

**ANHANG I**

**ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS**

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.

## 1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Enhertu 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

## 2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Eine Durchstechflasche mit Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 100 mg Trastuzumab deruxtecan. Nach der Rekonstitution enthält eine Durchstechflasche mit 5 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab deruxtecan (siehe Abschnitt 6.6).

Trastuzumab deruxtecan ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (AWK), das einen humanisierten monoklonalen Anti-HER2-IgG1-Antikörper (mAb) mit der gleichen Aminosäuresequenz wie Trastuzumab enthält, welcher in Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) gebildet wird und über einen Tetrapeptid-basierten abspaltbaren Linker kovalent an DXd, ein Exatecan-Derivat und Topoisomerase-I-Inhibitor, gebunden ist. An jedes Antikörpermolekül sind ungefähr 8 Deruxtecan-Moleküle gebunden.

### Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung

Dieses Arzneimittel enthält 1,50 mg Polysorbat 80 (E 433) pro 100-mg-Durchstechflasche.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

## 3. DARREICHUNGSFORM

Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

Weißes bis gelblich weißes lyophilisiertes Pulver.

## 4. KLINISCHE ANGABEN

### 4.1 Anwendungsgebiete

#### Brustkrebs

##### *HER2-positiver Brustkrebs*

Enhertu wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs, die bereits mindestens eine gegen HER2 gerichtete Vorbehandlung erhalten haben.

##### *HER2-low und HER2-ultralow Brustkrebs*

Enhertu wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem

- Hormonrezeptor (HR)-positivem, HER2-low oder HER2-ultralow Brustkrebs, die mindestens eine endokrine Therapie in der metastasierten Situation erhalten haben und die für eine endokrine Therapie als nächste Therapielinie nicht in Frage kommen (siehe Abschnitte 4.2 und 5.1).

- HER2-low Brustkrebs, die bereits eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erhalten haben oder bei denen während oder innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv aufgetreten ist (siehe Abschnitt 4.2).

### Nicht-kleinzeliges Lungenkarzinom (NSCLC)

Enhertu wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC, deren Tumoren eine aktivierende HER2(ERBB2)-Mutation aufweisen und die nach einer platinbasierten Chemotherapie mit oder ohne Immuntherapie eine systemische Therapie benötigen.

### Magenkrebs

Enhertu wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ), die bereits ein vorhergehendes Trastuzumab-basiertes Therapieschema erhalten haben.

## **4.2 Dosierung und Art der Anwendung**

Enhertu muss von einem Arzt verordnet und unter der Aufsicht eines Arztes angewendet werden, der Erfahrung mit der Anwendung von Krebsmedikamenten hat. Zur Vermeidung von Arzneimittelfehlern ist es wichtig, die Etiketten der Durchstechflaschen zu überprüfen und sicherzustellen, dass das zubereitete und angewendete Arzneimittel tatsächlich Enhertu (Trastuzumab deruxtecan) ist und nicht Trastuzumab oder Trastuzumab emtansin.

Enhertu darf nicht durch Trastuzumab oder Trastuzumab emtansin ersetzt werden.

### Auswahl der Patienten

#### *HER2-positiver Brustkrebs*

Patienten, die mit Trastuzumab deruxtecan gegen Brustkrebs behandelt werden, müssen einen dokumentierten HER2-positiven Tumorstatus aufweisen, definiert entweder immunhistochemisch (IHC) durch einen Wert von 3+ oder durch ein Verhältnis von  $\geq 2,0$  durch *In-situ*-Hybridisierung (ISH) oder durch Fluoreszenz-*in-situ*-Hybridisierung (FISH), ermittelt mit einem *In-vitro*-Diagnostik (IVD)-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung. Wenn kein IVD-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung verfügbar ist, muss der HER2-Status durch einen alternativen validierten Test ermittelt werden.

#### *HER2-low oder HER2-ultralow Brustkrebs*

Patienten, die mit Trastuzumab deruxtecan behandelt werden, müssen einen dokumentierten HER2-low Tumorstatus aufweisen, definiert durch einen Wert von IHC 1+ oder IHC 2+/ISH-. oder einen HER2-ultralow Tumorstatus, definiert als IHC 0 mit Membranfärbung ( $IHC > 0 < 1+$ ), ermittelt mit einem *In-vitro*-Diagnostik (IVD)-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung. Wenn kein IVD-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung verfügbar ist, muss der HER2-Status durch einen alternativen validierten Test ermittelt werden (siehe Abschnitt 5.1).

### *NSCLC*

Patienten, die mit Trastuzumab deruxtecan gegen ein fortgeschrittenes NSCLC behandelt werden, müssen eine aktivierende HER2 (ERBB2)-Mutation aufweisen, die durch ein *In-vitro*-Diagnostik (IVD)-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung nachgewiesen wird. Wenn kein IVD-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung verfügbar ist, muss der HER2-Status durch einen alternativen validierten Test ermittelt werden.

### *Magenkrebs*

Patienten, die mit Trastuzumab deruxtecan gegen ein Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs behandelt werden, müssen einen dokumentierten HER2-positiven

Tumorstatus aufweisen, definiert entweder immunhistochemisch (IHC) durch einen Wert von 3+ oder durch ein Verhältnis von ≥ 2 durch *In-situ*-Hybridisierung (ISH) oder durch Fluoreszenz-*in-situ*-Hybridisierung (FISH), ermittelt mit einem *In-vitro*-Diagnostik (IVD)-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung. Wenn kein IVD-Medizinprodukt mit CE-Kennzeichnung verfügbar ist, muss der HER2-Status durch einen alternativen validierten Test ermittelt werden.

### Dosierung

#### *Brustkrebs*

Die empfohlene Dosis Enhertu beträgt 5,4 mg/kg Körpergewicht und wird als intravenöse Infusion einmal alle 3 Wochen (21-tägiger Zyklus) bis zum Fortschreiten der Erkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität angewendet.

#### *NSCLC*

Die empfohlene Dosis Enhertu beträgt 5,4 mg/kg Körpergewicht und wird als intravenöse Infusion einmal alle 3 Wochen (21-tägiger Zyklus) bis zum Fortschreiten der Erkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität angewendet.

#### *Magenkrebs*

Die empfohlene Dosis Enhertu beträgt 6,4 mg/kg Körpergewicht und wird als intravenöse Infusion einmal alle 3 Wochen (21-tägiger Zyklus) bis zum Fortschreiten der Erkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität angewendet.

Die Initialdosis ist als 90-minütige intravenöse Infusion zu geben. Wenn die vorausgegangene Infusion gut vertragen wurde, können die nachfolgenden Dosen von Enhertu als 30-minütige Infusionen gegeben werden.

Wenn der Patient infusionsbedingte Symptome zeigt, muss die Infusionsgeschwindigkeit von Enhertu gesenkt oder die Infusion unterbrochen werden (siehe Abschnitt 4.8). Bei schweren Reaktionen auf die Infusion ist Enhertu dauerhaft abzusetzen.

### Prämedikation

Enhertu ist emetogen (siehe Abschnitt 4.8); dies schließt auch verzögerte Übelkeit und/oder verzögertes Erbrechen ein. Vor jeder Dosis Enhertu sollten die Patienten daher als Prämedikation ein Kombinationsschema mit zwei oder drei Arzneimitteln (z. B. Dexamethason mit entweder einem 5-HT3-Rezeptorantagonist und/oder einem NK1-Rezeptorantagonist sowie andere Arzneimittel je nach Indikation) erhalten, um Chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen vorzubeugen.

### Dosisanpassungen

Gemäß den in Tabelle 1 und 2 aufgeführten Leitlinien kann die Behandlung von Nebenwirkungen eine vorübergehende Behandlungsunterbrechung, eine Dosisreduktion oder den Abbruch der Behandlung mit Enhertu erfordern.

Die Dosis von Enhertu darf nach einer Dosisreduktion nicht wieder erhöht werden.

**Tabelle 1: Dosisreduktionsschema**

Dosisreduktionsschema	Brustkrebs und NSCLC	Magenkrebs
Empfohlene Initialdosis	5,4 mg/kg	6,4 mg/kg
Erste Dosisreduktion	4,4 mg/kg	5,4 mg/kg
Zweite Dosisreduktion	3,2 mg/kg	4,4 mg/kg
Bedarf für eine weitere Dosisreduktion	Behandlungsabbruch	Behandlungsabbruch

**Tabelle 2: Dosisanpassungen bei Nebenwirkungen**

Nebenwirkung	Schweregrad		Anpassung der Behandlung
Interstielie Lungenerkrankung (ILD, <i>interstitial lung disease</i> )/ Pneumonitis	Asymptomatische ILD/Pneumonitis (Grad 1)		<p>Unterbrechung der Enhertu-Behandlung bis zur Rückbildung zu Grad 0, dann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Rückbildung innerhalb von 28 Tagen oder weniger nach dem Datum des erstmaligen Auftretens, Dosis beibehalten.</li> <li>• bei Rückbildung innerhalb von mehr als 28 Tagen nach dem Datum des erstmaligen Auftretens, Dosis um eine Stufe reduzieren (siehe Tabelle 1).</li> <li>• sobald Verdacht auf eine ILD/Pneumonitis besteht, Corticosteroidbehandlung in Erwägung ziehen (siehe Abschnitt 4.4).</li> </ul>
	Symptomatische ILD/Pneumonitis (Grad 2 oder höher)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu dauerhaft absetzen.</li> <li>• Bei Verdacht auf eine ILD/Pneumonitis, umgehend eine Corticosteroidbehandlung einleiten (siehe Abschnitt 4.4).</li> </ul>
Neutropenie	Grad 3 (weniger als $1,0-0,5 \times 10^9/l$ )		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu bis zur Rückbildung zu Grad 2 oder niedriger unterbrechen, dann Dosis beibehalten.</li> </ul>
	Grad 4 (weniger als $0,5 \times 10^9/l$ )		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu bis zur Rückbildung zu Grad 2 oder niedriger unterbrechen.</li> <li>• Dosis um eine Stufe reduzieren (siehe Tabelle 1).</li> </ul>
Febrile Neutropenie	Absolute Neutrophilenzahl von weniger als $1,0 \times 10^9/l$ und Körpertemperatur über $38,3^\circ C$ oder mehr als eine Stunde andauernder Anstieg der Körpertemperatur auf $38^\circ C$ oder höher		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu bis zur Rückbildung unterbrechen.</li> <li>• Dosis um eine Stufe reduzieren (siehe Tabelle 1).</li> </ul>
Abnahme der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF)	LVEF über 45 % und absolute Abnahme gegenüber dem Ausgangswert von 10 % bis 20 %		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsetzung der Enhertu-Behandlung.</li> </ul>
	LVEF 40 % bis 45 %	Und die absolute Abnahme gegenüber dem Ausgangswert beträgt weniger als 10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsetzung der Enhertu-Behandlung.</li> <li>• Erneute Beurteilung der LVEF innerhalb von 3 Wochen.</li> </ul>

Nebenwirkung	Schweregrad	Anpassung der Behandlung
	Und die absolute Abnahme gegenüber dem Ausgangswert beträgt 10 % bis 20 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu-Behandlung unterbrechen.</li> <li>• Erneute Beurteilung der LVEF innerhalb von 3 Wochen.</li> <li>• Wenn sich die Abnahme der LVEF nicht auf einen Wert erholt, der höchstens 10 % vom Ausgangswert abweicht, Enhertu dauerhaft absetzen.</li> <li>• Wenn sich die Abnahme der LVEF auf einen Wert erholt, der höchstens 10 % vom Ausgangswert abweicht, Enhertu-Behandlung mit der gleichen Dosis fortsetzen.</li> </ul>
	LVEF weniger als 40 % oder die absolute Abnahme gegenüber dem Ausgangswert ist größer als 20 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu-Behandlung unterbrechen.</li> <li>• Erneute Beurteilung der LVEF innerhalb von 3 Wochen.</li> <li>• Bei Bestätigung einer LVEF von weniger als 40 % oder einer absoluten Abnahme gegenüber dem Ausgangswert von mehr als 20 %, Enhertu dauerhaft absetzen.</li> </ul>
	Symptomatische kongestive Herzinsuffizienz (CHF, <i>congestive heart failure</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhertu dauerhaft absetzen.</li> </ul>

Toxizitätsgrade gemäß den Common Terminology Criteria for Adverse Events (Allgemeine Terminologiekriterien von unerwünschten Ereignissen) des National Cancer Institute Version 5.0, NCI-CTCAE V.5.0).

#### Verspätet angewendete oder versäumte Dosen

Wenn eine vorgesehene Dosis verspätet angewendet oder versäumt wird, sollte sie sobald wie möglich gegeben werden, ohne den nächsten geplanten Behandlungszyklus abzuwarten. Der Behandlungsplan muss entsprechend angepasst werden, um einen 3-Wochen-Abstand zwischen den Dosen aufrecht zu erhalten. Die Infusion muss mit der Dosis und der Infusionsgeschwindigkeit durchgeführt werden, die der Patient bei der letzten Infusion vertragen hat.

#### Besondere Patientengruppen

##### *Ältere Patienten*

Bei Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter ist keine Dosisanpassung von Enhertu erforderlich. Für Patienten  $\geq 75$  Jahre liegen nur begrenzte Daten vor.

##### *Eingeschränkte Nierenfunktion*

Bei Patienten mit leicht (Kreatinin-Clearance [ClCr]  $\geq 60$  und  $< 90$  ml/min) oder mäßig (ClCr  $\geq 30$  und  $< 60$  ml/min) eingeschränkter Nierenfunktion ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 5.2). Die potenzielle Notwendigkeit einer Dosisanpassung bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion oder terminaler Niereninsuffizienz kann nicht bestimmt werden, da eine stark eingeschränkte Nierenfunktion ein Ausschlusskriterium bei klinischen Studien war. Bei Patienten mit mäßig eingeschränkter Nierenfunktion wurde eine höhere Inzidenz von ILD/Pneumonitis von Grad 1 und 2 festgestellt, was zu einem Anstieg von Therapieabbrüchen führte. Bei Patienten mit zu Beginn mäßig eingeschränkter Nierenfunktion, die Enhertu 6,4 mg/kg erhielten, wurden häufiger schwerwiegende Nebenwirkungen beobachtet als bei solchen mit normaler Nierenfunktion. Patienten mit mäßig oder schwer eingeschränkter Nierenfunktion sind sorgfältig auf Nebenwirkungen, einschließlich ILD/Pneumonitis, zu überwachen (siehe Abschnitt 4.4).

### *Eingeschränkte Leberfunktion*

Bei Patienten mit einem Gesamtbilirubin  $\leq 1,5 \times$  oberer Normwert [ULN, *upper limit of normal*], unabhängig vom Aspartat-Transaminase [AST]-Wert, ist keine Dosisanpassung erforderlich. Die potenzielle Notwendigkeit einer Dosisanpassung bei Patienten mit einem Gesamtbilirubin  $> 1,5 \times$  ULN, unabhängig vom AST-Wert, kann aufgrund begrenzter Daten nicht bestimmt werden. Diese Patienten sind daher sorgfältig zu überwachen (siehe Abschnitte 4.4 und 5.2).

### *Kinder und Jugendliche*

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Enhertu bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.

### Art der Anwendung

Enhertu ist zur intravenösen Anwendung bestimmt. Es muss von einem Arzt oder medizinischem Fachpersonal rekonstituiert und verdünnt und als intravenöse Infusion gegeben werden. Enhertu darf nicht als intravenöse Druck- oder Bolusinjektion gegeben werden.

Hinweise zur Rekonstitution und Verdünnung des Arzneimittels vor der Anwendung, siehe Abschnitt 6.6.

### **4.3 Gegenanzeigen**

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.

### **4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung**

Zur Vermeidung von Arzneimittelfehlern ist es wichtig, die Etiketten der Durchstechflaschen zu überprüfen und sicherzustellen, dass das zubereitete und angewendete Arzneimittel tatsächlich Enhertu (Trastuzumab deruxtecan) ist und nicht Trastuzumab oder Trastuzumab emtansin.

### Rückverfolgbarkeit

Um die Rückverfolgbarkeit biologischer Arzneimittel zu verbessern, müssen die Bezeichnung des Arzneimittels und die Chargenbezeichnung des angewendeten Arzneimittels eindeutig dokumentiert werden.

### Interstitielle Lungenerkrankung/Pneumonitis

Es liegen Berichte über Fälle von interstitieller Lungenerkrankung (ILD) und/oder Pneumonitis unter Enhertu vor (siehe Abschnitt 4.8). Es wurden tödliche Verläufe beobachtet. Den Patienten ist zu raten, Husten, Dyspnoe, Fieber und/oder neue oder sich verschlechternde Atemwegssymptome unverzüglich zu melden. Die Patienten sind auf Anzeichen und Symptome von ILD/Pneumonitis zu überwachen. Anzeichen von ILD/Pneumonitis müssen umgehend untersucht werden. Bei Patienten mit Verdacht auf ILD/Pneumonitis ist eine Röntgenuntersuchung, vorzugsweise eine Computertomographie (CT), durchzuführen. Die Konsultation eines Pneumologen sollte in Betracht gezogen werden. Bei asymptomatischer ILD/Pneumonitis (Grad 1) sollte eine Corticosteroidbehandlung in Betracht gezogen werden (z. B.  $\geq 0,5$  mg/kg/Tag Prednisolon oder eine gleichwertige Behandlung). Enhertu muss bis zur Erholung auf Grad 0 abgesetzt werden und kann anschließend gemäß den Anweisungen in Tabelle 2 wieder aufgenommen werden (siehe Abschnitt 4.2). Bei symptomatischer ILD/Pneumonitis (Grad 2 oder höher) ist umgehend eine Corticosteroidbehandlung zu beginnen (z. B.  $\geq 1$  mg/kg/Tag Prednisolon oder eine gleichwertige Behandlung). Diese Behandlung ist für mindestens 14 Tage fortzusetzen. Anschließend ist die Corticosteroidbehandlung über mindestens 4 Wochen allmählich auszuschleichen. Enhertu muss bei Patienten, bei denen eine symptomatische (Grad 2 oder höher) ILD/Pneumonitis diagnostiziert wird, dauerhaft abgesetzt werden (siehe Abschnitt 4.2). Patienten mit einer Vorgeschichte von ILD/Pneumonitis oder Patienten mit mäßiger

oder schwerer Nierenfunktionsstörung können ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer ILD/Pneumonitis haben und sollten sorgfältig überwacht werden (siehe Abschnitt 4.2).

### Neutropenie

Fälle von Neutropenie, einschließlich febriler Neutropenie mit tödlichem Ausgang, wurden in klinischen Studien mit Enhertu berichtet. Vor Beginn der Behandlung mit Enhertu und vor jeder Dosis, sowie wenn klinisch angezeigt, muss ein großes Blutbild erstellt werden. Je nach Schweregrad der Neutropenie kann Enhertu eine Dosisunterbrechung oder -reduktion erforderlich machen (siehe Abschnitt 4.2).

### Linksventrikuläre Dysfunktion

Unter Anti-HER2-Therapien wurde eine Abnahme der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) beobachtet.

Vor Beginn der Enhertu-Behandlung und in regelmäßigen Abständen während der Behandlung sollten je nach klinischer Indikation Standarduntersuchungen der Herzfunktion (Echokardiogramm oder ein MUGA [*multigated acquisition*] Scan) zur Beurteilung der LVEF durchgeführt werden. Eine Abnahme der LVEF soll durch eine Behandlungsunterbrechung unter Kontrolle gebracht werden. Bei Bestätigung einer LVEF von weniger als 40 % oder einer absoluten Abnahme gegenüber dem Ausgangswert von mehr als 20 % ist Enhertu dauerhaft abzusetzen. Enhertu muss bei Patienten mit symptomatischer kongestiver Herzinsuffizienz (CHF) dauerhaft abgesetzt werden (siehe Tabelle 2 in Abschnitt 4.2).

### Embryofetale Toxizität

Enhertu kann Schäden bei Feten verursachen, wenn es bei einer schwangeren Frau angewendet wird. Aus Berichten nach der Markteinführung geht hervor, dass die Anwendung von Trastuzumab, einem HER2-Rezeptor Antagonisten, während der Schwangerschaft zu Fällen von Oligohydramnions führte, die sich als lebensbedrohliche Lungenhypoplasie, Skeletanomalien und Tod des Neugeborenen manifestierten. Ausgehend von Erkenntnissen bei Tieren und aufgrund des Wirkungsmechanismus kann DXd, die Topoisomerase-I-Inhibitor-Komponente von Enhertu, auch zu einer Schädigung des Embryos/Fetus führen, wenn es einer schwangeren Frau gegeben wird (siehe Abschnitt 4.6).

Bei Frauen im gebärfähigen Alter muss vor Beginn der Enhertu-Behandlung der Schwangerschaftsstatus überprüft werden. Die Patientin muss über die potenziellen Risiken für den Fetus aufgeklärt werden. Frauen im gebärfähigen Alter sind anzusehen, während der Behandlung und für mindestens 7 Monate nach der letzten Dosis von Enhertu eine zuverlässige Empfängnisverhütungsmethode anzuwenden. Männliche Patienten mit Partnerinnen im gebärfähigen Alter sind anzusehen, während der Behandlung mit Enhertu und für mindestens 4 Monate nach der letzten Dosis von Enhertu eine zuverlässige Empfängnisverhütungsmethode anzuwenden (siehe Abschnitt 4.6).

### Patienten mit mäßig oder schwer eingeschränkter Leberfunktion

Es liegen nur begrenzte Daten zu Patienten mit mäßig eingeschränkter Leberfunktion vor und keine Daten zu Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. Da die Metabolisierung in der Leber und die Ausscheidung über die Galle die Haupteliminationswege des Topoisomerase-I-Inhibitors DXd sind, muss Enhertu bei Patienten mit mäßig oder stark eingeschränkter Leberfunktion mit Vorsicht angewendet werden (siehe Abschnitte 4.2 und 5.2).

## **4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen**

Die gemeinsame Anwendung mit Ritonavir, einem Inhibitor von OATP1B, CYP3A und P-gp, oder mit Itraconazol, einem starken CYP3A- und P-gp-Inhibitor, führte zu keinem klinisch bedeutsamen (ungefähr 10-20 %) Anstieg der Expositionen gegenüber Trastuzumab deruxtecan oder des freigesetzten Topoisomerase-I-Inhibitors DXd. Bei gleichzeitiger Anwendung von Trastuzumab

deruxtecan mit Arzneimitteln, die CYP3A- oder OATP1B-Inhibitoren oder P-gp-Transporter sind, ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 5.2).

## **4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit**

### Frauen im gebärfähigen Alter/Empfängnisverhütung bei Männern und Frauen

Bei Frauen im gebärfähigen Alter muss vor Beginn der Enhertu-Behandlung der Schwangerschaftsstatus überprüft werden.

Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Enhertu-Behandlung und für mindestens 7 Monate nach der letzten Dosis eine zuverlässige Empfängnisverhütungsmethode anwenden.

Männer mit Partnerinnen im gebärfähigen Alter müssen während der Enhertu-Behandlung und für mindestens 4 Monate nach der letzten Dosis eine zuverlässige Empfängnisverhütungsmethode anwenden.

### Schwangerschaft

Bisher liegen keine Erfahrungen mit der Anwendung von Enhertu bei Schwangeren vor. Als HER2-Rezeptor-Antagonist kann Trastuzumab jedoch Schäden bei Feten verursachen, wenn es bei einer schwangeren Frau angewendet wird. Aus Berichten nach der Markteinführung geht hervor, dass die Anwendung von Trastuzumab während der Schwangerschaft zu Fällen von Oligohydramnions führte, die sich manchmal als lebensbedrohliche Lungenhypoplasie, Skelettanomalien und Tod des Neugeborenen manifestierten. Ausgehend von Erkenntnissen bei Tieren und aufgrund des Wirkungsmechanismus ist zu erwarten, dass DXd, die Topoisomerase-I-Inhibitor-Komponente von Enhertu, auch zu einer Schädigung des Embryos/Fetus führen kann, wenn es einer schwangeren Frau gegeben wird (siehe Abschnitt 5.3).

Die Anwendung von Enhertu bei Schwangeren wird nicht empfohlen, und Patientinnen müssen über die potenziellen Risiken für den Fetus aufgeklärt werden, bevor sie schwanger werden. Frauen, die schwanger werden, müssen sofort ihren Arzt kontaktieren. Wenn eine Frau während der Behandlung mit Enhertu oder innerhalb von 7 Monaten nach der letzten Dosis von Enhertu schwanger wird, wird eine strenge Überwachung empfohlen.

### Stillzeit

Es ist nicht bekannt, ob Trastuzumab deruxtecan in die Muttermilch ausgeschieden wird. Humanes IgG geht in die Muttermilch über und das Potenzial für eine Resorption und schwerwiegende Nebenwirkungen beim Kind ist nicht bekannt. Daher dürfen Frauen während der Enhertu-Behandlung und für 7 Monate nach der letzten Dosis nicht stillen. Es muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob das Stillen zu unterbrechen ist oder ob die Behandlung zu unterbrechen ist. Dabei soll sowohl der Nutzen des Stillens für das Kind als auch der Nutzen der Behandlung mit Enhertu für die Frau berücksichtigt werden.

### Fertilität

Es wurden keine speziellen Studien zur Fertilität mit Trastuzumab deruxtecan durchgeführt. Aus Ergebnissen von Toxizitätsstudien an Tieren geht hervor, dass Enhertu die männliche Fortpflanzungsfunktion und Fertilität beeinträchtigen kann. Es ist nicht bekannt, ob Trastuzumab deruxtecan oder seine Metabolite in der Samenflüssigkeit auftreten. Vor Beginn der Behandlung sind männliche Patienten darauf hinzuweisen, sich bezüglich der Spermakonservierung beraten zu lassen. Männliche Patienten dürfen während des gesamten Behandlungszeitraums und für mindestens 4 Monate nach der letzten Dosis von Enhertu kein Sperma spenden oder konservieren lassen.

## **4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Enhertu hat geringen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen. Patienten müssen angewiesen werden, beim Führen von Fahrzeugen oder Bedienen von Maschinen Vorsicht walten zu lassen, wenn sie während der Behandlung mit Enhertu an Ermüdung/Fatigue, Kopfschmerz oder Schwindelgefühl leiden (siehe Abschnitt 4.8).

## **4.8 Nebenwirkungen**

### Zusammenfassung des Sicherheitsprofils

#### *Enhertu 5,4 mg/kg*

Die gepoolte Sicherheitspopulation wurde im Hinblick auf Patienten ausgewertet, die in klinischen Studien mindestens eine Dosis Enhertu von 5,4 mg/kg (n = 2 335) bei verschiedenen Tumorarten erhielten. Die mediane Behandlungsdauer in dieser gepoolten Gruppe betrug 9,0 Monate (Bereich: 0,7 bis 45,1 Monate).

Die häufigsten Nebenwirkungen waren Übelkeit (71,1 %), Ermüdung/Fatigue(55,3 %), Erbrechen (37,3 %), Aloperie (36,1 %), Anämie (35,9 %), Neutropenie (35,1 %), Obstipation (31,7 %) verminderter Appetit (30,6 %), Diarrhö (30,1 %), Transaminasen erhöht (26,6 %), Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems (23,6 %), Thrombozytopenie (23,1 %) und Leukopenie (21,5 %).

Die häufigsten Nebenwirkungen mit Schweregrad 3 oder 4 gemäß den *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (Allgemeine Terminologiekriterien von unerwünschten Ereignissen) des National Cancer Institute (NCI-CTCAE, V 5.0) waren Neutropenie (18,0 %), Anämie (10,5 %), Ermüdung/Fatigue (7,8 %), Leukopenie (6,0 %), Thrombozytopenie (5,4 %), Übelkeit (4,9 %), Lymphopenie (3,9 %), Hypokaliämie (3,8 %), Transaminasen erhöht (3,5 %), Diarrhö (2,5 %), Erbrechen (2,4 %), verminderter Appetit (1,8 %), Pneumonie (1,3 %) und verminderte Ejektionsfraktion (1,0 %). Nebenwirkungen von Grad 5 traten bei 1,4 % der Patienten auf, darunter auch ILD/Pneumonitis (1,1 %).

Behandlungsunterbrechungen aufgrund von Nebenwirkungen traten bei 32,6 % der mit Enhertu behandelten Patienten auf. Die häufigsten mit einer Behandlungsunterbrechung verbundenen Nebenwirkungen waren Neutropenie (12,4 %), Ermüdung/Fatigue (4,7 %), Anämie (4,6 %), Leukopenie (3,2 %), Infektionen der oberen Atemwege (3,0 %) und ILD/Pneumonitis (2,6 %), Thrombozytopenie (2,4 %) und Pneumonie (2,0 %). Zu Dosisreduktionen kam es bei 20,3 % der mit Enhertu behandelten Patienten. Die häufigsten mit einer Dosisreduktion verbundenen Nebenwirkungen waren Ermüdung/Fatigue (5,1 %), Übelkeit (4,8 %), Neutropenie (3,5 %) und Thrombozytopenie (2,3 %). Zu einem Behandlungsabbruch aufgrund von Nebenwirkungen kam es bei 11,7 % der mit Enhertu behandelten Patienten. Die häufigste mit einem dauerhaften Absetzen der Behandlung verbundene Nebenwirkung war eine ILD/Pneumonitis (8,4 %).

#### *Enhertu 6,4 mg/kg*

Die gepoolte Sicherheitspopulation wurde im Hinblick auf Patienten ausgewertet, die in klinischen Studien mindestens eine Dosis Enhertu von 6,4 mg/kg (n = 1 133) bei verschiedenen Tumorarten erhielten. Die mediane Behandlungsdauer in dieser gepoolten Gruppe betrug 5,1 Monate (Bereich: 0,4 bis 41,0 Monate).

Die häufigsten Nebenwirkungen waren Übelkeit (64,3 %), Ermüdung/Fatigue (57,3 %), Anämie (47,9 %), verminderter Appetit (46,8 %), Neutropenie (45,9 %), Erbrechen (34,7 %), Diarrhö (33,0 %), Thrombozytopenie (32,9 %), Leukopenie (31,2 %), Aloperie (29,0 %), Obstipation (28,2 %), und erhöhte Transaminasen (26,4 %).

Die häufigsten Nebenwirkungen mit Schweregrad 3 oder 4 gemäß den *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (Allgemeine Terminologiekriterien von unerwünschten Ereignissen) des *National Cancer Institute* waren Neutropenie (28,4 %), Anämie (22,8 %), Leukopenie (12,3 %),

Thrombozytopenie (10,8 %), Ermüdung/Fatigue (8,6 %), Hypokaliämie (5,8 %), Panzytopenie (5,6 %), Übelkeit (5,6 %), Lymphopenie (5,5 %), verminderter Appetit (5,3 %), erhöhte Transaminasen (3,6 %), Pneumonie (3,0 %), febrile Neutropenie (2,6 %), Erbrechen (2,6 %), Diarröh (1,9 %), Gewichtsverlust (1,7 %), Abdominalschmerzen (1,5 %), alkalische Phosphatase im Blut erhöht (1,2 %), Bilirubin im Blut erhöht (1,2 %) interstitielle Lungenerkrankung (ILD, 1,1 %) und verminderte Ejektionsfraktion (1,1 %). Nebenwirkungen von Grad 5 traten bei 2,2 % der Patienten auf, darunter auch ILD (1,6 %).

Behandlungsunterbrechungen aufgrund von Nebenwirkungen traten bei 40,7 % der mit Enhertu behandelten Patienten auf. Die häufigsten mit einer Behandlungsunterbrechung verbundenen Nebenwirkungen waren Neutropenie (14,7 %), Anämie (8,5 %), Ermüdung/Fatigue (6,0 %), ILD (4,7 %), Leukopenie (3,9 %), Pneumonie (3,3 %), Thrombozytopenie (3,2 %), verminderter Appetit (2,7 %), Infektionen der oberen Atemwege (2,6 %). Zu Dosisreduktionen kam es bei 29,1 % der mit Enhertu behandelten Patienten. Die häufigsten mit einer Dosisreduktion verbundenen Nebenwirkungen waren Ermüdung/Fatigue (8,4 %), Neutropenie (6,4 %), Übelkeit (5,6 %), verminderter Appetit (4,1 %) und Thrombozytopenie (3,8 %). Zu einem Behandlungsabbruch aufgrund von Nebenwirkungen kam es bei 13,8 % der mit Enhertu behandelten Patienten. Die häufigste mit einem dauerhaften Absetzen der Behandlung verbundene Nebenwirkung war eine ILD (10,1 %).

19,2 % der Patienten mit Magenkrebs, die mit Enhertu 6,4 mg/kg behandelt wurden (n = 546), erhielten innerhalb von 28 Tagen nach Beginn der Anämie oder Thrombozytopenie eine Transfusion. Die Transfusion erfolgte meist aufgrund von Anämie.

#### Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen

Tabelle 3 zeigt die Nebenwirkungen bei Patienten, die in klinischen Studien mindestens eine Dosis von Enhertu erhielten. Die Nebenwirkungen sind nach MedDRA-Systemorganklasse (SOC, *system organ class*) und Häufigkeitskategorien aufgelistet. Die Häufigkeitskategorien sind wie folgt definiert: sehr häufig ( $\geq 1/10$ ); häufig ( $\geq 1/100; < 1/10$ ); gelegentlich ( $\geq 1/1\ 000; < 1/100$ ); selten ( $\geq 1/10\ 000; < 1/1\ 000$ ); sehr selten ( $< 1/10\ 000$ ) und nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar). Innerhalb jeder Häufigkeitsgruppe sind die Nebenwirkungen nach abnehmendem Schweregrad aufgeführt.

**Tabelle 3: Nebenwirkungen bei Patienten, die mit 5,4 mg/kg und 6,4 mg/kg Trastuzumab deruxtecan wegen unterschiedlicher Tumorarten behandelt wurden**

Systemorganklasse Häufigkeitskategorie	5,4 mg/kg Nebenwirkung	6,4 mg/kg Nebenwirkung
<b>Infektionen und parasitäre Erkrankungen</b>		
Sehr häufig	Infektion der oberen Atemwege <sup>a</sup>	Infektion der oberen Atemwege <sup>a</sup>
Häufig	Pneumonie	Pneumonie
<b>Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems</b>		
Sehr häufig	Anämie <sup>b</sup> , Neutropenie <sup>c</sup> , Thrombozytopenie <sup>d</sup> , Leukopenie <sup>e</sup>	Anämie <sup>b</sup> , Neutropenie <sup>c</sup> , Thrombozytopenie <sup>d</sup> , Leukopenie <sup>e</sup> , Lymphopenie <sup>f</sup>
Häufig	Lymphopenie <sup>f</sup> , febrile Neutropenie, Panzytopenie <sup>g</sup>	Febrile Neutropenie, Panzytopenie <sup>g</sup>
<b>Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen</b>		
Sehr häufig	Hypokaliämie <sup>h</sup> , verminderter Appetit	Hypokaliämie <sup>h</sup> , verminderter Appetit

<b>Systemorganklasse</b>	<b>5,4 mg/kg</b>	<b>6,4 mg/kg</b>
Häufigkeitskategorie	Nebenwirkung	Nebenwirkung
Häufig	Dehydratation	Dehydratation
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>		
Sehr häufig	Kopfschmerz <sup>i</sup> ,	
Häufig	Schwindelgefühl, Dysgeusie	Schwindelgefühl, Kopfschmerz <sup>i</sup> , Dysgeusie
<b>Augenerkrankungen</b>		
Häufig	Trockenes Auge, verschwommenes Sehen <sup>j</sup>	Trockenes Auge, verschwommenes Sehen <sup>j</sup>
<b>Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums</b>		
Sehr häufig	Interstitielle Lungenerkrankung <sup>k</sup> , Husten	Interstitielle Lungenerkrankung <sup>k</sup> , Husten
Häufig	Dyspnoe, Epistaxis	Dyspnoe, Epistaxis
<b>Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts</b>		
Sehr häufig	Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarröhö, Abdominalschmerz <sup>l</sup> , Stomatitis <sup>m</sup> , Dyspepsie	Übelkeit, Erbrechen, Diarröhö, Obstipation, Abdominalschmerz <sup>l</sup> , Stomatitis <sup>m</sup>
Häufig	Abdominale Distension, Gastritis, Flatulenz	Dyspepsie, abdominale Distension, Gastritis, Flatulenz
<b>Leber- und Gallenerkrankungen</b>		
Sehr häufig	Transaminasen erhöht <sup>n</sup>	Transaminasen erhöht <sup>n</sup>
<b>Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes</b>		
Sehr häufig	Alopezie	Alopezie
Häufig	Ausschlag <sup>o</sup> , Pruritus, Hauthyperpigmentierung <sup>p</sup>	Ausschlag <sup>o</sup> , Pruritus, Hauthyperpigmentierung <sup>p</sup>
<b>Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenerkrankungen</b>		
Sehr häufig	Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems <sup>q</sup>	Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems <sup>q</sup>
<b>Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort</b>		
Sehr häufig	Ermüdung/Fatigue <sup>r</sup> , Fieber	Ermüdung/Fatigue <sup>r</sup> , Fieber, peripheres Ödem
Häufig	Peripheres Ödem	
<b>Untersuchungen</b>		
Sehr häufig	Ejektionsfraktion vermindert <sup>s</sup> , Gewicht vermindert	Ejektionsfraktion vermindert <sup>s</sup> , Gewicht vermindert
Häufig	Alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Bilirubin im Blut erhöht <sup>t</sup> , Kreatinin im Blut erhöht	Alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Bilirubin im Blut erhöht <sup>t</sup> , Kreatinin im Blut erhöht

<b>Systemorganklasse</b>	<b>5,4 mg/kg</b>	<b>6,4 mg/kg</b>
Häufigkeitskategorie	Nebenwirkung	Nebenwirkung
<b>Verletzung, Vergiftung und durch Eingriffe bedingte Komplikationen</b>		
Häufig	Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion <sup>u</sup>	
Gelegentlich		Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion <sup>u</sup>

- <sup>a</sup> Umfasst Influenza, grippeartige Erkrankung, Nasopharyngitis, Pharyngitis, Sinusitis, Rhinitis, Laryngitis und Infektion der oberen Atemwege.
- <sup>b</sup> Umfasst für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg Anämie, Hämoglobin erniedrigt, Erythrozytenzahl erniedrigt und Hämatokrit erniedrigt. Umfasst für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg Anämie, Hämoglobin erniedrigt, Hämatokrit erniedrigt und Erythrozytenzahl erniedrigt.
- <sup>c</sup> Umfasst Neutropenie und Neutrophilenzahl erniedrigt.
- <sup>d</sup> Umfasst Thrombozytopenie und Thrombozytenzahl erniedrigt.
- <sup>e</sup> Umfasst Leukopenie und Leukozytenzahl erniedrigt.
- <sup>f</sup> Umfasst Lymphopenie und Lymphozytenzahl erniedrigt.
- <sup>g</sup> Panzytopenie wurde definiert als Erfüllung aller 3 der folgenden Kriterien bei einem Patienten:  
Hämoglobinwert < 100 g/l und CTCAE-Grad 2 oder höher, Neutrophilenzahl < 1,5 x 10<sup>9</sup>/l und CTCAE-Grad 1 oder höher und Thrombozytenzahl < 100 x 10<sup>9</sup>/l und nicht fehlender CTCAE-Grad basierend auf dem gleichen Entnahmedatum der Laborprobe und/oder dem bevorzugten Begriff Panzytopenie.
- <sup>h</sup> Umfasst Hypokaliämie und Kalium im Blut vermindert.
- <sup>i</sup> Umfasst für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg Kopfschmerz, Sinus-Kopfschmerz und Migräne. Umfasst für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg Kopfschmerz und Migräne.
- <sup>j</sup> Umfasst verschwommenes Sehen und Visusbeeinträchtigung.
- <sup>k</sup> Für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg umfasst interstitielle Lungenerkrankung Ereignisse, die der ILD zugeordnet wurden: akutes Atemversagen (n = 2), Alveolitis (n = 2), Bronchiektasie (n = 1), Krankheitsprogression (n = 1), Pneumonitis durch Überempfindlichkeit (n = 1), idiopathische interstitielle Pneumonie (n = 1), interstitielle Lungenerkrankung (n = 109), Infektion der unteren Atemwege (n = 1), Lungenerkrankung (n = 1), Lungeninfiltration (n = 1), Opazität der Lunge (n = 4), Lymphangitis (n = 1), organisierende Pneumonie (n = 9), Pneumonie (n = 9), bakterielle Pneumonie (n = 2), fungale Pneumonie (n = 1), Pneumonitis (n = 136), Lungenfibrose (n = 2), pulmonale Masse (n = 1), Lungentoxizität (n = 3), strahlenbedingte Pneumonitis (n = 4), Atemversagen (n = 5). Für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg umfasst interstitielle Lungenerkrankung Ereignisse, die der ILD zugeordnet wurden: Alveolitis (n = 1), interstitielle Lungenerkrankung (n = 68), Opazität der Lunge (n = 2), organisierende Pneumonie (n = 4), Pneumonie (n = 1), Pneumonitis (n = 98), Lungentoxizität (n = 1), strahlenbedingte Pneumonitis (n = 1) und Atemversagen (n = 5).
- <sup>l</sup> Umfasst abdominale Beschwerden, Schmerzen im Gastrointestinaltrakt, Abdominalschmerz, Unterbauchschmerzen und Oberbauchschmerzen.
- <sup>m</sup> Umfasst für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg Stomatitis, aphthöses Ulkus, Mundulzeration, Erosion der Mundschleimhaut und Mundschleimhauteffloreszenz. Umfasst für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg Stomatitis, aphthöses Ulkus und Mundulzeration.
- <sup>n</sup> Umfasst Transaminasen erhöht, Alanin-Aminotransferase erhöht, Aspartat-Aminotransferase erhöht, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, Leberfunktion anomal, Leberfunktionstest anomal, Leberfunktionstest erhöht und Hypertransaminasämie.
- <sup>o</sup> Umfasst für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg Ausschlag, pustulöser Ausschlag, makulopapulöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, makulöser Ausschlag und juckender Ausschlag. Umfasst für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg Ausschlag, pustulöser Ausschlag, makulopapulöser Ausschlag, papulöser Ausschlag und juckender Ausschlag.
- <sup>p</sup> Umfasst alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg Hauthyperpigmentierung, Hautverfärbung und Pigmentierungsstörung. Umfasst für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg Hauthyperpigmentierung und Pigmentierungsstörung.
- <sup>q</sup> Umfasst Rückenschmerzen, Myalgie, Extremitätenschmerzen, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Muskelpasmen, Knochenschmerzen, Nackenschmerzen, die Skelettmuskulatur betreffende Brustschmerzen und Gliederbeschwerden.
- <sup>r</sup> Umfasst Asthenie, Ermüdung/Fatigue, Unwohlsein und Lethargie.
- <sup>s</sup> Für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg, Ejektionsfraktion vermindert umfasst Laborparameter zur Abnahme der LVEF (n = 312) und/oder die bevorzugten Begriffe Ejektionsfraktion vermindert (n = 99), Herzinsuffizienz (n = 5), akute Herzinsuffizienz (n = 1), chronische Herzinsuffizienz (n = 1), kongestive Herzinsuffizienz (n = 1) und linksventrikuläre Dysfunktion (n = 3). Für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg, Ejektionsfraktion vermindert umfasst Laborparameter zur Abnahme der LVEF (n = 125) und/oder die bevorzugten Begriffe

Ejektionsfraktion vermindert (n = 20) und linksventrikuläre Dysfunktion (n = 1), Herzinsuffizienz (n = 2), akute Herzinsuffizienz (n = 1) und kongestive Herzinsuffizienz (n = 1).

<sup>t</sup> Umfasst für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg Bilirubin im Blut erhöht, Hyperbilirubinämie, konjugiertes Bilirubin erhöht und unkonjugiertes Bilirubin im Blut erhöht. Umfasst für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg Bilirubin im Blut erhöht, Hyperbilirubinämie und konjugiertes Bilirubin erhöht.

<sup>u</sup> Für alle Tumorarten bei 5,4 mg/kg, Fälle von Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion umfassen Reaktion im Zusammenhang mit einer Infusion (n = 23) und Überempfindlichkeit (n = 2). Für alle Tumorarten bei 6,4 mg/kg, Fälle von Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion umfassen Reaktion im Zusammenhang mit einer Infusion (n = 6) und Überempfindlichkeit (n = 1). Alle Fälle von Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion waren von Grad 1 und Grad 2.

### Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

#### *Interstitielle Lungenerkrankung/Pneumonitis*

Von den Patienten, die in klinischen Studien mit 5,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 2 335), berichtete der Prüfarzt bei 13,3 % der Patienten über ILD, Pneumonitis, organisierende Pneumonie und akute interstitielle Pneumonitis. Eine ILD/Pneumonitis wurde bei 12,2 % der Patienten durch eine Beurteilung bestätigt und führte bei 8,4 % der Patienten zum Absetzen der Behandlung und bei 2,6 % der Patienten zu einer Unterbrechung der Behandlung. Die meisten Fälle von ILD/Pneumonitis waren Grad 1 (2,9 %) und Grad 2 (7,5 %). Fälle von Grad 3 traten bei 0,7 % auf und es kam kein Fall von Grad 4 vor. Ereignisse des Grades 5 (tödlich) traten bei 1,1 % der Patienten auf. Die mediane Zeit bis zum ersten Auftreten betrug 5,5 Monate (Bereich: -0,3 bis 31,5), einschließlich zwei Patienten, bei denen die ILD bereits als bestehend eingestuft wurden. Bei 30,8 % der Patienten mit bestätigter ILD/Pneumonitis wurde nach einer medianen Nachbeobachtungsdauer von bis zu 280 Tagen keine Genesung gemeldet (siehe Abschnitte 4.2 und 4.4).

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 6,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 1 133), meldete der Prüfarzt bei 16,9 % der Patienten eine ILD, Pneumonitis, organisierende Pneumonie und eine akute interstitielle Pneumonitis. Die ILD/Pneumonitis wurde bei 15,4 % der Patienten durch eine Beurteilung bestätigt und führte bei 10,1 % der Patienten zum Absetzen der Behandlung und bei 4,7 % der Patienten zu einer Unterbrechung der Behandlung. Die meisten Fälle von ILD/Pneumonitis waren Grad 1 (4,1 %) und Grad 2 (8,6 %). Fälle von Grad 3 traten bei 1,1 % der Patienten auf und es gab einen Fall von Grad 4. Ereignisse von Grad 5 (tödlich) traten bei 1,6 % der Patienten auf. Die mediane Zeit bis zum ersten Auftreten betrug 4,1 Monate (Bereich: -0,5 bis 21,0), einschließlich zwei Patienten, bei denen die ILD bereits als bestehend eingestuft wurden. Bei 37,4 % der Patienten mit bestätigter ILD/Pneumonitis wurde nach einer medianen Nachbeobachtungsdauer von bis zu 251 Tagen keine Genesung gemeldet (siehe Abschnitte 4.2 und 4.4).

#### *Neutropenie*

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 5,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 2 335), wurde bei 35,1 % der Patienten über eine Neutropenie berichtet und 18,0 % hatten Ereignisse von Grad 3 oder 4. Die mediane Zeit bis zum Auftreten betrug 42 Tage (Bereich: 1 Tag bis 31,9 Monate) und die mediane Dauer des ersten Ereignisses betrug 21 Tage (Bereich: 1 Tag bis 17,1 Monate). Über febrile Neutropenie wurde bei 1,0 % der Patienten berichtet und < 0,1 % waren Grad 5 (siehe Abschnitt 4.2).

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 6,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 1 133), wurde bei 45,9 % der Patienten über eine Neutropenie berichtet und 28,4 % hatten Ereignisse von Grad 3 oder 4. Die mediane Zeit bis zum Auftreten betrug 16 Tage (Bereich 1 Tag bis 24,8 Monate) und die mediane Dauer des ersten Ereignisses betrug 9 Tage (Bereich: 1 Tag bis 17,2 Monate). Über febrile Neutropenie wurde bei 2,6 % der Patienten berichtet und 0,1 % waren Grad 5 (siehe Abschnitt 4.2).

#### *Linksventrikuläre Dysfunktion*

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 5,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 2 335), wurde bei 108 Patienten (4,6 %) über eine Abnahme

der LVEF berichtet, darunter 14 (0,6 %) mit Grad 1, 80 (3,4 %) mit Grad 2 und 13 (0,6 %) mit Grad 3 und 1 (< 0,1 %) mit Grad 4. Die beobachtete Häufigkeit der LVEF-Abnahme auf der Grundlage von Laborparametern (Echokardiogramm oder MUGA-Scan) betrug 296/2 075 (14,3 %) bei Grad 2 und 15/2 075 (0,7 %) bei Grad 3. Die Behandlung mit Enhertu wurde bei Patienten mit einer LVEF von weniger als 50 % vor Beginn der Behandlung nicht untersucht (siehe Abschnitt 4.2).

Eine linksventrikuläre Dysfunktion führte bei 27/2 335 Patienten (1,2 %) zur Behandlungsunterbrechung. Die mediane Zeit bis zu einer LVEF schwerster Ausprägung betrug 4,8 Monate und die mediane Zeit bis zur Erholung ( $\geq 90\%$  Baseline) von der schwersten LEFV betrug 6,3 Monate.

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 6,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 1 133), wurde bei 23 Patienten (2,0 %) über eine Abnahme der LVEF berichtet, darunter 1 (0,1 %) mit Grad 1, 16 (1,4 %) mit Grad 2 und 6 (0,5 %) mit Grad 3. Die beobachtete Häufigkeit der LVEF-Abnahme auf der Grundlage von Laborparametern (Echokardiogramm oder MUGA-Scan) betrug 114/953 (12,0 %) bei Grad 2 und 11/953 (1,2 %) bei Grad 3.

Die linksventrikuläre Dysfunktion führte bei 6/1 133 Patienten (0,5 %) zu einer Unterbrechung der Behandlung. Die mediane Zeit bis zu einer LVEF schwerster Ausprägung betrug 5,5 Monate und die mediane Zeit bis zur Erholung ( $\geq 90\%$  Baseline) von der schwersten LEFV betrug 2,8 Monate.

#### Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 5,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 2 335), wurde bei 25 Patienten (1,1 %) über Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion berichtet, die größtenteils Schweregrad 1 oder 2 erreichten. Fünf der Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion (0,2 %) führten zu einer Unterbrechung der Behandlung und 1 Ereignis (< 0,1 %) zum endgültigen Absetzen der Behandlung.

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 6,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 1 133), wurde bei 7 Patienten (0,6 %) über Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion berichtet, alle mit Schweregrad 1 oder 2. Es wurden keine Ereignisse von Schweregrad 3 gemeldet. Eine Reaktion im Zusammenhang mit einer Infusion (0,1 %) führte zu einer Unterbrechung der Behandlung, aber kein Ereignis zum endgültigen Absetzen der Behandlung.

#### Immunogenität

Wie bei allen therapeutischen Proteinen besteht ein Potenzial für Immunogenität. Über die in klinischen Studien untersuchten 5,4 mg/kg- und 6,4 mg/kg-Dosen hinweg entwickelten 2,2 % (70/3 124) der auswertbaren Patienten nach der Behandlung mit Enhertu Antikörper gegen Trastuzumab deruxtecan. Die Inzidenz von während der Behandlung auftretenden neutralisierenden Antikörpern gegen Trastuzumab deruxtecan betrug 0,1 % (3/3 124). Die Entwicklung von Antikörpern hatte keinen offenkundigen Einfluss auf die Pharmakokinetik, Sicherheit und/oder Wirksamkeit von Enhertu.

#### Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit bei dieser Patientengruppe wurde nicht untersucht.

#### Ältere Patienten

Unter den Patienten, die in klinischen Studien mit 5,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen (n = 2 335), waren 28,9 % 65 Jahre oder älter und 6,3 % 75 Jahre oder älter. Bei Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter wurde eine höhere Inzidenz (48,4 %) von Nebenwirkungen des Grades 3-4 im Vergleich zu Patienten unter 65 Jahren (43,2 %) beobachtet, was

zu mehr Behandlungsabbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen führte. Die Inzidenz von tödlichen Nebenwirkungen lag bei Patienten ab 65 Jahren bei 2,4 % und bei Patienten unter 65 Jahren bei 1 %.

Von den 1 133 Patienten, die in klinischen Studien mit 6,4 mg/kg Enhertu behandelt wurden und verschiedene Tumorarten aufwiesen, waren 39,6 % 65 Jahre oder älter und 7,9 % 75 Jahre oder älter. Die Inzidenz von Nebenwirkungen des Grades 3-4, die bei Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter beobachtet wurden, betrug 60,8 %, und 61,1 % bei jüngeren Patienten. Bei Patienten im Alter von 75 Jahren oder älter wurde eine höhere Inzidenz (64,4 %) von Nebenwirkungen des Grades 3-4 im Vergleich zu Patienten unter 75 Jahren (60,7 %) beobachtet. Bei Patienten im Alter von 75 Jahren oder älter war die Inzidenz von schwerwiegenden Nebenwirkungen (34,4 %) und tödlichen Ereignissen (4,4 %) höher als bei Patienten unter 75 Jahren (21,2 % bzw. 1,6 %). Es liegen begrenzte Daten zur Ermittlung der Sicherheit bei Patienten im Alter von 75 Jahren oder älter vor.

#### Ethnische Unterschiede

In klinischen Studien wurden zwischen Patienten unterschiedlicher ethnischer Gruppen keine relevanten Unterschiede in Bezug auf die Exposition oder Wirksamkeit beobachtet. Bei asiatischen Patienten, die 6,4 mg/kg Enhertu erhielten, war die Inzidenz ( $\geq 10\%$  Unterschied) von Neutropenie (58,3 % vs. 29,4 %), Anämie (55,2 % vs. 38,3 %), Leukopenie (46,7 % vs. 10,5 %) und Thrombozytopenie (43,1 % vs. 19,3 %) höher als bei nicht asiatischen Patienten. Von den asiatischen Patienten erlitten 3,4 % innerhalb von 14 Tagen nach dem Beginn der Thrombozytopenie eine Blutung, verglichen mit 0,8 % der nicht asiatischen Patienten.

#### Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das in [Anhang V](#) aufgeführte nationale Meldesystem anzugeben.

### **4.9 Überdosierung**

Die maximal verträgliche Dosis von Trastuzumab deruxtecan ist noch nicht ermittelt worden. In klinischen Studien wurden keine Einzeldosen über 8,0 mg/kg getestet. Im Falle einer Überdosierung müssen die Patienten engmaschig auf Anzeichen oder Symptome von Nebenwirkungen überwacht werden und es muss eine angemessene symptomatische Behandlung eingeleitet werden.

## **5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN**

### **5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften**

Pharmakotherapeutische Gruppe: antineoplastische Mittel, HER2 (Humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2)-Inhibitoren, ATC-Code: L01FD04

#### Wirkmechanismus

Enhertu, Trastuzumab deruxtecan, ist ein gegen HER2 gerichtetes Antikörper-Wirkstoff-Konjugat. Der Antikörper ist ein humanisierter Anti-HER2-IgG1-Antikörper, der an Deruxtecan gebunden ist, das aus einem abspaltbaren Linker auf Tetrapeptidbasis und dem Topoisomerase-I-Inhibitor (DXd) besteht. Das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat ist im Plasma stabil. Die Funktion des Antikörperanteils besteht darin, an HER2 zu binden, das auf der Oberfläche bestimmter Tumorzellen exprimiert wird. Nach der Bindung kommt es zu einer Internalisierung des Trastuzumab deruxtecan-Komplexes und zur Abspaltung des Linkers in der Zelle durch lysosomale Enzyme, die in Krebszellen hochreguliert werden. Nach der Freisetzung verursacht das membrangängige DXd DNA-Schäden und führt durch Apoptose zum Tod der Tumorzelle. DXd, ein Exatecan-Derivat, ist etwa 10-mal wirksamer als der aktive Metabolit von Irinotecan SN-38.

*In-vitro*-Studien deuten darauf hin, dass der Antikörperanteil von Trastuzumab deruxtecan, der die gleiche Aminosäuresequenz wie Trastuzumab aufweist, auch an Fc<sub>Y</sub>RIIIa und das Komplement C1q bindet. Der Antikörper vermittelt antikörperabhängige zelluläre Zytotoxizität (ADCC) in menschlichen Brustkrebszellen, die HER2 überexprimieren. Darüber hinaus hemmt der Antikörper die Signalübertragung über den Phosphatidylinositol-3-Kinase-Weg (PI3-K) in menschlichen Brustkrebszellen, die HER2 überexprimieren.

### Klinische Wirksamkeit

#### *HER2-positiver Brustkrebs*

##### *DESTINY-Breast03 (NCT03529110)*

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurde in der Studie DESTINY-Breast03 untersucht, einer multizentrischen, offenen, aktiv kontrollierten, randomisierten, zweiarmigen Phase-3-Studie, an der Patient(inn)en mit HER2-positivem, inoperablem oder metastasierendem Brustkrebs teilnahmen, die zuvor eine Trastuzumab- und Taxan-Therapie zur Behandlung der metastasierenden Erkrankung erhalten hatten oder bei denen die Krankheit während oder innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der adjuvanten Therapie wieder aufgetreten war.

Die archivierten Brustkrebsproben mussten eine HER2-Positivität aufweisen, die definiert war als HER2 IHC 3+ oder -ISH-Positivität. Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten mit einer Vorgesichte mit ILD/Pneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder mit einer ILD/Pneumonitis beim Screening, Patienten mit unbehandelten und symptomatischen Hirnmetastasen, Patienten mit einer klinisch signifikanten Herzerkrankung in der Vorgesichte sowie Patienten mit einer früheren Behandlung mit einem Anti-HER2-Antikörper-Wirkstoff-Konjugat wegen Metastasierung. Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert einer Behandlung mit entweder 5,4 mg/kg Enhertu (N = 261) oder 3,6 mg/kg Trastuzumab emtansin (N = 263) zugewiesen, das einmal alle drei Wochen als intravenöse Infusion verabreicht wurde. Die Randomisierung erfolgte stratifiziert nach Hormonrezeptorstatus, vorheriger Behandlung mit Pertuzumab und Vorgesichte mit viszeralen Erkrankungen. Die Behandlung wurde bis zum Fortschreiten der Krankheit, zum Tod, zum Widerruf der Einwilligung oder zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität durchgeführt.

Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS, *progression-free survival*), welches durch eine verblindete unabhängige zentrale Überprüfung (BICR, *blinded independent central review*) gemäß den Response Evaluation Criteria in Solid Tumours (RECIST-Kriterien V1.1) bewertet wurde. Das Gesamtüberleben (OS, *overall survival*) war ein wichtiger sekundärer Wirksamkeitsendpunkt. Weitere sekundäre Endpunkte waren das PFS nach Einschätzung des Prüfarztes, die bestätigte objektive Ansprechrate (ORR, *objective response rate*) und die Dauer des Ansprechens (DOR, *duration of response*).

Die demografischen Daten und die Ausgangsmerkmale der Erkrankung der Patienten waren zwischen den Behandlungsarmen ausgeglichen. Die demografischen und krankheitsbezogenen Ausgangsdaten der 524 randomisierten Patienten waren: medianes Alter 54 Jahre (Bereich: 20 bis 83); 65 Jahre oder älter (20,2 %); weiblich (99,6 %); asiatisch (59,9 %), weißhäutig (27,3 %), dunkelhäutig oder afroamerikanisch (3,6 %); Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Leistungsstatus 0 (62,8 %) oder 1 (36,8 %); Hormonrezeptorstatus (positiv: 51,9 %); Vorliegen einer viszeralen Erkrankung (73,3 %); Vorliegen von Hirnmetastasen zu Studienbeginn (15,6 %); und 48,3 % der Patienten hatten eine vorherige systemische Behandlung wegen Metastasierung erhalten. Der Prozentsatz von Patienten, die keine vorherige Behandlung wegen Metastasierung erhalten hatten, betrug 9,5 %. Der Anteil von Patienten, die zuvor mit Pertuzumab behandelt worden waren, betrug 61,1 %.

Bei der vorab festgelegten Zwischenanalyse für das PFS auf der Grundlage von 245 Ereignissen (73 % der für die endgültige Analyse geplanten Gesamtereignisse) zeigte die Studie eine statistisch signifikante Verbesserung des PFS gemäß BICR bei Patienten, die auf eine Behandlung mit Enhertu im Vergleich zu Trastuzumab emtansin randomisiert wurden. Das PFS nach BICR-Daten aus der

primären Analyse (Datenstichtag 21. Mai 2021) sowie aktualisierte Ergebnisse für OS, ORR und DOR vom Datenstichtag 25. Juli 2022 sind in Tabelle 4 zusammengestellt.

**Tabelle 4: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Breast03**

Wirksamkeitsparameter	Enhertu N = 261	Trastuzumab emtansin N = 263
<b>Progressionsfreies Überleben (PFS) gemäß BICR<sup>a</sup></b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	87 (33,3)	158 (60,1)
Median, Monate (95 %-KI)	NR (18,5; NE)	6,8 (5,6; 8,2)
Hazard Ratio (95 %-KI)	0,28 (0,22; 0,37)	
p-Wert	p < 0,000001 <sup>†</sup>	
<b>Gesamtüberleben (OS)<sup>b</sup></b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	72 (27,6)	97 (36,9)
Median, Monate (95 %-KI)	NR (40,5; NE)	NR (34,0; NE)
Hazard Ratio (95 %-KI)	0,64 (0,47; 0,87)	
p-Wert <sup>c</sup>	p = 0,0037	
<b>PFS gemäß BICR (aktualisiert)<sup>b</sup></b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	117 (44,8)	171 (65,0)
Median, Monate (95 %-KI)	28,8 (22,4; 37,9)	6,8 (5,6; 8,2)
Hazard Ratio (95 %-KI)	0,33 (0,26, 0,43)	
<b>Bestätigte objektive Ansprechraten (ORR) gemäß BICR<sup>b</sup></b>		
n (%)	205 (78,5)	92 (35,0)
95 %-KI	(73,1; 83,4)	(29,2; 41,1)
Vollständiges Ansprechen n (%)	55 (21,1)	25 (9,5)
Teilweises Ansprechen n (%)	150 (57,5)	67 (25,5)
<b>Dauer des Ansprechens gemäß BICR<sup>b</sup></b>		
Median, Monate (95 %-KI)	36,6 (22,4; NE)	23,8 (12,6; 34,7)

KI = Konfidenzintervall; NE = nicht einschätzbar; NR = nicht erreicht (not reached)

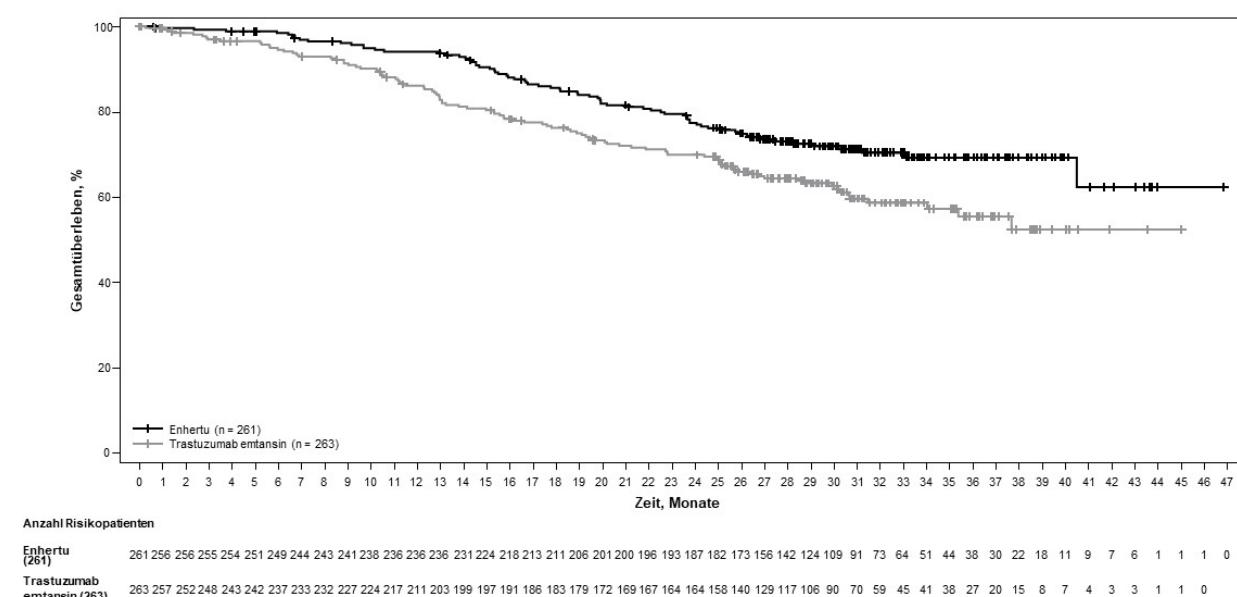
<sup>†</sup> angegeben mit 6 Dezimalstellen

<sup>a</sup> Datenstichtag 21. Mai 2021

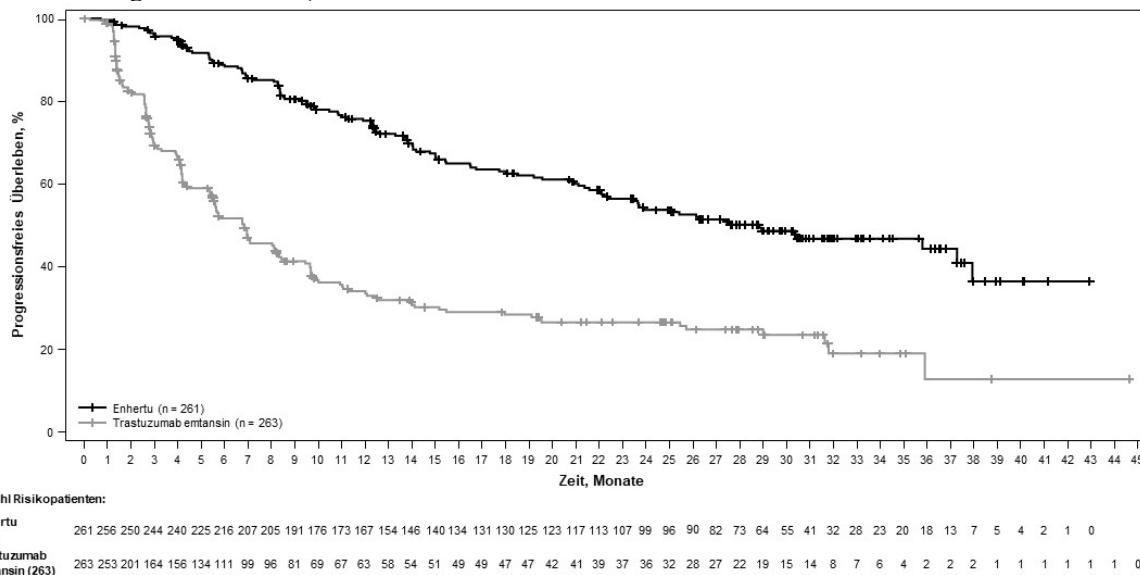
<sup>b</sup> Datenstichtag 25. Juli 2022 für die im Voraus geplante OS-Zwischenanalyse

<sup>c</sup> Der p-Wert basiert auf einem stratifizierten Log-Rank-Test; die Wirksamkeitsgrenze von 0,013 wurde überschritten.

**Abbildung 1: Kaplan-Meier-Kurve des Gesamtüberlebens (Datenstichtag 25. Juli 2022)**



**Abbildung 2: Kaplan-Meier-Kurve des progressionsfreien Überlebens gemäß BICR  
(Datenstichtag 25. Juli 2022)**



Innerhalb der vorab festgelegten Subgruppen wurden ähnliche Ergebnisse für das PFS beobachtet, unter anderem in den nach Vorbehandlung mit Pertuzumab, Hormonrezeptorstatus und Vorliegen einer viszeralen Erkrankung definierten Subgruppen.

#### DESTINY-Breast02 (NCT03523585)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurde in der Studie DESTINY-Breast02 untersucht, einer randomisierten, multizentrischen, offenen, aktiv kontrollierten Phase-3-Studie, an der Patienten mit inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs teilnahmen, die gegenüber einer vorherigen T-DM1-Therapie resistent oder refraktär waren. Die archivierten Brustkrebsproben mussten HER2-positiv sein, das definiert war als HER2 IHC 3+ oder ISH-positiv. Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten mit einer Vorgeschichte mit ILD/Pneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder mit einer ILD/Pneumonitis beim Screening, Patienten mit unbehandelten und symptomatischen Hirnmetastasen sowie Patienten mit einer klinisch signifikanten Herzerkrankung in der Vorgeschichte. Die Patienten wurden im Verhältnis 2:1 randomisiert einer Behandlung mit entweder 5,4 mg/kg Enhertu (N = 406), verabreicht als intravenöse Infusion alle drei Wochen, oder einer Behandlung nach Wahl des Arztes (N=202, Trastuzumab plus Capecitabin oder Lapatinib plus Capecitabin) zugewiesen. Die Randomisierung erfolgte stratifiziert nach Hormonrezeptorstatus, Vorbehandlung mit Pertuzumab und Vorgeschichte mit viszeralen Erkrankungen. Die Behandlung wurde bis zum Fortschreiten der Erkrankung, bis zum Tod, bis zur Rücknahme der Einwilligung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität durchgeführt.

Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS), welches durch eine verblindete unabhängige zentrale Überprüfung (BICR) gemäß den RECIST-Kriterien V1.1 bewertet wurde. Das Gesamtüberleben (OS) war ein wichtiger sekundärer Wirksamkeitsendpunkt. Weitere sekundäre Endpunkte waren das PFS nach Einschätzung des Prüfarztes, die bestätigte objektive Ansprechrate (ORR) und die Dauer des Ansprechens (DOR).

Die demografischen Daten und die Ausgangsmerkmale der Erkrankung der Patienten waren zwischen den Behandlungsarmen ausgeglichen. Die Ausgangsdaten der 608 randomisierten Patienten waren: medianes Alter 54 Jahre (Bereich: 22 bis 88); weiblich (99,2 %); weißhäutig (63,2 %), asiatisch (29,3 %), dunkelhäutig oder afroamerikanisch (2,8 %); *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) Leistungsstatus 0 (57,4 %) oder 1 (42,4 %); Hormonrezeptorstatus (positiv: 58,6 %); Vorliegen einer viszeralen Metastasierung (78,3 %); Vorliegen von Hirnmetastasen zu Studienbeginn (18,1 %); und 4,9 % der Patienten hatten eine vorherige systemische Behandlung wegen Metastasierung erhalten.

Die Wirksamkeitsergebnisse sind in Tabelle 5 und in den Abbildungen 3 und 4 zusammengefasst.

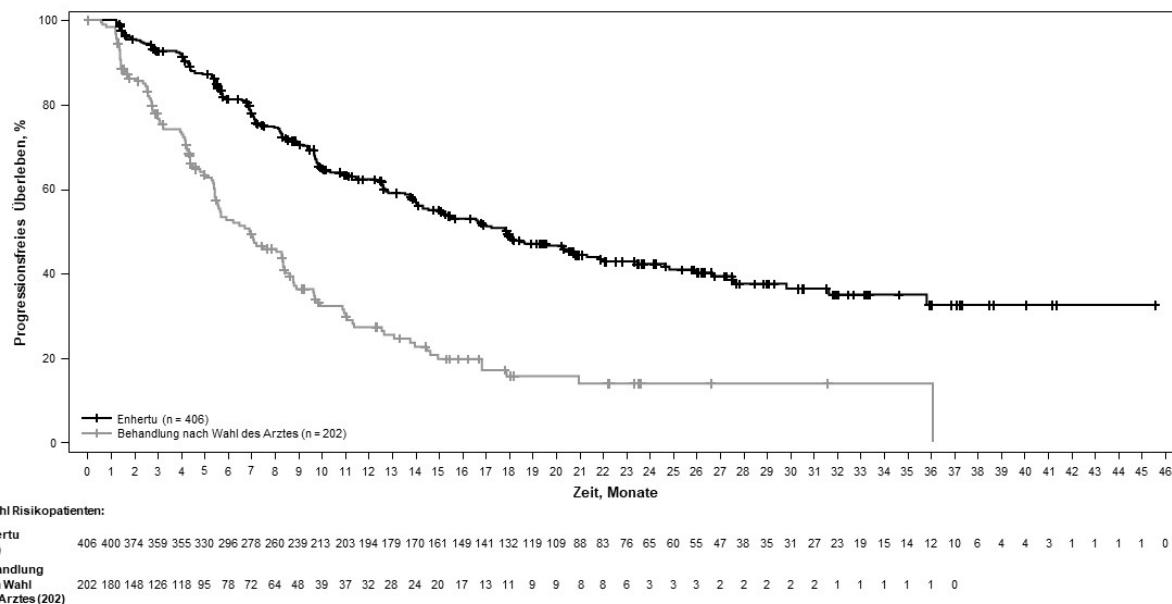
**Tabelle 5: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Breast02**

<b>Wirksamkeitsparameter</b>	<b>Enhertu N = 406</b>	<b>Behandlung nach Wahl des Arztes N = 202</b>
<b>PFS gemäß BICR</b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	200 (49,3)	125 (61,9)
Median, Monate (95 %-KI)	17,8 (14,3; 20,8)	6,9 (5,5; 8,4)
Hazard Ratio (95 %-KI)		0,36 (0,28; 0,45)
p-Wert		p < 0,000001 <sup>†</sup>
<b>Gesamtüberleben (OS)</b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	143 (35,2)	86 (42,6)
Median, Monate (95 %-KI)	39,2 (32,7; NE)	26,5 (21,0; NE)
Hazard Ratio (95 %-KI)		0,66 (0,50; 0,86)
p-Wert <sup>a</sup>		p = 0,0021
<b>PFS gemäß Beurteilung des Prüfers</b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	206 (50,7)	152 (75,2)
Median, Monate (95 %-KI)	16,7 (14,3; 19,6)	5,5 (4,4; 7,0)
Hazard Ratio (95 %-KI)		0,28 (0,23; 0,35)
<b>Bestätigte objektive Ansprechraten (ORR) gemäß BICR</b>		
n (%)	283 (69,7)	59 (29,2)
95 %-KI	(65,0; 74,1)	(23,0; 36,0)
Vollständiges Ansprechen n (%)	57 (14,0)	10 (5,0)
Teilweises Ansprechen n (%)	226 (55,7)	49 (24,3)
<b>Ansprechdauer gemäß BICR</b>		
Median, Monate (95 %-KI)	19,6 (15,9; NE)	8,3 (5,8; 9,5)

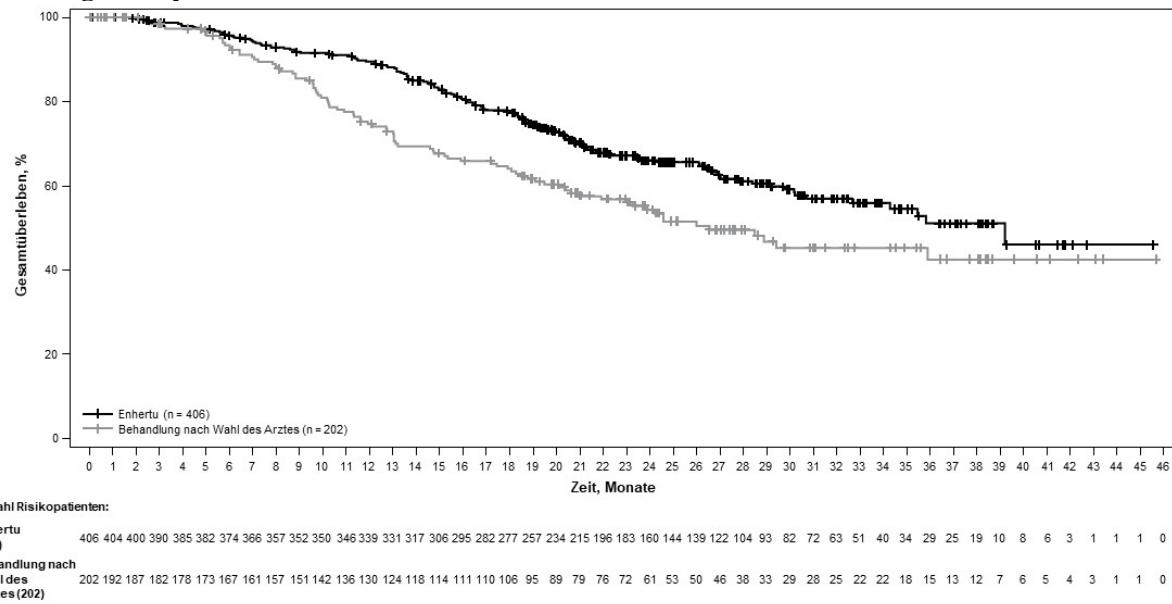
KI = Konfidenzintervall; NE = nicht einschätzbar

<sup>†</sup> angegeben mit 6 Dezimalstellen<sup>a</sup> Der p-Wert basiert auf einem stratifizierten Log-Rank-Test; die Wirksamkeitsgrenze von 0,004 wurde überschritten.

**Abbildung 3: Kaplan-Meier-Kurve des progressionsfreien Überlebens gemäß BICR**



**Abbildung 4: Kaplan-Meier-Kurve des Gesamtüberlebens**



#### DESTINY-Breast01 (NCT03248492)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurde in der Studie DESTINY-Breast01 untersucht, einer multizentrischen, offenen, einarmigen klinischen Studie der Phase II. In die Studie wurden Patienten mit HER2-positivem, inoperablem und/oder metastasiertem Brustkrebs aufgenommen, die zuvor mindestens zwei gegen HER2 gerichtete Behandlungsschemata erhalten hatten, darunter Trastuzumab emtansin (100 %), Trastuzumab (100 %) und Pertuzumab (65,8 %). Es mussten archivierte Proben des Brusstumors zum Nachweis einer HER2-Positivität, definiert als HER2 IHC 3+ oder ISH-positiv, vorliegen. Die Studie schloss Patienten mit einer Vorgesichte von behandelter ILD oder ILD beim Screening, Patienten mit unbehandelten oder symptomatischen Hirnmetastasen sowie Patienten mit einer Vorgesichte von klinisch signifikanten Herzerkrankungen aus. Die aufgenommenen Patienten wiesen mindestens eine messbare Läsion gemäß den RECIST-Kriterien V 1.1 auf. Enhertu wurde als intravenöse Infusion mit 5,4 mg/kg einmal alle drei Wochen bis zum Fortschreiten der Krankheit, zum Tod, zum Widerruf der Einwilligung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität angewendet. Der primäre Endpunkt zur Messung der Wirksamkeit war die bestätigte objektive Ansprechraten (ORR, *objective response rate*) gemäß den RECIST-Kriterien V 1.1 in der Intent-to-treat(ITT)-Population, die durch eine unabhängige zentrale Überprüfung (ICR,

*independent central review)* bewertet wurde. Der sekundäre Endpunkt zur Messung der Wirksamkeit war die Ansprechdauer (DOR, *duration of response*).

Bei den 184 Patienten, die in die Studie DESTINY-Breast01 aufgenommen wurden, lagen zu Studienbeginn folgende demographische und Krankheitsmerkmale vor: medianes Alter 55 Jahre (Bereich: 28 bis 96 Jahre); 65 Jahre oder älter (23,9 %); weiblich (100 %); weißhäutig (54,9 %), asiatisch (38,0 %), dunkelhäutig oder afroamerikanisch (2,2 %); ECOG-Leistungsstatus (ECOG, *Eastern Cooperative Oncology Group*) 0 (55,4 %) oder 1 (44,0 %); Hormonrezeptorstatus (positiv: 52,7 %); bestehende viszerale Erkrankung (91,8 %); vorbehandelte und stabile Hirnmetastasen (13,0 %); mediale Anzahl von Vorbehandlungen bei Metastasierung: 5 (Bereich: 2 bis 17); Summe der einzelnen Durchmesser der Zielläsionen (< 5 cm: 42,4 %, ≥ 5 cm: 50,0 %).

Eine frühere Analyse (mediane Dauer der Nachbeobachtung 11,1 Monate [Bereich: 0,7 bis 19,9 Monate]) zeigte eine bestätigte objektive Ansprechraten von 60,9 % (95 %-KI: 53,4; 68,0), wobei 6,0 % ein vollständiges und 54,9 % ein partielle Ansprechen zeigten; 36,4 % hatten eine stabile Erkrankung, 1,6 % eine fortschreitende Erkrankung und 1,1 % waren nicht auswertbar. Die mediane Ansprechdauer zu diesem Zeitpunkt betrug 14,8 Monate (95 %-KI: 13,8; 16,9), wobei 81,3 % der Responder eine Ansprechdauer von ≥ 6 Monaten hatten (95 %-KI: 71,9; 87,8). Die Wirksamkeitsergebnisse zum Zeitpunkt eines aktualisierten Datenstichtags (Cutoff) mit einer medianen Nachbeobachtungsdauer von 20,5 Monaten (Bereich: 0,7 bis 31,4 Monate) sind in Tabelle 6 dargestellt.

**Tabelle 6: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Breast01 (Intent-to-treat-Analyse-Set)**

	<b>DESTINY-Breast01 N = 184</b>
<b>Bestätigte objektive Ansprechraten (95 %-KI)*†</b>	61,4 % (54,0; 68,5)
Vollremission (CR, <i>complete response</i> )	6,5 %
Teilremission (PR, <i>partial response</i> )	54,9 %
<b>Ansprechdauer‡</b>	
Median, Monate (95 %-KI)	20,8 (15,0; NE)
% mit Ansprechdauer ≥ 6 Monate (95 %-KI)§	81,5 % (72,2; 88,0)

ORR 95 %-KI berechnet nach der Clopper-Pearson-Methode

KI = Konfidenzintervall

95 %-KI berechnet nach der Brookmeyer-Crowley-Methode

\*Ein bestätigtes Ansprechen (nach verblindeter, unabhängiger, zentraler Überprüfung) war definiert als ein aufgezeichnetes Ansprechen von CR/PR, bestätigt durch wiederholte Bildgebung mindestens 4 Wochen nach dem Besuchstermin, bei dem das Ansprechen erstmals festgestellt wurde.

†Von den 184 Patienten hatten 35,9 % eine stabile Erkrankung, 1,6 % eine fortschreitende Erkrankung und 1,1 % waren nicht auswertbar.

‡Umfassst 73 Patienten mit censierten Daten

§Basiert auf einer Kaplan-Meier-Schätzung

NE = nicht erreicht

Eine einheitliche Anti-Tumor-Aktivität wurde in den vorab festgelegten Subgruppen beobachtet, die auf der Grundlage einer Vorbehandlung mit Pertuzumab und des Hormonrezeptorstatus vorab festgelegt wurden.

#### *HER2-low und HER2-ultralow Brustkrebs*

#### DESTINY-Breast06 (NCT04494425)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurde in der Studie DESTINY-Breast06, einer randomisierten, multizentrischen, offenen Phase-III-Studie, untersucht. Hierzu wurden 866 erwachsene Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem HR+-Brustkrebs mit HER2-low- (IHC 1+ oder IHC 2+/ISH-) oder HER2-ultralow-Expression, bestimmt mit dem

PATHWAY/VENTANA Anti-HER2/neu (4B5)-Test mit Auswertung in einem Zentrallabor, randomisiert. HER2-ultralow (IHC 0 mit Membranfärbung, beschrieben als IHC  $> 0 < 1+$  in der Studie) ist definiert als schwache HER2-Teilfärbung der Membran bei höchstens 10 % der Tumorzellen. In Frage kamen Patienten mit Krankheitsprogression unter (a) mindestens 2 endokrinen Therapielinien im metastasierten Setting oder (b) einer endokrinen Therapielinie im metastasierten Setting und nachgewiesener Krankheitsprogression innerhalb von 24 Monaten nach dem Beginn einer adjuvanten endokrinen Therapie oder innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der endokrinen Erstlinientherapie in Kombination mit einem CDK-4/6-Inhibitor im metastasierten Setting. Patienten mit vorausgegangener Chemotherapie im neoadjuvanten oder adjuvanten Setting kamen für die Teilnahme in Frage, wenn sie ein krankheitsfreies Intervall von mehr als 12 Monaten aufwiesen. Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten mit vorausgegangener Chemotherapie bei fortgeschritten oder metastasierter Erkrankung, Patienten mit einer Vorgesichte von ILD/Pneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder ILD/Pneumonitis zum Zeitpunkt des Screenings, unkontrollierten oder signifikanten kardiovaskulären Erkrankungen, unbehandelten und symptomatischen Hirnmetastasen oder einem ECOG-Leistungsstatus  $> 1$ .

Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 einer Behandlung mit entweder Enhertu 5,4 mg/kg (N = 436) als intravenöse Infusion alle drei Wochen oder mit einer Monotherapie mit einem Chemotherapeutikum nach Wahl des Arztes (N = 430, Capecitabin 60 %, Nab-Paclitaxel 24 % oder Paclitaxel 16 %) zugewiesen. Die Randomisierung erfolgte stratifiziert nach vorausgegangener Anwendung von CDK4/6-Inhibitoren (ja oder nein), vorausgegangener Anwendung von Taxanen im nicht metastasierten Setting (ja oder nein) und nach HER2-IHC-Status der Tumorproben (IHC 2+/ISH-, IHC 1+, IHC  $> 0 < 1+$ ). Die Behandlung mit Enhertu wurde bis zum Fortschreiten der Erkrankung, bis zum Tod, bis zum Widerruf der Einwilligung oder bis zum Auftreten einer nicht akzeptablen Toxizität fortgesetzt.

Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS) bei Patienten mit HER2-low Brustkrebs, beurteilt mittels BICR auf der Grundlage von RECIST V1.1. Die maßgeblichen sekundären Wirksamkeitsendpunkte waren das PFS, beurteilt mittels BICR auf der Grundlage von RECIST V1.1. in der Gesamtpopulation (HER2-low und HER2-ultralow), das Gesamtüberleben (OS) bei HER2-low-Patienten und das Gesamtüberleben in der Gesamtpopulation. ORR und DOR waren sekundäre Endpunkte.

Die demographischen Daten und die Ausgangsmerkmale des Tumors der Gesamtpopulation waren zwischen beiden Behandlungsarmen vergleichbar. Das mediane Alter der 866 randomisierten Patienten betrug 57 Jahre (Bereich: 28 bis 87); 31 % waren 65 Jahre oder älter; 99,9 % waren weiblich; 53 % waren weißhäutig, 35 % waren Asiaten und 1 % waren dunkelhäutig oder Afro-Amerikaner. Die Patienten hatten zu Therapiebeginn einen ECOG-Leistungsstatus von 0 (59 %) oder 1 (39 %); 18 % waren IHC  $> 0 < 1+$ ; 55 % waren IHC 1+; 27 % waren IHC 2+/ISH-; 67 % hatten Lebermetastasen; 32 % hatten Lungenmetastasen, 8 % hatten Hirnmetastasen und 3 % hatten nur Knochenmetastasen. Die Patienten hatten im Median 2 frühere endokrine Therapielinien im metastasierten Setting (Bereich: 1 bis 5), wobei 17 % 1 und 68 % 2 frühere Therapien erhalten hatten. 89 % der Patienten hatten eine frühere endokrine Therapie in Kombination mit einer CDK4/6-Inhibitor-Therapie im metastasierten Setting erhalten, 47 % hatten zuvor eine Anthrazyklin-Therapie erhalten und 41 % zuvor eine Taxan-Therapie im nicht-metastasierten Setting.

Die Wirksamkeitsergebnisse sind in Tabelle 7 und in den Abbildungen 5 und 6 zusammengefasst.

**Tabelle 7: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Breast06**

Wirksamkeitsparameter	HER2-low Kohorte		Gesamtpopulation (HER2-low und HER2-ultralow)	
	Enhertu (N = 359)	Chemotherapie (N = 354)	Enhertu (N = 436)	Chemotherapie (N = 430)
<b>Progressionsfreies Überleben gemäß BICR</b>				
Anzahl der Ereignisse (%)	225 (62,7)	232 (65,5)	269 (61,7)	271 (63,0)

Median, Monate (95 %-KI)	13,2 (11,4; 15,2)	8,1 (7,0; 9,0)	13,2 (12,0; 15,2)	8,1 (7,0; 9,0)
Hazard Ratio (95-%-KI)		0,62 (0,52; 0,75)		0,64 (0,54; 0,76)
p-Wert		< 0,0001		< 0,0001
<b>Gesamtüberleben*</b>				
Anzahl der Ereignisse (%)	136 (37,9)	146 (41,2)	161 (36,9)	174 (40,5)
Median, Monate (95 %-KI)	28,9 (25,7; 33,7)	27,1 (23,5; 29,9)	28,9 (26,4; 32,7)	27,4 (23,9; 29,9)
Hazard Ratio (95-%-KI)		0,83 (0,66; 1,05)		0,81 (0,66; 1,01)
<b>Bestätigte objektive Ansprechraten gemäß BICR†</b>				
n (%)	203 (56,5)	114 (32,2)	250 (57,3)	134 (31,2)
95 %-KI	51,2; 61,7	27,4; 37,3	52,5; 62,0	26,8; 35,8
<b>Ansprechdauer gemäß BICR†</b>				
Median, Monate (95 %-KI)	14,1 (11,8; 15,9)	8,6 (6,7; 11,3)	14,3 (12,5; 15,9)	8,6 (6,9; 11,5)

Daten-Stichtag: 18. März 2024

KI = Konfidenzintervall

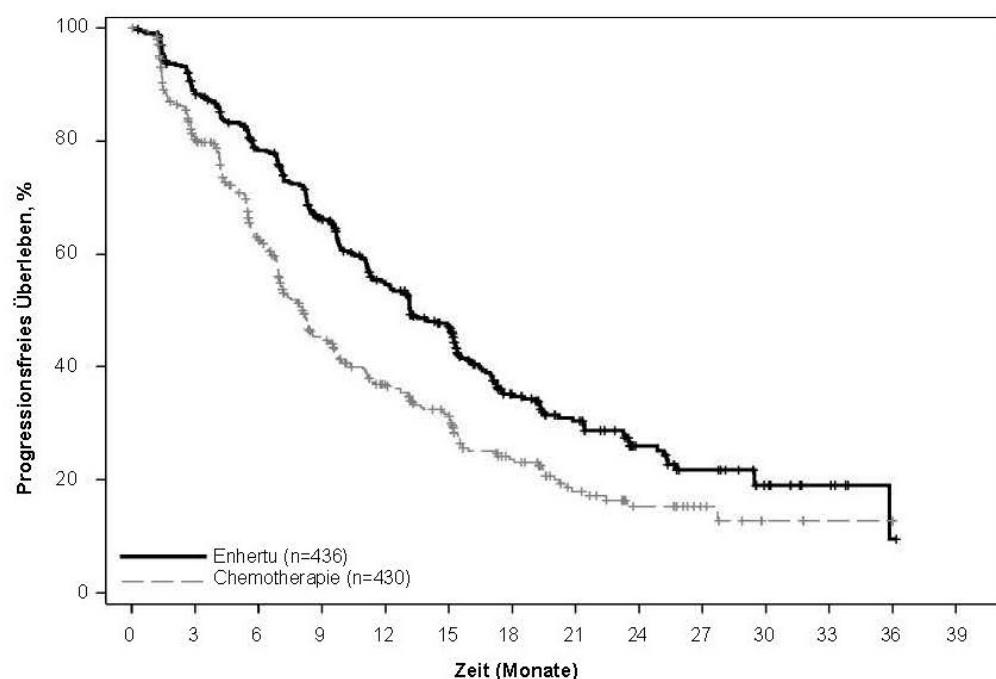
\* Erste geplante Zwischenanalyse

† Die Ergebnisse wurden nicht auf Typ-1-Fehler überprüft und sollten deskriptiv interpretiert werden.

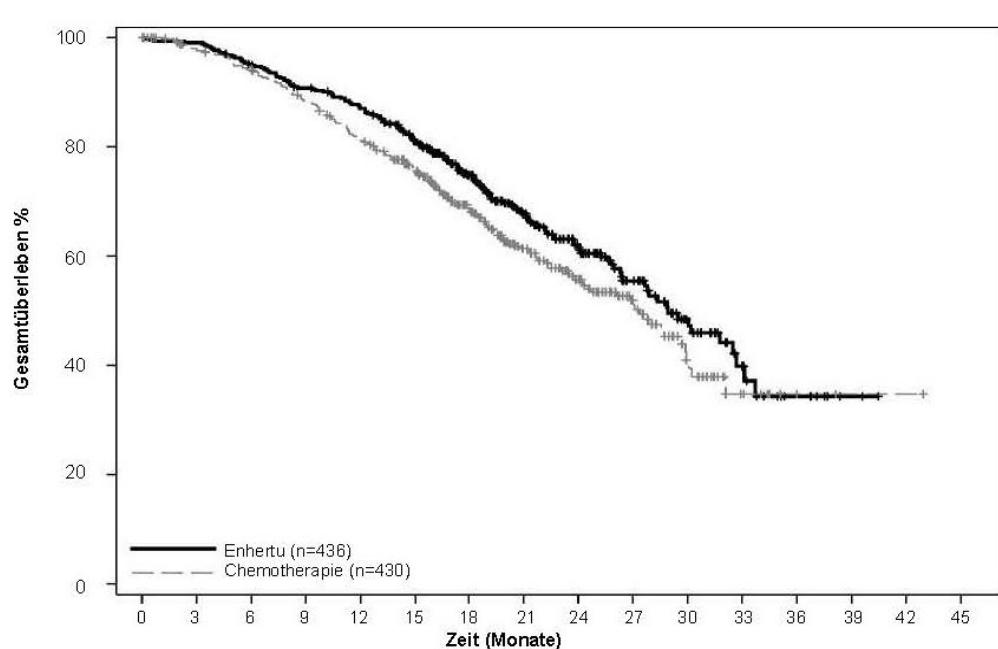
Bei mehreren vordefinierten Subgruppen war ein einheitlicher Nutzen in Bezug auf das PFS zu beobachten. Dies schloss auch die HER2-Expression (IHC > 0 < 1+, IHC 1+, IHC 2+/ISH-), eine frühere CDK4/6-Inhibitor-Therapie, eine frühere Taxan-Therapie im nicht-metastasierten Setting (ja oder nein) und die Anzahl der früheren endokrinen Therapielinien im metastasierten Setting ein.

In der HER2-ultralow-Subgruppe (n = 152) betrug das mediane PFS von Patienten, die in den Enhertu-Arm randomisiert wurden (N = 76), 13,2 Monate (95 %-KI: 9,8; 17,3) bzw. 8,3 Monate (95 %-KI: 5,8; 15,2) bei Patienten, die in den Chemotherapie-Arm randomisiert wurden; das Hazard Ratio betrug 0,78 (95 %-KI: 0,50; 1,21). Das mediane OS von Patienten, die in den Enhertu-Arm randomisiert wurden, betrug 29,5 Monate (95 %-KI: 27,9; nicht schätzbar) und das von den in den Chemotherapie-Arm randomisierten Patienten 27,4 Monate (95 %-KI: 19,4; nicht schätzbar); das Hazard Ratio betrug 0,75 (95 %-KI: 0,43; 1,29). Die bestätigte objektive Ansprechraten betrug 61,8 % (95 %-KI: 50,0; 72,8) bei Patienten, die zu Enhertu randomisiert wurden, bzw. 26,3 % (95 %-KI: 16,9; 37,7) bei Patienten, die zur Chemotherapie randomisiert wurden. Die mediane Ansprechdauer lag bei Patienten, die zu Enhertu randomisiert wurden, bei 14,3 Monaten (95 %-KI: 9,2; 20,7) bzw. bei 14,1 Monaten (95 %-KI: 5,9; nicht schätzbar) bei Patienten, die zur Chemotherapie randomisiert wurden.

**Abbildung 5: Kaplan-Meier-Kurve des progressionsfreien Überlebens (Gesamtpopulation)**



**Abbildung 6: Kaplan-Meier-Kurve des Gesamtüberlebens (Gesamtpopulation)**



#### DESTINY-Breast04 (NCT03734029)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurden in Studie DESTINY-Breast04 untersucht. Dabei handelte es sich um eine randomisierte, offene multizentrische Phase-3-Studie, in die 557 erwachsene Patienten mit inoperablem oder metastasiertem HER2-low Brustkrebs aufgenommen wurden. Die Studie umfasste 2 Kohorten: 494 Patienten mit positivem Hormonrezeptorstatus (HR+) und 63 Patienten mit negativem Hormonrezeptorstatus (HR-). HER2-low war definiert als IHC 1+ (definiert als schwache Teilfärbung der Membran bei mehr als 10 % der Krebszellen) oder IHC 2+/ISH-, bestimmt mit dem PATHWAY/VENTANA Anti-HER2/neu (4B5) Test mit Auswertung in einem Zentrallabor. Die Patienten mussten bereits eine Chemotherapie im metastasierten Setting erhalten haben oder während der adjuvanten Chemotherapie oder innerhalb von 6 Monaten nach deren Abschluss ein Rezidiv entwickelt haben. Laut Einschlusskriterien mussten Patienten mit HR+ Status zum Zeitpunkt der Randomisierung mindestens eine endokrine Therapie erhalten haben und für eine weitere endokrine Therapie ungeeignet sein. Die Patienten wurden im Verhältnis 2:1 zu einer Behandlung mit entweder Enhertu 5,4 mg/kg (N = 373) als intravenöse Infusion alle drei Wochen oder mit einer Chemotherapie nach Wahl des Arztes (N = 184, Eribulin 51,1 %, Capecitabin 20,1 %, Gemcitabin 10,3 %, Nab-Paclitaxel 10,3 % oder Paclitaxel 8,2 %) randomisiert. Die Randomisierung war stratifiziert nach HER2-IHC-Status der Tumorproben (IHC 1+ oder IHC 2+/ISH-), Anzahl der früheren Chemotherapielinien im metastasierten Setting (1 oder 2) und HR-Status/früherer CDK4/6i-Therapie (HR+ mit früherer CDK4/6-Inhibitor-Therapie, HR+ ohne frühere CDK4/6-Inhibitor-Therapie oder HR-). Die Behandlung wurde bis zum Progress der Erkrankung, bis zum Tod, Widerruf der Einwilligung oder bis zum Auftreten einer nicht akzeptablen Toxizität angewendet. Die Studie schloss Patienten aus, die eine Vorgesichte von ILD/Pneumonitis mit Bedarf für eine Steroid-Behandlung aufwiesen oder beim Screening eine ILD/Pneumonitis und eine klinisch signifikante Herzerkrankung zeigten. Auch Patienten mit unbehandelten oder symptomatischen Hirnmetastasen oder einem ECOG-Leistungsstatus > 1 waren ausgeschlossen.

Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS) bei Patienten mit HR+ Brustkrebs, beurteilt mittels BICR auf der Grundlage von RECIST V1.1. Die maßgeblichen sekundären Wirksamkeitsendpunkte waren das PFS, beurteilt mittels BICR auf der Grundlage von RECIST V1.1. in der Gesamtpopulation (alle randomisierten HR+- und HR- -Patienten), das Gesamtüberleben (OS) bei HR+ -Patienten und das Gesamtüberleben in der Gesamtpopulation. ORR, DOR und die von den Patienten berichteten Behandlungsergebnisse (PROs) waren sekundäre Endpunkte.

Die demographischen Daten und die Ausgangsmerkmale des Tumors waren zwischen beiden Behandlungsarmen vergleichbar. Das mediane Alter der 557 randomisierten Patienten betrug 57 Jahre (Bereich: 28 bis 81); 23,5 % waren 65 Jahre oder älter; 99,6 % waren weiblich und 0,4 % waren männlich; 47,9 % waren weißhäutig, 40,0 % waren Asiaten und 1,8 % dunkelhäutig oder Afro-Amerikaner. Die Patienten hatten zu Therapiebeginn einen ECOG-Leistungsstatus von 0 (54,8 %) oder 1 (45,2 %); 57,6 % waren IHC 1+; 42,4 % waren IHC 2+/ISH-; 88,7 % waren HR+ und 11,3 % waren HR-; 69,8 % hatten Lebermetastasen; 32,9 % hatten Lungenmetastasen und 5,7 % hatten Hirnmetastasen. Der prozentuale Anteil von Patienten mit früherer Anthrazyklin-Anwendung im Rahmen einer (neo)adjuvanten Behandlung betrug 46,3 % bzw. 19,4 % bei lokal fortgeschrittener Erkrankung und/oder Metastasen. Patienten mit Metastasen hatten im Median 3 frühere systemische Therapielinien (Bereich: 1 bis 9), wobei 57,6 % 1 und 40,9 % 2 frühere Chemotherapie-Schemata erhalten hatten. 3,9 % zeigten eine frühe Progression (Progression während der neo/adjuvanten Therapie). Bei HR+ -Patienten lag die mediane Anzahl früherer endokriner Therapielinien bei 2 (Bereich: 0 bis 9) und 70 % hatten zuvor eine Behandlung mit einem CDK4/6-Inhibitor erhalten.

Die Wirksamkeitsergebnisse sind in Tabelle 8 und in den Abbildungen 7 und 8 zusammengefasst.

**Tabelle 8: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Breast04**

Wirksamkeits-parameter	HR+-Kohorte		Gesamtpopulation (HR+- und HR- -Kohorte)	
	Enhertu (N = 331)	Chemotherapie (N = 163)	Enhertu (N = 373)	Chemotherapie (N = 184)
<b>Gesamtüberleben</b>				
Anzahl der Ereignisse (%)	126 (38,1)	73 (44,8)	149 (39,9)	90 (48,9)
Median, Monate (95-%-KI)	23,9 (20,8; 24,8)	17,5 (15,2; 22,4)	23,4 (20,0; 24,8)	16,8 (14,5; 20,0)
Hazard Ratio (95-%-KI)	0,64 (0,48; 0,86)		0,64 (0,49; 0,84)	
p-Wert	0,0028		0,001	
<b>Progressionsfreies Überleben gemäß BICR</b>				
Anzahl der Ereignisse (%)	211 (63,7)	110 (67,5)	243 (65,1)	127 (69,0)
Median, Monate (95-%-KI)	10,1 (9,5; 11,5)	5,4 (4,4; 7,1)	9,9 (9,0; 11,3)	5,1 (4,2; 6,8)
Hazard Ratio (95-%-KI)	0,51 (0,40; 0,64)		0,50 (0,40; 0,63)	
p-Wert	< 0,0001		< 0,0001	
<b>Bestätigte objektive Ansprechrate gemäß BICR*</b>				
n (%)	175 (52,6)	27 (16,3)	195 (52,3)	30 (16,3)
95-%-KI	47,0; 58,0	11,0; 22,8	47,1; 57,4	11,3; 22,5
Vollständiges Ansprechen n (%)	12 (3,6)	1 (0,6)	13 (3,5)	2 (1,1)
Teilweises Ansprechen n (%)	164 (49,2)	26 (15,7)	183 (49,1)	28 (15,2)
<b>Ansprechdauer gemäß BICR*</b>				
Median, Monate (95-%-KI)	10,7 (8,5; 13,7)	6,8 (6,5; 9,9)	10,7 (8,5; 13,2)	6,8 (6,0; 9,9)

KI = Konfidenzintervall

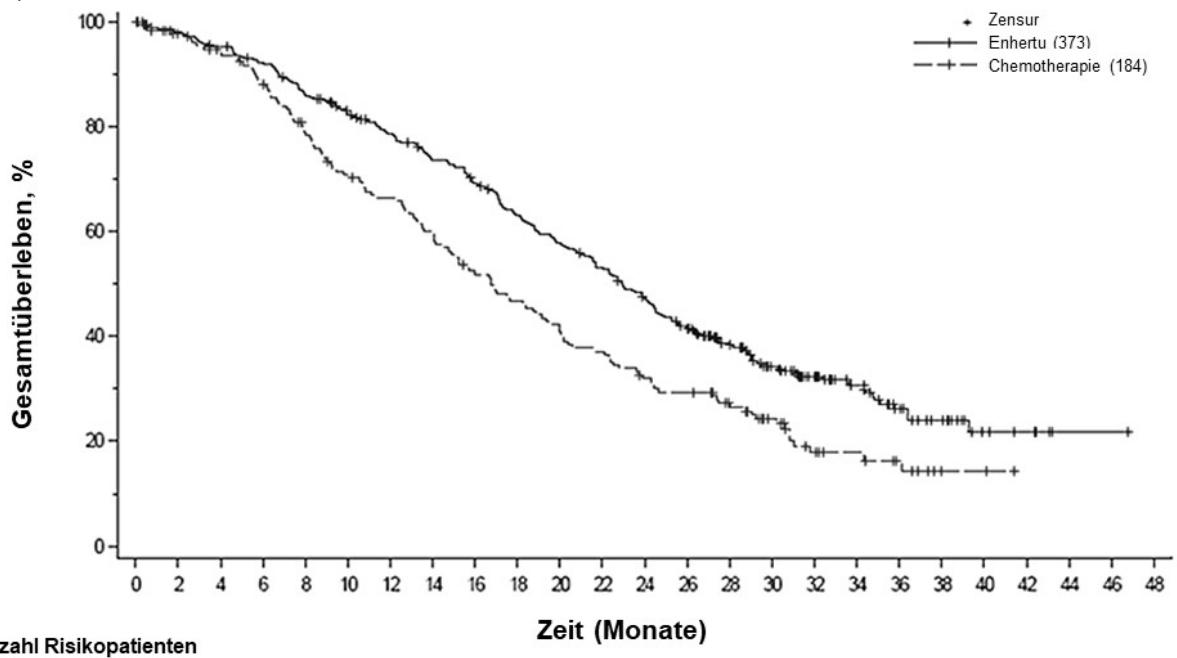
\*Basierend auf Daten des elektronischen Prüfbogens für die HR+-Kohorte: N = 333 für den Enhertu-Arm und N = 166 für den Chemotherapie-Arm.

Bei den vordefinierten Subgruppen war ein einheitlicher Nutzen in Bezug auf das OS und das PFS zu beobachten. Dies schloss auch den HR-Status, eine frühere CDK4/6i-Behandlung, die Anzahl der früheren Chemotherapien sowie den IHC 1+- und IHC 2+/ISH- -Status ein. In der HR- -Subgruppe betrug das mediane OS von Patienten, die in den Enhertu-Arm randomisiert wurden, 18,2 Monate (95-%-KI: 13,6, nicht schätzbar), verglichen mit 8,3 Monaten (95-%-KI: 5,6; 20,6) bei Patienten, die in den Chemotherapie-Arm randomisiert wurden; das Hazard Ratio betrug 0,48 (95-%-KI: 0,24; 0,95). Das mediane PFS von Patienten, die in den Enhertu-Arm randomisiert wurden, betrug 8,5 Monate (95-%-KI: 4,3; 11,7) und das von in den Chemotherapie-Arm randomisierten Patienten 2,9 Monate (95-%-KI: 1,4; 5,1); das Hazard Ratio betrug 0,46 (95-%-KI: 0,24; 0,89).

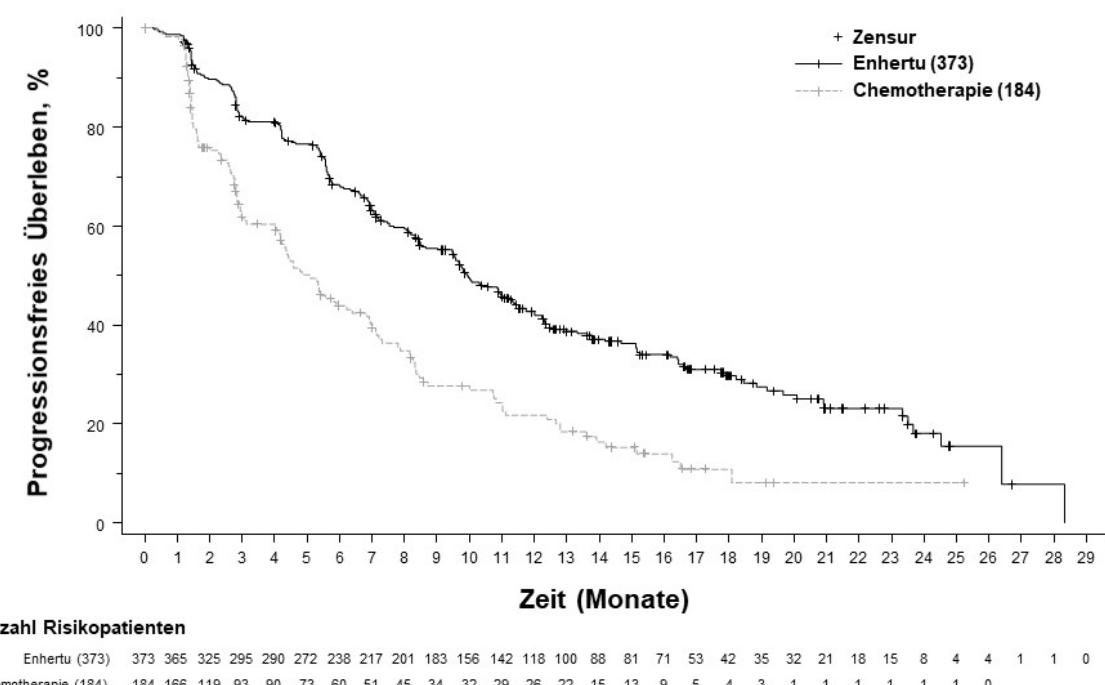
Bei einer aktualisierten deskriptiven Analyse mit einer medianen Nachbeobachtungszeit von 32 Monaten stimmten die Verbesserungen beim OS mit denen der primären Analyse überein. Das HR

betrug in der Gesamtpopulation 0,69 (95 %-KI: 0,55; 0,86) bei einem medianen OS von 22,9 Monaten (95 %-KI: 21,2; 24,5) im Enhertu-Arm gegenüber 16,8 Monaten (95 %-KI: 14,1; 19,5) im Chemotherapie-Arm. Die Kaplan-Meier-Kurve für die aktualisierte Analyse des OS ist in Abbildung 7 dargestellt.

**Abbildung 7: Kaplan-Meier-Kurve des Gesamtüberlebens (Gesamtpopulation) (aktualisierte Analyse)**



**Abbildung 8: Kaplan-Meier-Kurve des progressionsfreien Überlebens gemäß BICR (Gesamtpopulation)**



## NSCLC

### DESTINY-Lung02 (NCT04644237)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurde in der Studie DESTINY-Lung02 untersucht, einer randomisierten Phase-II-Studie, in der zwei Dosisstufen untersucht wurden. Die Zuweisung der Behandlungsdosis erfolgte für Patienten und Prüfer verblindet. An der Studie nahmen erwachsene Patienten mit metastasiertem HER2-mutiertem NSCLC teil, die mindestens eine platinhaltige Chemotherapie erhalten hatten. Der Nachweis einer aktivierenden HER2(ERBB2)-Mutation wurde von lokalen Laboren prospektiv im Tumorgewebe mit einem validierten Test wie Next Generation Sequencing, Polymerase-Kettenreaktion oder Massenspektrometrie erbracht. Die Patienten wurden im Verhältnis 2:1 randomisiert und erhielten alle 3 Wochen Enhertu 5,4 mg/kg bzw. 6,4 mg/kg. Die Randomisierung erfolgte stratifiziert nach vorheriger Behandlung gegen den *programmed cell death receptor-1* (PD-1) und/oder *programmed cell death ligand 1* (PD-L1) (ja oder nein). Die Behandlung wurde bis zum Fortschreiten der Krankheit, bis zum Tod, zum Widerruf der Einwilligung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität durchgeführt. Von der Studie ausgeschlossen wurden Patienten mit einer ILD/Pneumonitis in der Vorgesichte, die eine Behandlung mit Steroiden erforderte, oder mit einer ILD/Pneumonitis beim Screening sowie mit einer klinisch bedeutenden Herzerkrankung. Ausgeschlossen wurden auch Patienten mit unbehandelten und symptomatischen Hirnmetastasen oder einem ECOG-Performance-Status > 1.

Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war die bestätigte ORR, welche im Rahmen einer BICR gemäß den RECIST-Kriterien V1.1 beurteilt wurde. Der sekundäre Endpunkt war die DOR.

Die demografischen und Krankheitsmerkmale bei Baseline der 102 Patienten, die in den Arm mit 5,4 mg/kg aufgenommen wurden, waren: medianes Alter 59,4 Jahre (Bereich: 31 bis 84); weiblich (63,7 %); Asiaten (63,7 %), weißhäutig (22,5 %) oder andere Ethnizität (13,7 %); ECOG-Leistungsstatus 0 (28,4 %) oder 1 (71,6 %); 97,1 % hatten eine Mutation in der ERBB2-Kinasedomäne, 2,9 % in der extrazellulären Domäne; 96,1 % hatten eine HER2-Mutation in Exon 19 oder Exon 20; 34,3 % hatten stabile Hirnmetastasen; 46,1 % waren ehemalige Raucher, keiner war aktueller Raucher; 21,6 % hatten eine vorherige Lungenresektion. Bei den Metastasen hatten 32,4 % mehr als zwei vorherige systemische Therapien, 100 % erhielten eine platinbasierte Therapie, 73,5 % eine Anti-PD-1/PD-L1-Therapie und 50,0 % eine vorherige Behandlung mit einer Kombination aus Platin- und Anti-PD-1/PD-L1-Therapie.

Die Wirksamkeitsergebnisse sind in Tabelle 9 zusammengefasst. Die mediane Dauer der Nachbeobachtung betrug 11,5 Monate (Datenstichtag: 23. Dezember 2022).

**Tabelle 9: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Lung02**

Wirksamkeitsparameter	DESTINY-Lung02 5,4 mg/kg N = 102
<b>Bestätigte objektive Ansprechraten (ORR) gemäß BICR</b>	
n (%)	50 (49,0)
(95 %-KI)*	(39,0; 59,1)
Vollständiges Ansprechen (CR) n (%)	1 (1,0)
Teilweises Ansprechen (PR) n (%)	49 (48,0)
<b>Ansprechdauer</b>	
Median, Monate (95 %-KI)†	16,8 (6,4; NE)

\* 95 %-KI berechnet nach der Clopper-Pearson-Methode

KI = Konfidenzintervall; NE = nicht einschätzbar

<sup>†</sup> 95 %-KI berechnet nach der Brookmeyer-Crowley-Methode

## Magenkrebs

### DESTINY-Gastric04 (NCT04704934)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurden in der Studie DESTINY-Gastric04 untersucht, einer randomisierten, multizentrischen, offenen, aktiv kontrollierten Studie der Phase III. An der Studie nahmen erwachsene Patienten mit lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ) teil, bei denen es unter oder nach einem Trastuzumab-basierten Behandlungsschema zum Fortschreiten der Erkrankung gekommen war. Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 einer Behandlung mit entweder Enhertu (N = 246) oder Ramucirumab plus Paclitaxel (N = 248) zugewiesen. Die Randomisierung erfolgte stratifiziert nach HER2-Status (IHC 3+ oder IHC 2+/ISH-positiv), geographischer Region (Asien [ohne Festlandchina] versus Westeuropa versus Festlandchina/Rest der Welt) und nach der Zeit bis zur Progression unter der Erstlinientherapie (< 6 Monate oder ≥ 6 Monate). Die Tumorproben mussten einen lokal oder zentral bestätigten positiven HER2-Status aufweisen, der definiert war als IHC 3+ oder IHC2+/ISH-positiv. Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten mit einer Vorgesichte von ILD/Pneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder mit einer ILD/Pneumonitis beim Screening, Patienten mit einer Vorgesichte von klinisch signifikanten Herzerkrankungen und Patienten mit aktiven Hirnmetastasen. Die Behandlung wurde bis zum Fortschreiten der Krankheit, zum Tod oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität durchgeführt. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das Gesamtüberleben (OS). Das PFS, die bestätigte ORR und die DOR waren sekundäre Endpunkte.

Die demographischen Merkmale und die Ausgangsmerkmale der Erkrankung waren zwischen den Behandlungsarmen vergleichbar. Bei den 494 Patienten, die in die Studie DESTINY-Gastric04 aufgenommen wurden, betrug das mediane Alter 63,7 Jahre (Bereich: 21,1 bis 87,0); 79,4 % waren männlich, 49,8 % waren weißhäutig, 40,1 % waren asiatisch und 0,4 % waren dunkelhäutig oder afroamerikanisch. Die Patienten hatten einen ECOG-Leistungsstatus von 0 (37,4 %) oder 1 (61,9 %); 61,1 % hatten ein Adenokarzinom des Magens und 38,9 % ein Adenokarzinom des GEJ; 84 % waren IHC 3+ und 16 % waren IHC 2+/ISH-positiv, 70 % der Patienten hatten zwei oder mehr Metastasen, 61,7 % hatten Lebermetastasen, 6,9 % hatten Hirnmetastasen, und 15,6 % der Patienten hatten zuvor eine Immuntherapie erhalten.

Die Wirksamkeitsergebnisse sind in Tabelle 10 und Abbildung 9 zusammengefasst.

**Tabelle 10: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Gastric04**

Wirksamkeitsparameter	Enhertu N = 246	Ramucirumab plus Paclitaxel N = 248
<b>Gesamtüberleben (OS)</b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	124 (50,4)	142 (57,3)
Median, Monate (95 %-KI)	14,7 (12,1; 16,6)	11,4 (9,9; 15,5)
Hazard Ratio (95 %-KI)*		0,70 (0,55; 0,90)
p-Wert <sup>†</sup>		p = 0,0044
<b>Progressionsfreies Überleben (PFS) gemäß Prüfarztbeurteilung</b>		
Anzahl der Ereignisse (%)	166 (67,5)	156 (62,9)
Median, Monate (95 %-KI)	6,7 (5,6; 7,1)	5,6 (4,9; 5,8)
Hazard Ratio (95 %-KI)*		0,74 (0,59; 0,92)
p-Wert <sup>†</sup>		p = 0,0074
<b>Bestätigte objektive Ansprechrate (ORR) gemäß Prüfarztbeurteilung<sup>††</sup></b>		
n (%)	104 (44,3)	69 (29,1)
95 %-KI	(37,8; 50,9)	(23,4; 35,3)
p-Wert <sup>§</sup>		p = 0,0006
Vollständiges Ansprechen n (%)	7 (3,0)	3 (1,3)
Teilweises Ansprechen n (%)	97 (41,3)	66 (27,8)

Wirksamkeitsparameter	Enhertu N = 246	Ramucirumab plus Paclitaxel N = 248
<b>Ansprechdauer (DOR) gemäß Prüfarztbeurteilung</b>		
Median, Monate (95 %-KI)	7,4 (5,7; 10,1)	5,3 (4,1; 5,7)

KI = Konfidenzintervall

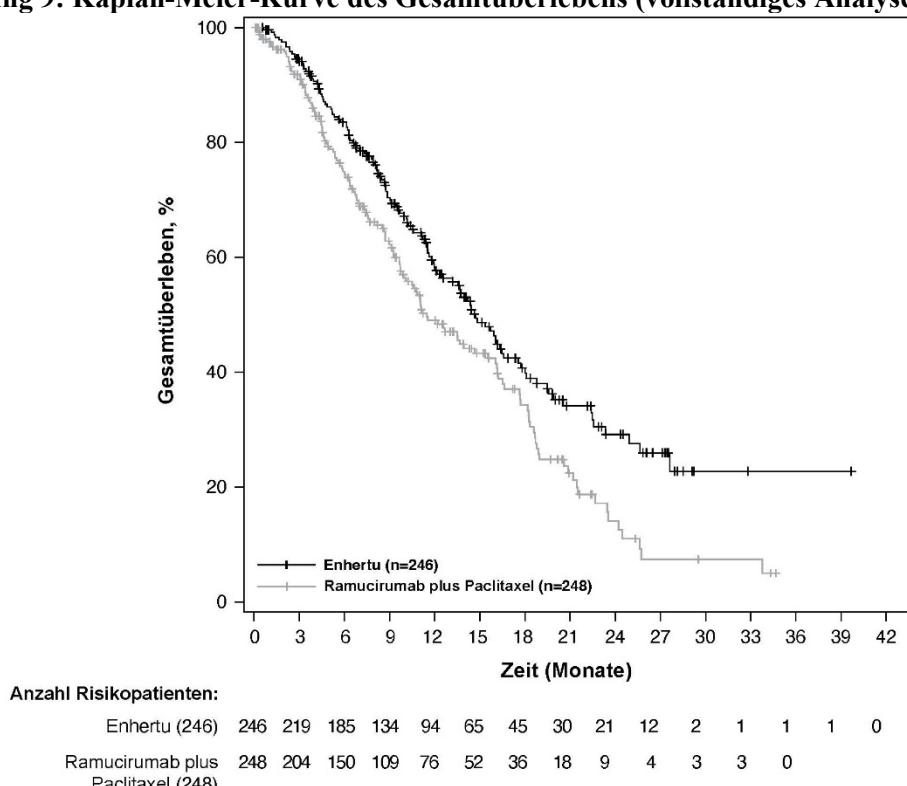
\*Zweiseitiger p-Wert basierend auf einem stratifizierten Log-Rank-Test und einem stratifizierten Proportional-Hazards-Modell nach Cox, angepasst an IRT Stratifizierungsfaktoren: HER2-Status (IHC 3+ oder IHC 2+/ISH+).

†Basierend auf einem Long-Rank-Test, stratifiziert nach HER2-Status (IHC3+ oder IHC2+/ISH+)

††ORR-auswertbare Patienten sind diejenigen, die mindestens 77 Tage (d. h.  $2 \times 6$  Wochen - 1 Woche) vor dem DCO-Datum der Zwischenanalyse randomisiert wurden. Die bestätigte ORR wird unter Verwendung der geeigneten Patienten als Nenner berechnet: Enhertu = 235, Ramucirumab plus Paclitaxel = 237

§Der p-Wert für den Unterschied der ORR basiert auf dem Cochran-Mantel-Haenszel-Test, angepasst um den Stratifizierungsfaktor: HER2-Status (IHC 3+ oder IHC 2+/ISH+).

**Abbildung 9: Kaplan-Meier-Kurve des Gesamtüberlebens (vollständiges Analyseset)**



#### DESTINY-Gastric02 (NCT04014075)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurden in der Studie DESTINY-Gastric02 untersucht, einer multizentrischen, offenen, einarmigen Studie der Phase II, die an Prüfzentren in Europa und den Vereinigten Staaten durchgeführt wurde. Die Studie schloss Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ) ein, bei denen es nach einem früheren Trastuzumab-basierten Behandlungsschema zu einem Fortschreiten der Erkrankung gekommen war. Die Patienten mussten einen zentral bestätigten positiven HER2-Status aufweisen, der definiert war als IHC 3+ oder IHC2+/ISH-positiv. Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten mit einer Vorgeschichte von ILD/Pneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder mit einer ILD/Pneumonitis beim Screening, Patienten mit einer Vorgeschichte von klinisch signifikanten Herzerkrankungen und Patienten mit aktiven Hirnmetastasen. Enhertu wurde als intravenöse Infusion mit 6,4 mg/kg einmal alle drei Wochen bis zum Fortschreiten der Krankheit, zum Tod, zum Widerruf der Einwilligung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität angewendet. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war die bestätigte ORR, welche durch eine ICR gemäß den RECIST-Kriterien V1.1 bewertet wurde. Sekundäre Endpunkte waren die DOR und das OS.

Bei den 79 Patienten, die in die Studie DESTINY-Gastric02 aufgenommen wurden, lagen zu Studienbeginn folgende demographische und Krankheitsmerkmale vor: medianes Alter 61 Jahre (Bereich: 20 bis 78); 72 % waren männlich; 87 % waren weißhäutig, 5,0 % waren asiatisch und 1,0 % waren dunkelhäutig oder afroamerikanisch. Die Patienten hatten einen ECOG-Leistungsstatus von 0 (37 %) oder 1 (63 %); 34 % hatten ein Adenokarzinom des Magens und 66 % ein Adenokarzinom des GEJ; 86 % waren IHC 3+ und 13 % waren IHC 2+/ISH-positiv und 63 % hatten Lebermetastasen.

Die Wirksamkeitsergebnisse für die ORR und DOR sind in Tabelle 11 zusammengefasst.

**Tabelle 11: Wirksamkeitsergebnisse der Studie DESTINY-Gastric02 (vollständiges Analyseset\*)**

Wirksamkeitsparameter	DESTINY-Gastric02 N = 79
<i>Daten-Stichtag 08. November 2021</i>	
Bestätigte objektive Ansprechrate <sup>†</sup> % (95 %-KI) <sup>‡</sup>	41,8 (30,8; 53,4)
Vollständiges Ansprechen n (%)	4 (5,1)
Teilweises Ansprechen n (%)	29 (36,7)
Ansprechdauer Median <sup>§</sup> , Monate (95 %-KI) <sup>¶</sup>	8,1 (5,9; NE)

NE = nicht einschätzbar

\*Schließt alle Patienten ein, die mindestens eine Dosis Enhertu erhalten haben

<sup>†</sup>Bewertet durch unabhängige zentrale Überprüfung

<sup>‡</sup>Berechnet nach der Clopper-Pearson-Methode

<sup>§</sup>Basiert auf einer Kaplan-Meier-Schätzung

<sup>¶</sup>Berechnet nach der Brookmeyer-Crowley-Methode

#### DESTINY-Gastric01 (NCT03329690)

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu wurden in der Studie DESTINY-Gastric01 untersucht, einer multizentrischen, offenen, randomisierten Studie der Phase II, die an Prüfzentren in Japan und Südkorea durchgeführt wurde. Diese ergänzende Studie schloss erwachsene Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ) ein, bei denen es nach mindestens zwei früheren Behandlungsschemata, einschließlich Trastuzumab, einem Fluoropyrimidin und einem Platinderivat, zu einem Fortschreiten der Erkrankung gekommen war. Die Patienten wurden im Verhältnis 2:1 randomisiert einer Behandlung mit entweder Enhertu (N = 126) oder einer Chemotherapie nach Wahl des Arztes – entweder Irinotecan (N = 55) oder Paclitaxel (N = 7) – zugewiesen. Die Tumorproben mussten einen zentral bestätigten positiven HER2-Status aufweisen, der definiert war als IHC 3+ oder IHC 2+/ISH-positiv. Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten mit einer Vorgesichte mit ILD/Pneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder mit einer ILD/Pneumonitis beim Screening, Patienten mit einer Vorgesichte von klinisch signifikanten Herzerkrankungen und Patienten mit aktiven Hirnmetastasen. Die Behandlung wurde bis zum Fortschreiten der Krankheit, zum Tod, zum Widerruf der Einwilligung oder zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität durchgeführt. Der primäre Wirksamkeitssendpunkt war die unbestätigte objektive Ansprechrate (ORR, *objective response rate*), welche durch eine ICR gemäß den RECIST-Kriterien V1.1 bewertet wurde. Das Gesamtüberleben (OS, *overall survival*), das progressionsfreie Überleben (PFS, *progression-free survival*), die Dauer des Ansprechens (DOR, *duration of response*) und die bestätigte objektive Ansprechrate (ORR, *overall response rate*) waren sekundäre Endpunkte.

Die demographischen und Krankheitsmerkmale zu Studienbeginn waren zwischen den Behandlungsarmen vergleichbar. Unter den 188 Patienten betrug das mediane Alter 66 Jahre (Spanne: 28 bis 82); 76 % waren männlich; 100 % waren asiatisch. Die Patienten hatten einen ECOG-Leistungsstatus von 0 (49 %) oder 1 (51 %); 87 % hatten ein Adenokarzinom des Magens und 13 % ein Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs (GEJ), 76 % waren IHC 3+ und 23 % waren

IHC 2+/ISH-positiv; 54 % hatten Lebermetastasen; 29 % hatten Lungenmetastasen; die Summe der einzelnen Durchmesser der Zielläsionen betrug < 5 cm bei 47 %, ≥ 5 bis < 10 cm bei 30 % und ≥ 10 cm bei 17 %; 55 % hatten zwei und 45 % hatten drei oder mehr frühere Behandlungsschemata in der lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Situation erhalten.

Die Wirksamkeitsergebnisse (Datenstichtag: 03. Juni 2020) für Enhertu (n = 126) im Vergleich zur Chemotherapie nach Wahl des Arztes (n = 62) waren eine bestätigte ORR von 39,7 % (95 %-KI: 31,1; 48,8) vs. 11,3 % (95 %-KI: 4,7; 21,9). Die Rate des vollständigen Ansprechens lag bei 7,9 % vs. 0 % und die Rate des teilweisen Ansprechens bei 31,7 % vs. 11,3 %. Weitere Wirksamkeitsergebnisse für Enhertu im Vergleich zur Chemotherapie nach Wahl des Arztes waren eine mediane DOR von 12,5 Monaten (95 %-KI: 5,6; NE) vs. 3,9 Monate (95 %-KI: 3,0; 4,9). Das mediane PFS betrug 5,6 Monate (95 %-KI: 4,3; 6,9) vs. 3,5 Monate (95 %-KI: 2,0; 4,3; Hazard Ratio = 0,47 [95 %-KI: 0,31; 0,71]). Eine OS-Analyse, die nach einer vorab festgelegten Zahl von 133 Todesfällen durchgeführt wurde, zeigte für die Behandlung mit Enhertu einen Überlebensvorteil gegenüber der Gruppe, die die Behandlung nach Wahl des Arztes erhielt (Hazard Ratio = 0,60). Das mediane OS betrug 12,5 Monate (95 %-KI: 10,3; 15,2) in der Enhertu-Gruppe und 8,9 Monate (95 %-KI: 6,4; 10,4) in der nach Wahl des Arztes behandelten Gruppe.

### Kinder und Jugendliche

Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat eine Freistellung von der Verpflichtung zur Vorlage von Ergebnissen zu Studien in allen pädiatrischen Altersklassen im Anwendungsgebiet Brustkrebs, NSCLC und Magenkrebs gewährt (siehe Abschnitt 4.2 bzgl. Informationen zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen).

Dieses Arzneimittel wurde unter „Besonderen Bedingungen“ zugelassen. Das bedeutet, dass weitere Nachweise für den Nutzen des Arzneimittels erwartet werden.

Die Europäische Arzneimittel-Agentur wird neue Informationen zu diesem Arzneimittel mindestens jährlich bewerten und, falls erforderlich, wird die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels aktualisiert werden.

## **5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften**

### Resorption

Trastuzumab deruxtecan wird intravenös angewendet. Es wurden keine Studien mit anderen Anwendungsarten durchgeführt.

### Verteilung

Auf der Grundlage einer populationspharmakokinetischen Analyse wurde das Verteilungsvolumen des zentralen Kompartiments (V<sub>c</sub>) von Trastuzumab deruxtecan und dem Topoisomerase I-Inhibitor DXd auf 2,68 l bzw. 28,0 l geschätzt.

*In vitro* lag die mittlere Proteinbindung von DXd in Humanplasma bei etwa 97 %.

*In vitro* betrug das Verhältnis von Blut- zu Plasmakonzentration von DXd etwa 0,6.

### Biotransformation

Trastuzumab deruxtecan wird in der Tumorzelle durch lysosomale Enzyme gespalten, wodurch DXd freigesetzt wird.

Es ist zu erwarten, dass der humanisierte monoklonale HER2-IgG1-Antikörper über katabole Vorgänge auf die gleiche Weise wie endogenes IgG zu kleinen Peptiden und Aminosäuren abgebaut wird.

*In-vitro*-Studien zur Metabolisierung an menschlichen Lebermikrosomen zeigen, dass DXd hauptsächlich durch CYP3A4 über oxidative Vorgänge verstoffwechselt wird.

### Elimination

Nach intravenöser Anwendung von Trastuzumab deruxtecan bei Patienten mit metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs, HER2-low Brustkrebs oder NSCLC mit HER2-Mutation wurde in der populationspharmakokinetischen Analyse eine Clearance von Trastuzumab deruxtecan von 0,4 l/Tag errechnet; die Clearance von DXd betrug 18,4 l/Std. Bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder des GEJ war die Clearance von Trastuzumab deruxtecan um etwa 20 % höher als bei Patienten mit metastasiertem HER2-postitivem Brustkrebs. In Zyklus 3 betrug die scheinbare Eliminationshalbwertszeit ( $t_{1/2}$ ) von Trastuzumab deruxtecan und freigesetztem DXd etwa 7 Tage. Es wurde eine mäßige Akkumulation (etwa 35 % in Zyklus 3 im Vergleich zu Zyklus 1) von Trastuzumab deruxtecan beobachtet.

Nach intravenöser Anwendung von DXd bei Ratten stellten die Fäzes über die Gallenwege den Hauptausscheidungsweg dar. DXd war die am häufigsten vorkommende Komponente in Urin, Fäzes und Galle. Nach einmaliger intravenöser Anwendung von Trastuzumab deruxtecan (6,4 mg/kg) bei Affen war freigesetztes unverändertes DXd die in Urin und Fäzes am häufigsten vorkommende Komponente. Die Ausscheidung von DXd wurde beim Menschen nicht untersucht.

### Wechselwirkungen *in vitro*

#### *Einfluss von Enhertu auf die Pharmakokinetik anderer Arzneimittel*

*In-vitro*-Studien weisen darauf hin, dass DXd wesentliche CYP450-Enzyme wie CYP1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6 und 3A nicht hemmt. *In-vitro*-Studien weisen ferner darauf hin, dass DXd keine Hemmwirkung auf OAT1-, OAT3-, OCT1-, OCT2-, OATP1B1-, OATP1B3-, MATE1-, MATE2-K-, P-gp-, BCRP- oder BSEP-Transporter ausübt.

#### *Einfluss anderer Arzneimittel auf die Pharmakokinetik von Enhertu*

*In vitro* war DXd ein Substrat von P-gp, OATP1B1, OATP1B3, MATE2-K, MRP1 und BCRP. Bei Arzneimitteln, die eine Hemmwirkung auf MATE2-K-, MRP1-, P-gp-, OATP1B- oder BCRP-Transporter ausüben, werden keine bedeutsamen Arzneimittelwechselwirkungen erwartet (siehe Abschnitt 4.5).

### Linearität/Nicht-Linearität

Bei intravenöser Anwendung stieg die Exposition von Trastuzumab deruxtecan und freigesetztem DXd im Dosisbereich von 3,2 mg/kg bis 8,0 mg/kg (etwa das 0,6- bis 1,5-Fache der empfohlenen Dosis) mit geringer bis mäßiger interindividueller Variabilität dosisproportional an. Ausgehend von einer populationspharmakokinetischen Analyse lag die interindividuelle Variabilität der Elimination und Clearance von Trastuzumab deruxtecan bzw. DXd bei 24 % bzw. 28 % und beim zentralen Verteilungsvolumen bei 16 % bzw. 55 %. Die interindividuelle Variabilität der AUC-Werte (Fläche unter der Serum-Konzentrations-Zeitkurve) von Trastuzumab deruxtecan bzw. DXd betrug etwa 8 % bzw. 14 %.

### Besondere Patientengruppen

Eine populationspharmakokinetische Analyse zeigte, dass Alter (20 – 96 Jahre), Abstammung, ethnische Zugehörigkeit, Geschlecht und Körergewicht keinen klinisch bedeutsamen Einfluss auf die Exposition gegenüber Trastuzumab deruxtecan oder freigesetztem DXd hatten.

### Ältere Patienten

Die populationspharmakokinetische Analyse zeigte, dass das Alter (Bereich: 20-96 Jahre) keinen Einfluss auf die Pharmakokinetik von Trastuzumab deruxtecan hatte.

### *Eingeschränkte Nierenfunktion*

Es wurde keine spezielle Studie zur eingeschränkten Nierenfunktion durchgeführt. Laut einer populationspharmakokinetischen Analyse von Patienten mit leicht (Kreatinin-Clearance [ClCr]  $\geq$  60 und < 90 ml/min) oder mäßig (ClCr  $\geq$  30 und < 60 ml/min) eingeschränkter Nierenfunktion (Schätzung nach Cockcroft-Gault) wurde die Pharmakokinetik von freigesetztem DXd durch eine leichte oder mäßige Einschränkung der Nierenfunktion im Vergleich zu einer normalen Nierenfunktion (ClCr  $\geq$  90 ml/min) nicht beeinflusst.

### *Eingeschränkte Leberfunktion*

Es wurde keine spezielle Studie zur eingeschränkten Leberfunktion durchgeführt. Laut einer populationspharmakokinetischen Analyse sind die Auswirkungen von Veränderungen auf die Pharmakokinetik von Trastuzumab deruxtecan bei Patienten mit Gesamtbilirubin  $\leq$  1,5 x ULN, unabhängig vom AST-Wert, klinisch nicht von Bedeutung. Es liegen nur begrenzte Daten für Patienten mit Gesamtbilirubin > 1,5 bis 3 x ULN, unabhängig vom AST-Wert, vor, um Schlussfolgerungen ziehen zu können, und es sind keine Daten zu Patienten mit Gesamtbilirubin > 3 x ULN, unabhängig vom AST-Wert, verfügbar (siehe Abschnitte 4.2 und 4.4).

### *Kinder und Jugendliche*

Es wurden keine Studien zur Untersuchung der Pharmakokinetik von Trastuzumab deruxtecan bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt.

## **5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit**

Bei Expositionen gegenüber dem Topoisomerase-I-Inhibitor (DXd) unterhalb der klinischen Plasmaexposition wurden bei Tieren nach Verabreichung von Trastuzumab deruxtecan Toxizitäten in lymphatischen und hämatopoetischen Organen, Darm, Niere, Lunge, Hoden und Haut beobachtet. Bei diesen Tieren waren die Expositionen gegenüber dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (AWK) ähnlich oder lagen über der klinischen Plasmaexposition.

DXd erwies sich sowohl in einem *In-vivo*-Knochenmark-Mikronukleus-Test bei Ratten als auch in einem *In-vitro*-Aberrationstest mit Lungenchromosomen des chinesischen Hamsters als klastogen und war in einem *In-vitro*-Rückmutationstest an Bakterien nicht mutagen.

Es wurden keine Karzinogenitätsstudien mit Trastuzumab deruxtecan durchgeführt.

Es wurden keine speziellen Fertilitätsstudien mit Trastuzumab deruxtecan durchgeführt. Ausgehend von den Ergebnissen allgemeiner Toxizitätsstudien an Tieren kann Trastuzumab deruxtecan die männliche Fortpflanzungsfunktion und Fertilität beeinträchtigen.

Es wurden keine Studien zur Reproduktions- oder Entwicklungstoxizität mit Trastuzumab deruxtecan an Tieren durchgeführt. Ausgehend von den Ergebnissen allgemeiner Toxizitätsstudien an Tieren waren Trastuzumab deruxtecan und DXd toxisch für Zellen mit schneller Zellteilung (lymphatische/hämatopoetische Organe, Darm oder Hoden), und DXd war genotoxisch, was auf ein Potenzial für Embryotoxizität und Teratogenität schließen lässt.

## **6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN**

### **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile**

L-Histidin  
L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat  
Saccharose  
Polysorbat 80 (E 433)

## **6.2 Inkompatibilitäten**

Da keine Kompatibilitätsstudien durchgeführt wurden, darf dieses Arzneimittel, außer mit den unter Abschnitt 6.6 aufgeführten, nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt werden.

Zur Rekonstitution oder Verdünnung darf keine Natriumchloridlösung für Infusionen verwendet werden, da sie zur Partikelbildung führen kann.

## **6.3 Dauer der Haltbarkeit**

Ungeöffnete Durchstechflasche:

4 Jahre

Rekonstituierte Lösung

Die chemische und physikalische Stabilität während des Gebrauchs wurde für bis zu 48 Stunden bei 2 °C bis 8 °C nachgewiesen.

Vom mikrobiologischen Standpunkt aus betrachtet, sollte die Lösung sofort verwendet werden. Wird die rekonstituierte Lösung nicht sofort verwendet, unterliegen Aufbewahrungsduer und -bedingungen der gebrauchsfertigen Lösung vor der Anwendung der Verantwortung des Anwenders und betragen normalerweise nicht mehr als 24 Stunden bei 2 °C bis 8 °C, es sei denn, die Rekonstitution erfolgte unter kontrollierten und validierten aseptischen Bedingungen.

Verdünnte Lösung

Es wird empfohlen, die verdünnte Lösung sofort zu verwenden. Wird die Lösung nicht sofort verwendet, kann die rekonstituierte, in Infusionsbeuteln mit 5%iger Glukoselösung verdünnte Lösung lichtgeschützt für bis zu 4 Stunden (einschließlich Zubereitung und Infusion) bei Raumtemperatur ( $\leq 30$  °C) oder für bis zu 24 Stunden im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C aufbewahrt werden.

## **6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung**

Im Kühlschrank lagern (2 °C – 8 °C).

Nicht einfrieren.

Aufbewahrungsbedingungen nach Rekonstitution und Verdünnung des Arzneimittels, siehe Abschnitt 6.3.

## **6.5 Art und Inhalt des Behältnisses**

Enhertu wird in 10-ml-Durchstechflaschen aus braunem Borosilikatglas Typ 1 geliefert, die mit einem mit Fluorharz laminierten Butylkautschuk-Stopfen und einer gelben Flip-off-Bördelkappe aus Polypropylen/Aluminium verschlossen sind.

Jede Schachtel enthält 1 Durchstechflasche.

## **6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung**

Zur Vermeidung von Arzneimittelfehlern ist es wichtig, die Etiketten der Durchstechflaschen zu überprüfen und sicherzustellen, dass das zubereitete und angewandte Arzneimittel tatsächlich Enhertu (Trastuzumab deruxtecan) ist und nicht Trastuzumab oder Trastuzumab emtansin.

Es sollten geeignete Verfahren für die Zubereitung von chemotherapeutischen Arzneimitteln angewendet werden. Bei den folgenden Rekonstitutions- und Verdünnungsverfahren muss eine geeignete aseptische Technik angewendet werden.

### Rekonstitution

- Unmittelbar vor der Verdünnung rekonstituieren.
- Für eine volle Dosis kann mehr als eine Durchstechflasche erforderlich sein. Berechnen Sie die Dosis (mg), das erforderliche Gesamtvolumen der rekonstituierten Enhertu-Lösung und die benötigte Anzahl Durchstechflaschen mit Enhertu (siehe Abschnitt 4.2).
- Rekonstituieren Sie jede 100-mg-Durchstechflasche mithilfe einer sterilen Spritze, indem Sie langsam 5 ml Wasser für Injektionszwecke in jede Durchstechflasche injizieren, um eine Endkonzentration von 20 mg/ml zu erhalten.
- Schwenken Sie die Durchstechflasche behutsam, bis sich der Inhalt vollständig aufgelöst hat.  
Nicht schütteln.
- Vom mikrobiologischen Standpunkt aus betrachtet, sollte die Lösung sofort verwendet werden. Für den Fall, dass die Lösung nicht sofort verwendet wird, wurde die chemische und physikalische Stabilität während des Gebrauchs für bis zu 48 Stunden bei 2 °C bis 8 °C nachgewiesen. Die rekonstituierten Enhertu-Durchstechflaschen lichtgeschützt im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C aufbewahren. Nicht einfrieren.
- Das rekonstituierte Arzneimittel enthält kein Konservierungsmittel und ist nur für den einmaligen Gebrauch bestimmt.

### Verdünnung

- Die berechnete Menge aus der/den Durchstechflasche(n) in eine sterile Spritze aufziehen. Die rekonstituierte Lösung auf Partikel und Verfärbung kontrollieren. Die Lösung muss klar und farblos bis hellgelb sein. Nicht verwenden, wenn sichtbare Partikel vorhanden sind oder wenn die Lösung trüb oder verfärbt ist.
- Das berechnete Volumen rekonstituiertes Enhertu in einem Infusionsbeutel verdünnen, der 100 ml 5%ige Glukoselösung zur Infusion enthält. Keine Natriumchloridlösung verwenden (siehe Abschnitt 6.2). Ein Infusionsbeutel aus Polyvinylchlorid oder Polyolefin (Copolymer aus Ethylen und Polypropylen) wird empfohlen.
- Den Infusionsbeutel vorsichtig umdrehen, damit sich die Lösung gut mischen kann. Nicht schütteln.
- Den Infusionsbeutel zum Schutz vor Licht abdecken.
- Wenn die Lösung nicht sofort verwendet wird, kann der Beutel lichtgeschützt bei Raumtemperatur ( $\leq 30^{\circ}\text{C}$ ) für bis zu 4 Stunden, einschließlich Zubereitung und Infusion, oder für bis zu 24 Stunden im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C aufbewahrt werden. Nicht einfrieren.
- Alle in der Durchstechflasche verbliebenen, nicht verwendeten Reste der Lösung sind zu entsorgen.

### Anwendung

- Wenn die zubereitete Infusionslösung gekühlt (2 °C bis 8 °C) gelagert wurde, wird empfohlen, die Lösung vor der Anwendung lichtgeschützt stehen zu lassen, bis sie Raumtemperatur angenommen hat.
- Enhertu ist als intravenöse Infusion nur über ein Infusionsbesteck mit einem 0,20 µm oder 0,22 µm In-line Filter aus Polyethersulfon (PES) oder Polysulfon (PSU) zu geben.
- Die Initialdosis ist als 90-minütige intravenöse Infusion zu geben. Wenn die vorausgegangene Infusion gut vertragen wurde, können die nachfolgenden Dosen von Enhertu als 30-minütige Infusionen gegeben werden. Nicht als intravenöse Druck- oder Bolusinjektion anwenden (siehe Abschnitt 4.2).
- Den Infusionsbeutel zum Schutz vor Licht abdecken.
- Enhertu nicht mit anderen Arzneimitteln mischen oder andere Arzneimittel nicht über denselben intravenösen Zugang geben.

## Beseitigung

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

## **7. INHABER DER ZULASSUNG**

Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Zielstattstraße 48  
81379 München  
Deutschland

## **8. ZULASSUNGSNUMMER**

EU/1/20/1508/001

## **9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG**

Datum der Erteilung der Zulassung: 18. Januar 2021

Datum der letzten Verlängerung der Zulassung: 28. Oktober 2024

## **10. STAND DER INFORMATION**

{TT. Monat JJJJ}

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <https://www.ema.europa.eu> verfügbar.

## **ANHANG II**

- A. HERSTELLER DES WIRKSTOFFS BIOLOGISCHEN URSPRUNGS UND HERSTELLER, DER FÜR DIE CHARGENFREIGABE VERANTWORTLICH IST**
- B. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE ABGABE UND DEN GEBRAUCH**
- C. SONSTIGE BEDINGUNGEN UND AUFLAGEN DER GENEHMIGUNG FÜR DAS INVERKEHRBRINGEN**
- D. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE UND WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS**
- E. SPEZIFISCHE VERPFLICHTUNG ZUM ABSCHLUSS VON MASSNAHMEN NACH DER ZULASSUNG UNTER „BESONDEREN BEDINGUNGEN“**

**A. HERSTELLER DES WIRKSTOFFS BIOLOGISCHEN URSPRUNGS UND  
HERSTELLER, DER FÜR DIE CHARGENFREIGABE VERANTWORTLICH IST**

Name und Anschrift des Herstellers des Wirkstoffs biologischen Ursprungs

Lonza AG  
Lonzastrasse  
3930 Visp  
Schweiz

Name und Anschrift des Herstellers, der für die Chargenfreigabe verantwortlich ist

Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Luitpoldstraße 1  
85276 Pfaffenhofen  
Deutschland

**B. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE ABGABE UND DEN  
GEBRAUCH**

Arzneimittel auf eingeschränkte ärztliche Verschreibung (siehe Anhang I: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels, Abschnitt 4.2).

**C. SONSTIGE BEDINGUNGEN UND AUFLAGEN DER GENEHMIGUNG FÜR DAS  
INVERKEHRBRINGEN**

- **Regelmäßig aktualisierte Unbedenklichkeitsberichte [Periodic Safety Update Reports (PSURs)]**

Die Anforderungen an die Einreichung von PSURs für dieses Arzneimittel sind im Artikel 9 der Verordnung 507/2006/EG festgelegt, dementsprechend hat der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) alle 6 Monate PSURs vorzulegen.

Die Anforderungen an die Einreichung von PSURs für dieses Arzneimittel sind in der nach Artikel 107 c Absatz 7 der Richtlinie 2001/83/EG vorgesehenen und im europäischen Internetportal für Arzneimittel veröffentlichten Liste der in der Union festgelegten Stichtage (EURD-Liste) - und allen künftigen Aktualisierungen - festgelegt.

**D. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE UND  
WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS**

- **Risikomanagement-Plan (RMP)**

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) führt die notwendigen, im vereinbarten RMP beschriebenen und in Modul 1.8.2 der Zulassung dargelegten Pharmakovigilanzaktivitäten und Maßnahmen sowie alle künftigen vereinbarten Aktualisierungen des RMP durch.

Ein aktualisierter RMP ist einzureichen:

- nach Aufforderung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur;
- jedes Mal, wenn das Risikomanagement-System geändert wird, insbesondere infolge neuer eingegangener Informationen, die zu einer wesentlichen Änderung des Nutzen-Risiko-

Verhältnisses führen können oder infolge des Erreichens eines wichtigen Meilensteins (in Bezug auf Pharmakovigilanz oder Risikominimierung).

Für die sichere und wirksame Verwendung des Arzneimittels sind zusätzliche Maßnahmen zur Risikominimierung erforderlich.

Vor der Markteinführung von Trastuzumab deruxtecan in jedem Mitgliedstaat muss der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) den Inhalt und das Format des Schulungsmaterials (Leitfaden für Ärzte/medizinisches Fachpersonal, Therapiepass für ILD/Pneumonitis und Leitfaden für Ärzte/medizinisches Fachpersonal für Medikationsfehler bedingt durch Produktverwechslungen) einschließlich der Kommunikationsmedien, sowie die Verteilungsmodalitäten und alle anderen Aspekte des Programms mit der zuständigen nationalen Behörde abstimmen.

Das Schulungsprogramm zielt auf Folgendes ab:

- I) frühzeitige Erkennung einer interstitiellen Lungenerkrankung (ILD)/Pneumonitis, um eine sofortige angemessene Behandlung zu ermöglichen und eine Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern,
- II) Verbesserung des Bewusstseins von Ärzten und medizinischem Fachpersonal für das potenzielle Risiko von Medikationsfehlern im Zusammenhang mit Produktverwechslungen aufgrund der Verfügbarkeit mehrerer Trastuzumab-haltiger Produkte und von Trastuzumab emtansin

Der MAH stellt sicher, dass in jedem Mitgliedstaat, in dem Trastuzumab deruxtecan in Verkehr gebracht wird, alle Ärzte/medizinisches Fachpersonal und Patienten, von denen erwartet wird, dass sie Trastuzumab deruxtecan verabreichen bzw. erhalten, Zugang zu folgenden Schulungsmaterialien erhalten:

#### **I) Leitfaden für Ärzte/medizinisches Fachpersonal für ILD/Pneumonitis**

Der Leitfaden für Ärzte/medizinisches Fachpersonal enthält folgende Hauptelemente:

- Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse der durch Trastuzumab deruxtecan induzierten ILD/Pneumonitis (z. B. Häufigkeit, Grad, Zeit bis zum Auftreten), die in der klinischen Studie beobachtet wurden
- Beschreibung der angemessenen Überwachung und Beurteilung der ILD/Pneumonitis bei Patienten, die Trastuzumab deruxtecan erhalten
- Genaue Beschreibung der Behandlung von ILD/Pneumonitis bei Patienten, die mit Trastuzumab deruxtecan behandelt werden, einschließlich Anleitung zur Unterbrechung, Reduzierung und zum Absetzen der Behandlung bei ILD/Pneumonitis
- Erinnerung für Ärzte/das medizinische Fachpersonal, dass die Informationen über Anzeichen und Symptome von ILD/Pneumonitis bei jedem Patientenbesuch zu wiederholen sind, einschließlich des Zeitpunkts, zu dem der Patient Rat beim Arzt/medizinischen Fachpersonal einholen sollte (z. B. die Symptome, auf die zu achten ist; die Wichtigkeit, geplante Termine einzuhalten)
- Erinnerung für Ärzte/das medizinische Fachpersonal, dem Patienten den Therapiepass auszuhändigen, einschließlich des Hinweises, dass der Patient den Therapiepass jederzeit mit sich tragen sollte

#### **II) Leitfaden für Ärzte/medizinisches Fachpersonal zur Vermeidung von Medikationsfehlern**

Der Leitfaden für Ärzte/medizinisches Fachpersonal enthält folgende Hauptelemente:

- Warnhinweis für Ärzte/medizinisches Fachpersonal wegen eines potenziellen Verwechslungsrisikos zwischen Enhertu (Trastuzumab deruxtecan) und anderen Trastuzumab-haltigen Arzneimitteln und dem gegen HER2 gerichteten Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Kadcyla (Trastuzumab emtansin)
- Maßnahmen zur Risikominderung von Verschreibungsfehlern aufgrund von Ähnlichkeiten der Wirkstoffnamen und Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern während der Verschreibungsphase durch Ärzte

- Vergleich des kommerziellen Erscheinungsbildes zwischen Enhertu (Trastuzumab deruxtecan) und anderen Trastuzumab-haltigen Produkten und dem gegen HER2 gerichteten Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Kadcyla (Trastuzumab emtansin)
- Mögliche Strategien der Risikominderung zur Vermeidung von Fehlern in der Herstellungsphase durch Apotheker
- Genaue Angaben zu Dosierung, Art der Verabreichung und Zubereitung sowie Anweisungen zur Vermeidung von Medikationsfehlern während der Verabreichungsphase durch das Pflegepersonal

### III) Therapiepass

Der Therapiepass enthält folgende Hauptelemente:

- Beschreibung der wichtigen Risiken von ILD/Pneumonitis in Zusammenhang mit der Anwendung von Trastuzumab deruxtecan
- Beschreibung der wichtigsten Anzeichen und Symptome von ILD/Pneumonitis und Hinweise, wann die Patienten sich an einen Arzt/das medizinische Fachpersonal wenden sollten
- Kontaktdaten des Arztes, der Trastuzumab deruxtecan verordnet
- Querverweis auf Packungsbeilage.

### **E. SPEZIFISCHE VERPFLICHTUNG ZUM ABSCHLUSS VON MASSNAHMEN NACH DER ZULASSUNG UNTER „BESONDEREN BEDINGUNGEN“**

Da dies eine Zulassung unter „Besonderen Bedingungen“ ist, und gemäß Artikel 14-a der Verordnung (EG) Nr. 726/2004, muss der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen innerhalb des festgelegten Zeitrahmens, folgende Maßnahmen abschließen:

Beschreibung	Fällig am
Zur Bestätigung der Wirksamkeit und Sicherheit von Enhertu zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC, deren Tumore eine aktivierende HER2(ERBB2)-Mutation aufweisen und die nach einer platinbasierten Chemotherapie mit oder ohne Immuntherapie eine systemische Therapie benötigen, muss der MAH die Ergebnisse der Studie DESTINY-Lung04 (offene, randomisierte, multizentrische Phase-III-Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von Trastuzumab deruxtecan als Erstlinientherapie bei inoperablem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit HER2-Exon 19- oder -20-Mutationen) einreichen.	Q4 2026

**ANHANG III**  
**ETIKETTIERUNG UND PACKUNGSBEILAGE**

## **A. ETIKETTIERUNG**

**ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG****UMKARTON****1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Enhertu 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung  
Trastuzumab deruxtecan

**2. WIRKSTOFF**

Eine Durchstechflasche mit Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält:  
100 mg Trastuzumab deruxtecan.  
Nach der Rekonstitution enthält eine Durchstechflasche mit 5 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab  
deruxtecan.

**3. SONSTIGE BESTANDTEILE**

Sonstige Bestandteile: L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80  
(E 433).

**4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

1 Durchstechflasche

**5. HINWEISE ZUR UND ART DER ANWENDUNG**

Zur intravenösen Anwendung nach Rekonstitution und Verdünnung.  
Packungsbeilage beachten.

**6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH  
AUFZUBEWAHREN IST**

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

**7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

Zytotoxisch

Enhertu darf nicht durch Trastuzumab oder Trastuzumab emtansin ersetzt werden.

**8. VERFALLDATUM**

verwendbar bis

**9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**

Im Kühlschrank lagern.  
Nicht einfrieren.

**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN****11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Zielstattstraße 48  
81379 München  
Deutschland

**12. ZULASSUNGSNUMMER**

EU/1/20/1508/001

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG****15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH****16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

Der Begründung, keine Angaben in Blindenschrift aufzunehmen, wird zugestimmt.

**17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE**

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

**18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT**

PC  
SN  
NN

**MINDESTANGABEN AUF KLEINEN BEHÄLTNISSEN**

**ETIKETT DER DURCHSTECHFLASCHE**

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS SOWIE ART DER ANWENDUNG**

Enhertu 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung  
Trastuzumab deruxtecan  
Zur i.v. Anwendung nach Rekonstitution und Verdünnung.

**2. HINWEISE ZUR ANWENDUNG**

**3. VERFALLDATUM**

EXP

**4. CHARGENBEZEICHNUNG**

Lot

**5. INHALT NACH GEWICHT, VOLUMEN ODER EINHEITEN**

100 mg

**6. WEITERE ANGABEN**

Zytotoxisch

## **B. PACKUNGSBEILAGE**

## Gebrauchsinformation: Information für Patienten

### **Enhertu 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung** Trastuzumab deruxtecan

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Sie können dabei helfen, indem Sie jede auftretende Nebenwirkung melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Ende Abschnitt 4.

**Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Ihnen dieses Arzneimittels gegeben wird, denn sie enthält wichtige Informationen.**

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal.
- Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Siehe Abschnitt 4.

#### **Was in dieser Packungsbeilage steht**

1. Was ist Enhertu und wofür wird es angewendet?
2. Was sollten Sie vor der Anwendung von Enhertu beachten?
3. Wie wird Enhertu angewendet?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist Enhertu aufzubewahren?
6. Inhalt der Packung und weitere Informationen

#### **1. Was ist Enhertu und wofür wird es angewendet?**

#### **Was Enhertu ist**

Enhertu ist ein Krebsmedikament, das den Wirkstoff Trastuzumab deruxtecan enthält. Ein Teil des Arzneimittels ist ein monoklonaler Antikörper, der spezifisch an Zellen bindet, auf deren Oberfläche sich das Protein HER2 befindet (HER2-positiv), wie dies bei einigen Krebszellen der Fall ist. Der andere wirksame Teil von Enhertu ist DXd, eine Substanz, die Krebszellen abtöten kann. Sobald sich das Arzneimittel an HER2-positive Krebszellen gebunden hat, gelangt DXd in die Zellen und tötet diese ab.

#### **Wofür Enhertu angewendet wird**

Enhertu wird zur Behandlung von Erwachsenen angewendet, die:

- **an HER2-positivem Brustkrebs** erkrankt sind, der sich auf andere Teile des Körpers ausgebreitet hat (Metastasen) oder nicht operativ entfernt werden kann, und die bereits mindestens eine andere Behandlung gegen HER2-positiven Brustkrebs erhalten haben.
- **an HER2-low (geringe HER2-Expression) oder HER2-ultralow Brustkrebs (sehr geringe HER2-Expression)** erkrankt sind, der sich auf andere Teile des Körpers ausgebreitet hat (Metastasen) oder nicht operativ entfernt werden kann; und die früher bereits eine Therapie erhalten haben. Ob Enhertu die richtige Behandlung für Sie ist, wird mithilfe eines Tests bestätigt.
- **an einem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit HER2-Mutation** erkrankt sind, das sich auf andere Teile des Körpers ausgebreitet hat oder nicht operativ entfernt werden kann und bei dem eine vorherige Behandlung versucht wurde. Ob Enhertu die richtige Behandlung für Sie ist, wird mithilfe eines Tests bestätigt.
- **an HER2-positivem Magenkreb**s erkrankt sind, der sich auf andere Teile des Körpers oder Bereiche in der Nähe des Magens ausgebreitet hat und nicht operativ entfernt werden kann, und

die zudem mindestens eine andere Behandlung gegen HER2-positiven Magenkrebs erhalten haben.

## 2. Was sollten Sie vor der Anwendung von Enhertu beachten?

### Sie dürfen nicht mit Enhertu behandelt werden,

- wenn Sie allergisch gegen Trastuzumab deruxtecan oder einen der in Abschnitt 6. genannten sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels sind.

Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Sie gegen den Wirkstoff allergisch sind, sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, bevor Sie Enhertu erhalten.

### Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, bevor Sie Enhertu erhalten oder während der Behandlung, wenn:

- Sie an Husten, Kurzatmigkeit, Fieber oder anderen neu aufgetretenen oder sich verschlimmernden Atemproblemen leiden. Dies können Symptome einer schwerwiegenden und potenziell lebensbedrohlichen Lungenerkrankung sein, die als interstitielle Lungenerkrankung bezeichnet wird. Eine frühere Lungenerkrankung oder frühere Nierenprobleme können das Risiko einer interstitiellen Lungenerkrankung erhöhen. Ihr Arzt muss möglicherweise Ihre Lunge überwachen, während Sie dieses Arzneimittel anwenden.
- bei Ihnen Schüttelfrost, Fieber, wunde Stellen im Mund, Bauchschmerzen oder Schmerzen beim Wasserlassen auftreten. Diese können Symptome einer Infektion sein, die durch eine verminderte Anzahl weißer Blutkörperchen verursacht wird, die als Neutrophile bezeichnet werden.
- Sie an neu aufgetretener oder sich verschlimmernder Kurzatmigkeit, Husten, Müdigkeit, geschwollenen Knöcheln oder Beinen, unregelmäßigem Herzschlag, plötzlicher Gewichtszunahme, Schwindelgefühl oder Bewusstseinsverlust leiden. Diese können Symptome einer Erkrankung sein, bei der Ihr Herz nicht richtig pumpen kann (verminderte linksventrikuläre Auswurffraktion).
- Sie an Leberproblemen leiden. Ihr Arzt muss Ihre Leber unter Umständen überwachen, während Sie mit diesem Arzneimittel behandelt werden.

Ihr Arzt wird vor und während der Behandlung mit Enhertu Untersuchungen bei Ihnen durchführen.

### Kinder und Jugendliche

Enhertu wird nicht für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren empfohlen. Der Grund dafür ist, dass keine Informationen über die Wirkung dieses Arzneimittels in dieser Altersgruppe vorliegen.

### Anwendung von Enhertu zusammen mit anderen Arzneimitteln

Informieren Sie Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen, kürzlich andere Arzneimittel eingenommen haben oder beabsichtigen, andere Arzneimittel einzunehmen.

### Schwangerschaft, Stillzeit, Empfängnisverhütung und Fortpflanzungsfähigkeit

#### • Schwangerschaft

Die Anwendung von Enhertu während der Schwangerschaft wird **nicht empfohlen**, da dieses Arzneimittel zu Schäden beim ungeborenen Kind führen kann.  
Sprechen Sie unverzüglich mit Ihrem Arzt, wenn Sie schwanger sind oder vermuten, schwanger zu sein oder beabsichtigen, vor oder während der Behandlung schwanger zu werden.

- **Stillzeit**  
Sie dürfen während der Enhertu-Behandlung und für mindestens 7 Monate nach Ihrer letzten Dosis nicht stillen. Der Grund dafür ist, dass nicht bekannt ist, ob Enhertu in die Muttermilch übergeht. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber.

- **Empfängnisverhütung**  
Während der Behandlung mit Enhertu muss eine zuverlässige Empfängnisverhütungsmethode angewendet werden, um eine Schwangerschaft zu vermeiden.

Frauen, die mit Enhertu behandelt werden, müssen die Empfängnisverhütung für mindestens 7 Monate nach der letzten Dosis von Enhertu fortsetzen.

Männer, die mit Enhertu behandelt werden und eine Partnerin haben, die schwanger werden kann, müssen eine zuverlässige Empfängnisverhütungsmethode anwenden, und zwar:

- während der Behandlung sowie
- für mindestens 4 Monate nach der letzten Dosis von Enhertu.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die für Sie am besten geeignete Empfängnisverhütungsmethode. Sprechen Sie auch mit Ihrem Arzt, bevor Sie Ihre Empfängnisverhütung absetzen.

- **Fortpflanzungsfähigkeit**

Wenn Sie ein Mann sind und mit Enhertu behandelt werden, dürfen Sie in einem Zeitraum von 4 Monaten nach der Behandlung kein Kind zeugen und sollten sich vor der Behandlung im Hinblick auf eine Spermakonservierung beraten lassen, da dieses Arzneimittel Ihre Fortpflanzungsfähigkeit beeinträchtigen kann. Besprechen Sie dies daher mit Ihrem Arzt, bevor Sie die Behandlung beginnen.

### **Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Es ist unwahrscheinlich, dass Enhertu Ihre Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs oder zum Bedienen von Maschinen verringert. Vorsicht ist jedoch geboten, wenn Sie sich müde fühlen, Ihnen schwindelig ist oder Sie Kopfschmerzen haben.

### **Enhertu enthält Polysorbat 80**

Dieses Arzneimittel enthält 1,5 mg Polysorbat 80 pro 100-mg-Durchstechflasche.

Polysorbate können allergische Reaktionen hervorrufen. Teilen Sie Ihrem Arzt mit, ob bei Ihnen in der Vergangenheit schon einmal eine allergische Reaktion beobachtet wurde.

### **3. Wie wird Enhertu angewendet?**

Sie erhalten die Behandlung mit Enhertu in einem Krankenhaus oder einer Klinik:

- Die empfohlene Dosis Enhertu für die Behandlung von
  - HER2-positivem, HER2-low oder HER2-ultralow Brustkrebs beträgt 5,4 mg pro Kilogramm Körpergewicht alle 3 Wochen.
  - nicht-kleinzeligem Lungenkarzinom mit HER2-Mutation beträgt 5,4 mg pro Kilogramm Körpergewicht alle 3 Wochen.
  - HER2-positivem Magenkrebs beträgt 6,4 mg pro Kilogramm Körpergewicht alle 3 Wochen.
- Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal werden Ihnen Enhertu über eine Infusion („Tropf“) in eine Vene geben.
- Ihre erste Infusion wird über einen Zeitraum von 90 Minuten gegeben. Wenn diese gut verläuft, kann die Infusion bei Ihren nächsten Besuchen über einen Zeitraum von 30 Minuten gegeben werden.
- Ihr Arzt wird entscheiden, wie viele Behandlungen Sie benötigen.

- Ihr Arzt kann Ihnen vor jeder Enhertu-Infusion Medikamente geben, die helfen, Übelkeit und Erbrechen zu vermeiden.
- Wenn bei Ihnen in Zusammenhang mit der Infusion Symptome auftreten, können Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal Ihre Behandlung verlangsamen, unterbrechen oder ganz abbrechen.
- Ihr Arzt wird vor und während der Behandlung mit Enhertu Untersuchungen bei Ihnen durchführen, die Folgendes umfassen können:
  - Blutuntersuchungen zur Überprüfung Ihrer Blutzellen, Leber und Nieren
  - Untersuchungen zur Überprüfung von Herz und Lunge
- In Abhängigkeit von Ihren Nebenwirkungen kann Ihr Arzt Ihre Dosis senken oder Ihre Behandlung vorübergehend unterbrechen oder dauerhaft absetzen.

### **Wenn Sie einen Termin für die Enhertu-Behandlung vergessen haben**

Wenden Sie sich umgehend an Ihren Arzt und vereinbaren Sie einen neuen Termin.

Es ist sehr wichtig, dass Sie keine Dosis dieses Arzneimittels versäumen.

### **Wenn Sie die Anwendung von Enhertu abbrechen**

Brechen Sie die Behandlung mit Enhertu nicht ab, ohne vorher mit Ihrem Arzt zu sprechen.

Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung dieses Arzneimittels haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder an das medizinische Fachpersonal.

## **4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?**

Wie alle Arzneimittel kann auch dieses Arzneimittel Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen. Wenn bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind.

**Sprechen Sie sofort mit Ihrem Arzt**, wenn Sie eines der folgenden Symptome bemerken. Diese können Anzeichen für eine schwerwiegende, möglicherweise lebensbedrohliche Erkrankung sein. Eine sofortige ärztliche Behandlung kann eventuell verhindern, dass diese Probleme noch schwerwiegender werden.

### **Sehr häufig** (kann mehr als 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Eine als interstitielle Lungenerkrankung bezeichnete Krankheit mit Symptomen wie Husten, Kurzatmigkeit, Fieber oder anderen neu aufgetretenen oder sich verschlimmernden Atemproblemen.
- Eine Infektion, die durch eine verminderte Anzahl von Neutrophilen (eine Art weißer Blutkörperchen) verursacht wird und Symptome wie Schüttelfrost, Fieber, wunde Stellen im Mund, Bauchschmerzen oder Schmerzen beim Wasserlassen umfassen kann.
- Eine Herzerkrankung, die als linksventrikuläre Dysfunktion bezeichnet wird und mit Symptomen wie neu aufgetretener oder sich verschlimmernder Kurzatmigkeit, Husten, Müdigkeit, geschwollenen Knöcheln oder Beinen, unregelmäßigem Herzschlag, plötzlicher Gewichtszunahme, Schwindelgefühl oder Bewusstseinsverlust einhergehen kann.

### **Sonstige Nebenwirkungen**

Die Häufigkeit und der Schweregrad von Nebenwirkungen kann von der Dosis abhängen, die Sie erhalten haben. Informieren Sie Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal, wenn Sie eine der folgenden Nebenwirkungen bemerken:

### **Sehr häufig** (kann mehr als 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Übelkeit, Erbrechen
- Müdigkeit

- verminderte Zahl von roten oder weißen Blutkörperchen oder Blutplättchen in Blutuntersuchungen
- verminderter Appetit
- Haarausfall
- Durchfall
- Verstopfung
- erhöhte Spiegel von Leberenzymen wie Transaminasen bei Blutuntersuchungen
- Schmerzen in Muskeln und Knochen
- Bauchschmerzen
- Gewichtsverlust
- Fieber
- Infektionen der Nase und des Rachens, einschließlich grippeähnlicher Symptome
- Kopfschmerzen
- niedrige Kaliumspiegel bei Blutuntersuchungen
- Blasenbildung im und um den Mund
- Husten
- Verdauungsstörungen
- Anschwellen von Knöcheln und Füßen

**Häufig** (kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Atembeschwerden
- Lungeninfektion
- erhöhte Bilirubin-, alkalische Phosphatase- oder Kreatinin-Spiegel bei Blutuntersuchungen
- Nasenbluten
- Schwindelgefühl
- Ausschlag
- verminderte Zahl von roten Blutkörperchen, weißen Blutkörperchen und Blutplättchen bei Blutuntersuchungen (Panzytopenie)
- Geschmacksveränderung/schlechter Geschmack im Mund
- Augentrockenheit
- Juckreiz
- Blähungen
- verschwommenes Sehen
- Hautverfärbung
- Durstgefühl, Mundtrockenheit
- Fieber in Verbindung mit einer verminderten Zahl von weißen Blutkörperchen, den sogenannten Neutrophilen
- starke Luftansammlung im Magen oder Darm
- Magenschleimhautentzündung
- Reaktionen auf die Infusion des Arzneimittels, die Fieber, Schüttelfrost, anfallsartig auftretende Rötung der Haut, Juckreiz oder Hauthausschlag umfassen können

**Meldung von Nebenwirkungen**

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt über das in [Anhang V](#) aufgeführte nationale Meldesystem anzeigen. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

**5. Wie ist Enhertu aufzubewahren?**

Enhertu wird vom medizinischen Personal im Krankenhaus oder in der Klinik aufbewahrt, wo Sie die Behandlung erhalten. Es gelten folgende Aufbewahrungsbedingungen:

- Bewahren Sie dieses Arzneimittel für Kinder unzugänglich auf.

- Sie dürfen dieses Arzneimittel nach dem auf dem Umkarton und auf der Durchstechflasche nach „verwendbar bis“ bzw. „EXP“ angegebenen Verfalldatum nicht mehr verwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des angegebenen Monats.
- Im Kühlschrank lagern (2 °C – 8 °C). Nicht einfrieren.
- Die zubereitete Infusionslösung ist bei lichtgeschützter Lagerung für bis zu 24 Stunden bei 2 °C – 8 °C stabil und muss danach entsorgt werden.

Entsorgen Sie Arzneimittel nicht im Abwasser oder Haushaltsabfall. Fragen Sie Ihren Apotheker, wie das Arzneimittel zu entsorgen ist, wenn Sie es nicht mehr verwenden. Sie tragen damit zum Schutz der Umwelt bei.

## **6. Inhalt der Packung und weitere Informationen**

### **Was Enhertu enthält**

- Der Wirkstoff ist Trastuzumab deruxtecan. Eine Durchstechflasche mit Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 100 mg Trastuzumab deruxtecan. Nach der Rekonstitution enthält eine Durchstechflasche mit 5 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab deruxtecan.
- Die sonstigen Bestandteile sind L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80 (E 433).

### **Wie Enhertu aussieht und Inhalt der Packung**

Enhertu ist ein weißes bis gelblich weißes lyophilisiertes Pulver, das in einer Durchstechflasche aus klarem Braunglas mit Gummistopfen, Aluminiumversiegelung und Flip-off-Kappe aus Kunststoff geliefert wird.

Jede Schachtel enthält 1 Durchstechflasche.

### **Pharmazeutischer Unternehmer**

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Zielstattstraße 48

81379 München

Deutschland

### **Hersteller**

Daiichi Sankyo Europe GmbH

Luitpoldstraße 1

85276 Pfaffenhofen

Deutschland

Falls Sie weitere Informationen über das Arzneimittel wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem örtlichen Vertreter des pharmazeutischen Unternehmers in Verbindung.

### **België/Belgique/Belgien**

Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A

Tél/Tel: +32-(0) 2 227 18 80

### **Lietuva**

UAB AstraZeneca Lietuva

Tel: +370 5 2660550

### **България**

АстраЗенека България ЕООД

Тел.: +359 24455000

### **Luxembourg/Luxemburg**

Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A

Tél/Tel: +32-(0) 2 227 18 80

**Česká republika**  
AstraZeneca Czech Republic s.r.o.  
Tel: +420 222 807 111

**Danmark**  
Daiichi Sankyo Nordics ApS  
Tlf.: +45 (0) 33 68 19 99

**Deutschland**  
Daiichi Sankyo Deutschland GmbH  
Tel: +49-(0) 89 7808 0

**Eesti**  
AstraZeneca  
Tel: +372 6549 600

**Ελλάδα**  
AstraZeneca A.E.  
Τηλ: +30 210 6871500

**España**  
Daiichi Sankyo España, S.A.  
Tel: +34 91 539 99 11

**France**  
Daiichi Sankyo France S.A.S.  
Tél: +33 (0) 1 55 62 14 60

**Hrvatska**  
AstraZeneca d.o.o.  
Tel: +385 1 4628 000

**Ireland**  
Daiichi Sankyo Ireland Ltd  
Tel: +353-(0) 1 489 3000

**Ísland**  
Icepharma hf  
Sími: +354 540 8000

**Italia**  
Daiichi Sankyo Italia S.p.A.  
Tel: +39-06 85 2551

**Κύπρος**  
Αλέκτωρ Φαρμακευτική Λτδ  
Τηλ: +357 22490305

**Latvija**  
SIA AstraZeneca Latvija  
Tel: +371 67377100

**Magyarország**  
AstraZeneca Kft.  
Tel.: +36 1 883 6500

**Malta**  
Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Tel: +49-(0) 89 7808 0

**Nederland**  
Daiichi Sankyo Nederland B.V.  
Tel: +31-(0) 20 4 07 20 72

**Norge**  
Daiichi Sankyo Nordics ApS  
Tlf: +47 (0) 21 09 38 29

**Österreich**  
Daiichi Sankyo Austria GmbH  
Tel: +43 (0) 1 485 86 42 0

**Polska**  
AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o.  
Tel: +48 22 245 73 00

**Portugal**  
Daiichi Sankyo Portugal, Unip. LDA  
Tel: +351 21 4232010

**România**  
AstraZeneca Pharma SRL  
Tel: +40 21 317 60 41

**Slovenija**  
AstraZeneca UK Limited  
Tel: +386 1 51 35 600

**Slovenská republika**  
AstraZeneca AB, o.z.  
Tel: +421 2 5737 7777

**Suomi/Finland**  
Daiichi Sankyo Nordics ApS  
Puh/Tel: +358 (0) 9 3540 7081

**Sverige**  
Daiichi Sankyo Nordics ApS  
Tel: +46 (0) 40 699 2524

#### **Diese Packungsbeilage wurde zuletzt überarbeitet im {MM.JJJJ}**

Dieses Arzneimittel wurde unter „Besonderen Bedingungen“ zugelassen. Das bedeutet, dass weitere Nachweise für den Nutzen des Arzneimittels erwartet werden.

Die Europäische Arzneimittel-Agentur wird neue Informationen zu diesem Arzneimittel mindestens jährlich bewerten und, falls erforderlich, wird die Packungsbeilage aktualisiert werden.

## Weitere Informationsquellen

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <https://www.ema.europa.eu> verfügbar.

---

### Die folgenden Informationen sind für medizinisches Fachpersonal bestimmt:

Zur Vermeidung von Arzneimittelfehlern ist es wichtig, die Etiketten der Durchstechflaschen zu überprüfen und sicherzustellen, dass das zubereitete und angewendete Arzneimittel tatsächlich Enhertu (Trastuzumab deruxtecan) ist und nicht Trastuzumab oder Trastuzumab emtansin.

Es sollten geeignete Verfahren für die Zubereitung von chemotherapeutischen Arzneimitteln angewendet werden. Bei den folgenden Rekonstitutions- und Verdünnungsverfahren muss eine geeignete aseptische Technik angewendet werden.

#### Rekonstitution

- Unmittelbar vor der Verdünnung rekonstituieren.
- Für eine volle Dosis kann mehr als eine Durchstechflasche erforderlich sein. Berechnen Sie die Dosis (mg), das erforderliche Gesamtvolumen der rekonstituierten Enhertu-Lösung und die benötigte Anzahl Durchstechflaschen mit Enhertu.
- Rekonstituieren Sie jede 100-mg-Durchstechflasche mithilfe einer sterilen Spritze, indem Sie langsam 5 ml Wasser für Injektionszwecke in jede Durchstechflasche injizieren, um eine Endkonzentration von 20 mg/ml zu erhalten.
- Schwenken Sie die Durchstechflasche behutsam, bis sich der Inhalt vollständig aufgelöst hat. Nicht schütteln.
- Vom mikrobiologischen Standpunkt aus betrachtet, sollte die Lösung sofort verwendet werden. Für den Fall, dass die Lösung nicht sofort verwendet wird, wurde die chemische und physikalische Stabilität während des Gebrauchs für bis zu 48 Stunden bei 2 °C bis 8 °C nachgewiesen. Die rekonstituierten Enhertu-Durchstechflaschen lichtgeschützt im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C aufbewahren. Nicht einfrieren.
- Das rekonstituierte Arzneimittel enthält kein Konservierungsmittel und ist nur für den einmaligen Gebrauch bestimmt.

#### Verdünnung

- Die berechnete Menge aus der/den Durchstechflasche(n) in eine sterile Spritze aufziehen. Die rekonstituierte Lösung auf Partikel und Verfärbung kontrollieren. Die Lösung muss klar und farblos bis hellgelb sein. Nicht verwenden, wenn sichtbare Partikel vorhanden sind oder wenn die Lösung trüb oder verfärbt ist.
- Das berechnete Volumen rekonstituiertes Enhertu in einem Infusionsbeutel verdünnen, der 100 ml 5%ige Glukoselösung zur Infusion enthält. Keine Natriumchloridlösung verwenden. Ein Infusionsbeutel aus Polyvinylchlorid oder Polyolefin (Copolymer aus Ethylen und Polypropylen) wird empfohlen.
- Den Infusionsbeutel vorsichtig umdrehen, damit sich die Lösung gut mischen kann. Nicht schütteln.
- Den Infusionsbeutel zum Schutz vor Licht abdecken.
- Wenn die Lösung nicht sofort verwendet wird, kann der Beutel lichtgeschützt bei Raumtemperatur ( $\leq 30$  °C) für bis zu 4 Stunden, einschließlich Zubereitung und Infusion, oder für bis zu 24 Stunden im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C aufbewahrt werden. Nicht einfrieren.
- Alle in der Durchstechflasche verbliebenen, nicht verwendeten Reste der Lösung sind zu entsorgen.

## **Anwendung**

- Wenn die zubereitete Infusionslösung gekühlt (2 °C bis 8 °C) gelagert wurde, wird empfohlen, die Lösung vor der Anwendung lichtgeschützt stehen zu lassen, bis sie Raumtemperatur angenommen hat.
- Enhertu ist als intravenöse Infusion nur über ein Infusionsbesteck mit einem 0,20-µm- oder 0,22-µm-In-line-Filter aus Polyethersulfon (PES) oder Polysulfon (PS) zu geben.
- Die Initialdosis ist als 90-minütige intravenöse Infusion zu geben. Wenn die vorausgegangene Infusion gut vertragen wurde, können die nachfolgenden Dosen von Enhertu als 30-minütige Infusionen gegeben werden. Nicht als intravenöse Druck- oder Bolusinjektion anwenden.
- Den Infusionsbeutel zum Schutz vor Licht abdecken.
- Enhertu nicht mit anderen Arzneimitteln mischen oder andere Arzneimittel nicht über denselben intravenösen Zugang geben.

## **Beseitigung**

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.