

BILAG I
PRODUKTRESUMÉ

1. LÆGEMIDLETS NAVN

Vidaza 25 mg/ml pulver til injektionsvæske, suspension

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING

Hvert hætteglas indeholder 100 mg azacitidin. Efter rekonstitution indeholder hver ml suspension 25 mg azacitidin.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

3. LÆGEMIDDELFORM

Pulver til injektionsvæske, suspension.

Hvidt, lyofiliseret pulver.

4. KLINISKE OPLYSNINGER

4.1 Terapeutiske indikationer

Vidaza er indiceret til behandling af voksne patienter, som ikke er egnede til hæmatopoietisk stamcelletransplantation (HSCT), og som lider af:

- intermediær-2 og højrisiko myelodysplastiske syndromer (MDS) i henhold til *International Prognostic Scoring System* (IPSS),
- kronisk myelomonocytleukæmi (CMML) med 10-29 % blaster i marv uden myeloproliferativ sygdom,
- akut myeloid leukæmi (AML) med 20-30 % blaster og multilinjedysplasi i henhold til klassifikationen fra *World Health Organisation* (WHO).
- AML med > 30 % knoglemarvsblaster i henhold til klassifikationen fra WHO.

4.2 Dosering og administration

Behandling med Vidaza bør initieres og monitoreres under supervision af en læge, der har erfaring i anvendelsen af kemoterapeutika. Patienten bør præmedicineres med antiemetika mod kvalme og opkastning.

Dosering

For alle patienter er den anbefalede startdosis i den første behandlingscyklus 75 mg/m² legemsoverflade. Dette gælder uanset de hæmatologiske laboratorieværdier ved behandlingsstart. Behandlingen injiceres subkutant dagligt i 7 dage, efterfulgt af en hvileperiode på 21 dage (28 dages behandlingscyklus).

Det anbefales, at patienterne behandles i mindst 6 cyklusser. Behandling bør fortsætte, så længe patienten drager fordel deraf, eller indtil sygdomsprogression.

Patienterne bør monitoreres for hæmatologisk respons/toksicitet og nyretoksicitet (se pkt. 4.4). Det kan være nødvendigt at udsætte starten af næste cyklus eller reducere dosis som beskrevet herunder.

Vidaza er ikke direkte udskiftelig med oral azacitidin. På grund af forskelle i eksponeringen er anbefalinger vedrørende dosis og tidsintervaller for oral azacitidin forskellige fra dem for injicerbar azacitidin. Det anbefales, at sundhedspersoner verificerer lægemidlets navn, dosis og administrationsvej.

Laboratorieprøver

Leverfunktion, serumkreatinin og serumhydrogencarbonat skal kontrolleres inden behandlingsstart og forud for hver behandlingscyklus. Komplet blodtælling skal foretages inden behandlingsstart og efter behov for at monitorere respons og toksicitet, men som minimum forud for hver behandlingscyklus.

Dosisjustering som følge af hæmatologisk toksicitet:

Hæmatologisk toksicitet defineres som den laveste hæmatologiske parameter (nadir) i en given cyklus, såfremt trombocytterne $\leq 50,0 \times 10^9/l$, og/eller det absolutte neutrofilantal (*Absolute Neutrophil Count*, ANC) $\leq 1 \times 10^9/l$.

Restitueres defineres som en stigning i den/de hæmatologiske parameter/parametre, hvor hæmatologisk toksicitet blev observeret på mindst halvdelen af den absolutte forskel mellem nadirtallet og *baseline*-tallet plus nadirtallet (dvs. den hæmatologiske parameter ved restitution $\geq$ nadirtallet + $(0,5 \times [baseline\text{-tallet} - nadirtallet])$).

Patienter uden reducerede hæmatologiske parametre ved baseline (dvs. hvide blodlegemer (White Blood Cells, WBC) $\geq 3,0 \times 10^9/l$, ANC $\geq 1,5 \times 10^9/l$ og trombocytter $\geq 75,0 \times 10^9/l$) inden første behandling

Hvis der observeres hæmatologisk toksicitet efter behandlingen med Vidaza, bør behandlingen udsættes, indtil trombocytallet og ANC er restitueret. Det er ikke nødvendigt at justere dosis, hvis restitution opnås inden for 14 dage. Hvis restitution imidlertid ikke er opnået inden for 14 dage, bør dosis reduceres i overensstemmelse med følgende tabel. Efter dosisjusteringerne bør cyklusvarigheden atter være 28 dage.

Cyklus nadirtal		Dosis i den næste cyklus, hvis restitution* ikke opnås inden for 14 dage (%)
ANC ($\times 10^9/l$)	Trombocytter ($\times 10^9/l$)	
$\leq 1,0$	$\leq 50,0$	50 %
$> 1,0$	$> 50,0$	100 %

*Restitueres = Givne hæmatologiske parametre $\geq$ nadirtal + $(0,5 \times [baseline\text{-tal} - nadirtal])$

Patienter med reducerede hæmatologiske parametre ved baseline (dvs. WBC $< 3,0 \times 10^9/l$ eller ANC $< 1,5 \times 10^9/l$ eller trombocytter $< 75,0 \times 10^9/l$) inden første behandling

Hvis reduktionen i WBC, ANC eller trombocytter efter behandling med Vidaza er ≤ 50 % i forhold til *baseline*, bør den næste cyklus ikke udsættes, og der bør ikke foretages en dosisjustering. Dette gælder også, hvis reduktionen er på mere end 50 %, hvis der samtidigt konstateres stigning i cellelinjedifferentieringer.

Hvis reduktionen i WBC, ANC eller trombocytter er på mere end 50 % i forhold til reduktionen før behandlingen, og uden forbedring i cellelinjedifferentieringen, bør den næste behandlingscyklus med Vidaza udsættes, indtil trombocytallet og ANC er restitueret. Det er ikke nødvendigt at justere dosis, hvis restitution opnås inden for 14 dage. Hvis restitution imidlertid ikke er opnået inden for 14 dage, bør knoglemarvscellulariteten bestemmes. Hvis knoglemarvscellulariteten er > 50 %, bør der ikke foretages dosisjusteringer. Hvis knoglemarvscellulariteten er ≤ 50 %, bør behandlingen udsættes, og dosis reduceres i overensstemmelse med følgende tabel:

Knoglemarvscellularitet	Dosis i næste cyklus, hvis restitution ikke opnås inden for 14 dage (%)	
	Restitueres* ≤ 21 dage	Restitueres* > 21 dage
15-50 %	100 %	50 %
< 15 %	100 %	33 %

*Restitueres = Givne hæmatologiske parametre $\geq$ nadirtal + $(0,5 \times [baseline\text{-tal} - nadirtal])$

Efter dosisjusteringerne bør varigheden af den næste cyklus atter være 28 dage.

Særlige populationer

Ældre personer

Der foreligger ingen anbefalinger vedrørende dosisjusteringer til ældre patienter. Da ældre patienter har større sandsynlighed for at have nedsat nyrefunktion, kan det være nyttigt at monitorere nyrefunktionen hos disse patienter.

Patienter med nedsat nyrefunktion

Azacitidin kan administreres til patienter med nedsat nyrefunktion uden indledende dosisjustering (se pkt. 5.2). Hvis der forekommer uforklarlige fald i serumhydrogencarbonat til under 20 mmol/l, bør dosis reduceres med 50 % i den næste behandlingscyklus. Hvis der forekommer uforklarlige stigninger i serumkreatinin eller blodureanitrogen (BUN) til ≥ 2 gange over *baseline*-værdierne og over den øvre grænse for normalværdien (*upper limit of normal*, ULN), bør den næste behandlingscyklus udsættes. Behandlingen kan genoptages, når værdierne vender tilbage til normal eller svarende til *baseline*, og dosis bør da reduceres med 50 % i den næste behandlingscyklus (se pkt. 4.4).

Patienter med nedsat leverfunktion

Der er ikke foretaget nogen regelrette undersøgelser af patienter med nedsat leverfunktion (se pkt. 4.4). Patienter med svært nedsat leverfunktion bør monitoreres nøje for uønskede hændelser. Der foreligger ingen anbefalinger vedrørende justering af startdosis for patienter med nedsat leverfunktion, inden behandlingen indledes; dosisjusteringer bør efterfølgende baseres på monitorering af relevante hæmatologiske værdier. Vidaza er kontraindiceret hos patienter med fremskredne, maligne levertumorer (se pkt. 4.3 og 4.4).

Pædiatrisk population

Vidazas sikkerhed og virkning hos børn i alderen 0-17 år er endnu ikke klarlagt. De foreliggende data er beskrevet i pkt. 4.8, 5.1 og 5.2, men der kan ikke gives nogen anbefalinger vedrørende dosering.

Administration

Efter rekonstitution skal Vidaza injiceres subkutant i overarmen, låret eller maven. Der bør skiftes mellem injektionsstederne. Nye injektioner bør indgives mindst 2,5 cm fra det forrige injektionssted og aldrig i områder, hvor vævet er ømt, blodunderløbent, rødt eller hårdt.

Efter rekonstitution må suspensionen ikke filtreres. For instruktioner om rekonstitution af lægemidlet før administration, se pkt. 6.6.

4.3 Kontraindikationer

Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i pkt. 6.1.

Fremskredne, maligne levertumorer (se pkt. 4.4).

Amning (se pkt. 4.6)

4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen

Hæmatologisk toksicitet

Behandling med azacitidin er associeret med anæmi, neutropeni og trombocytopeni, især under de første 2 behandlingscykluser (se pkt. 4.8). Komplet blodtælling bør foretages efter behov for at monitorere respons og toksicitet og bør som minimum udføres forud for hver behandlingscyclus. Den anbefalede dosis bør anvendes til den første behandlingscyklus. Dosis for de efterfølgende behandlingscykluser bør reduceres, eller administrationen udsættes, afhængig af nadirtal og det opnåede hæmatologiske respons (se pkt. 4.2). Patienter skal opfordres til straks at indberette feberepisoder. Både patienter og læger opfordres ligeledes til at være opmærksomme på objektive tegn og symptomer på blødning.

Nedsat leverfunktion

Der er ikke foretaget nogen regelrette undersøgelser af patienter med nedsat leverfunktion. Hos patienter med omfattende tumorbyrde pga. metastatisk sygdom er der rapporteret progressiv leverkoma og dødsfald under behandlingen med azacitidin, især hos patienter med *baseline*-serumalbumin < 30 g/l. Azacitidin er kontraindiceret hos patienter med fremskredne, maligne levertumorer (se pkt. 4.3).

Nedsat nyrefunktion

Nyrepåvirkning, der rækker fra forhøjet serumkreatinin til decideret nyresvigt og død, er blevet rapporteret hos patienter i kombinationsbehandling med intravenøs azacitidin og andre kemoterapeutika. Derudover er der blevet konstateret renal tubulær acidose, der defineres som et fald i serumhydrogencarbonat til < 20 mmol/l ved samtidig forekomst af alkalisk urin og hypokalæmi (serumkalium < 3 mmol/l) hos 5 personer med kronisk myeloid leukæmi (CML) i behandling med azacitidin og etoposid. Hvis der forekommer uforklarlige fald i serumhydrogencarbonat (< 20 mmol/l) eller stigning i serumkreatinin eller BUN, bør dosis reduceres, eller administrationen udsættes (se pkt. 4.2).

Patienterne skal rådes til straks at rapportere oliguri og anuri til sundhedspersonalet.

Selvom der ikke blev bemærket nogen klinisk relevante forskelle i hyppigheden af bivirkninger hos personer med normal nyrefunktion sammenlignet med personer med nedsat nyrefunktion, bør patienter med nedsat nyrefunktion monitoreres nøje for toksicitet, da azacitidin og/eller dets metabolitter primært udskilles af nyrerne (se pkt. 4.2).

Laboratorieprøver

Leverfunktion, serumkreatinin og serumhydrogencarbonat skal kontrolleres inden behandlingsstart og forud for hver behandlingscyklus. Komplet blodtælling skal foretages inden behandlingsstart og efter behov for at monitorere respons og toksicitet, men som minimum forud for hver behandlingscyklus, se også pkt. 4.8.

Hjerte- og lungesygdom

Patienter med svært kongestivt hjertesvigt, klinisk ustabil hjertesygdom eller lungesygdom i anamnesen blev ekskluderet fra de pivotale registreringsstudier (AZA PH GL 2003 CL 001 og AZA-AML-001), og azacitidins sikkerhed og virkning hos disse patienter er derfor ikke klarlagt. Nylige data fra et klinisk studie hos patienter med kardiovaskulær sygdom eller lungesygdom i anamnesen viste en signifikant øget forekomst af kardiale hændelser med azacitidin (se pkt. 4.8). Der bør derfor udvises forsigtighed, når azacitidin ordineres til disse patienter. Kardiopulmonal vurdering før og under behandling bør overvejes.

Nekrotiserende fasciitis

Nekrotiserende fasciitis, herunder med dødeligt udfald, er blevet rapporteret hos patienter i behandling med Vidaza. Behandling med Vidaza bør seponeres hos patienter, der udvikler nekrotiserende fasciitis, og der skal omgående påbegyndes passende behandling.

Tumorlysesyndrom

Det er de patienter, der har stor tumorbyrde inden behandlingen, som har risiko for at få tumorlysesyndrom. Disse patienter skal monitoreres nøje, og der skal tages passende forholdsregler.

Differentieringssyndrom

Der er rapporteret tilfælde af differentieringssyndrom (også kendt som retinoinisyresyndrom) hos patienter, som fik injicerbar azacitidin. Differentieringssyndrom kan være dødeligt, og symptomer og kliniske fund omfatter respirationsbesvær, lungeinfiltrater, feber, udslæt, lungeødem, perifert ødem, hurtig vægtøgning, pleuraeffusion, perikardieffusion, hypotension og nedsat nyrefunktion (se pkt. 4.8). Behandling med høje doser intravenøs kortikosteroider og hæmodynamisk monitorering skal overvejes ved debut af symptomer eller tegn, der tyder på differentieringssyndrom. Midlertidig seponering af injicerbar azacitidin skal overvejes, indtil symptomerne er forsvundet, og forsigtighed tilrådes ved genoptagelse.

4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion

På baggrund af *in vitro*-data ser azacitidinmetabolismen ikke ud til at være medieret af CYP-isoenzym, UDP-glucuronosyltransferaser (UGT'er), sulfotransferaser (SULT'er) eller glutathiontransferaser (GST'er). Interaktioner i forbindelse med disse metaboliserende enzymer *in vivo* anses derfor for at være usandsynlige.

Klinisk signifikant inhibitorisk eller induktiv virkning af azacitidin på CYP-isoenzym er usandsynlig (se pkt. 5.2).

Der er ikke udført formelle kliniske interaktionsstudier med azacitidin.

4.6 Fertilitet, graviditet og amning

Kvinder i den fertile alder / Kontraception til mænd og kvinder

Kvinder i den fertile alder skal anvende sikker kontraception under behandlingen og i mindst 6 måneder efter behandlingen. Mænd skal frarådes at blive far til et barn, mens de er i behandling, og de skal bruge sikker kontraception under behandlingen og i 3 måneder efter behandlingen.

Graviditet

Der er utilstrækkelige data fra anvendelse af azacitidin til gravide kvinder. Dyreforsøg med mus har påvist reproduktionstoksicitet (se pkt. 5.3). Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. På baggrund af resultater fra dyreforsøg og azacitidins virkningsmekanisme bør dette stof kun anvendes på tvingende indikation til gravide, især i første trimester. Fordelene ved behandling bør opvejes i forhold til den mulige risiko for fostret i hvert enkelt tilfælde.

Amning

Det er ukendt, om azacitidin/metabolitter udskilles i human mælk. På grund af de potentielt alvorlige bivirkninger hos det ammede barn er amning kontraindiceret under behandling med azacitidin.

Fertilitet

Der er ingen data fra mennesker om azacitidins indvirkning på fertiliteten. Hos dyr er uønskede virkninger på fertiliteten hos hanner ved anvendelse af azacitidin blevet dokumenteret (se pkt. 5.3). Mandlige patienter bør opfordres til at søge rådgivning om opbevaring af sæd, inden behandlingen påbegyndes.

4.7 Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner

Azacitidin påvirker i mindre eller moderat grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. Træthed er blevet rapporteret med anvendelsen af azacitidin. Der skal derfor rådes til forsigtighed, når der føres motorkøretøj eller betjenes maskiner.

4.8 Bivirkninger

Resumé af sikkerhedsprofil

Voksenpopulation med MDS, CMML og AML (20-30 % knoglemarvsblaster)

Bivirkninger, der muligvis eller sandsynligvis kan relateres til administrationen af Vidaza, forekom hos 97 % af patienterne.

De hyppigst rapporterede alvorlige bivirkninger, der blev observeret i det pivotale studie (AZA PH GL 2003 CL 001), omfattede febril neutropeni (8,0 %) og anæmi (2,3 %), som også blev rapporteret i de understøttende studier (CALGB 9221 og CALGB 8921). Andre alvorlige bivirkninger fra disse 3 studier omfattede infektioner såsom neutropen sepsis (0,8 %) og pneumoni (2,5 %) (nogle

med dødeligt udfald), trombocytopeni (3,5 %), overfølsomhedsreaktioner (0,25 %) og blødninger (f.eks. cerebral blødning [0,5 %], mave-tarm-blødning [0,8 %] og intrakraniell blødning [0,5 %]).

De hyppigst rapporterede bivirkninger ved behandlingen med azacitidin var hæmatologiske (71,4 %), herunder trombocytopeni, neutropeni og leukopeni (oftest grad 3-4), symptomer fra mave-tarmkanalen (60,6 %), herunder kvalme og opkastning (oftest grad 1-2) eller reaktioner på injektionsstedet (77,1 %; oftest grad 1-2).

Voksenpopulation i alderen 65 år eller derover med AML med > 30 % knoglemarvsblaster

De hyppigste alvorlige bivirkninger (≥ 10 %) registreret fra AZA-AML-001 i azacitidin-armen omfattede febril neutropeni (25,0 %), pneumoni (20,3 %) og pyreksi (10,6 %). Andre mindre hyppigt rapporterede alvorlige bivirkninger i azacitidin-armen omfattede sepsis (5,1 %), anæmi (4,2 %), neutropen sepsis (3,0 %), urinvejsinfektion (3,0 %), trombocytopeni (2,5 %), neutropeni (2,1 %), cellulitis (2,1 %), svimmelhed (2,1 %) og dyspnø (2,1 %).

De hyppigst rapporterede (≥ 30 %) bivirkninger ved behandlingen med azacitidin var gastrointestinale hændelser, herunder forstoppelse (41,9 %), kvalme (39,8 %) og diarré (36,9 %; normalt grad 1-2), almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet, herunder pyreksi (37,7 %, normalt grad 1-2) og hæmatologiske hændelser, herunder febril neutropeni (32,2 %) og neutropeni (30,1 %; normalt grad 3-4).

Tabel over bivirkninger

Nedenstående tabel 1 indeholder bivirkninger forbundet med behandlingen med azacitidin registreret i de primære kliniske studier af MDS og AML og overvågning efter markedsføring.

Hyppighederne defineres som: 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. Bivirkningerne er opstillet i tabellen nedenunder i henhold til den højeste observerede hyppighed i alle de primære kliniske studier.

Tabel 1: Bivirkninger rapporteret hos patienter med MDS eller AML i behandling med azacitidin (kliniske studier og erfaring efter markedsføring)

Systemorgan-klasse	Meget almindelig	Almindelig	Ikke almindelig	Sjælden	Ikke kendt
Infektioner og parasitære sygdomme	pneumoni* (herunder forårsaget af bakterier, virus eller svampe), nasopharyngitis	sepsis* (herunder forårsaget af bakterier, virus eller svampe), neutropen sepsis*, luftvejsinfektion (herunder i øvre luftveje og bronkitis), urinvejsinfektion, cellulitis, divertikulitis, oral svampeinfektion, sinusitis, pharyngitis, rhinitis, herpes simplex, hudinfektion			nekrotiserende fasciitis*

Systemorgan- klasse	Meget almindelig	Almindelig	Ikke almindelig	Sjælden	Ikke kendt
Benigne, maligne og uspecificerede tumorer (inkl.cyster og polypper)					differenti- eringssyn- drom ^{*, a}
Blod og lymfesystem	febril neutropeni*, neutropeni, leukopeni, trombocytopeni, anæmi	pancytopeni*, knoglemarvsvigt			
Immunsystemet			Overfølsom- hedsreaktioner		
Metabolisme og ernæring	anoreksi, appetitløshed, hypokaliæmi	dehydrering		Tumorlyse- syndrom	
Psykiske forstyrrelser	søvnløshed	konfusions- tilstand, angst			
Nervesystemet	svimmelhed, hovedpine	intrakraniell blødning*, synkope, døsighed, letargi			
Øjne		øjenblødning, konjunktival blødning			
Hjerte		perikardie- effusion	perikarditis		
Vaskulære sygdomme		hypotension*, hypertension, ortostatisk hypotension, hæmatom			
Luftveje, thorax og mediastinum	dyspnø, epistaxis	pleuraeffusion, dyspnø ved anstrengelse, pharyngo- laryngeal smerte		interstitiel lunge- sygdom	
Mave-tarm- kanalen	diarré, opkastning, konstipation, kvalme, mavesmerter (herunder smerter i øvre abdomen og mavebesvær)	gastrointestinal blødning* (herunder blødning i munden), hæmoride- blødning, stomatitis, gingival blødning, dyspepsi			
Lever og galdeveje			leversvigt*, progressiv leverkoma		
Hud og subkutane væv	petekkier, pruritus (herunder generaliseret), udslæt, ekkymoser	purpura, alopeci, urticaria, erytem, makulært udslæt	akut febril neutrofil dermatose, pyoderma gangrenosum		kutan vaskulitis

Systemorgan-klasse	Meget almindelig	Almindelig	Ikke almindelig	Sjælden	Ikke kendt
Knogler, led, muskler og bindevæv	artralgi, muskuloskeletale smerter (herunder ryg, knogler og ekstremiteter)	muskelspasmer, myalgi			
Nyrer og urinveje		nyresvigt*, hæmaturi, forhøjet serumkreatinin	renal tubulær acidose		
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	pyreksi*, træthed, asteni, brystsmerter, erytem på injektionsstedet, smerte på injektionsstedet, reaktion på injektionsstedet (uspecificeret)	blå mærker, hæmatom, induration, udslæt, pruritus, inflammation, misfarvning, noduli og blødning (på injektionsstedet), utilpashed, kulderystelser, blødning på kateterstedet		nekrose ved injektionsstedet	
Undersøgelser	vægttab				

* = der er i sjældne tilfælde rapporteret letale tilfælde

^a = se pkt. 4.4

Beskrivelse af udvalgte bivirkninger

Hæmatologiske bivirkninger

De hyppigst rapporterede ($\geq 10\%$) hæmatologiske bivirkninger, der blev relateret til behandling med azacitidin, omfatter anæmi, trombocytopeni, neutropeni, febril neutropeni og leukopeni.

Sværhedsgraden blev sædvanligvis anført som grad 3 eller 4. Der var størst risiko for, at disse bivirkninger opstod i løbet af de første 2 behandlingscykluser. Herefter forekom de mindre hyppigt hos patienter med genoprettet hæmatologisk funktion. De fleste hæmatologiske bivirkninger blev håndteret ved hjælp af rutinemæssig komplet blodtælling kombineret med udsættelse af næste cyklus af azacitidin, profylaktiske antibiotika og/eller understøttende behandling med vækstfaktorer (f.eks. G-CSF) mod neutropeni samt transfusioner mod anæmi eller trombocytopeni efter behov.

Infektioner

Myelosuppression kan føre til neutropeni og øget infektionsrisiko. Alvorlige bivirkninger, såsom sepsis, herunder neutropen sepsis og pneumoni, til tider med dødeligt udfald, blev rapporteret hos patienter, der fik azacitidin. Infektioner kan håndteres med anvendelse af antiinfektiva samt understøttende behandling med vækstfaktorer (f.eks. G-CSF) mod neutropeni.

Blødning

Der kan forekomme blødninger hos patienter, der får azacitidin. Alvorlige bivirkninger, såsom gastrointestinal blødning og intrakraniell blødning, er blevet rapporteret. Patienter bør monitoreres for objektive tegn og for symptomer på blødning - især patienter, som har forudgående eller behandlingsrelateret trombocytopeni.

Overfølsomhed

Der er rapporteret alvorlige overfølsomhedsreaktioner hos patienter, der får azacitidin. I tilfælde af en anafylaktisk-lignende reaktion bør behandlingen med azacitidin øjeblikkeligt seponeres, og en passende symptomatisk behandling indledes.

Bivirkninger i hud og subkutant væv

Størstedelen af bivirkningerne i hud og subkutant væv kunne henføres til injektionsstedet. I de pivotale studier førte ingen af disse bivirkninger til seponering eller dosisreduktion af azacitidin. Størstedelen af bivirkningerne opstod i løbet af de første 2 behandlingscykluser og havde tendens til at aftage i de efterfølgende cykluser. Subkutane bivirkninger, som f.eks. udslæt/inflammation/pruritus på injektionsstedet, udslæt, erytem og hudlæsion, kan kræve samtidig behandling med andre lægemidler, som f. eks. antihistaminer, kortikosteroider og non-steroid antiinflammatoriske lægemidler (NSAID). Disse kutane reaktioner skal adskilles fra infektion i bløddele, som til tider forekommer på injektionsstedet. Infektion i bløddele, herunder cellulitis og nekrotiserende fasciitis, i sjældne tilfælde med dødeligt udfald, er blevet rapporteret med azacitidin efter markedsføring. For klinisk behandling af infektiøse bivirkninger, se pkt. 4.8 Infektioner.

Bivirkninger i mave-tarm-kanalen

De hyppigst rapporterede bivirkninger i mave-tarm-kanalen relateret til azacitidinbehandling inkluderede konstipation, diarré, kvalme og opkastning. Disse bivirkninger blev behandlet symptomatisk med antiemetika mod kvalme og opkastning, anti-diarré midler mod diarré og laksantia og/eller blødgørende afføringsmidler mod konstipation.

Renale bivirkninger

Unormal nyrefunktion, der rækker fra forhøjet serumkreatinin og hæmaturi til renal tubulær acidose, nyresvigt og død, er blevet rapporteret hos patienter i behandling med azacitidin (se pkt. 4.4).

Leverbivirkninger

Hos patienter med omfattende tumorbyrde pga. metastatisk sygdom er leversvigt, progressiv leverkoma og død under behandlingen med azacitidin blevet rapporteret (se pkt. 4.4).

Kardiale hændelser

Data fra et klinisk studie, der tillod inklusion af patienter med kardiovaskulær sygdom eller lungesygdom i anamnesen, viste en øget forekomst af kardiale hændelser hos patienter med nydiagnosticeret AML i behandling med azacitidin (se pkt. 4.4).

Ældre population

Der er begrænsede sikkerhedsoplysninger for azacitidin hos patienter ≥ 85 år (med 14 [5,9 %] patienter ≥ 85 år behandlet i AZA-AML-001-studiet).

Pædiatrisk population

I AZA-JMML-001-studiet blev 28 pædiatriske patienter (1 måned til under 18 år gamle) behandlet med Vidaza for MDS (n = 10) eller juvenil myelomonocytisk leukæmi (JMML) (n = 18) (se pkt. 5.1)

Alle 28 patienter oplevede mindst 1 bivirkning, og 17 (60,7 %) oplevede mindst 1 behandlingsrelateret bivirkning. De hyppigst rapporterede bivirkning i den samlede pædiatriske population var pyrexia, hæmatologiske hændelser inklusive anæmi, trombocytopeni og febril neutropeni samt gastrointestinale hændelser inklusive forstoppelse og opkastning.

Tre (3) personer oplevede en bivirkning, som førte til seponering af lægemidlet (pyrexia, sygdomsprogression og mavesmerter).

I AZA-AML-004-studiet blev 7 pædiatriske patienter (fra 2 til 12 år gamle) behandlet med Vidaza for AML i molekylært recidiv efter første komplette remission [CR1] (se pkt. 5.1)

Alle 7 patienter oplevede mindst 1 behandlingsrelateret bivirkning. De hyppigst rapporterede bivirkninger var neutropeni, kvalme, leukopeni, trombocytopeni, diarré og øget alanin aminotransferase (ALAT). To patienter oplevede en behandlingsrelateret hændelse, som førte til dosisafbrydelse (febril neutropeni, neutropeni).

Der blev ikke identificeret nye sikkerhedssignaler i det begrænsede antal pædiatriske patienter, der blev behandlet med Vidaza i løbet af det kliniske studie. Den samlede sikkerhedsprofil var i overensstemmelse med sikkerhedsprofilen hos voksne population.

Indberetning af formodede bivirkninger

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

4.9 Overdosering

Der blev rapporteret ét tilfælde af overdosering med azacitidin under de kliniske studier. En patient fik diarré, kvalme og opkastning efter at have fået en enkelt intravenøs dosis af ca. 290 mg/m², hvilket er næsten 4 gange den anbefalede startdosis.

I tilfælde af overdosering bør patienten monitoreres med passende analyser af de relevante hæmatologiske parametre og modtage understøttende behandling, såfremt det er nødvendigt. Der er ingen kendt specifik antidot mod overdosering af azacitidin.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER

5.1 Farmakodynamiske egenskaber

Farmakoterapeutisk klassifikation: Antineoplastiske midler, pyrimidin-analoger; ATC-kode: L01BC07

Virkningsmekanisme

Det vurderes, at Azacitidin udøver sine antineoplastiske virkninger ved flere mekanismer, herunder cytotoxicitet på abnorme hæmatopoietiske celler i knoglemarven og hypometylering af DNA. Azacitidins cytotoxiske virkninger kan forklares ud fra flere mekanismer, herunder hæmning af DNA-, RNA- og proteinsyntese, inkorporering i RNA og DNA og aktivering af mekanismer, der fører til DNA-skade. Non-prolifererende celler er relativt ufølsomme over for azacitidin. Inkorporering af azacitidin i DNA resulterer i inaktivering af DNA-metyltransferaser, hvilket fører til hypometylering af DNA. DNA-hypometylering af afvigende metylerede gener, der er involveret i regulering af normal cellecyklus, differentiering og celledød, kan resultere i reekspression af genet og genopretning af cancersupprimerende funktioner til cancerceller. Det er ikke fastlagt, hvordan vægtningen af azacitidins forskellige effekter på henholdsvis DNA-hypometylering, cytotoxicitet og andre virkninger kan relateres til de kliniske resultater.

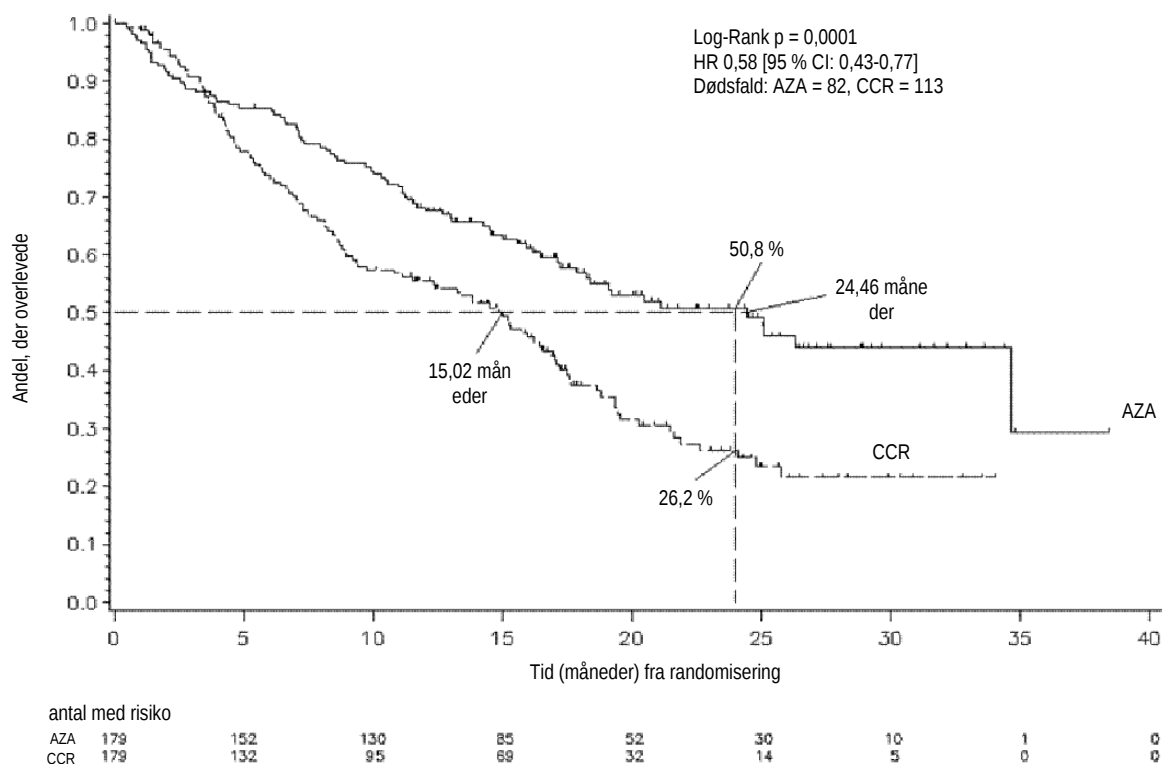
Klinisk virkning og sikkerhed

Voksenpopulation (MDS, CMML og AML [20-30 % knoglemarvsblaster])

Vidazas virkning og sikkerhed blev undersøgt i et internationalt, kontrolleret, open-label, randomiseret, komparativt, parallelt-gruppe, fase 3-multicenterstudie (AZA PH GL 2003 CL 001) hos voksne patienter med: intermediær-2 og højrisiko MDS i henhold til *International Prognostic Scoring System* (IPSS), refraktær anæmi med overskud af blaster (RAEB), refraktær anæmi med overskud af blaster i transformation (RAEB-T) og modificeret kronisk myelomonocytleukæmi (mCMML) i henhold til *French American British*-(FAB-) klassifikationen. RAEB-T-patienter (21-30 % blaster) anses nu for at være AML-patienter i henhold til den gældende WHO-klassifikation. Azacitidin plus "bedste understøttende behandling" ("*best supportive care*", BSC) (n = 179) blev sammenlignet med konventionelle behandlingsregimer ("*Conventional Care Regimens*", CCR). CCR bestod af BSC alene (n = 105), lavdosis cytarabin plus BSC (n = 49) eller standard induktionskemoterapi plus BSC (n = 25). Patienter blev udvalgt forud af deres læge til 1 af de 3 CCR'er inden randomiseringen. Patienterne fik dette prædefinerede regime, hvis de ikke blev randomiseret til Vidaza. Som en del af inklusionskriterierne var det påkrævet, at patienterne skulle have en performancestatus på 0-2 i henhold til *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Patienter med sekundær MDS blev ekskluderet fra studiet. Studiets primære endepunkt var Overall Survival. Vidaza blev administreret

ved en subkutan dosis på 75 mg/m² dagligt i 7 dage, efterfulgt af en hvileperiode på 21 dage (28 dages behandlingscyklus) i en median på 9 cyklusser (range = 1-39) og et gennemsnit på 10,2 cyklusser. Medianalderen inden for "Intent to Treat"-populationen (ITT) var 69 år (range fra 38 til 88 år).

I ITT-analysen af 358 patienter (179 azacitidin og 179 CCR), var behandling med Vidaza associeret med en medianoverlevelse på 24,46 måneder kontra 15,02 måneder for de patienter, der fik CCR-behandling. Dette er en forskel på 9,4 måneder med en stratificeret log-rank p-værdi på 0,0001. Hazard ratio (HR) for behandlingseffekten, var 0,58 (95 % CI: 0,43; 0,77). To-års overlevelsesseraterne var 50,8 % hos patienter, der fik azacitidin kontra 26,2 % for patienter, der fik CCR (p < 0,0001).



FORKORTELSER: AZA = azacitidin; CCR = konventionelle behandlingsregimer (conventional care regimens); CI = konfidensinterval; HR = hazard ratio

Overlevelsesevinsten ved Vidaza var konsekvent, uanset hvilken CCR-behandlingsoption (BSC alene, lavdosis cytarabin plus BSC eller standard induktionskemoterapi plus BSC), der blev anvendt i kontrolgruppen.

Ved analyse af cytogenetiske undergrupper i henhold til IPSS, blev der observeret lignende fund mht. den mediane, samlede overlevelse i alle grupper (god, intermediaær, ringe cytogenetik, herunder monosomi 7).

Ved analyser af aldersundergrupper blev der observeret en stigning i den mediane samlede overlevelse for alle grupper (< 65 år, ≥ 65 år og ≥ 75 år).

Behandling med Vidaza var associeret med en median tid til dødsfald eller transformation til AML på 13,0 måneder kontra 7,6 måneder for de patienter, der fik CCR-behandling, hvilket er en forbedring på 5,4 måneder med en stratificeret log-rank p-værdi på 0,0025.

Behandling med Vidaza var ligeledes associeret med en reduktion i cytopenier og deres relaterede symptomer. Behandling med Vidaza førte til et reduceret behov for transfusioner med røde blodlegemer (RBC) og trombocytter. Af de patienter i azacitidgruppen, som var afhængige af transfusion af røde blodlegemer ved *baseline*, blev 45,0 % uafhængige af transfusion med røde blodlegemer under behandlingsperioden, sammenlignet med 11,4 % af patienterne i den kombinerede CCR-gruppe (en statistisk signifikant (p < 0,0001) forskel på 33,6 % (95 % CI: 22,4; 44,6)). Hos de

patienter, som var afhængige af transfusion med røde blodlegemer ved *baseline*, og som blev uafhængige, var den mediane varighed af transfusionsafhængigheden med røde blodlegemer 13 måneder i azacitidingruppen.

Responsen blev vurderet af investigatoren eller af den uafhængige evalueringskomité (*Independent Review Committee*, IRC). Samlet respons (komplet remission [CR]+ partiel remission [PR], som fastlagt af investigatoren, var 29 % i azacitidingruppen og 12 % i den kombinerede CCR-gruppe ($p = 0,0001$). Samlet respons (CR + PR), som fastlagt af den uafhængige evalueringskomité (IRC) i undersøgelsen AZA PH GL 2003 CL 001, var 7 % (12/179) i azacitidingruppen sammenlignet med 1 % (2/179) i den kombinerede CCR-gruppe ($p = 0,0113$). Forskellene mellem IRC'er og investigatorens vurderinger af respons var en konsekvens af kriterierne i den internationale arbejdsgruppe (*International Working Group*, IWG), som kræver forbedring i perifere blodtællinger og opretholdelse af disse forbedringer i mindst 56 dage. En overlevelsesfordel blev ligeledes påvist hos patienter, som ikke havde opnået et komplet/partielt respons efter behandling med azacitidin. Hæmatologisk forbedring (større eller mindre), som fastlagt af den uafhængige evalueringskomité (IRC), blev opnået hos 49 % af de patienter, som fik azacitidin, sammenlignet med 29 % af de patienter, som blev behandlet med kombineret CCR ($p < 0,0001$).

Hos patienter med en eller flere cytogenetiske anomalier ved *baseline* var procentdelen af de patienter, som opnåede større cytogenetisk respons, ens i azacitidingruppen og den kombinerede CCR-gruppe. Mindre cytogenetisk respons var statistisk signifikant ($p = 0,0015$) højere i azacitidingruppen (34 %) sammenlignet med den kombinerede CCR-gruppe (10 %).

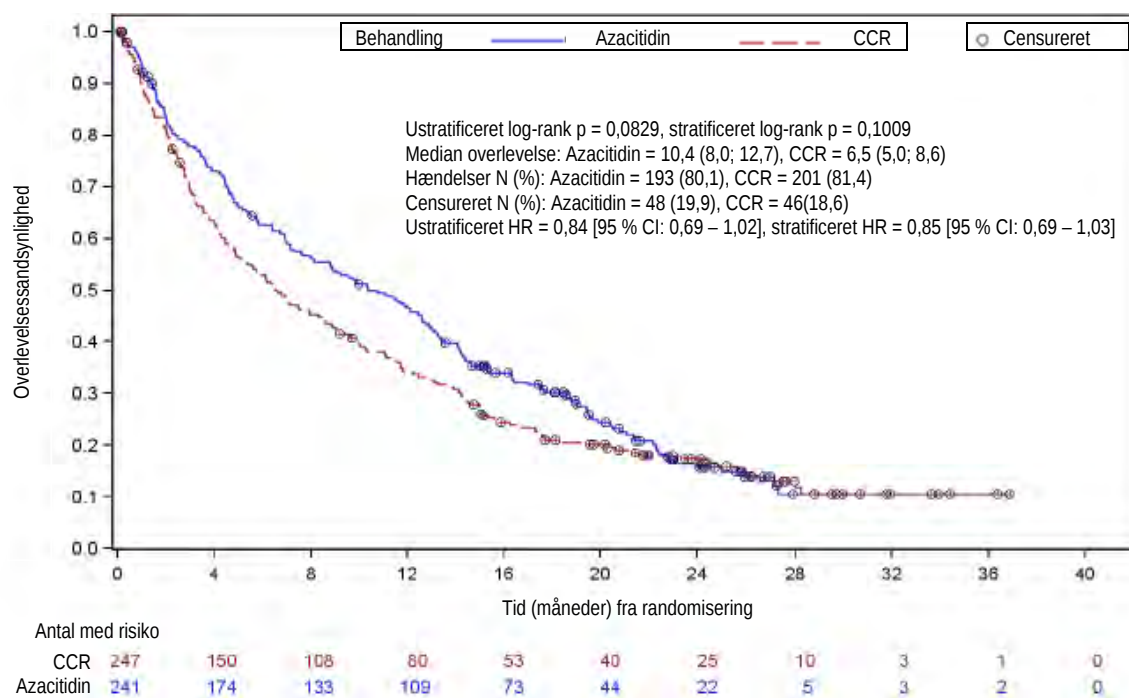
Voksen population i alderen 65 år og derover med AML med > 30 % knoglemarvsblaster
Resultaterne vist nedenfor udgør *intent-to-treat*-populationen undersøgt i AZA-AML-001 (se pkt. 4.1 for den godkendte indikation).

Vidazas virkning og sikkerhed blev undersøgt i et internationalt, kontrolleret, åbent fase III-multicenterstudie med parallelle grupper hos patienter i alderen 65 år og derover med nydiagnosticeret *de novo* eller sekundær AML med > 30 % knoglemarvsblaster i henhold til WHO-klassifikationen, som ikke var egnede til HSCT. Vidaza plus BSC ($n = 241$) blev sammenlignet med CCR. CCR bestod af BSC alene ($n = 45$), lavdosis-cytarabin plus BSC ($n = 158$) eller standard intensiv kemoterapi med cytarabin og antracyclin plus BSC ($n = 44$). Patienterne blev tildelt 1 ud af de 3 CCR'er af deres læge før randomisering. Patienterne fik det tildelte behandlingsprogram, hvis de ikke blev randomiseret til Vidaza. Som en del af inklusionskriterierne skulle patienterne have en ECOG-præstationsstatus på 0-2 og intermediær eller lav risiko for cytogenetiske anomalier. Det primære endepunkt i studiet var samlet overlevelse.

Vidaza blev administreret med en dosis på 75 mg/m²/dag s.c. i 7 dage efterfulgt af en hvileperiode på 21 dage (28 dages behandlingscyklus) i median 6 cyklusser (interval 1 til 28), patienter, der kun fik BSC, fik median 3 cyklusser (interval 1 til 20), patienter med lavdosis-cytarabin median 4 cyklusser (interval 1 til 25) og patienter i behandling med standard intensiv kemoterapi median 2 cyklusser (interval 1 til 3, induktionscyklus plus 1 eller 2 konsolideringscyklusser).

De individuelle *baseline*-parametre var sammenlignelige mellem grupperne med Vidaza og CCR. Medianalderen var 75,0 år (interval 64 til 91 år), 75,2 % var kauasiere, og 59,0 % var mænd. Ved *baseline* blev 60,7 % klassificeret til at have AML uden nærmere specifikation, 32,4 % havde AML med myelodysplasi-relaterede ændringer, 4,1 % havde behandlingsrelaterede myeloide neoplasmer, og 2,9 % havde AML med tilbagevendende genetiske anomalier i henhold til WHO-klassifikationen.

I ITT-analysen med 488 patienter (241 Vidaza og 247 CCR) blev behandling med Vidaza forbundet med en median overlevelse på 10,4 måneder *versus* 6,5 måneder for patienter i behandling med CCR, en forskel på 3,8 måneder, med en stratificeret log-rank p -værdi på 0,1009 (to-sidet). *Hazard ratio* for behandlingseffekt var 0,85 (95 % CI = 0,69; 1,03). Overlevelsesrate efter et år var 46,5 % hos patienter i behandling med Vidaza *versus* 34,3 % hos patienter, der fik CCR.



Cox-PH-modellen justeret for præspecificerede prognostiske faktorer ved baseline definerede en HR for Vidaza versus CCR på 0,80 (95 % CI = 0,66; 0,99; $p = 0,0355$).

Selvom studiet ikke havde styrke til at vise en statistisk signifikant forskel ved sammenligning af azacitidin med præselektions-CCR-behandlingsgrupperne, var overlevelsesfordelen ved Vidaza desuden længere ved sammenligning med CCR-behandlingsmulighederne BSC alene, lavdosis-cytarabin plus BSC, og den var sammenlignelig med standard intensiv kemoterapi plus BSC.

I alle de præspecificerede undergrupper (alder [< 75 år og ≥ 75 år], køn, race, ECOG-præstationsstatus [0 eller 1 og 2], cytogenetisk risiko ved *baseline* [intermediær og ringe], geografisk region, WHO-klassifikation af AML [herunder AML med myelodysplasi-relaterede ændringer], antallet af hvide blodlegemer ved *baseline* [$\leq 5 \times 10^9/l$ og $> 5 \times 10^9/l$], knoglemarvsblaster ved *baseline* [≤ 50 % og > 50 %] samt tidligere MDS) var der en tendens til en OS-fordel for Vidaza. I enkelte præspecificerede undergrupper nåede OS HR statistisk signifikans, herunder hos patienter med lille cytogenetisk risiko, patienter med AML med myelodysplasi-relaterede ændringer, patienter < 75 år, kvindelige patienter og hvide patienter.

Hæmatologisk og cytogenetisk respons blev vurderet af investigatoren og af IRC med sammenlignelige resultater. Den samlede responsrate (fuldstændig remission [CR] + fuldstændig remission med ufuldstændig genetablering af antal blodlegemer [CRi]) bedømt af IRC var 27,8 % i gruppen med Vidaza og 25,1 % i den kombinerede CCR-gruppe ($p = 0,5384$). Hos patienter, der opnåede CR eller CRi, var den mediane remissionsvarighed 10,4 måneder (95 % CI = 7,2; 15,2) for Vidaza-gruppen og 12,3 måneder (95 % CI = 9,0; 17,0) for CCR-gruppen. Der blev også vist overlevelsesfordel hos patienter, der ikke havde opnået et fuldstændigt respons, for Vidaza, sammenlignet med CCR.

Behandling med Vidaza forbedrede de perifere blodtal og førte til et nedsat behov for transfusion af røde blodlegemer og blodplader. En patient blev anset for at være afhængig af transfusion af røde blodlegemer eller blodplader ved *baseline*, hvis personen havde fået en eller flere transfusioner af røde blodlegemer eller blodplader i løbet af de 56 dage (8 uger) hhv. under eller før randomisering. En patient blev anset for ikke at være afhængig af transfusion af røde blodlegemer eller blodplader i løbet af behandlingsperioden, hvis personen ikke havde fået transfusion af hhv. røde blodlegemer eller blodplader i løbet af nogen af de fortløbende 56 dage i rapporteringsperioden.

Ud af patienterne i Vidaza-gruppen, som var afhængige af transfusion af røde blodlegemer ved *baseline*, blev 38,5 % (95 % CI = 31,1; 46,2) uafhængige af transfusion af røde blodlegemer i løbet af

behandlingsperioden, sammenlignet med 27,6 % (95 % CI = 20,9; 35,1) af patienterne i de kombinerede CCR-grupper. Hos patienter, der var afhængige af transfusion af røde blodlegemer ved *baseline*, og som opnåede transfusionsuafhængighed i løbet af behandlingen, var den mediane varighed af transfusionsuafhængigheden af røde blodlegemer 13,9 måneder i Vidaza-gruppen, og det blev ikke opnået i CCR-gruppen.

Ud af patienterne i Vidaza-gruppen, som var afhængige af transfusion af blodplader ved *baseline*, blev 40,6 % (95 % CI = 30,9; 50,8) uafhængige af transfusion af blodplader i løbet af behandlingsperioden, sammenlignet med 29,3 % (95 % CI = 19,7; 40,4) af patienterne i de kombinerede CCR-grupper. Hos patienter, der var afhængige af transfusion af blodplader ved *baseline*, og som opnåede transfusionsuafhængighed i løbet af behandlingen, var den mediane varighed af transfusionsuafhængigheden af blodplader 10,8 måneder i Vidaza-gruppen, og 19,2 måneder i CCR-gruppen.

Sundhedsrelateret livskvalitet (*Health- Related Quality of Life*, HRQoL) blev vurderet ved hjælp af *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30). HRQoL-data kunne analyseres for en undergruppe af hele studiepopulationen. Selvom der er begrænsninger i analysen, tyder de tilgængelige data på, at patienterne ikke oplever betydelige forringelser i livskvalitet under behandling med Vidaza.

Pædiatrisk population

AZA-JMML-001-studiet var et fase 2, internationalt, åbent multicenter-studie til evaluering Vidazas farmakokinetik, farmakodynamik, sikkerhed og aktivitet forud for HSCT hos pædiatriske patienter med nyligt diagnosticeret fremskreden MDS eller JMML. Det primære mål med det kliniske studie var at evaluere Vidazas virkning på responsraten ved cyklus 3, dag 28.

Patienter (MDS, n = 10; JMML, n = 18, 3 måneder til 15 år; 71 % mandlige) blev behandlet med intravenøs Vidaza 75 mg/m², dagligt på dag 1 til 7 i en 28-dages cyklus i mindst 3 cyklusser og højst 6 cyklusser.

Inklusion i MDS-studiearmen blev stoppet efter 10 MDS-patienter på grund af manglende virkning: Der blev ikke registreret nogen bekræftet respons hos disse 10 patienter.

I JMML-studiearmen blev 18 patienter (13 *PTPN11*, 3 *NRAS*, 1 *KRAS* somatiske mutationer og 1 klinisk diagnose med neurofibromatosis type 1 [*NF-1*]) inkluderet. Seksten patienter gennemførte 3 behandlingscyklusser og 5 af dem gennemførte 6 cyklusser. I alt 11 JMML-patienter havde en bekræftet klinisk respons ved cyklus 3, dag 28, af disse 11 personer havde 9 (50 %) personer en bekræftet klinisk respons (3 personer med cCR og 6 personer med cPR). Blandt kohorten af JMML-patienter, der blev behandlet med Vidaza, havde 7 (43,8 %) patienter en vedvarende trombocytrespons (tal $\geq 100 \times 10^9/l$), og 7 (43,8 %) patienter krævede transfusioner ved HSCT. 17 af 18 patienter fortsatte med HSCT.

På grund af studiedesignet (lille patientantal og forskellige modsigende faktorer) kan det ikke udfar dette kliniske studie konkluderes, om Vidaza før HSCT forbedrer overlevelsesresultatet hos JMML-patienter.

AZA-AML-004-studiet var et fase 2, åbent multicenter-studie til evaluering af Vidazas sikkerhed, farmakodynamik og virkning sammenlignet med ingen kræftbehandling hos børn og unge voksne med AML i molekylært recidiv efter CR1.

Syv patienter (medianalder 6,7 år [interval 2 til 12 år] 71,4 % mænd) blev behandlet med intravenøs Vidaza 100 mg/m², dagligt på dag 1 til 7 i hver 28-dages cyklus i højst 3 cyklusser.

Fem patienter blev undersøgt for minimal restsygdom (MRD) på dag 84, hvor 4 havde opnået enten molekylær stabilisering (n = 3) eller molekylær forbedring (n = 1), og 1 patient udviklede klinisk recidiv. Seks ud af 7 patienter (90 % [95 % CI = 0,4, 1,0]) behandlet med azacitidin gennemgik hæmatopoietisk stamcelletransplantation (HSCT).

Vidazads virkning hos pædiatriske AML-patienter er ikke klarlagt grundet den lille populationsstørrelse.

Se punkt 4.8 for sikkerhedsoplysninger.

5.2 Farmakokinetiske egenskaber

Absorption

Efter subkutan administration af en enkelt dosis på 75 mg/m² blev azacitidin hurtigt absorberet med peak-plasma-koncentrationer på 750 ± 403 ng/ml ½ time efter dosering (det første prøvetagningstidspunkt). Den absolutte biotilgængelighed af azacitidin efter subkutan administration i forhold til intravenøs administration (enkelt doser på 75 mg/m²) var ca. 89 % baseret på arealet under kurven (AUC).

Efter subkutan administration af azacitidin var arealet under kurven og den maksimale plasmakoncentration (C_{max}) omtrent proportionale inden for dosisintervallet 25 til 100 mg/m².

Fordeling

Efter intravenøs administration var det gennemsnitlige fordelingsvolumen 76 ± 26 l og systemisk clearance var 147 ± 47 l/t.

Biotransformation

På baggrund af *in vitro*-data ser azacitidinmetabolismen ikke ud til at være medieret af CYP-isoenzymer (CYP'er), UDP-glucuronosyltransferaser (UGT'er), sulfotransferaser (SULT'er) eller glutathiontransferaser (GST'er).

Azacitidin undergår spontan hydrolyse og deaminering medieret af cytidindeaminase. I S9-fraktioner fra human lever var dannelsen af metabolitter uafhængig af NADPH, hvilket antyder, at azacitidin-metabolisme ikke er medieret af CYP-isoenzymer. En *in vitro*-undersøgelse af azacitidin med dyrkede, humane hepatocytter indikerer, at azacitidin ikke inducerer CYP 1A2, 2C19 eller 3A4 eller 3A5 ved koncentrationer på 1,0 µM til 100 µM (dvs. op til ca. 30 gange højere end klinisk tilgængelige koncentrationer). I undersøgelser til vurdering af hæmning af en serie CYP-isoenzymer (1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 og 3A4) fremkaldte azacitidin op til 100 µM ikke hæmning. Derfor er det usandsynligt, at azacitidin inducerer eller hæmmer CYP-isoenzymer ved klinisk opnåelige plasmakoncentrationer.

Elimination

Azacitidin udskilles hurtigt fra plasma med en gennemsnitlig elimineringshalveringstid (t_{1/2}) efter subkutan administration på 41 ± 8 minutter. Der forekommer ingen akkumulering efter subkutan indgivelse af 75 mg/m² azacitidin én gang dagligt i 7 dage. Urinudskillelse er den primære elimineringsvej for azacitidin og/eller dets metabolitter. Efter intravenøs og subkutan administration af ¹⁴C-azacitidin, blev hhv. 85 og 50% af den administrerede radioaktivitet genfundet i urin, mens < 1 % blev genfundet i fæces.

Særlige populationer

Virkningerne af nedsat leverfunktion (se pkt. 4.2), køn, alder eller race på azacitidins farmakokinetiske egenskaber er ikke blevet formelt undersøgt.

Pædiatrisk population

I AZA-JMML-001-studiet blev den farmakokinetiske analyse bestemt ud fra 10 MDS- og 18 JMML-pædiatriske patienter på dag 7 i cyklus 1 (se pkt. 5.1). Medianalderen (interval) for MDS-patienterne var 13,3 (1,9-15) år og 2,1 (0,2-6,9) år for JMML-patienter.

Efter intravenøs administration af en dosis på 75 mg/m² nåede Vidaza hurtigt C_{max} inden for 0,083 timer i både MDS- og JMML-populationerne. Det geometriske gennemsnitlige C_{max} var 1797,5 og 1066,3 ng/ml, og det geometriske gennemsnitlige AUC_{0-∞} var

henholdsvis 606,9 og 240,2 ng·h/ml for MDS- og JMML-patienterne. Det geometriske gennemsnitlige distributionsvolumen hos MDS- og JMML-personer var henholdsvis 103,9 og 61,1 l. Det viste sig, at den samlede plasmaeksposering for Vidaza var højere hos MDS-personer; dog blev der observeret moderat til høj variation mellem patienterne for både AUC og $C_{\max}$.

Den geometriske gennemsnitlige $t_{1/2}$ var 0,4 og 0,3 timer, og den geometriske gennemsnitlige clearance var henholdsvis 166,4 og 148,3 l/t for MDS og JMML.

Farmakokinetiske data fra AZA-JMML-001-studiet blev lagt sammen og sammenlignet med farmakokinetiske data fra 6 voksne personer med MDS, der fik administreret 75 mg/m² Vidaza intravenøst i AZA-2002-BA-002-studiet. Gennemsnitlig $C_{\max}$ og AUC_{0-t} for Vidaza var ens mellem voksne patienter og pædiatriske patienter efter intravenøs administration (henholdsvis 2750 ng/ml versus 2841 ng·t/ml og 1025 ng·h/ml versus 882,1 ng·h/ml).

I AZA-AML-004-studiet blev den farmakokinetiske analyse bestemt ud fra 6 af de 7 pædiatriske patienter, som havde mindst én målbar farmakokinetisk koncentration efter dosis (se pkt. 5.1). AML-patienternes medianalder (interval) var 6,7 (2-12) år.

Efter flere doser på 100 mg/m² var det geometriske gennemsnit for $C_{\max}$ og AUC_{0-tau} i cyklus 1 på dag 7 hhv. 1557 ng/ml og 899,6 ng·t/ml, hvor der blev observeret høj variabilitet imellem forsøgspersonerne (CV% på hhv. 201,6 % og 87,8 %). Azacitidin nåede hurtigt $C_{\max}$ med en median tid på 0,090 timer efter intravenøs administration og faldt med den geometriske gennemsnitlige $t_{1/2}$ på 0,380 timer. Den geometriske gennemsnitlige clearance og fordelingsvolumen var hhv. 127,2 l/t og 70,2 l.

Den farmakokinetiske (azacitidin) eksponering observeret hos børn med AML ved molekylært recidiv efter CR1 var i overensstemmelse med eksponeringen fra puljede data fra 10 børn med MDS og 18 børn med JMML og ligeledes i overensstemmelse med azacitidin-eksponering hos voksne med MDS.

Nedsat nyrefunktion

Nedsat nyrefunktion har ingen større indvirkning på den farmakokinetiske eksponering af azacitidin efter subkutane enkeltdoser og gentagne doser. Efter subkutan administration af en enkelt dosis på 75 mg/m² var de gennemsnitlige eksponeringsværdier (AUC og $C_{\max}$) forhøjet med hhv. 11-21 %, 15-27 % og 41-66 % hos personer med let, moderat og svært nedsat nyrefunktion, sammenlignet med personer med normal nyrefunktion. Eksponeringen var imidlertid inden for det samme generelle eksponeringsinterval som hos personer med normal nyrefunktion. Azacitidin kan administreres til patienter med nedsat nyrefunktion uden indledende dosisjustering, hvis disse patienter monitoreres for toksicitet, da azacitidin og/eller dets metabolitter primært udskilles af nyrerne.

Farmakogenomik

Virkningen af kendte cytidindeaminase-polymorfismer på metabolismen af azacitidin er ikke formelt undersøgt.

5.3 Prækliniske sikkerhedsdata

Azacitidin inducerer både genmutationer og kromosomale forandringer i cellesystemer hos bakterier og pattedyr *in vitro*. Azacitidins potentielle carcinogenicitet blev evalueret hos mus og rotter. Azacitidin inducerede tumorer i det hæmatopoietiske system hos hunmus, når det blev administreret intraperitonealt 3 gange om ugen i 52 uger. Der sås en øget incidens af tumorer i det lymferetikulære system, lunge, brystvorte og hud hos mus, der blev behandlet med azacitidin, administreret intraperitonealt i 50 uger. En tumorgenicitets-undersøgelse hos rotter afslørede en øget incidens af testikeltumorer.

Tidlige embryotoksicitetsundersøgelser hos mus afslørede en frekvens på 44 % af intrauterin embryodød (øget resorption) efter en intraperitoneal enkeltinjektion af azacitidin under organogenesen. Der blev påvist udviklingsanomalier i hjernen hos mus, der fik azacitidin ved eller før lukningen af den

hårde gane. Azacitidin forårsagede ingen uønskede virkninger hos rotter, når det blev givet før implantation, men det var klart embryotoksisk, når det blev givet under organogenesen. Fosteranomalier under organogenesen hos rotter omfattede: Anomalier i centralnervesystemet (exencefali, encefalocoele), ekstremitetsanomalier (mikromeli, klumpfod, syndaktyli, oligodaktyli) og andre (mikroftalmi, mikrognati, gastroskise, ødem og ribbensanomalier).

Administration af azacitidin til hanmus inden parring med ubehandlede hunmus resulterede i nedsat fertilitet og tab af afkom i løbet af den efterfølgende embryonale og postnatale udvikling. Behandling af hanrotter resulterede i reduceret vægt af testes og epididymides, reduceret sædcelletal, reducerede graviditetsrater, en stigning i anormale embryoer og øget tab af embryoer hos parrede hunrotter (se pkt. 4.6).

6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER

6.1 Hjælpemidler

Mannitol (E421)

6.2 Uforligeligheder

Dette lægemiddel må ikke blandes med andre lægemidler end dem, der er anført under pkt. 6.6.

6.3 Opbevaringstid

Uåbnet hætteglas med pulver:

4 år

Efter rekonstitution:

Når Vidaza rekonstitueres med vand til injektionsvæsker, som ikke er nedkølet, er der påvist kemisk og fysisk stabilitet under brug efter opbevaring af det rekonstituerede lægemiddel ved 25 °C i 45 minutter og ved 2 °C til 8 °C i 8 timer.

Opbevaringstiden for det rekonstituerede lægemiddel kan forlænges ved rekonstitution med nedkølet (2 °C til 8 °C) vand til injektionsvæsker. Når Vidaza rekonstitueres med nedkølet (2 °C til 8 °C) vand til injektionsvæsker, er der påvist kemisk og fysisk stabilitet under brug efter opbevaring af det rekonstituerede lægemiddel ved 2 °C til 8 °C i 22 timer.

Fra et mikrobiologisk synspunkt bør det rekonstituerede produkt anvendes øjeblikkeligt. Hvis det ikke anvendes øjeblikkeligt, er opbevaringstider og opbevaringsforhold efter rekonstitution og inden anvendelse brugerens ansvar og må ikke overstige 8 timer ved 2 °C til 8 °C, når det rekonstitueres med vand til injektionsvæsker, som ikke er nedkølet, og ikke over 22 timer ved 2 °C til 8 °C, når det rekonstitueres med nedkølet (2 °C til 8 °C) vand til injektionsvæsker.

6.4 Særlige opbevaringsforhold

Uåbnede hætteglas

Dette lægemiddel kræver ingen særlige forholdsregler vedrørende opbevaringen.

Rekonstitueret suspension

Opbevaringsforhold efter rekonstitution af lægemidlet, se pkt. 6.3.

6.5 Emballagetype og pakningsstørrelser

Farveløst, hætteglas, type I, lukket med butylelastomerprop og aluminumsforsegling med polypropylenplasticknap, som indeholder 100 mg azacitidin.

Pakningsstørrelse: 1 hætteglas.

6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering

Anbefalinger for sikker håndtering

Vidaza er et cytotoxisk lægemiddel, og som det er tilfældet med andre potentielt toksiske stoffer, bør der udvises forsigtighed ved håndtering og klargøring af azacitidinsuspensioner. Der skal anvendes procedurer for korrekt håndtering og destruktion af anticancer-lægemidler.

Skyl øjeblikkeligt og grundigt med sæbe og vand, hvis rekonstitueret azacitidin kommer i kontakt med huden. Skyl grundigt med vand, hvis azacitidin kommer i kontakt med slimhinderne.

Rekonstitutionsprocedure

Vidaza skal rekonstitueres med vand til injektionsvæsker. Opbevaringstiden for det rekonstituerede lægemiddel kan forlænges ved rekonstitution med nedkølet (2 °C til 8 °C) vand til injektionsvæsker. Detaljer om opbevaring af det rekonstituerede præparat gives nedenunder.

1. Følgende utensilier skal forberedes:
Hætteglas med azacitidin; hætteglas med vand til injektionsvæske; sterile undersøgelseshandsker; alkoholservietter; 5 ml injektionssprøjte(r) med kanyler(r).
2. Træk 4 ml vand til injektionsvæske op i sprøjten og sørg for at tømme evt. luft ud af sprøjten.
3. Før kanylen på sprøjten med vand til injektionsvæske gennem gummiproppen på hætteglasset med azacitidin, og injicér 4 ml vand til injektionsvæske i hætteglasset.
4. Når sprøjten og kanylen er fjernet, skal hætteglasset rystes kraftigt, indtil der opnås en ensartet, uklar suspension. Hver ml suspension vil efter rekonstitution indeholde 25 mg azacitidin (100 mg/4 ml). Det rekonstituerede produkt er en ensartet, uklar suspension, uden agglomerater. Suspensionen skal bortskaffes, hvis den indeholder store partikler eller agglomerater. Suspensionen må ikke filtreres efter rekonstitution, da filtrering kan fjerne det aktive stof. Bemærk, at der findes filtre i nogle adaptore, spikes og lukkede systemer, hvorfor sådanne systemer ikke må anvendes til administration af lægemidlet efter rekonstitution.
5. Gummiproppen skal renses, og der isættes en ny sprøjte med kanyler i hætteglasset. Hætteglasset skal nu vendes om. Sørg for, at nålespiden er under væskenniveauet. Stemplet trækkes nu tilbage for at trække den nødvendige mængde lægemiddel til den korrekte dosis op. Sørg for at tømme evt. luft ud af sprøjten. Sprøjten med kanylen fjernes nu fra hætteglasset og kanylen bortskaffes.
6. En ny subkutan kanyler (anbefalet 25 gauge) skal nu sættes godt fast på sprøjten. For at reducere forekomsten af lokale reaktioner på injektionsstedet, bør man undgå at presse suspension ud af kanylen før injektionen.
7. Når mere end 1 hætteglas er nødvendigt, gentages alle overstående trin til klargøring af suspensionen. Ved doser, der kræver mere end 1 hætteglas, bør dosen opdeles ligeligt (f.eks. dosis 150 mg = 6 ml, 2 sprøjter med 3 ml i hver sprøjte). På grund af tilbageholdelse i hætteglasset og kanylen kan det muligvis ikke lade sig gøre at trække al suspensionen ud af hætteglasset.
8. Indholdet af doseringssprøjten skal resuspenderes umiddelbart inden administration. Sprøjten, der er fyldt med rekonstitueret suspension, skal have op til 30 minutter før administration til at nå en temperatur på ca. 20 °C-25 °C. Hvis der er forløbet mere end 30 minutter, bør suspensionen bortskaffes på korrekt vis, og en ny dosis klargøres. Sprøjten resuspenderes ved at den rulles kraftigt mellem håndfladerne, indtil der opnås en ensartet, uklar suspension. Suspensionen skal bortskaffes, hvis den indeholder store partikler eller agglomerater.

Opbevaring af det rekonstituerede præparat

Opbevaringsforhold efter rekonstitution af lægemidlet, se pkt. 6.3.

Beregning af en individuel dosis

Den samlede dosis i forhold til legemsoverfladeareal (*Body Surface Area*, BSA) kan beregnes som følger:

$$\text{Samlet dosis (mg)} = \text{Dosis (mg/m}^2\text{)} \times \text{BSA(m}^2\text{)}$$

Følgende tabel er kun et eksempel på, hvordan individuelle azacitidindoser beregnes baseret på en gennemsnitlig BSA-værdi på 1,8 m².

<u>Dosis mg/m²</u> <u>(% af anbefalet</u> <u>startdosis)</u>	<u>Samlet dosis baseret på</u> <u>en BSA-værdi på 1,8 m²</u>	<u>Antal nødvendige</u> <u>hætteglas</u>	<u>Samlet påkrævet volumen</u> <u>af rekonstitueret</u> <u>suspension</u>
75 mg/m ² (100 %)	135 mg	2 hætteglas	5,4 ml
37,5 mg/m ² (50 %)	67,5 mg	1 hætteglas	2,7 ml
25 mg/m ² (33 %)	45 mg	1 hætteglas	1,8 ml

Administration

Rekonstitueret Vidaza bør injiceres subkutant (indfør kanylen ved en vinkel på 45-90°) med en 25 gauge-kanyle i overarmen, låret eller maven.

Doser på over 4 ml bør injiceres på to separate steder.

Der bør skiftes mellem injektionsstederne. Nye injektioner bør indgives mindst 2,5 cm fra det forrige injektionssted og aldrig i områder, hvor vævet er ømt, blodunderløbet, rødt eller hårdt.

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

7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN

Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Irland

8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/08/488/001

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE/FORNYELSE AF TILLADELSEN

Dato for første markedsføringstilladelse: 17. december 2008

Dato for seneste fornyelse: 13. november 2013

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. FREMSTILLERE ANSVARLIGE 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. FREMSTILLERE ANSVARLIGE FOR BATCHFRIGIVELSE

Navn og adresse på de fremstillere, der er ansvarlige for batchfrigivelse

Celgene Distribution B.V.
Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht
Holland

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 periodiske, opdaterede sikkerhedsindberetninger 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 den europæiske webportal for lægemidler.

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, at en vigtig milepæl (lægemiddelovervågning eller risikominimering) er nået.

BILAG III
ETIKETTERING OG INDLÆGSSEDDEL

A. ETIKETTERING

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

Vidaza 25 mg/ml pulver til injektionsvæske, suspension
azacitidin

2. ANGIVELSE AF AKTIVT STOF/AKTIVE STOFFER

Hvert hætteglas indeholder 100 mg azacitidin. Efter rekonstitution indeholder hver ml suspension 25 mg azacitidin.

3. LISTE OVER HJÆLPESTOFFER

Indeholder også mannitol.

4. LÆGEMIDDELFORM OG INDHOLD (PAKNINGSSTØRRELSE)

Pulver til injektionsvæske, suspension.
1 hætteglas – 100 mg

5. ANVENDELSESMÅDE OG ADMINISTRATIONSVEJ(E)

Læs indlægssedlen inden brug.
Kun til engangsbrug. Ryst suspensionen kraftigt inden administration.
Subkutan anvendelse.

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

Opbevares utilgængeligt for børn.

7. EVENTUELLE ANDRE SÆRLIGE ADVARSLER

Cytotoksisk

8. UDLØBSDATO

EXP

Læs indlægssedlen for opbevaringstiden for det rekonstituerede lægemiddel.

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

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

11. NAVN OG ADRESSE PÅ INDEHAVEREN AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN

Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Irland

12. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)

EU/1/08/488/001

13. FREMSTILLERENS BATCHNUMMER

Lot

14. GENEREL KLASSIFIKATION FOR UDLEVERING

Receptpligtigt lægemiddel

15. INSTRUKTIONER VEDRØRENDE ANVENDELSEN**16. INFORMATION I BRAILLESKRIFT**

Fritaget fra krav om brailleskrift.

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 på hætteglas

1. LÆGEMIDLETS NAVN, STYRKE OG/ELLER ADMINISTRATIONSVEJ(E)

Vidaza 25 mg/ml pulver til injektionsvæske, suspension
azacitidin
Subkutan anvendelse

2. ADMINISTRATIONSMETODE

Læs indlægssedlen inden brug.

3. UDLØBSDATO

EXP

4. BATCHNUMMER

Lot

5. INDHOLD ANGIVET SOM VÆGT, VOLUMEN ELLER ANTAL DOSER

100 mg

6. ANDET

B. INDLÆGSSEDDEL

Indlægsseddel: Information til brugeren

Vidaza 25 mg/ml pulver til injektionsvæske, suspension azacitidin

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.
- Spørg lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis der er mere, du vil vide.
- Kontakt lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, hvis du får bivirkninger, herunder bivirkninger, som ikke er nævnt her. Se punkt 4. Se den nyeste indlægsseddel på <http://www.indlaegsseddel.dk>

Oversigt over indlægssedlen:

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

1. Virkning og anvendelse

Virkning

Vidaza er et stof mod kræft, der tilhører en gruppe lægemidler, der kaldes 'antimetabolitter'. Vidaza indeholder det aktive stof 'azacitidin'.

Anvendelse

Vidaza anvendes til voksne, som ikke er i stand til at få en knoglemarvstransplantation, til at behandle:

- højrisiko myelodysplastiske syndromer (MDS)
- kronisk myelomonocyt leukæmi (CMML)
- akut myeloid leukæmi (AML)

Det er sygdomme, der påvirker knoglemarven, og som kan forårsage problemer med den normale produktion af blodlegemer.

Sådan bruges Vidaza

Vidaza virker ved at forhindre kræftcellernes vækst. Azacitidin indbygges i cellernes genetiske materiale (ribonukleinsyre (RNA) og deoxyribonukleinsyre (DNA)). Det menes at virke ved at ændre den måde, cellerne tænder og slukker for generne på, samt ved at påvirke produktionen af nyt RNA og DNA. Disse virkninger menes at korrigere problemet med modningen og væksten af nye blodlegemer i knoglemarven, hvilket fører til myelodysplastiske sygdomme, og til at kræftcellerne dræbes ved leukæmi.

Kontakt lægen eller sygeplejersken, hvis du har spørgsmål om Vidazas virkning, og hvorfor du har fået ordineret dette lægemiddel.

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

Brug ikke Vidaza

- hvis du er allergisk over for azacitidin eller et af de øvrige indholdsstoffer i Vidaza (angivet i punkt 6).
- hvis du har fremskreden leverkræft.
- hvis du ammer.

Advarsler og forsigtighedsregler

Kontakt lægen, apotekspersonalet eller sygeplejersken, før du bruger Vidaza:

- Hvis du har et nedsat antal blodplader, eller nedsat antal røde eller hvide blodlegemer.
- Hvis du har nyresygdom.
- Hvis du har leversygdom.
- Hvis du tidligere har lidt af en hjertesygdom eller haft et hjerteanfald, eller hvis du tidligere har haft en lungesygdom

Vidaza kan forårsage en alvorlig immunreaktion, som kaldes "differentieringssyndrom" (se punkt 4).

Blodprøver

Du vil få taget blodprøver, inden du påbegynder behandlingen med Vidaza og ved begyndelsen af hver behandlingsperiode (kaldet en "cyklus"). Dette sker for at kontrollere, at du har nok blodlegemer, og at din lever og dine nyrer fungerer korrekt.

Børn og unge

Vidaza bør ikke anvendes til børn og unge under 18 år.

Brug af anden medicin sammen med Vidaza

Fortæl det altid til lægen eller apotekspersonalet, hvis du bruger anden medicin, for nylig har brugt anden medicin eller planlægger at bruge anden medicin. Det skyldes, at Vidaza kan påvirke den måde, hvorpå anden medicin virker. Anden medicin kan også påvirke den måde, hvorpå Vidaza virker.

Graviditet, amning og frugtbarhed

Graviditet

Du bør ikke bruge Vidaza under graviditet, da det kan være skadeligt for fosteret.

Hvis du er en kvinde, der kan blive gravid, skal du bruge en sikker præventionsmetode, mens du tager Vidaza og i 6 måneder efter behandlingen med Vidaza er stoppet.

Fortæl det straks til din læge, hvis du bliver gravid under behandlingen.

Hvis du er gravid eller ammer, har mistanke om, at du er gravid, eller planlægger at blive gravid, skal du spørge din læge eller apotekspersonalet til råds, før du tager dette lægemiddel.

Amning

Du må ikke amme, mens du bruger Vidaza. Det er ukendt, om dette lægemiddel udskilles i modermælken.

Frugtbarhed

Mænd bør ikke få børn, mens de behandles med Vidaza. Mænd bør bruge en sikker præventionsmetode, mens de tager Vidaza og i 3 måneder efter behandlingen med Vidaza er stoppet.

Tal med din læge, hvis du ønsker, at din sæd opbevares, før du får denne behandling.

Trafik- og arbejdssikkerhed

Du må ikke føre motorkøretøj eller betjene værktøj eller maskiner, hvis du oplever bivirkninger, såsom træthed.

3. Sådan skal du bruge Vidaza

Inden du får Vidaza vil din læge give dig anden medicin for at forebygge kvalme og opkastning ved begyndelsen af hver behandlingscyklus.

- Den anbefalede dosis er 75 mg pr. m² legemsoverfladeareal. Din læge vil bestemme din dosis af dette lægemiddel ud fra din almene tilstand, din højde og vægt. Din læge vil kontrollere dine fremskridt og kan ændre dosen, hvis det er nødvendigt.
- Vidaza gives hver dag i en uge, efterfulgt af en hvileperiode på 3 uger. Denne "behandlingscyklus" vil blive gentaget hver 4. uge. Du skal normalt gennemgå mindst 6 behandlingscykluser.

Du vil få dette lægemiddel som en indsprøjtning under huden (subkutan) af en læge eller en sygeplejerske. Indsprøjtningen kan gives under huden på låret, maven eller overarmen.

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

4. Bivirkninger

Dette lægemiddel kan som al anden medicin give bivirkninger, men ikke alle får bivirkninger.

Fortæl det straks til lægen, hvis du bemærker en eller flere af følgende bivirkninger:

- **Døsighed, rysten, gulsot, udspilet mave og øget tendens til at få blå mærker.** Det kan være symptomer på leversvigt og kan være livstruende.
- **Hævede ben og fødder, rygsmærter, nedsat vandladning, øget tørst, hurtig puls, svimmelhed og kvalme, opkastning eller nedsat appetit og følelse af forvirring, rastløshed eller træthed.** Det kan være symptomer på nyresvigt og kan være livstruende.
- **Feber.** Det kan skyldes en infektion som et resultat af, at du har et lavt antal hvide blodlegemer, hvilket kan være livstruende.
- **Brystsmærter eller kortåndethed, som kan være ledsaget af feber.** Det kan skyldes en lungebetændelse (pneumoni) og kan være livstruende.
- **Blødning.** F.eks. blod i afføringen pga. blødning i maven eller tarmen eller f.eks. blødning inde i hovedet. De kan være symptomer på, at du har et lavt antal blodplader i blodet.
- **Vejrtrækningsbesvær, hævede læber, kløe eller udslæt.** Det kan skyldes en allergisk reaktion (overfølsomhedsreaktion).

Andre bivirkninger omfatter:

Meget almindelige bivirkninger (kan forekomme hos flere end 1 ud af 10 personer)

- Nedsat antal røde blodlegemer (anæmi). Du kan føle dig træt og bleg.
- Nedsat antal hvide blodlegemer. Du kan samtidig have feber. Du har også større risiko for at få infektioner.
- Et lavt antal blodplader (trombocytopeni). Du har større tendens til blødning og blå mærker.
- Forstoppelse, diarré, kvalme, opkastning.
- Lungebetændelse.
- Brystsmærter, kortåndethed.
- Træthed.
- En reaktion på indsprøjtningstedet, bl.a. rødme, smerte eller en hudreaktion.
- Tab af appetit.
- Ledsmerter.
- Blå mærker.
- Udslæt.
- Røde eller lilla pletter under huden.
- Ondt i maven.
- Kløe.

- Feber.
- Ondt i næse og hals.
- Svimmelhed.
- Hovedpine.
- Søvnbesvær (asomni).
- Næseblod (epistaxis).
- Muskelsmerter.
- Svaghed (asteni).
- Vægttab.
- Lavt indhold af kalium i blodet.

Almindelige bivirkninger (kan forekomme hos op til 1 ud af 10 personer)

- Blødning i hovedet.
- En betændelse i blodet, der er forårsaget af bakterier (blodforgiftning). Det kan skyldes lave niveauer af hvide blodlegemer i blodet.
- Knoglemarvssvigt. Det kan forårsage lave niveauer af røde og hvide blodlegemer og blodplader.
- En slags blodmangel (anæmi), hvor antallet af de røde og hvide blodlegemer og blodplader er reduceret.
- Urinvejsbetændelse.
- En virusbetændelse, der forårsager forkølelsessår (herpes).
- Blødende gummer, blødning i maven eller tarmen, blødning ved endetarmsåbningen på grund af hæmorider (hæmorrhoidblødning), blødning i øjet, blødning under huden eller blodansamlinger i huden (hæmatom).
- Blod i urinen.
- Sår i munden eller på tungen.
- Ændringer i huden ved indsprøjtningssstedet. Disse ændringer inkluderer hævelse, en hård knude, blå mærker, blodansamlinger i huden (hæmatom), udslæt, kløe og ændringer i hudfarven.
- Hudrødme.
- Hudinfektion (cellulitis).
- Betændelse i næse og hals, eller ondt i halsen.
- Øm eller løbende næse eller bihuler (bihulebetændelse).
- Højt eller lavt blodtryk (hypertension eller hypotension).
- Kortåndethed ved bevægelse.
- Smerter i halsen og strubehovedet.
- Fordøjelsesbesvær.
- Sløvhed.
- Generel følelse af utilpashed.
- Angst.
- Forvirring.
- Hårtab.
- Nyresvigt.
- Dehydrering (væskeunderskud).
- Hvide belægninger på tungen, indersiden af kinderne og nogle gange på gane, gummer og mandler (svampeinfektion i munden).
- Besvimelse.
- Et fald i blodtrykket, når du står op (ortostatisk hypotension), der fører til svimmelhed, når der skiftes til stående eller siddende stilling.
- Søvnighed, døsigthed (somnia).
- Blødning på grund af kateteret.
- En sygdom, der påvirker tarmen, hvilket kan føre til feber, opkastning og mavesmerter (divertikulitis).
- Væske omkring lungerne (pleuraeffusion).
- Kulderystelser.

- Muskelspasmer.
- Hævet, kløende udslæt på huden (nældefeber).
- Ansamling af væske omkring hjertet (perikardieeffusion).

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

- Allergisk reaktion (overfølsomhed).
- Rysten.
- Leversvigt.
- Store blommefarvede, hævede, smertefulde plamager på huden i kombination med feber.
- Smertefulde hudsår (pyoderma gangrenosum).
- Inflammation i hjertesækken (perikarditis).

Sjældne bivirkninger (kan forekomme hos op til 1 ud af 1 000 personer)

- Tør hoste.
- Smertefri hævelse af fingerspidserne (trommestikfingre).
- Tumorlysesyndrom – metaboliske komplikationer, der kan forekomme under cancerbehandling og nogle gange endda uden behandling. Disse komplikationer skyldes produkt fra døende cancerceller og kan omfatte følgende: ændringer i blodkemi såsom højt kalium, fosfor, urinsyre og lav calcium førende til ændringer i nyrefunktion, hjerterytmeforstyrrelser, krampeanfald og nogle gange død.
- Betændelse i blodkarrene i huden, som kan medføre udslæt (kutan vaskulitis).

Ikke kendt (hyppigheden kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data)

- Infektion i de dybere hudlag, som spredes hurtigt og beskadiger huden og vævet, hvilket kan være livstruende (nekrotiserende fasciitis).
- Alvorlig immunreaktion (differentieringssyndrom), som kan medføre feber, hoste, vejrtrækningsbesvær, udslæt, nedsat urinmængde, lavt blodtryk (hypotension), hævelser i arme eller ben og hurtig vægtøgning.

Indberetning af bivirkninger

Hvis du oplever bivirkninger, bør du tale med din læge, sygeplejerske eller apotekspersonalet. 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 hætteglassets etiket og kartonen. Udløbsdatoen er den sidste dag i den nævnte måned.

Din læge, apoteket eller sygeplejersken er ansvarlig for opbevaringen af Vidaza. De er også ansvarlige for at forberede og bortskaffe al ubrugt Vidaza på korrekt vis.

For uåbnede hætteglas med dette lægemiddel – der er ingen særlige forholdsregler vedrørende opbevaringen.

Til umiddelbar anvendelse

Når suspensionen er blevet forberedt, bør den administreres i løbet af 45 minutter.

Til senere anvendelse

Hvis Vidaza-suspensionen forberedes med vand til injektionsvæsker, der ikke er nedkølet, skal suspensionen sættes i køleskab (2 °C – 8 °C) umiddelbart efter forberedelsen, og opbevares i køleskab i maksimalt 8 timer.

Hvis Vidaza-suspensionen forberedes med vand til injektionsvæsker, der har været opbevaret i køleskab (2 °C – 8 °C), skal suspensionen sættes i køleskab (2 °C – 8 °C) straks efter forberedelsen, og opbevares i køleskab i maksimalt 22 timer.

Lad suspensionen have op til 30 minutter til at nå til stuetemperatur før administration (20 °C – 25 °C).

Hvis der er store partikler i suspensionen, skal den bortskaffes.

6. Pakningsstørrelser og yderligere oplysninger

Vidaza indeholder:

- Aktivt stof: azacitidin. Et hætteglas indeholder 100 mg azacitidin. Efter opblanding med 4 ml vand til injektionsvæske indeholder den opblandede suspension 25 mg/ml azacitidin.
- Øvrige indholdsstoffer: mannitol (E421).

Udseende og pakningsstørrelser

Vidaza er et hvidt pulver til injektionsvæske, suspension. Det leveres i et hætteglas, der indeholder 100 mg azacitidin. Hver pakning indeholder et hætteglas med Vidaza.

Indehaver af markedsføringstilladelsen

Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Irland

Fremstiller

Celgene Distribution B.V.
Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht
Holland

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

Belgique/België/Belgien

N.V. Bristol-Myers Squibb Belgium S.A.
Tél/Tel: + 32 2 352 76 11
medicalinfo.belgium@bms.com

Lietuva

Swixx Biopharma UAB
Tel: + 370 52 369140
medinfo.lithuania@swixxbiopharma.com

България

Swixx Biopharma EOOD
Тел.: + 359 2 4942 480
medinfo.bulgaria@swixxbiopharma.com

Luxembourg/Luxemburg

N.V. Bristol-Myers Squibb Belgium S.A.
Tél/Tel: + 32 2 352 76 11
medicalinfo.belgium@bms.com

Česká republika

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.
Tel: + 420 221 016 111
medinfo.czech@bms.com

Magyarország

Bristol-Myers Squibb Kft.
Tel.: + 36 1 301 9797
Medinfo.hungary@bms.com

Danmark

Bristol-Myers Squibb Denmark
Tlf: + 45 45 93 05 06
medinfo.denmark@bms.com

Deutschland

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Tel: 0800 0752002 (+ 49 89 121 42 350)
medwiss.info@bms.com

Eesti

Swixx Biopharma OÜ
Tel: + 372 640 1030
medinfo.estonia@swixxbiopharma.com

Ελλάδα

Bristol-Myers Squibb A.E.
Τηλ: + 30 210 6074300
medinfo.greece@bms.com

España

Bristol-Myers Squibb, S.A.
Tel: + 34 91 456 53 00
informacion.medica@bms.com

France

Bristol-Myers Squibb SAS
Tél: + 33 (0)1 58 83 84 96
infomed@bms.com

Hrvatska

Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: + 385 1 2078 500
medinfo.croatia@swixxbiopharma.com

Ireland

Bristol-Myers Squibb Pharmaceuticals uc
Tel: 1 800 749 749 (+ 353 (0)1 483 3625)
medical.information@bms.com

Ísland

Vistor hf.
Sími: + 354 535 7000
vistor@vistor.is
medical.information@bms.com

Italia

Bristol-Myers Squibb S.r.l.
Tel: + 39 06 50 39 61
medicalinformation.italia@bms.com

Κύπρος

Bristol-Myers Squibb A.E.
Τηλ: 800 92666 (+ 30 210 6074300)
medinfo.greece@bms.com

Malta

A.M. Mangion Ltd
Tel: + 356 23976333
pv@ammangion.com

Nederland

Bristol-Myers Squibb B.V.
Tel: + 31 (0)30 300 2222
medischeafdeling@bms.com

Norge

Bristol-Myers Squibb Norway AS
Tlf: + 47 67 55 53 50
medinfo.norway@bms.com

Österreich

Bristol-Myers Squibb GesmbH
Tel: + 43 1 60 14 30
medinfo.austria@bms.com

Polska

Bristol-Myers Squibb Polska Sp. z o.o.
Tel.: + 48 22 2606400
informacja.medyczna@bms.com

Portugal

Bristol-Myers Squibb Farmacêutica Portuguesa, S.A.
Tel: + 351 21 440 70 00
portugal.medinfo@bms.com

România

Bristol-Myers Squibb Marketing Services S.R.L.
Tel: + 40 (0)21 272 16 19
medinfo.romania@bms.com

Slovenija

Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: + 386 1 2355 100
medinfo.slovenia@swixxbiopharma.com

Slovenská republika

Swixx Biopharma s.r.o.
Tel: + 421 2 20833 600
medinfo.slovakia@swixxbiopharma.com

Suomi/Finland

Oy Bristol-Myers Squibb (Finland) Ab
Puh/Tel: + 358 9 251 21 230
medinfo.finland@bms.com

Sverige

Bristol-Myers Squibb Aktiebolag
Tel: + 46 8 704 71 00
medinfo.sweden@bms.com

Latvija
Swixx Biopharma SIA
Tel: + 371 66164750
medinfo.latvia@swixxbiopharma.com

Denne indlægsseddel blev senest ændret

Du kan finde yderligere oplysninger om Vidaza på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside <http://www.ema.europa.eu>. Der er også links til andre websteder om sjældne sygdomme og om, hvordan de behandles.

Nedenstående oplysninger er til læger og sundhedspersonale:

Anbefalinger for sikker håndtering

Vidaza er et cytotoxisk lægemiddel, og som det er tilfældet med andre potentielt toksiske stoffer, bør der udvises forsigtighed ved håndtering og klargøring af azacitidinsuspensioner. Der skal anvendes procedurer for korrekt håndtering og destruktion af anticancer-lægemidler.

Skyl øjeblikkeligt og grundigt med sæbe og vand, hvis rekonstitueret azacitidin kommer i kontakt med huden. Skyl grundigt med vand, hvis azacitidin kommer i kontakt med slimhinderne.

Uforligeligheder

Dette lægemiddel må ikke blandes med andre lægemidler end dem, der er anført herunder (se "Rekonstitutionsprocedure").

Rekonstitutionsprocedure

Vidaza skal rekonstitueres med vand til injektionsvæsker. Opbevaringstiden for det rekonstituerede lægemiddel kan forlænges ved rekonstitution med nedkølet (2 °C til 8 °C) vand til injektionsvæsker. Detaljer om opbevaring af det rekonstituerede præparat gives nedenunder.

1. Følgende utensilier skal forberedes:
Hætteglas med azacitidin; hætteglas med vand til injektionsvæske; sterile undersøgelseshandsker; alkoholservietter; 5 ml injektionssprøjte(r) med kanyler(r).
2. Træk 4 ml vand til injektionsvæske op i sprøjten og sørg for at tømme evt. luft ud af sprøjten.
3. Før kanylen på sprøjten med vand til injektionsvæske gennem gummiproppen på hætteglasset med azacitidin, og injicér 4 ml vand til injektionsvæske i hætteglasset.
4. Når sprøjten og kanylen er fjernet, skal hætteglasset rystes kraftigt, indtil der opnås en ensartet, uklar suspension. Hver ml suspension vil efter rekonstitution indeholde 25 mg azacitidin (100 mg/4 ml). Det rekonstituerede produkt er en ensartet, uklar suspension, uden agglomerater. Produktet skal bortskaffes, hvis det indeholder store partikler eller agglomerater. Suspensionen må ikke filtreres efter rekonstitution, da filtrering kan fjerne det aktive stof. Bemærk, at der findes filtre i nogle adaptere, spikes og lukkede systemer, hvorfor sådanne systemer ikke må anvendes til administration af lægemidlet efter rekonstitution.
5. Gummiproppen skal renses, og der sættes en ny sprøjte med kanyler i hætteglasset. Hætteglasset skal nu vendes om. Sørg for, at nålespidsen er under væskenniveauet. Stemplet trækkes nu tilbage for at trække den nødvendige mængde lægemiddel til den korrekte dosis op. Sørg for at tømme evt. luft ud af sprøjten. Sprøjten med kanylen fjernes nu fra hætteglasset, og kanylen bortskaffes.
6. En ny subkutan kanyler (anbefalet 25 gauge) skal nu sættes godt fast på sprøjten. For at reducere forekomsten af lokale reaktioner på injektionsstedet bør man undgå at presse suspension ud af kanylen før injektionen.
7. Når mere end 1 hætteglas er nødvendigt, gentages alle overstående trin til klargøring af suspensionen. Ved doser, der kræver mere end 1 hætteglas, bør dosen opdeles ligeligt, f.eks. dosis 150 mg = 6 ml, 2 sprøjter med 3 ml i hver sprøjte. På grund af tilbageholdelse i

hætteglasset og kanylen kan det muligvis ikke lade sig gøre at trække al suspensionen ud af hætteglasset.

8. Indholdet af doseringssprøjten skal resuspenderes umiddelbart inden administration. Suspensionens temperatur på injektionstidspunktet bør være ca. 20 °C-25 °C. Sprøjten resuspenderes ved at den rulles kraftigt mellem håndfladerne, indtil der opnås en ensartet, uklar suspension. Produktet skal bortskaffes, hvis det indeholder store partikler eller agglomerater.

Opbevaring af det rekonstituerede præparat

Til umiddelbar anvendelse

Suspensionen med Vidaza kan klargøres umiddelbart før brug, og den rekonstituerede suspension skal administreres inden for 45 minutter. Hvis der er forløbet mere end 45 minutter, skal den rekonstituerede suspension bortskaffes på korrekt vis, og en ny dosis klargøres.

Til senere anvendelse

Ved rekonstitution med vand til injektionsvæsker, som ikke er nedkølet, skal den rekonstituerede suspension sættes i køleskab (2 °C-8 °C) straks efter rekonstitution og opbevares i køleskab i højst 8 timer. Hvis produktet har været opbevaret i køleskab i mere end 8 timer, skal suspensionen bortskaffes på korrekt vis, og en ny dosis klargøres.

Ved rekonstitution med nedkølet (2 °C til 8 °C) vand til injektionsvæsker skal den rekonstituerede suspension sættes i køleskab (2 °C til 8 °C) straks efter rekonstitution og opbevares i køleskab i højst 22 timer. Hvis produktet har været opbevaret i køleskab i mere end 22 timer, skal suspensionen bortskaffes på korrekt vis, og en ny dosis klargøres.

Sprøjten, der er fyldt med rekonstitueret suspension, skal have op til 30 minutter før administration til at nå en temperatur på ca. 20 °C-25 °C. Hvis der er forløbet mere end 30 minutter, bør suspensionen bortskaffes på korrekt vis, og en ny dosis klargøres.

Beregning af en individuel dosis

Den samlede dosis i forhold til legemsoverfladeareal (*Body Surface Area*, BSA) kan beregnes som følger:

$$\text{Samlet dosis (mg)} = \text{Dosis (mg/m}^2\text{)} \times \text{BSA(m}^2\text{)}$$

Følgende tabel er kun et eksempel på, hvordan individuelle azacitidindoser beregnes baseret på en gennemsnitlig BSA-værdi på 1,8 m².

<u>Dosis mg/m²</u> <u>(% af anbefalet</u> <u>startdosis)</u>	<u>Samlet dosis baseret på</u> <u>en BSA-værdi på 1,8 m²</u>	<u>Antal nødvendige</u> <u>hætteglas</u>	<u>Samlet påkrævet volumen</u> <u>af rekonstitueret</u> <u>suspension</u>
75 mg/m ² (100 %)	135 mg	2 hætteglas	5,4 ml
37,5 mg/m ² (50 %)	67,5 mg	1 hætteglas	2,7 ml
25 mg/m ² (33 %)	45 mg	1 hætteglas	1,8 ml

Administration

Suspensionen må ikke filtreres efter rekonstitution.

Rekonstitueret Vidaza bør injiceres subkutant (indfør kanylen ved en vinkel på 45-90°) med en 25 gauge-kanyle i overarmen, låret eller maven.

Doser på over 4 ml bør injiceres på to separate steder.

Der bør skiftes mellem injektionsstederne. Nye injektioner bør indgives mindst 2,5 cm fra det forrige sted og aldrig i områder, hvor stedet er ømt, blodunderløbent, rødt eller hårdt.

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

