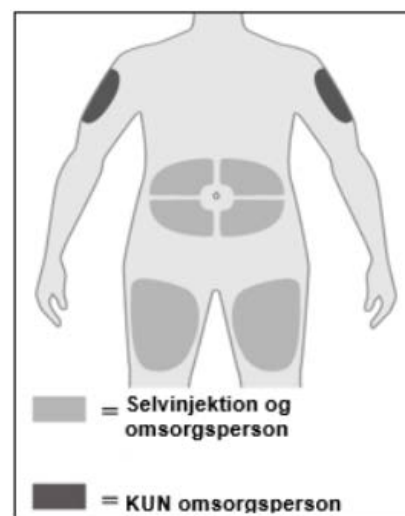
5. Vælg et injektionssted (se Figur C).

a. Vælg et injektionssted. Du kan injicere i:

- Forsiden af lårene.
- Maven, bortset fra 5 cm omkring navlen.
- Ydersiden af overarmene (KUN omsorgsperson).

Du **må ikke** injicere i hud, som er inden for 5 cm fra din navle eller som er øm, beskadiget, har blå mærke eller ar.

Bemærk: Skift injektionssted hver gang du injicerer. Hvert nyt injektionssted skal være mindst 3 cm fra det foregående injektionssted.



Figur C

6. Vask dine hænder.

- Vask dine hænder med sæbe og vand og tør dem grundigt.

7. Rens injektionsstedet.

- Rens injektionsstedet med en alkoholserviet.
- Lad huden tørre før injektion.

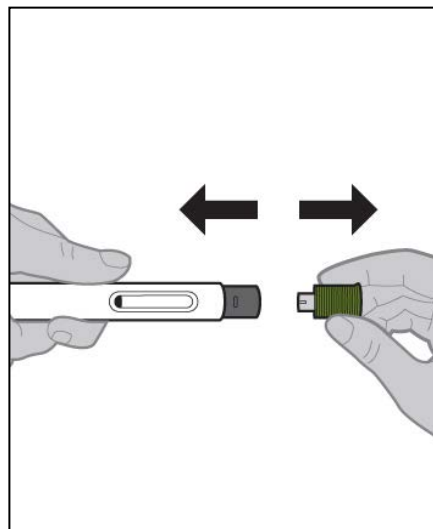
Du **må ikke** puste på eller røre injektionsstedet igen, før du injicerer
Injicér

8. Fjern hættten (se *Figur D*).

- Træk den olivengrønne hætte lige af og læg den til side.

Du **må ikke** røre ved kanylebeskyttelsen. Dette kan forårsage en kanylestikskade.

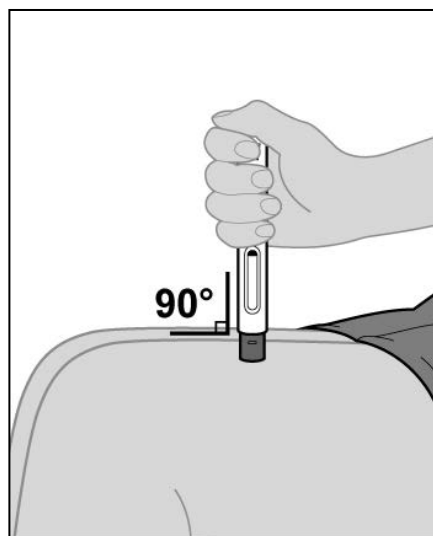
Bemærk: Det er normalt, at der kan ses en dråbe væske for enden af kanylen.



Figur D

9. Placér pennen på injektionsstedet (se *Figur E*).

- Hold pennen så du kan se vinduet.
- Placér pennen over injektionsstedet i en 90-graders vinkel uden at knibe eller hive i huden.



Figur E

10. Injicér (se *Figur F*).

- a. Tryk pennen **fast** mod huden.

Bemærk: Når injektionen begynder, hører du det første høje "klik" og den olivengrønne stempelstang begynder at fylde vinduet.

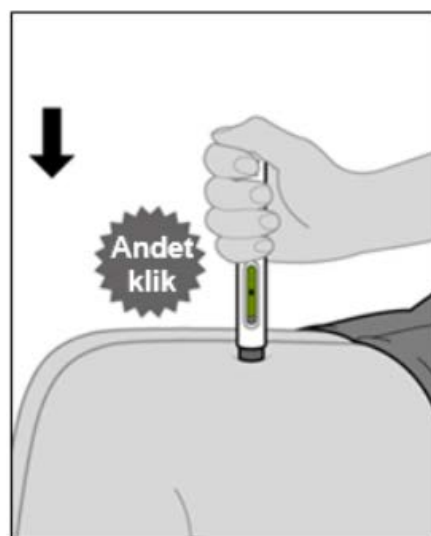
- b. Bliv ved med at holde pennen **fast** mod huden og lyt efter det andet høje "klik".



Figur F

11. Færdiggør injektionen (se *Figur G*).

- a. Når du har hørt det andet høje "klik", skal du **fortsætte med at holde pennen fast mod huden og langsomt tælle til mindst fem** for at sikre, at du injicerer den fulde dosis.



Figur G

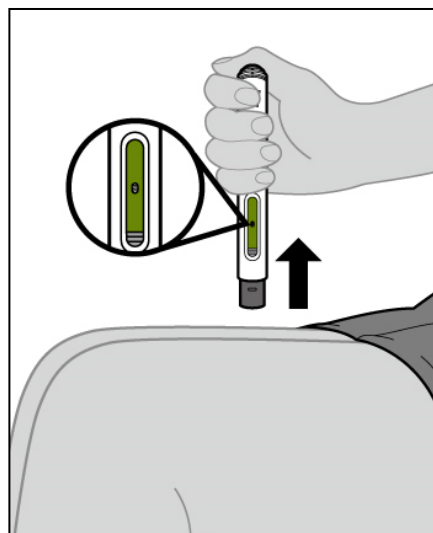
12. Fjern pennen fra injektionsstedet.

- Se på pennen og bekræft, at den Olivengrønne stempelstang fylder vinduet helt.
- Løft pennen fra injektionsstedet (se Figur H).
- Tryk forsigtigt en vatrondel eller gaze mod injektionsstedet og sæt et plaster på efter behov.

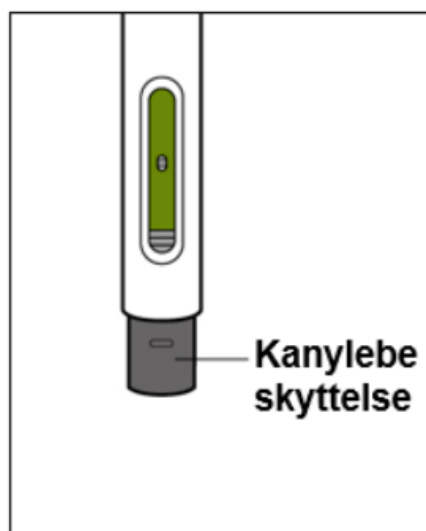
Du **må ikke** gnide på injektionsstedet.

Bemærk: Når du har fjernet pennen fra injektionsstedet, dækkes kanylen automatisk (se Figur I).

Bemærk: Hvis den Olivengrønne stempelstang ikke fylder vinduet helt, har du ikke modtaget den fulde dosis. Benyt i så fald ikke pennen igen. Ring straks til sundhedspersonalet.



Figur H



Figur I

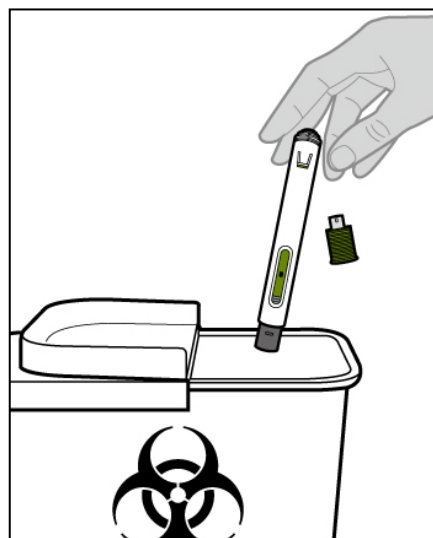
Efter injektionen

13. Bortskaf pennen (se *Figur J*).

- a. Læg den brugte pen i en godkendt beholder til bortskaffelse af skarpe genstande straks efter brug.
- b. Hvis du ikke har en godkendt beholder til bortskaffelse af skarpe genstande, kan du bruge en husholdningsbeholder som:
 - Er lavet af kraftigt plastik;
 - Kan lukkes med et tætsluttende, punkteringsbestandigt låg, så skarpe genstande ikke kan falde ud;
 - Kan stå lodret og stabilt under brug;
 - Ikke er utæt og
 - Er passende markeret med en advarsel om farligt affald inde i beholderen.
- c. Når din beholder til bortskaffelse af skarpe genstande næsten er fuld, skal den bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

Du **må ikke** sætte hættten tilbage på pennen.

Bemærk: Opbevar pennen og beholderen til skarpe genstande utilgængeligt for børn.



Figur J