

VIÐAUKI I
SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

1. HEITI LYFS

IRESSA 250 mg filmuhúðaðar töflur

2. INNIHALDSLÝSING

Hver tafla inniheldur 250 mg af gefitinib.

Hjálparefni með þekkta verkun:

Hver tafla inniheldur 163,5 mg af mjólkursykri (sem einhýdrat).

Hver tafla inniheldur 3,86 mg af natríum.

Sjá lista yfir öll hjálparefni í kafla 6.1.

3. LYFJAFORM

Filmuhúðaðar töflur (tafla).

Töflurnar eru brúnar, kringlóttar, tvíkúptar, merktar með „IRESSA 250“ á annarri hliðinni og sléttar á hinn.

4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR

4.1 Ábendingar

IRESSA er ætlað til einlyfja meðferðar handa fullorðnum sjúklingum með lungnakrabbamein, sem er ekki af smáfrumugerð (NSCLC) en er annaðhvort staðbundið og langt gengið eða með meinvörpum, sem eru með virkjunarstökkbreytingar í EGFR-TK (sjá kafla 4.4).

4.2 Skammtar og lyfjagjöf

Læknir með reynslu af krabbameinslyfjameðferð skal hefja og hafa eftirlit með meðferð með IRESSA.

Skammtar

Ráðlagður skammtur IRESSA er ein 250 mg tafla einu sinni á dag. Ef gleymist að taka skammt, á að taka hann um leið og sjúklingur man eftir honum. Ef minna en 12 klst. eru að næsta skammti, á sjúklingurinn ekki að taka skammtinn sem gleymdist. Sjúklingar eiga ekki að taka tvöfaldan skammt (tvo skammta á sama tíma) til að bæta fyrir skammt sem gleymdist.

Börn

Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun IRESSA hjá börnum og unglíngum yngri en 18 ára. Notkun gefitinibs fyrir börn og unglínga á ekki við ábendinguna lungnakrabbamein, sem er ekki af smáfrumugerð (NSCLC).

Skert lifrarstarfsemi

Aukin þéttni gefitinibs í plasma kemur fram hjá sjúklingum með í meðallagi til alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh B eða C) vegna skorpulifrar. Fylgjast skal náið með þessum sjúklingum með tilliti til aukaverkana (sjá kafla 5.2). Aukin þéttni í plasma kom ekki fram hjá sjúklingum með hækkun á aspartattransamínasa (AST), basískum fosfatasa eða bilirubini vegna meinvarpa í lifur (sjá kafla 5.2).

Skert nýrnastarfsemi

Ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi með kreatínínúthreinsun >20 ml/mín. Eingöngu liggja fyrir takmarkaðar upplýsingar varðandi sjúklinga með kreatínínúthreinsun ≤ 20 ml/mín og gæta skal varúðar hjá þeim sjúklingum (sjá kafla 5.2).

Aldraðir

Ekki þarf að breyta skömmtum vegna aldurs sjúklings (sjá kafla 5.2).

Einstaklingar með hægt CYP2D6 umbrot

Ekki er mælt með að breyta skömmtum hjá sjúklingum sem eru með hægt CYP2D6 umbrot, en fylgjast skal náið með aukaverkunum hjá þessum sjúklingum (sjá kafla 5.2).

Skammtabreytingar vegna eiturverkana

Sjúklingar sem þola illa niðurgang og húðbreytingar sem aukaverkanir má meðhöndla með stuttu (allt að 14 daga) hléi á meðferð sem fylgt er eftir með því að gefa aftur 250 mg skammt (sjá kafla 4.8). Hætta skal meðferð með gefitíníbi og íhuga aðra meðferð hjá sjúklingum sem þola ekki meðferð eftir hlé.

Lyfjagjöf

Taflan er ætluð til inntöku og má taka hana með eða án fæðu um það bil á sama tíma á hverjum degi. Töfluna má gleypa heila með vatni eða, ef ekki er hægt að gefa heilar töflur má gefa þær uppleystar í vatni (ekki kolsýrðu). Ekki má nota aðra vökva. Setja skal töfluna, án þess að mylja hana, í hálfu glas af drykkjarvatni. Snúa skal glasinu þannig að hringiða myndist af og til, þar til taflan hefur leyst upp (þetta getur tekið allt að 20 mínútur). Drekkja skal dreifuna strax eftir að taflan hefur leyst upp (þ.e. innan 60 mínútna). Hreinsa á glasið með hálfu glasi af vatni, og drekkja það einnig. Einnig má gefa dreifuna í magasondu eða sondu í magastóma.

4.3 Frábendingar

Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna sem talin eru upp í kafla 6.1. Brjósttagjöf (sjá kafla 4.6).

4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun

Þegar til greina kemur að nota IRESSA sem meðferð við lungnakrabbameini, sem er ekki af smáfrumugerð (NSCLC), en er annaðhvort staðbundið og langt gengið eða með meinvörpum, er mikilvægt að reyna að meta EGFR-stökkbreytingar í æxlisvef hjá öllum sjúklingum. Ef ekki er hægt að meta æxlissýni má nota DNA úr æxli í blóðrás (ctDNA) sem fæst úr blóðsýni (plasmasýni).

Eingöngu skal nota öflug(t), áreiðanleg(t) og næm(t) próf, sem sannað hafa notagildi sitt til að ákvarða stöðu EGFR-stökkbreytinga eða til að mæla ctDNA til að forðast falskar neikvæðar eða falskar jákvæðar niðurstöður (sjá kafla 5.1).

Millivefslungnasjúkdómur (interstitial lung disease [ILD])

Millivefslungnasjúkdómur sem getur haft brátt upphaf, hefur sést hjá 1,3% sjúklinga sem fá gefitíníbi, og sum tilvik hafa leitt til dauða (sjá kafla 4.8). Ef sjúklingur sýnir versnandi einkenni frá öndunarfærum eins og andnað, hósta og hita, ætti að gera hlé á meðferð með IRESSA og hefja rannsókn á sjúklingi án tafar. Ef millivefslungnasjúkdómur er staðfestur, ætti að hætta meðferð með IRESSA og veita sjúklingi viðeigandi meðferð.

Í japanskri faraldsfræðilegri lyfjarannsókn með samanburði tilfella hjá 3.159 sjúklingum með lungnakrabbamein, sem er ekki af smáfrumugerð (NSCLC), sem fengu gefitíníbi eða krabbameinslyfjameðferð og var fylgt eftir í 12 vikur, komu fram eftirfarandi áhættuþættir fyrir því að mynda millivefslungnasjúkdóm (ILD) (óháð því hvort sjúklingar fengu IRESSA eða krabbameinslyfjameðferð): reykingar, léleg útkoma á mælikvarða á frammistöðu (PS ≥2), sneiðmynd gefur vísbendingar um minnkað eðlilegt lungna (≤ 50%), nýleg greining á NSCLC (< 6 mánaða),

undirliggjandiILD, hærri aldur (≥ 55 ára) og undirliggjandi hjartasjúkdómur. Aukin áhætta áILD af völdum gefitinibs samanborið við krabbameinslyfjameðferð kom aðallega fram á fyrstu 4 vikum meðferðar (aðlagð OR 3,8; 95% CI 1,9 til 7,7); eftir það var hlutfallsleg áhætta lægri (aðlagð OR 2,5; 95% CI 1,1 til 5,8). Áhætta á dauða hjá sjúklingum sem fenguILD í meðferð með IRESSA eða krabbameinslyfjameðferð var hærri hjá sjúklingum með eftirfarandi áhættuþætti: reykingar, sneiðmynd gefur vísbendingar um minnkað eðlilegt lunga (≤ 50 %), undirliggjandiILD, hærri aldur (≥ 65 ára) og stórt svæði sem loðir við fleiðru (≥ 50 %).

Lifrareitrun og skert lifrarstarfsemi

Óeðlilegar niðurstöður lifrarprófa (þ.m.t. hækkun á alanín amínótransamínösum, aspartat amínótransferösum, bilirubini) hafa komið fram, sjaldan var um að ræða lifrabólgu (sjá kafla 4.8). Greint hefur verið frá einstaka tilfellum lifrabilunar, þar sem sum tilfellin reyndust banvæn. Þess vegna er ráðlagt að rannsaka lifrarstarfsemi reglulega. Gefitinib skal nota með varúð ef væg til miðlungsmikil breyting á lifrarstarfsemi er til staðar. Íhuga ætti að hætta meðferð ef breytingarnar eru miklar.

Skert lifrarstarfsemi vegna skorpulifrar hefur sýnt sig að leiða til aukinnar þéttni gefitinibs í plasma (sjá kafla 5.2).

Milliverkanir við önnur lyf

Efni sem hvetja virkni CYP3A4 geta aukið umbrot gefitinibs og dregið úr þéttni gefitinibs í plasma. Þess vegna getur samhliða meðferð með lyfjum sem hvetja CYP3A4 (t.d. fenytoini, karbamazepini, rifampicini, barbitúrötum eða jurtsamsetningum sem innihalda Jóhannesarjurt/*Hypericum perforatum*) dregið úr áhrifum meðferðarinnar og á að forðast, ef mögulegt er að nota önnur lyf (sjá kafla 4.5).

Hjá einstaka sjúklingum með arfgerð með hæg CYP2D6 umbrot getur meðferð með öflugum CYP3A4 hemlum valdið aukinni þéttni gefitinibs í plasma. Fylgjast skal vel með aukaverkunum af völdum gefitinibs hjá sjúklingum þegar meðferð með CYP3A4 hemjandi lyfi hefst (sjá kafla 4.5).

Greint hefur verið frá hækkunum á International Normalised Ratio (INR) og/eða blæðingartilvikum hjá sumum sjúklingum sem taka warfarín samhliða gefitinibi (sjá kafla 4.5). Fylgjast ber reglulega með breytingum á próthrombintíma (PT) eða INR hjá sjúklingum sem taka warfarín og gefitinib samhliða.

Lyf sem valda töluverðri og viðvarandi hækkun á pH í maga, eins og prótónupumpuhemlar og H₂ blokkar geta dregið úr aðgengi og plasmabéttni gefitinib og þar með dregið úr verkun þess. Sýrubindandi lyf geta einnig haft svipuð áhrif ef þau eru tekin reglulega á svipuðum tíma og gefitinib (sjá kafla 4.5 og 5.2).

Gögn úr klínískum fasa II rannsóknum, þar sem gefitinib og vinorelbin hafa verið notuð samtímis, benda til þess að gefitinib geti aukið hlutleysiskyrningafæð af völdum vinorelbins.

Mjólkursykur

IRESSA inniheldur mjólkursykur (laktósa). Sjúklingar með arfgengt galaktósaóþol, algjöran laktasaskort eða glúkósa-galaktósa vanfrásog, sem er mjög sjaldgæft, skulu ekki nota lyfið.

Natríum

IRESSA inniheldur minna en 1 mmól (23 mg) af natríum í hverri töflu, þ.e.a.s. er sem næst natríumlaust.

Frekari varúðarreglur við notkun

Sjúklingum ætti að ráðleggja að leita strax læknis ef vart verður alvarlegs eða viðvarandi niðurgangs, ógleði, uppkasta eða lystarleysis þar sem þetta getur óbeint leitt til ofþornunar. Þessi einkenni ætti að meðhöndla í samræmi við klínískt ástand (sjá kafla 4.8).

Vísa skal sjúklingum sem fá einkenni sem geta bent til hornhimnubólgu svo sem bráð einkenni eða einkenni sem benda til versunar: þroti í auga, táraseyting, ljósnaemi, þokusýn, augnverkur og/eða roði í auga, strax til sérfræðings í augnlækningum.

Ef staðfest er með greiningu að um hornhimnubólgu með sárum er að ræða skal gera hlé á meðferð með gefitiníbi, og ef einkenni hverfa ekki, eða ef einkenni koma aftur þegar meðferð með gefitiníbi er hafin að nýju, skal íhuga að hætta meðferð varanlega.

Í fasa I/II rannsókn á notkun gefitiníbs og geislun hjá börnum, sem nýlega höfðu verið greind með tróðæxli í heilastofni eða illkynja ofantjaldstróðæxli (supratentorial malignant glioma) sem ekki hefur að fullu verið fjarlægð, hefur verið greint frá 4 tilvikum (1 leiddi til dauðsfalls) um blæðingar í miðtaugakerfi af 45 sjúklingum sem skráðir voru í rannsóknina. Til viðbótar hefur verið greint frá tilviki um blæðingu í miðtaugakerfi hjá barni með mænu- og heilapelsæxli sem var þátttakandi í rannsókn þar sem gefitiníb var eingöngu notað. Ekki hefur verið sýnt fram á aukna hættu á heilablæðingu hjá fullorðnum sjúklingum með NSCLC sem fá gefitiníb.

Greint hefur verið frá sármyndun í meltingarvegi hjá sjúklingum sem taka gefitiníb. Yfirleitt er þetta tengt öðrum áhættuþáttum, þ.m.t. samhliða meðferð með t.d. sterum eða bólgueyðandi lyfjum sem ekki eru sterar, sögu um sár í meltingarvegi, aldri, reykingum eða meinvörpum í þörmum þar sem sármyndun er.

4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir

Umbrot gefitiníbs er fyrir tilstilli cýtókróm P450 ísóensíms, CYP3A4 (aðallega) og fyrir tilstilli CYP2D6.

Virk efni sem geta aukið þéttni gefitiníbs í plasma

In vitro rannsóknir hafa sýnt fram á að gefitiníb er hvarfefni p-glykópróteins (Pgp). Fyrirliggjandi gögn benda ekki til sérstakrar klínískrar þýðingu fyrir þessa *in vitro* niðurstöðu.

Efni sem hamla CYP3A4 geta dregið úr útskilnaði gefitiníbs. Samhliða gjöf með öflugum hemlum á virkni CYP3A4 (t.d. ketoconazoli, posaconazoli, voriconazoli, próteasa hemlum, clarithromycini, telithromycini) getur aukið þéttni gefitiníbs í plasma. Aukningin getur skipt máli klínískt þar sem aukaverkanir tengjast skammti og útsetningu. Aukningin getur verið meiri hjá einstaka sjúklingum með arfgerð með hæg CYP2D6 umbrot. Formeðferð með itraconazoli (öflugur CYP3A4 hemill) leiddi til 80% aukningar á meðal AUC fyrir gefitiníb hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum. Við samhliða meðferð með öflugum CYP3A4 hemlum skal fylgjast náið með sjúklingum með tilliti til aukaverkana gefitiníbs.

Engin gögn liggja fyrir um samhliða meðferð með CYP2D6 hemli, en öflugir hemlar þessa ensíms gætu tvöfaldað plasmabéttni gefitiníbs hjá einstaklingum með hröð CYP2D6 umbrot (sjá kafla 5.2). Ef samhliða meðferð með öflugum CYP2D6 hemli er hafin, skal fylgjast náið með sjúklingi með tilliti til aukaverkana.

Virk efni sem geta dregið úr þéttni gefitiníbs í plasma

Efni sem örva virkni CYP3A4 geta aukið umbrot og dregið úr þéttni gefitiníbs í plasma og þar með dregið úr áhrifum gefitiníbs. Forðast skal samhliða meðferð með lyfjum sem örva CYP3A4 (t.d. fenytoin, carbamazepin, rifampicin, barbitúröt eða jóhannesarjurt/*Hypericum perforatum*), ef önnur meðferð er möguleg. Formeðferð með rifampicini (öflugur CYP3A4 örvi) hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum minnkaði meðal AUC gefitiníbs um 83% (sjá kafla 4.4).

Efni sem valda töluverðri og viðvarandi hækkun á sýrustigi í maga geta dregið úr plasmabéttni gefitiníbs og þar með dregið úr áhrifum gefitiníbs. Háir skammtar stuttverkandi sýrubindandi lyfja geta haft svipuð áhrif ef þau eru tekin reglulega á svipuðum tíma og gefitiníb. Samhliða gjöf gefitiníbs og ranitidíns í skömmtum sem ollu viðvarandi hækkun á sýrustigsgildi í maga, pH \geq 5 leiddi til þess að meðal AUC lækkaði um 47% hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum (sjá kafla 4.4 og 5.2).

Virk efni sem gefitinib getur haft áhrif á, hvað varðar plasmabéttni þeirra

In vitro rannsóknir hafa sýnt að gefitinib hefur takmarkaða getu til að hamlar CYP2D6. Í klínískri rannsókn hjá sjúklingum, var gefitinib gefið með metoprololi (hvarfefni CYP2D6). Það leiddi til 35% aukningar á útsetningu fyrir metoprololi. Slíkur aukning gæti skipt máli fyrir CYP2D6 hvarfefni með þröngan lækningalegan stuðul. Þegar höfð er í huga notkun CYP2D6 hvarfefa með gefitinibi, skal íhuga breytingu á skammti CYP2D6 hvarfefsins, sérstaklega fyrir efni með þröngan lækningalegan stuðul.

Gefitinib hamlar BCPR flutningspróteininu *in vitro* en klínísk þýðing þessa er óþekkt.

Aðrar hugsanlegar milliverkanir

Greint hefur verið frá hækkunum á INR og/eða blæðingartilvikum hjá sumum sjúklingum sem taka warfarín (sjá kafla 4.4).

4.6 Frjósemi, meðganga og brjóstgjöf

Konur á barneignaraldri

Ráðleggja skal konum á barneignaraldri að forðast þungun meðan á meðferð stendur.

Meðganga

Ekki liggja fyrir neinar upplýsingar um notkun gefitinibs á meðgöngu. Dýrarrannsóknir hafa sýnt eiturverkanir á æxlun (sjá kafla 5.3). Áhætta hjá mönnum er óþekkt. Ekki skal nota IRESSA á meðgöngu nema það sé alveg nauðsynlegt.

Brjóstgjöf

Ekki er vitað hvort gefitinib berst í brjóstamjólki hjá mönnum. Gefitinib og umbrotsefni gefitinibs safnast fyrir í mjólk mjólkandi rotta (sjá kafla 5.3). Gefitinib má ekki nota meðan á brjóstgjöf stendur og því skal hætta brjóstgjöf meðan á meðferð með gefitinibi stendur (sjá kafla 4.3).

4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla

Greint hefur verið frá þróttleysi meðan á meðferð með gefitinibi stendur. Þess vegna ættu þeir sjúklingar sem finna fyrir þessum einkennum að gæta varúðar við akstur og notkun véla.

4.8 Aukaverkanir

Heildarsamantekt á aukaverkunum

Upplýsingar úr gagnasafni ISEL, INTEREST og IPASS klínískum rannsóknum, fasa III (2.462 sjúklingar sem fengu meðferð með IRESSA) sýna að algengustu aukaverkanirnar sem greint hefur verið frá og komu fyrir hjá yfir 20% sjúklinga, eru niðurgangur og viðbrögð í húð (þar á meðal útbrot, bólur, þurr húð og kláði). Aukaverkanir koma venjulega fram á fyrsta mánuði meðferðar og geta venjulega gengið til baka. Um 8% sjúklinga fengu alvarlega aukaverkun (common toxicity criteria (CTC) af gráðu 3 eða 4). Um það bil 3% sjúklinga hætti meðferð vegna aukaverkunar.

Millivefslungnasjúkdómur (ILD) hefur komið fram hjá 1,3% sjúklinga, oft alvarlegur (CTC gráða 3 - 4). Greint hefur verið frá dauðsföllum.

Aukaverkanir í klínískum rannsóknum

Öryggisþættirnir í töflu 1 eru byggðir á klínískri þróun gefitinibs og reynslu eftir markaðssetningu. Aukaverkanir eru tilgreindar samkvæmt tíðniflokkun í töflu 1 þar sem það er hægt, byggt á tíðni sambærilegra aukaverkanaskýrsla í gagnasafni frá rannsóknum ISEL, INTEREST og IPASS, fasa III (2462 sjúklingar meðhöndlaðir með IRESSA).

Tíðni aukaverkana er skilgreind þannig: mjög algengar ($\geq 1/10$); algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$); sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$); mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$); koma örsjaldan fyrir ($< 1/10.000$), tíðni ekki þekkt (ekki hægt að áætla tíðni út frá fyrirbyggjandi gögnum).
Innan tíðniflokka eru alvarlegustu aukaverkanirnar taldar upp fyrst.

Tafla 1 Aukaverkanir

Aukaverkanir flokkaðar eftir líffærakerfi og tíðni		
Efnaskipti og næring	Mjög algengar	Lystarleysi, vægt eða meðalmikið (CTC gráða 1 eða 2)
Augu	Algengar	Tárubólga, hvarmaþroti, og augnþurrkur*, aðallega vægur (CTC gráða 1)
	Sjaldgæfar	Fleiður á hornhimnu, sem gengur til baka og stundum í tengslum við afbrigðilegan vöxt augnhára Hornhimnubólga (0,12%)
Æðar	Algengar	Blæðing, svo sem blóðnasir og blóðmiga
Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti	Algengar	Millivefslungnasjúkdómur (1,3%), oft alvarlegur (CTC gráða 3-4). Greint hefur verið frá dauðsföllum
Meltingarfæri	Mjög algengar	Niðurgangur, aðallega vægur eða í meðallagi (CTC gráða 1 eða 2). Uppköst, aðallega væg eða í meðallagi (CTC gráða 1 eða 2)
		Ógleði, aðallega væg (CTC gráða 1)
		Munnbólga, aðallega væg (CTC gráða 1)
	Algengar	Þurrkur, í kjölfar niðurgangs, ógleði, uppkasta eða lystarleysis Munnþurrkur*, aðallega vægur (CTC gráða 1)
Sjaldgæfar	Sjaldgæfar	Brisbólga
		Sármyndun í meltingarvegi
Lifur og gall	Mjög algengar	Hækkun á alanín amínótransferasa, aðallega væg eða í meðallagi
	Algengar	Hækkun á aspartat amínótransferasa, aðallega væg eða í meðallagi.
		Hækkun á heildarbilirubini, aðallega væg eða í meðallagi.
Sjaldgæfar	Lifrabólga**	
Húð og undirhúð	Mjög algengar	Húðbreytingar, aðallega vægar eða í meðallagi (CTC gráða 1 eða 2) bóluútbrot, stundum með kláða og þurrki í húð, þ.m.t. rifur í húð, á roðagrunni
		Algengar
		Skalli
		Ofnæmisviðbrögð (1,1%), þar með talinn ofnæmisbjúgur og ofsakláði

	Mjög sjaldgæfar	Blöðrukvillar þ.m.t. drep í húðþekju (toxic epidermal necrolysis), Stevens Johnson heilkenni og regnbogaroðasótt (erythema multiforme)
		Æðabólga í húð
Nýru og þvagfæri	Algengar	Einkennalausar hækkningar á rannsóknarstofugildum kreatíns í blóði
		Próteinmiga
		Blöðrubólga
	Mjög sjaldgæfar	Blöðrubólga með blæðingum
Almennar aukaverkanir og aukaverkanir á íkomustað	Mjög algengar	Þróttleysi, aðallega vægt (CTC gráða 1)
	Algengar	Hiti

Tíðni aukaverkana sem tengist óeðlilegum rannsóknarstofugildum er byggð á sjúklingum með breytingu frá grunnlínu um 2 eða fleiri CTC gildi fyrir viðkomandi rannsóknarstofubreytu.

*Þessi aukaverkun getur komið fram í tengslum við annað ástand tengt þurrki (aðallega húðviðbrögð) sem koma fram vegna gefitinibs.

**Þetta felur í sér einstaka tilfelli lifrabilunar sem sum reyndust banvæn.

Millivefslungnasjúkdómur (Interstitial lung disease [ILD])

Í INTEREST rannsókninni, var tíðni tilvika millivefslungnasjúkdóms 1,4% (10) sjúklinga í gefitinib hópnum samanborið við 1,1% (8) sjúklinga í docetaxel hópnum. Eitt tilvik millivefslungnasjúkdóms leiddi til dauða, hjá sjúklingi sem fékk gefitinib.

Í ISEL rannsókninni, var tíðni tilvika millivefslungnasjúkdóms hjá heildarþýðinu um það bil 1% hjá báðum meðferðarhópnum. Flest tilvik millivefslungnasjúkdóms sem greint var frá voru hjá sjúklingum af austurlensku þjóðerni (Asian) og tíðni tilvika millivefslungnasjúkdóms á meðal sjúklinga af austurlensku þjóðerni sem fengu meðferð með gefitinib og lyfleysu var um það bil 3% fyrir IRESSA og 4% fyrir lyfleysu. Eitt tilvik millivefslungnasjúkdóms leiddi til dauða, og það var hjá sjúklingi sem fékk meðferð með lyfleysu.

Í rannsókn eftir markaðssetningu í Japan (3350 sjúklingar) var tíðni tilvika millivefslungnasjúkdóms hjá sjúklingum sem fengu gefitinib 5,8%. Hlutfall tilvika millivefslungnasjúkdóms sem leiddu til dauða var 38,6%.

Í fasa III opinni (open-label) rannsókn (IPASS) með 1217 sjúklingum þar sem IRESSA var borið saman við krabbameinslyfjameðferð með tveimur krabbameinslyfjum með carboplatin/paclitaxel sem fyrsti valkostur í meðferð hjá völdum sjúklingum með langt gengið NSCLC í Asíu, var tíðni kvilla sem tengdust millivefslungnasjúkdómi 2,6% hjá þeim sem fengu IRESSA og 1,4% hjá þeim sem fengu carboplatin/paclitaxel.

Tilkynning aukaverkana sem grunur er um að tengist lyfinu

Eftir að lyf hefur fengið markaðsleyfi er mikilvægt að tilkynna aukaverkanir sem grunur er um að tengist því. Þannig er hægt að fylgjast stöðugt með sambandinu milli ávinnings og áhættu af notkun lyfsins. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu samkvæmt fyrirkomulagi sem gildir í hverju landi fyrir sig, sjá [Appendix V](#).

4.9 Ofskömmun

Engin sértæk meðferð er við ofskömmun gefitinib. Engu að síður, í klínískum fasa I rannsóknum, fékk takmarkaður fjöldi sjúklinga meðferð með dagsskömmtum allt að 1000 mg. Aukin tíðni og alvarleiki ákveðinna aukaverkana kom fram, aðallega niðurgangur og húðútbrot. Aukaverkanir tengdar ofskömmun ætti að meðhöndla eftir einkennum; sérstaklega þarf að meðhöndla alvarlegan niðurgang

eins og klínískt á við. Í einni rannsókn fékk takmarkaður fjöldi sjúklinga vikulega skammta á bilinu 1500 mg til 3500 mg. Í þessari rannsókn jókst útsetning fyrir IRESSA ekki við stækkandi skammta, aukaverkanir voru flestar vægar til meðallagi alvarlegar og voru í samræmi við þekkta öryggisþætti IRESSA.

5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

5.1 Lyfhrif

Flokkun eftir verkun: Æxlishefjandi lyf, prótein kínasahemill, ATC flokkur: L01XE02.

Verkunarháttur og lyfhrif

Húðþekjuvaxtarþáttur (epidermal growth factor [EGF]) og viðtakar hans (EGFR [HER1; ErbB1]) hafa verið greindir sem aðalhvattinn í frumvaxtarferli og fjölgun eðlilegra fruma og krabbameinsfruma. EGFR virkjunarstökkbreyting í krabbameinsfrumu er mikilvægur þáttur í að efla vöxt æxlisfruma, hindrun á stýrðum frumudauða (apoptosis), aukningu á framleiðslu æðamyndandi þátta og að greiða meinvörpum leið.

Gefitinib er sértækur smásameindarhemill húðþekjuvaxtarþáttarviðtakans týrósin kínasa og er árangursrík meðferð fyrir sjúklinga með æxli sem eru með virkjunarstökkbreytingu í EGFR týrósin kínasa svæðinu óháð því hvar í röðinni meðferðin er. Ekki hefur verið sýnt fram á klínískt marktæka verkun hjá sjúklingum með æxli sem vitað er að eru EGFR stökkbreytinganeikvæð.

Fyrir algengu EGFR-virkjunarstökkbreytingarnar (úrfellingar í táknröð 19; L858R) eru fyrirliggjandi traust gögn um svörun sem gefa til kynna næmi fyrir gefitinibi, t.d. er áhættuhlutfall fyrir lifun án versnunar (95% CI) 0,489 (0,336; 0,710) fyrir gefitinib, samanborið við krabbameinslyfjameðferð með tveimur krabbameinslyfjum [WJTOG3405]. Upplýsingar um svörun við gefitinibi eru rýrari hjá sjúklingum þar sem óalgengari stökkbreytingar eru í æxlum. Tiltæk gögn benda til þess að G719X, L861Q og S7681 séu stökkbreytingar sem valda næmi og að T790M eitt sér eða innskot í táknröð 20 eitt og sér valdi ónæmi.

Ónæmi

Flest NSCLC æxli með EGFR kínasa stökkbreytingum sem valda næmi þróa að lokum ónæmi gegn IRESSA meðferð, miðgildi tíma fram að sjúkdómsversnun er 1 ár. Í um það bil 60% tilfella tengist ónæmi annarri T790M stökkbreytingu, þá má íhuga T790M miðaða EGFR týrósinkínasa hemla sem næstu meðferð. Aðrir hugsanlegir verkunarmátar ónæmis sem greint hefur verið frá eftir meðferð með hemlum á EGFR merki eru: hjáleiddamerkjasetningar (bypass signalling) eins og t.d. HER2 og MET genamögnun og PIK3CA stökkbreytingar. Einnig hefur verið greint frá svipgerðarbreytingum yfir í lungnakrabbamein af smáfrumugerð í 5-10% tilfella.

DNA úr æxli í blóðrás (ctDNA)

Í IFUM-rannsókninni var staða stökkbreytinga metin í æxlis- og ctDNA-sýnum úr plasma, notað var Therascreen EGFR RGQ PCR settið (Qiagen). Hægt var að meta bæði ctDNA og æxlissýni hjá 652 sjúklingum af 1060 sem skimaðir voru. Hlutlæg sjúkdómssvörun (objective response rate, ORR) hjá þeim sjúklingum sem voru með stökkbreytingu í æxli og í ctDNA var 77% (95% CI: 66% til 86%) en 60% (95% CI: 44% til 74%) hjá þeim sem voru eingöngu með stökkbreytingu í æxli.

Tafla 2 Samantekt yfir stöðu stökkbreytinga við upphaf rannsóknar fyrir æxlis- og ctDNA-sýni hjá öllum skimuðum sjúklingum sem hægt var að meta bæði sýnin hjá

Mæling	Skilgreining	IFUM-hlutfall % (CI)	IFUM N
Næmi	Hlutfall þeirra sem eru með stökkbreytingu í æxli af þeim sem eru með stökkbreytingu skv. ctDNA greiningu	65,7 (55,8; 74,7)	105

Sértækni	Hlutfall þeirra sem eru ekki með stökkbreytingu í æxli af þeim sem eru ekki með stökkbreytingu skv. ctDNA greiningu	99,8 (99,0; 100,0)	547
----------	---	--------------------	-----

Þessi gögn eru í samræmi við fyrirframáætlaða greiningu japansks undirhóps í IPASS (Goto 2012). Í þeirri rannsókn var ctDNA, sem tekið var úr sermi en ekki plasma, notað til að greina EGFR-stökkbreytingar með hjálp EGFR-setts til prófunar á stökkbreytingum (EGFR Mutation Test Kit frá DxS) (N= 86). Í þeirri rannsókn var næmi 43,1% og sértækni 100%.

Klínísk verkun og öryggi

Fyrsti valkostur í meðferð

Slembiraðaður fasi III sem fyrsti valkostur IPASS rannsóknin var gerð á sjúklingum í Asíu¹ með langt gengið (stig IIIB eða IV) NSCLC með vefjagerð kirtilkrabbameins sem höfðu reykt lítið (hættu reykingum fyrir 15 árum síðan eða lengur og með 10 pakkaár (pack years) eða færri eða höfðu aldrei reykt. (sjá töflu 2).

¹ Kína, Hong Kong, Indónesía, Japan, Malasía, Filipseyjar, Singapore, Taiwan og Thaíland.

Tafla 3 Virkni gefitínibs borin saman við virkni carboplatin/paclitaxel úr IPASS rannsókninni

Þýði	N	Hlutfæg sjúkdómssvörun og 95 % CI fyrir mun milli meðferða ^a	Aðalendapunktur Lífur án versnunar sjúkdóms ^{a, b}	Heildarlífur ^{ab}
Heildar	1217	43,0% vs 32,2% [5,3%, 16,1%]	HR 0,74 [0,65, 0,85] 5,7m vs 5,8m p<0,0001	HR 0,90 [0,79, 1,02] 18,8 m vs 17,4 m p=0,1087
Með EGFR stökkbreytingu	261	71,2% vs 47,3% [12,0%, 34,9%]	HR 0,48 [0,36, 0,64] 9,5m vs 6,3m p<0,0001	HR 1,00 [0,76, 1,33] 21,6 m vs 21,9 m
Ekki með EGFR stökk-breytingu	176	1,1% vs 23,5% [-32,5%, -13,3%]	HR 2,85 [2,05, 3,98] 1,5m vs 5,5m p<0,0001	HR 1,18 [0,86, 1,63] 11,2 m vs 12,7 m
EGFR stökkbreyting óþekkt	780	43,3% vs 29,2% [7,3%, 20,6%]	HR 0,68 [0,58 til 0,81] 6,6 m vs 5,8 m p<0,0001	HR 0,82 [0,70 til 0,96] 18,9 m vs 17,2 m

^a Gildin eru fyrir IRESSA samanborið við carboplatin/paclitaxel.

^b „m“ er miðgildi í mánuðum. Tölur í hornklofum eru 95 % öryggismörk fyrir HR

N Fjöldi slembiraðaðra sjúklinga.

HR Áhættuhlutfall (hazard ratio) (áhættuhlutfall <1 er IRESSA í hag)

Lífsgæði voru í samræmi við EGFR stökkbreytingastatus. Hjá sjúklingum með EGFR stökkbreytingu, greindu marktækt fleiri IRESSA sjúklingar frá auknum lífsgæðum og minni einkennum lungnakrabbameinsins heldur en þeir sem fengu carboplatin/paclitaxel (sjá töflu 4).

Tafla 4 Lífsgæði á gefitinibmeðferð borin saman við carboplatin/paclitaxel meðferð úr IPASS rannsókninni

Þýði	N	FACT-L QoL hlutfall þeirra sem fundu fyrir framförum %^a	Hlutfall þeirra þar sem dró úr LCS einkennum %^a
Heildar	1151	(48,0% vs 40,8%) p=0,0148	(51,5% vs 48,5%) p=0,3037
Með EGFR stökkbreytingu	259	(70,2% vs 44,5%) p<0,0001	(75,6% vs 53,9%) p=0,0003
Ekki með EGFR stökkbreytingu	169	(14,6% vs 36,3%) p=0,0021	(20,2% vs 47,5%) p=0,0002

Niðurstöður Trial outcome index studdu niðurstöður FACT-L og LCS

^a Gildin eru fyrir IRESSA samanborið við carboplatin/paclitaxel.

N Fjöldi sjúklinga þar sem hægt var að meta lífsgæði

QoL Lífsgæði (quality of Life)

FACT-L Mat á krabbameinsmeðferð-lungu (Functional assessment of cancer therapy-lung)

LCS Undirskali lungnkrabbameins (Lung cancer subscale)

Í IPASS rannsókninni kom IRESSA betur út hvað varðar hlutlæga sjúkdómssvörun, lifun án versunar sjúkdóms, lífsgæði og minnkun einkenna og var ekki marktækur munur á heildarlifun samanborið við carboplatin/paclitaxel hjá sjúklingum sem höfðu ekki verið meðhöndlaðir áður, og voru með lungnkrabbamein sem var ekki af smáfrumugerð (NSCLC) en var annaðhvort staðbundið og langt gengið eða með meinvörpum, og æxlin innihéldu virkjunarstökkbreytingar EGFR týrósin kínasans.

Sjúklingar sem höfðu áður hlotið meðferð

Slembiraðaða fasa III INTEREST rannsóknin fór fram í sjúklingum með lungnkrabbamein, sem er ekki af smáfrumugerð (NSCLC) og er annaðhvort staðbundið langt gengið eða með meinvörpum og höfðu áður fengið krabbameinslyfjameðferð á plátinum grunni. Ekki sást marktækur munur milli gefitinibs og docetaxel (75 mg/m²) hvað varðar heildarlifun (OS), lifun án versunar sjúkdóms (PFS) og hlutlæga sjúkdómssvörun (ORR) hjá heildarþýði (sjá töflu 5).

Tafla 5 Virkni gefitinibs borin saman við virkni docetaxel úr INTEREST rannsókninni

Þýði	N	Hlutlæg sjúkdómssvörun og 95% CI fyrir mun milli meðferða^a	Lifun án versunar sjúkdóms^{ab}	Aðalendapunktur Heildarlifun^{ab}
Heildar	1466	9,1% vs 7,6% [-1,5%, 4,5%]	HR 1,04 [0,93, 1,18] 2,2m vs 2,7m p=0,4658	HR 1,020 [0,905, 1,150] ^c 7,6m vs 8,0m p=0,7332
Með EGFR stökkbreytingu	44	42,1% vs 21,1% [-8,2%, 46,0%]	HR 0,16 [0,05, 0,49] 7,0m vs 4,1m p=0,0012	HR 0,83 [0,41, 1,67] 14,2m vs 16,6m p=0,6043
Ekki með EGFR stökkbreytingu	253	6,6% vs 9,8% [-10,5%, 4,4%]	HR 1,24 [0,94, 1,64] 1,7m vs 2,6m p=0,1353	HR 1,02 [0,78, 1,33] 6,4m vs 6,0m p=0,9131

Þýði	N	Hlutlæg sjúkdómssvörun og 95% CI fyrir mun milli meðferða^a	Lifun án versnunar sjúkdóms^{ab}	Aðalendapunktur Heildarlifun^{ab}
Asiubúar ^c	323	19,7% vs 8,7% [3,1%, 19,2%]	HR 0,83 [0,64, 1,08] 2,9m vs 2,8m p=0,1746	HR 1,04 [0,80, 1,35] 10,4m vs 12,2m p=0,7711
Ekki frá Asíu	1143	6,2% vs 7,3% [-4,3%, 2,0%]	HR 1,12 [0,98, 1,28] 2,0m vs 2,7m p=0,1041	HR 1,01 [0,89, 1,14] 6,9m vs 6,9m p=0,9259

^a Gildin eru fyrir IRESSA samanborið við docetaxel.

^b „m“ er miðgildi í mánuðum. Tölur í hornklofum eru 96% öryggismörk fyrir heildarlifun hjá heildarþýði HR hjá heildarþýði, eða annars 95% öryggismörk fyrir HR

^c Öryggismörk algjörlega fyrir neðan jafngildismörk 1.154

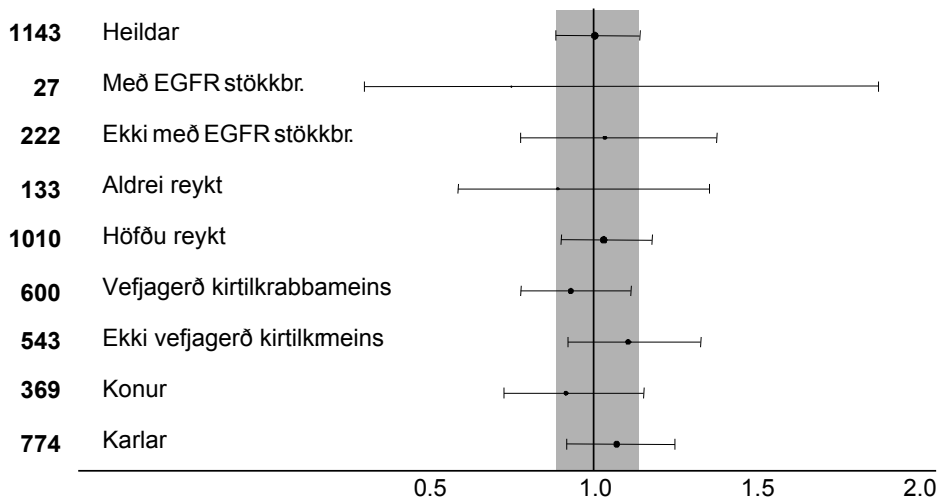
N Fjöldi slembiraðaðra sjúklinga.

HR Áhættuhlutfall (hazard ratio) (áhættuhlutfall <1 er IRESSA í hag)

Myndir 1 og 2 Virkni hjá undirhópum sjúklinga ekki af asískum uppruna í INTEREST rannsókninni (N fjöldi slembiraðaðra sjúklinga)

Heildarlifun

N sjúklingar

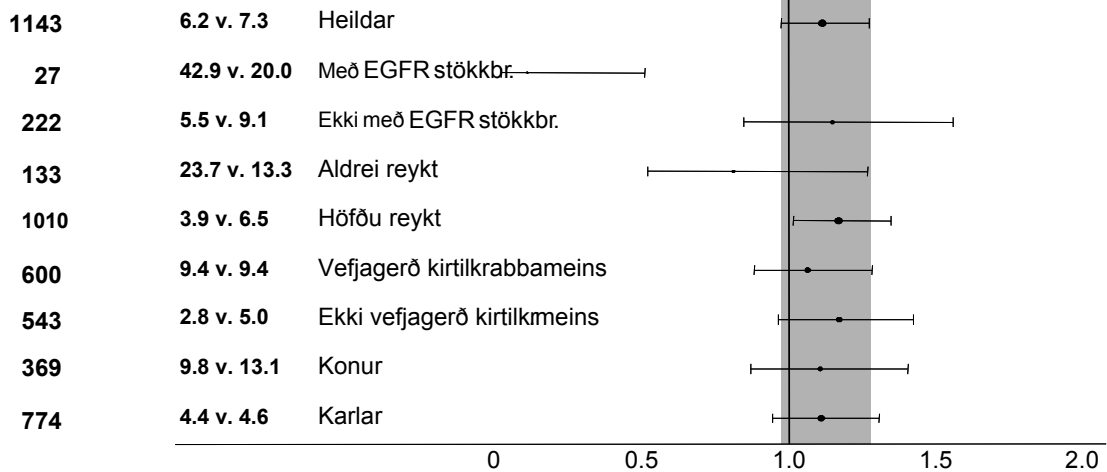


Áhættuhlutfall(Gefitinib versusDocetaxe) og 95% öryggismörk

Ekki aðlöguð greining PP þýði fyrir kíníska þætti ITT þýði fyrir lífmarkera

Lifun án versnunar

Hlutlæg N sjúklingar Gefitinib v.



Áhættuhlutfall(Gefitinib versusDocetaxe) og 95% öryggismörk

Ekki aðlöguð greining EFR þýði

Slembiraðaða fasa III ISEL rannsóknin fór fram í sjúklingum með langt gengið NSCLC sem höfðu áður gengist undir 1 eða 2 krabbameinslyfjameðferðir og þöldu ekki þá meðferð sem þeir höfðu síðast verið á eða hún virkaði ekki. Gefitinib ásamt bestu stuðningsmeðferð var borið saman við lyfleysu ásamt bestu stuðningsmeðferð. IRESSA lengdi ekki lifun hjá heildarþýðinu. Lifun fór eftir reykingasögu sjúklings og kynþætti (sjá töflu 6).

Tafla 6 Virkni gefitinibs borin saman við lyfleysu í ISEL rannsókninni

Þýði	N	Hlutlæg sjúkdómssvörun og 95% CI fyrir mun milli meðferða^a	Tími fram að meðferðarbresti^{ab}	Aðalendapunktur heildarlifun^{abc}
Heildar	1692	8,0% vs 1,3% [4,7%, 8,8%]	HR 0,82 [0,73, 0,92] 3,0m vs 2,6m p=0,0006	HR 0,89 [0,77, 1,02] 5,6m vs 5,1m p=0,0871
Með EGFR stökkbreytingu	26	37,5% vs 0% [-1,51%, 61,4%]	HR 0,79 [0,20, 3,12] 10,8m vs 3,8m p=0,7382	HR NC NR vs 4,3m
Ekki með EGFR stökkbreytingu	189	2,6% vs 0% [-5,6%, 7,3%]	HR 1,10 [0,78, 1,56] 2,0m vs 2,6m p=0,5771	HR 1,16 [0,79, 1,72] 3,7m vs 5,9m p=0,4449
Sjúklingar sem höfðu aldrei reykt	375	18,1% vs 0% [12,3%, 24,0%]	HR 0,55 [0,42, 0,72] 5,6m vs 2,8m p<0,0001	HR 0,67 [0,49, 0,92] 8,9m vs 6,1m p=0,0124
Sjúklingar sem höfðu reykt	1317	5,3% vs 1,6% [1,4%, 5,7%]	HR 0,89 [0,78, 1,01] 2,7m vs 2,6m p=0,0707	HR 0,92 [0,79, 1,06] 5,0m vs 4,9m p=0,2420
Asiubúar ^d	342	12,4% vs 2,1% [4,0%, 15,8%]	HR 0,69 [0,52, 0,91] 4,4m vs 2,2m p=0,0084	HR 0,66 [0,48, 0,91] 9,5m vs 5,5m p=0,0100
Sjúklingar ekki af asískum uppruna	1350	6,8% vs 1,0% [3,5%, 7,9%]	HR 0,86 [0,76, 0,98] 2,9m vs 2,7m p=0,0197	HR 0,92 [0,80, 1,07] 5,2m vs 5,1m p=0,2942

^a Gildin eru fyrir IRESSA samanborið við lyfleysu.

^b „m“ er miðgildi í mánuðum. Tölur í hornklofum eru 95% öryggismörk fyrir HR

^c Lagskipt (stratified) log-rank próf fyrir heildarþýði; annars cox proportional áhættulíkan

^d Til asíks þjóðernis teljast ekki sjúklingar af indverskum uppruna, asískt þjóðerni vísar til kynþáttar sjúklings en ekki fæðingarstaðar

N Fjöldi slembiraðaðra sjúklinga.

NC Ekki reiknað (not calculated); fyrir heildarlifun HR þar sem fjöldi tilvika er of lágur

NR Náðist ekki (not reached)

HR Áhættuhlutfall (hazard ratio) (áhættuhlutfall <1 er IRESSA í hag)

IFUM rannsóknin var einarma fjölsetra rannsókn sem tók til sjúklinga af hvítum kynstofni (n=106) með NSCLC sem var jákvætt fyrir EGFR virkjunarstökkbreytingu og var gerð til að staðfesta að virkni gefitinibs sé svipuð hjá hvítum og asískum sjúklingum. Samkvæmt rannsakendum var hlutlæg sjúkdómssvörun [ORR] 70% og miðgildi lifunar án versnunar sjúkdóms [PFS] 9,7 mánuðir. Upplýsingar úr rannsókninni voru svipaðar og fengust úr IPASS rannsókninni.

EGFR stökkbreytingastaða og klínísk einkenni

Sýnt hefur verið fram á að klínísk einkenni þeirra sem hafa aldrei reykt, eru með vefjagerð kirtilkrabbameins og eru konur eru sjálfstæðir forspárþættir um jákvætt EGFR stökkbreytingaástand í margþátta greiningu á 786 sjúklingum af hvítum kynstofni* (sjá töflu 7). Tíðni æxla með jákvætt EGFR stökkbreytingaástand er einnig hærri meðal asískra sjúklinga.

Tafla 7 Samantekt á margþátta aðhvarfsgreiningu til að bera kennsl á þætti sem á sjálfstæðan hátt spáðu fyrir um EGFR stökkbreytingu hjá 786 hvítum sjúklingum*

Þættir sem spáðu fyrir um EGFR stökkbreytingu	p-gildi	Líkur á EGFR stökkbreytingu	Jákvætt forspárgildi (9.5% af heildarþýðinu eru með EGFR stökkbreytingu (M+))
Reykingsaga	<0,0001	6,5 sinnum meiri hjá þeim sem höfðu aldrei reykt en hjá þeim sem höfðu reykt	28/70 (40%) af þeim sem höfðu aldrei reykt eru M+ 47/716 (7%) af þeim sem höfðu reykt eru M+
Vefjagerð	<0,0001	4,4 sinnum meiri ef um kirtilkrabbamein er að ræða borið saman við ekki kirtilkrabbamein	63/396 (16%) sjúklinga með vefjagerð kirtilkrabbameins eru M+ 12/390 (3%) sjúklinga sem ekki eru með vefjagerð kirtilkrabbameins eru M+
Kyn	0,0397	1,7 sinnum meiri hjá konum en körlum	40/235 (17%) kvenna eru M+ 35/551 (6%) karla eru M+

*byggt á eftirfarandi rannsóknnum: INTEREST, ISEL, INTACT 1&2, IDEAL 1&2, INVITE

5.2 Lyfjahvörf

Frásog

Eftir inntöku gefitinibs, er frásog frekar hægt og hámarksplasmaþéttni gefitinib næst að jafnaði 3-7 klst. eftir gjöf. Meðal heildaraðgengi er 59% hjá krabbameinssjúklingum. Fæða hefur ekki marktæk áhrif á útsetningu fyrir gefitinib. Í rannsókn á heilbrigðum sjálfboðaliðum þar sem pH í maga var haldið yfir pH 5, minnkaði útsetning fyrir gefitinib um 47%, líklega vegna lélegrar upplausnar gefitinibs í maganum (sjá kafla 4.4 og 4.5).

Dreifing

Meðal dreifingarrúmmál gefitinibs við jafnvægi er 1400 l sem bendir til mikillar dreifingar í vefi. Plasmapróteinbinding er um 90%. Gefitinib binst albúminu í sermi og α 1-sýru glýkópróteini.

In vitro gögn benda til að gefitinib sé hvarfefni himnuflutningspróteinsins P-gp.

Umbrot

In vitro niðurstöður benda til þess að CYP3A4 og CYP2D6 séu ráðandi P450 ísóensímín sem eiga þátt í oxunarumbroti gefitinibs.

In vitro rannsóknir hafa sýnt að gefitinib hefur takmarkaða getu til þess að hamla CYP2D6. Gefitinib sýnir enga ensímörvandi verkun í dýrarrannsóknum og enga marktæka hömlun (*in vitro*) á neinu öðru cýtókróm P450 ensími.

Gefitinib umbrotnar mikið hjá mönnum. Fimm umbrotsefni hafa verið að fullu greind í úrgangsefnum og 8 umbrotsefni í plasma. Aðalumbrotsefnið sem var greint var O-desmetýl gefitinib, sem hefur 14-sinnum minni virkni en gefitinib til að hindra EGFR örvaðan frumuvöxt og hefur engin hindrandi áhrif á vöxt æxlisfruma hjá músum. Það er talið ólíklegt að það hafi áhrif á klíníska virkni gefitinibs.

Sýnt hefur verið fram á, *in vitro*, að myndun O-desmetýl gefitinib er af völdum CYP2D6. Hlutverk CYP2D6 í umbrotsferli gefitinibs hefur verið metið í klínískri rannsókn hjá heilbrigðum sjálfbodaliðum, þar sem arfgerð CYP2D6 hefur verið greind. Hjá einstaklingum með hægt umbrot mynduðust engin mælanleg gildi O-desmetýl gefitinibs. Gildi útsetningar fyrir gefitinibi, bæði hjá hópum einstaklinga með hratt og hægt umbrot voru víð og sköruðust, en meðaltal útsetningar fyrir gefitinibi var tvisvar sinnum hærra í hópnum með hæg umbrot. Hærrí útsetning sem náðist hjá einstaklingum með enga CYP2D6 virkni getur skipt máli klínískt þar sem aukaverkanir eru tengdar skammti og útsetningu.

Brotthvarf

Gefitinib er aðallega skilið út sem umbrotsefni með hægðum, þar sem útskilnaður gefitinibs og umbrotsefna um nýru telur minna en 4% af gefnum skammti.

Hjá krabbameinssjúklingum er heildarplasmaúthreinsun gefitinibs um 500 ml/mín. og meðal lokahelmingunartími er 41 klst. Við gjöf gefitinibs einu sinni á sólarhring kemur fram 2- til 8-föld uppsöfnun og útsetning við jafnvægi næst eftir 7-10 skammta. Við jafnvægi er plasmáþéttni í blóðrás venjulega innan 2- til 3-falds bils yfir 24 klst. tímabil.

Sérstakir hópar

Við greiningu á lyfjahvarfagögnum krabbameinssjúklinga voru engin tengsl staðfest á milli spáðrar þéttni þegar jafnvægi er náð og aldurs sjúklings, líkamsþyngdar, kyns, kynþáttar eða kreatínín úthreinsunar (yfir 20 ml/mín.).

Skert lifrarstarfsemi

Í fasa I opinni (open-label) rannsókn með stökum 250 mg skammti af gefitinib hjá sjúklingum með væga, í meðallagi eða alvarlega skerta lifrarstarfsemi vegna skorpulifrar (samkvæmt Child-Pugh flokkun), var aukning á útsetningu hjá öllum hópum samanborið við heilbrigða einstaklinga. Í ljós kom að meðaltali 3,1 föld aukning á útsetningu fyrir gefitinib hjá sjúklingum með í meðallagi og alvarlega lifrabílu. Enginn sjúklinganna var með krabbamein, allir voru með skorpulifur og sumir voru með lifrabólgu. Þessi aukning á útsetningu getur skipt máli klínískt þar sem aukaverkanir eru tengdar skammti og útsetningu fyrir gefitinib.

Gefitinib hefur verið metið í klínískri rannsókn sem gerð var á 41 sjúklingi með þétt æxli og eðlilega, miðlungsskerta eða alvarlega skerta lifrarstarfsemi (flokkad eftir grunnlínu Common Toxicity Criteria gildum fyrir AST, alkalínskt fosfat og bilirubin) vegna meinvarpa í lifur. Sýnt var fram á að eftir daglega gjöf 250 mg af gefitinibi, var tími að jafnvægi, heildar plasmaúthreinsun (C_{maxSS}) og útsetning við jafnvægi (AUC_{24SS}) svipuð fyrir hópana með eðlilega og miðlungsskerta lifrarstarfsemi. Niðurstöður hjá 4 sjúklingum, með alvarlega skerta lifrarstarfsemi vegna meinvarpa í lifur, gaf til kynna að útsetning við jafnvægi hjá þessum sjúklingum er einnig svipuð og hjá sjúklingum með eðlilega lifrarstarfsemi.

5.3 Forklínískar upplýsingar

Aukaverkanir sem ekki komu fram í klínískum rannsóknum, en sáust hjá dýrum við útsetningu skammta sem voru svipaðir og klínískir skammtar og sem hafa hugsanlega klíníska þýðingur eru eftirfarandi:

- Visnun hornhimnuþekju og gagnsæ hornhimna
- Nýrnavörtudrep (renal papillary necrosis)
- Lifrarfrumudrep og eosínsækin íferð stórátrfuma í stökkæð (eosinophilic sinusoidal macrophage infiltration)

Niðurstöðum úr öðrum rannsóknum en klínískum (*in vitro*) gefa til kynna að gefitinib geti hindrað endurskautunarferli boðspennu hjarta (t.d. QT bil). Klínísk reynsla hefur ekki sýnt fram á orsakasamband milli QT lengingar og gefitinibs.

Minnkun á frjósemi kom fram hjá kvenrottum við skammta 20 mg/kg/dag.

Útgefnar rannsóknir hafa sýnt fram á að erfðabreyttar mýs, sem ekki tjá EGFR, sýni þroskagalla, sem tengjast vanþroska í þekju ýmissa líffæra, þar með talið húð, meltingarfæra og lungna. Þegar gefitinib var gefið rottum á meðan á líffæramyndun stóð, komu ekki fram áhrif á þroska fósturs við hæstu skammta (30 mg/kg/dag). Hins vegar kom fram minnkuð fæðingarþyngd hjá kaninum við 20 mg/kg/dag og stærri skammta. Engin efnatengd vansköpun kom fram hjá hvorugri tegundinni. Þegar lyfið var gefið rottum við getnað og fæðingu, kom fram minnkun á lifun afkvæma við skammta sem námu 20 mg/kg/dag.

Eftir inntöku C-14 merktis gefitinibs hjá mjólkandi rottum í 14 daga eftir fæðingu, var styrkur geislavirkni í mjólk 11-19 falt hærri en í blóði.

Gefitinib sýndi enga eiturverkun á erfðafni.

Tveggja ára rannsókn á krabbameinsmyndun hjá rottum leiddi til lítillar en tölfraðilega marktækrar aukningar á tíðni lifrarfrumukirtilæxla hjá bæði karlkyns og kvenkyns rottum og hengiseitlaæðarsarkmeina (mesenteric lymph node haemangiosarcomas) hjá kvenkyns rottum, aðeins við stærsta skammt (10 mg/kg/dag). Lifrarfrumukirtilæxli sáust einnig í tveggja ára rannsókn á krabbameinsmyndun hjá músum, rannsóknin sýndi litla aukningu þessara tilvika hjá karlkyns músum við meðalskammt, og hjá bæði karlkyns og kvenkyns músum við hæsta skammt. Áhrifin voru tölfraðilega marktæk fyrir kvenkyns mýs, en ekki fyrir karlkyns mýs. Við gildi þar sem engin áhrif komu fram hjá bæði músum og rottum, voru engin mörk hvað varðar klíniska útsetningu. Klínískt gildi þessara niðurstaðna er óljóst.

Niðurstöður *in vitro* rannsókna á eituráhrifum vegna áhrifa ljóss (phototoxicity) sýndi að gefitinib getur haft slík áhrif.

6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR

6.1 Hjálparefni

Töflukjarni

Mjólkursykureinhýdrat
Örkristallaður sellulósi (E460)
Kroskarmellósa natríum
Póvídón (K29-32) (E1201)
Natríumlárýlsúlfat
Magnesíumsterat

Töfluhúð

Hýprómellósi (E464)
Makrógól 300
Títantvíoxíð (E171)
Gult járnnoxíð (E172)
Rautt járnnoxíð (E172)

6.2 Ósamrýmanleiki

Á ekki við.

6.3 Geymsluþol

4 ár.

6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu

Geymið í upprunalegum umbúðum til varnar gegn raka.

6.5 Gerð fláts og innihald

Rifgataðar PVC/álþynnur með 10 töflum eða PVC/álþynnur án rifgata með 10 töflum.

Þrjár þynnur saman í hitainnsigluðum umbúðum í öskju.

Pakkningar með 30 filmuhúðuðum töflum. Ekki er víst að allar pakkningastærðir séu markaðssettar.

6.6 Sérstakar varúðarráðstafanir við förgun

Farga skal öllum lyfjaleifum og/eða úrgangi í samræmi við gildandi reglur.

7. MARKAÐSLEYFISHAFI

AstraZeneca AB
SE-151 85
Södertälje
Svíþjóð

8. MARKAÐSLEYFISNÚMER

EU/1/09/526/001

EU/1/09/526/002

9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS / ENDURNÝJUNAR MARKAÐSLEYFIS

Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis: 24. júní 2009

Nýjasta dagsetning endurnýjunar markaðsleyfis: 23. apríl 2014

10. DAGSETNING ENDURSKOÐUNAR TEXTANS

Ítarlegar upplýsingar um lyfið eru birtar á vef Lyfjastofnunar Evrópu <http://www.ema.europa.eu>.

Upplýsingar á íslensku eru á <http://www.serlyfjaskra.is>.

VIÐAUKI II

- A. FRAMLEIÐENDUR SEM ERU ÁBYRGIR FYRIR LOKASAMÞYKKT**
- B. FORSENDUR FYRIR, EÐA TAKMARKANIR Á, AFGREIÐSLU OG NOTKUN**
- C. AÐRAR FORSENDUR OG SKILYRÐI MARKAÐSLEYFIS**
- D. FORSENDUR EÐA TAKMARKANIR ER VARÐA ÖRYGGI OG VERKUN VIÐ NOTKUN LYFSINS**

A. FRAMLEIÐANDI SEM ER ÁBYRGUR FYRIR LOKASAMÞYKKT

Heiti og heimilisfang framleiðenda sem eru ábyrgir fyrir lokasamþykkt

AstraZeneca UK Limited
Macclesfield
Cheshire SK10 2NA
Bretland

B. FORSENDUR FYRIR, EÐA TAKMARKANIR Á, AFGREIÐSLU OG NOTKUN

Ávísun lyfsins er háð sérstökum takmörkunum (sjá viðauka I: Samantekt á eiginleikum lyfs, kafla 4.2).

C. AÐRAR FORSENDUR OG SKILYRÐI MARKAÐSLEYFIS

- **Samantektir um öryggi lyfsins (PSUR)**

Markaðsleyfishafi skal leggja fram samantektir um öryggi lyfsins í samræmi við skilyrði sem koma fram í lista yfir viðmiðunardagsetningar Evrópusambandsins (EURD lista) sem gerð er krafa um í grein 107c(7) í tilskipun 2001/83 og er birtur í vefgátt fyrir evrópsk lyf.

D. FORSENDUR EÐA TAKMARKANIR ER VARÐA ÖRYGGI OG VERKUN VIÐ NOTKUN LYFSINS

- **Áætlun um áhættustjórnun**

Markaðsleyfishafi skal sinna lyfjagátaraðgerðum sem krafist er, sem og öðrum ráðstöfunum eins og fram kemur í áætlun um áhættustjórnun í kafla 1.8.2 í markaðsleyfinu og öllum uppfærslum á áætlun um áhættustjórnun sem ákveðnar verða.

Leggja skal fram uppfærða áætlun um áhættustjórnun:

- Að beiðni Lyfjastofnunar Evrópu.
- Þegar áhættustjórnunarkerfinu er breytt, sérstaklega ef það gerist í kjölfar þess að nýjar upplýsingar berast sem geta leitt til mikilvægra breytinga á hlutfalli ávinnings/áhættu eða vegna þess að mikilvægur áfangi (tengdur lyfjagát eða lágmarkun áhættu) næst.

Ef skil á samantekt um öryggi lyfsins og uppfærsla á áætlun um áhættustjórnun er áætluð á svipuðum tíma má skila þeim saman.

VIÐAUKI III
ÁLETRANIR OG FYLGISEDILL

A. ÁLETRANIR

UPPLÝSINGAR SEM EIGA AÐ KOMA FRAM Á YTRI UMBÚÐUM

ASKJA

1. HEITI LYFS

IRESSA 250 mg filmhúðaðar töflur
gefitinib

2. VIRK(T) EFNI

Hver tafla inniheldur 250 mg gefitinib

3. HJÁLPAFENI

Inniheldur mjólkursykur og natríum, sjá nánari upplýsingar í fylgiseðli.

4. LYFJAFORM OG INNIHALD

30 filmhúðaðar töflur

5. AÐFERÐ VIÐ LYFJAGJÖF OG ÍKOMULEIÐ(IR)

Lesið fylgiseðilinn fyrir notkun.
Til inntöku

**6. SÉRSTÖK VARNADARORÐ UM AÐ LYFIÐ SKULI GEYMT ÞAR SEM BÖRN
HVORKI NÁ TIL NÉ SJÁ**

Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

7. ÖNNUR SÉRSTÖK VARNADARORÐ, EF MEÐ ÞARF

8. FYRNINGARDAGSETNING

EXP

9. SÉRSTÖK GEYMSLUSKILYRÐI

Geymið í upprunalegum umbúðum til varnar gegn raka.

**10. SÉRSTAKAR VARÚÐARRÁÐSTAFANIR VIÐ FÖRGUN LYFJALEIFA EÐA
ÚRGANGS VEGNA LYFSINS ÞAR SEM VIÐ Á**

11. NAFN OG HEIMILISFANG MARKAÐSLEYFISHAFA

AstraZeneca AB
SE-151 85
Södertälje
Svíþjóð

12. MARKAÐSLEYFISNÚMER

EU/1/09/526/001

EU/1/09/526/002

13. LOTUNÚMER

Lot

14. AFGREIÐSLUTILHÖGUN

Lyfseðilsskylt lyf.

15. NOTKUNARLEIÐBEININGAR

16. UPPLÝSINGAR MEÐ BLINDRALETRI

íressa

17. EINKVÆMT AUÐKENNI – TVÍVÍTT STRIKAMERKI

Á þakningunni er tvívítt strikamerki með einkvæmu auðkenni.

18. EINKVÆMT AUÐKENNI – UPPLÝSINGAR SEM FÓLK GETUR LESIÐ

PC:
SN:
NN:

**LÁGMARKS UPPLÝSINGAR SEM SKULU KOMA FRAM Á ÞYNNUM EÐA STRIMLUM
ÞYNNNA/HITAINNSIGLAÐAR UMBÚÐIR UTAN UM ÁLÞYNNU**

1. HEITI LYFS

IRESSA 250 mg töflur
gefitinib

2. NAFN MARKAÐSLEYFISHAFA

AstraZeneca

3. FYRNINGARDAGSETNING

EXP

4. LOTUNÚMER

Lot

5. ANNAD

B. FYLGISEDILL

Fylgiseðill: Upplýsingar fyrir sjúkling

IRESSA 250 mg filmhúðaðar töflur gefitinib

Lesið allan fylgiseðilinn vandlega áður en byrjað er að nota lyfið. Í honum eru mikilvægar upplýsingar.

- Geymið fylgiseðilinn. Nauðsynlegt getur verið að lesa hann síðar.
- Leitið til læknisins, lyfjafræðings eða hjúkrunarfræðingsins ef þörf er á frekari upplýsingum um lyfið.
- Þessu lyfi hefur verið ávísað til persónulegra nota. Ekki má gefa það öðrum. Það getur valdið þeim skaða, jafnvel þótt um sömu sjúkdómseinkenni sé að ræða.
- Látið lækninn, lyfjafræðing eða hjúkrunarfræðinginn vita um allar aukaverkanir. Þetta gildir einnig um aukaverkanir sem ekki er minnst á í þessum fylgiseðli. Sjá kafla 4.

Í fylgiseðlinum eru eftirfarandi kaflar:

1. Upplýsingar um IRESSA og við hverju það er notað
2. Áður en byrjað er að nota IRESSA
3. Hvernig nota á IRESSA
4. Hugsanlegar aukaverkanir
5. Hvernig geyma á IRESSA
6. Pakkningar og aðrar upplýsingar

1. Upplýsingar um IRESSA og við hverju það er notað

Iressa inniheldur virka efnið gefitinib sem hindrar prótein sem kallast viðtaki húðþekjuvaxtarþáttar (epidermal growth factor receptor [EGFR]). Þetta prótein tekur þátt í vexti og útbreiðslu krabameinsfruma.

IRESSA er notað til meðferðar hjá fullorðnum við lungnakrabameini sem er ekki af smáfrumugerð. Þetta krabamein er sjúkdómur þar sem illkynja (krabameins) frumur myndast í lungnavef.

2. Áður en byrjað er að nota IRESSA

Ekki má nota IRESSA

- ef um er að ræða ofnæmi fyrir gefitinibi eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins (talin upp í kafla 6 „IRESSA inniheldur“).
- ef þú ert með barn á brjósti.

Varnaðarorð og varúðarreglur

Leitið ráða hjá læknum, lyfjafræðingi eða hjúkrunarfræðingnum áður en IRESSA er notað:

- ef þú hefur einhvern tímann verið með aðra lungnasjúkdóma. Sumir lungnasjúkdómar geta versnað meðan á meðferð með IRESSA stendur.
- ef þú hefur einhvern tímann verið með lifrarkvilla.

Börn og unglíngar

Ekki má nota IRESSA handa börnum og unglíngum yngri en 18 ára.

Notkun annarra lyfja samhliða IRESSA

Látið lækninn eða lyfjafræðing vita um öll önnur lyf sem eru notuð, hafa nýlega verið notuð eða kynnu að verða notuð.

Segðu læknum eða lyfjafræðingi sérstaklega frá því ef þú tekur einhver eftirtalinna lyfja:

- Fenýtóín eða karbamazepín (við flogaveiki)
- Rífampicín (við berklum)

- Ítrakónazól (við sveppasýkingum)
- Barbitúröt (ákveðin gerð lyfja sem notuð er við svefnvandamálum)
- Náttúrulyf með jóhannesarjurt (*Hypericum perforatum* eða St John's wort, notað við þunglyndi og kvíða)
- Prótónupumpuhemla, H₂-blokka og sýrubindandi lyf (við magasári, meltingartruflunum, brjóstsviða og til að draga úr sýru í maga)

Þessi lyf geta haft áhrif á verkun IRESSA.

- Warfarin (svokallað segavarnarlyf til inntöku, til að koma í veg fyrir blóðtappa). Ef þú tekur lyf með þessu virka efni getur verið að lækningin þurfi að taka blóðprufur oft.

Ef eitthvað af ofangreindu á við um þig, eða þú ert ekki viss, skaltu ræða við lækningu þína eða lyfjafræðing áður en þú tekur IRESSA.

Meðganga, brjóstagið og frjósemi

Talaðu við lækningu þína áður en þú tekur þetta lyf ef þú ert þunguð, getur orðið þunguð eða ert með barn á brjósti.

Mælt er með að þú gætir þess að verða ekki þunguð meðan á meðferð með IRESSA stendur þar sem IRESSA getur skaðað barnið þitt.

Af öryggisástæðum skaltu ekki nota IRESSA ef þú ert með barn á brjósti.

Akstur og notkun véla

Gæta skal varúðar við akstur og notkun tækja eða véla ef þú finnur fyrir máttleysi á meðan þú tekur þetta lyf.

IRESSA inniheldur mjólkursykur

Ef lækningin hefur sagt þér að þú sért með óþol fyrir sumum sykurtegundum, skaltu tala við lækningu áður en þú tekur þetta lyf.

IRESSA inniheldur natríum

Lyfið inniheldur minna en 1 mmól (23 mg) af natríum í hverri töflu, þ.e.a.s. er sem næst natríumlaust.

3. Hvernig nota á IRESSA

Notið lyfið alltaf eins og lækningin hefur sagt til um. Ef ekki er ljóst hvernig nota á lyfið skal leita upplýsinga hjá lækningu eða lyfjafræðingi.

- Ráðlagður skammtur er ein 250 mg tafla á dag.
- Töfluna á að taka á svipuðum tíma á hverjum degi.
- Töfluna má taka með eða án fæðu.
- Ekki taka sýrubindandi lyf (til að minnka sýrumagn í maga) 2 klst. fyrir eða 1 klst. eftir töku IRESSA.

Ef þú átt í erfiðleikum með að gleypa töfluna, skaltu leysa hana upp í hálfu glasi af vatni (ekki kolsýrðu vatni). Ekki nota aðra vökva. Ekki mylja töfluna. Hrærðu í vatninu þar til taflan er uppleyst. Þetta getur tekið allt að 20 mínútur. Drekktu vökvann strax. Til að tryggja að þú hafir drukkið allt lyfið skaltu hreinsa glasið mjög vel með hálfu glasi af vatni og drekka.

Ef tekinn er stærri skammtur af IRESSA en mælt er fyrir um

Ef þú hefur tekið fleiri töflur en þú átt að gera, skaltu tala við lækningu eða lyfjafræðing tafarlaust.

Ef gleymist að taka IRESSA

Ef þú gleymir að taka töflu skiptir máli hversu langur tími er að næsta skammti varðandi hvað þú átt að gera.

- Ef 12 tímar eða meira eiga að líða þar til þú tekur næsta skammt: taktu töflu eins fljótt og þú manst eftir því. Taktu síðan næsta skammt eins og venjulega.
- Ef minna en 12 tímar eiga að líða þar til þú tekur næsta skammt: slepptu töflunni sem þú gleymdir. Taktu síðan næstu töflu á venjulegum tíma.

Ekki á að tvöfalda skammt (tvær töflur á sama tíma) til að bæta upp skammt sem gleymst hefur að taka.

Leitið til læknisins eða lyfjafræðings ef þörf er á frekari upplýsingum um notkun lyfsins.

4. Hugsanlegar aukaverkanir

Eins og við á um öll lyf getur þetta lyf valdið aukaverkunum en það gerist þó ekki hjá öllum.

Hafðu strax samband við lækninn ef vart verður við einhver eftirtalin einkenni - þar sem þú gætir þurft á áriðandi læknismeðferð að halda:

- Ofnæmisviðbrögð (algengt), sérstaklega ef einkenni eins og bólga í andliti, vörum, tungu eða hálsi koma fram, erfiðleikar við að kyngja, ofsakláði og öndunarerfiðleikar.
- Alvarlegir öndunarerfiðleikar, eða skyndileg versnun öndunarerfiðleika, hugsanlega með hósta eða sóttthita. Þetta getur bent til þess að þú sért með bólgu í lungunum sem kallast millivefslungnasjúkdómur. Þetta getur komið fyrir hjá um það bil 1 af hverjum 100 sjúklingum sem taka IRESSA og getur verið lífshættulegt.
- Alvarlegar húðbreytingar (mjög sjaldgæft) á stóru svæði líkamans. Einkennin geta m.a. verið roði, verkur, sár, blöðrur og húðin flagnar. Getur einnig komið fram á vörum, í nefi, augum og á kynfærum.
- Uppþornun (algengt) af völdum langtíma eða alvarlegs niðurgangs, uppkasta, ógleði eða lystarleysis.
- Augnkvilla (sjaldgæft), eins og verk, roða, vot augu, ljósnæmi, sjónbreytingar eða inngróin augnhár. Þetta getur gefið til kynna að þú sért með sár á yfirborði augans (hornhimnu).

Segðu lækninum eins fljótt og mögulegt er ef þú finnur fyrir einhverjum eftirtalinna aukaverkana:

Mjög algengar: geta komið fyrir hjá fleiri en 1 af hverjum 10 einstaklingum

- Niðurgangur
- Uppköst
- Ógleði
- Húðbreytingar eins og bólu-lík útbrot, sem stundum fylgir kláði og þurr húð og/eða rifur í húð
- Lystarleysi
- Máttleysi
- Rauður eða sár munnur
- Aukning lifrarensímsins alanín aminótransferasa í blóðprufum; læknirinn gæti sagt þér að hætta töku IRESSA ef það mælist of hátt.

Algengar: geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 10 einstaklingum

- Munnþurrkur
- Þurr, rauð eða klæjandi augu
- Rauð og sár augnlok
- Kvillar í nöglum
- Hármisur
- Sóttthiti
- Blæðing (eins og t.d. blóðnasir eða blóð í þvagi)
- Prótein í þvagi (kemur fram í þvagprufu)
- Aukning bilirubins og annars lifrarensíms sem kallast aspartat aminótransferasi í blóðprufum; læknirinn gæti sagt þér að hætta töku IRESSA ef þau mælast of há.
- Aukning kreatínilda í blóðprufu (tengt nýrnastarfsemi).
- Blöðrubólga (sviði við þvaglát og tíð og aðkallandi þvaglát)

Sjaldgæfar: geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 100 einstaklingum

- Brisbólga. Einkennin eru meðal annars mjög mikill verkur í efri hluta magasvæðisins og mikil ógleði og uppköst.
- Lifrabólga. Einkenni geta m.a. verið almenn vanlíðan, með eða án hugsanlegrar gulu (gulnun húðar og augna). Þessi aukaverkun er sjaldgæf; hins vegar hafa sjúklingar látist af þessum völdum.
- Sármyndun í meltingarvegi.

Mjög sjaldgæfar: geta komið fyrir hjá allt að 1 af hverjum 1.000 einstaklingum)

- Bólga í æðum í húð. Þetta getur litið út eins og marblettir eða litaðir (ekki hvítir) húðblettir með útbrotum.
- Blöðrubólga með blæðingum (sviði við þvaglát og tíð og aðkallandi þvaglát, með blóði í þvagi).

Tilkynning aukaverkana

Látið lækinn, lyfjafræðing eða hjúkrunarfræðinginn vita um allar aukaverkanir. Þetta gildir einnig um aukaverkanir sem ekki er minnst á í þessum fylgiseðli. Einnig er hægt að tilkynna aukaverkanir beint samkvæmt fyrirkomulagi sem gildir í hverju landi fyrir sig, sjá [Appendix V](#). Með því að tilkynna aukaverkanir er hægt að hjálpa til við að auka upplýsingar um öryggi lyfsins.

5. Hvernig geyma á IRESSA

Geymið lyfið þar sem börn hvorki ná til né sjá.

Ekki skal nota lyfið eftir fyrningardagsetningu sem tilgreind er á öskjunni, þynnunni og ytri umbúðunum á eftir EXP. Fyrningardagsetning er síðasti dagur mánaðarins sem þar kemur fram.

Geymið í upprunalegum umbúðum til varnar gegn raka.

Ekki má skola lyfjum niður í frárennslislagnir eða fleygja þeim með heimilissorpi. Leitið ráða í apóteki um hvernig heppilegast er að farga lyfjum sem hætt er að nota. Markmiðið er að vernda umhverfið.

6. Pakkningar og aðrar upplýsingar

IRESSA inniheldur

- Virka innihaldsefnið er gefítinib. Hver tafla inniheldur 250 mg af gefítinibi.
- Önnur innihaldsefni (hjálpafefni) eru mjólkursykureinhýdrat, örkristallaður sellulósi (E460), kroskarmellósa natríum, póvídón (K29-32) (E1201), natríumlárylsúlfat, magnesíumsterat, hýprómellósi (E464), makrógól 300, títantvíoxíð (E171), gult járnóxið (E172) og rautt járnóxið (E172).

Lýsing á útliti IRESSA og pakkningastærðir

Iressa er kringlótt brún tafla merkt með „IRESSA 250” á annarri hliðinni og er slétt á hinn hliðinni.

Iressa er fánlegt í þynnupakkningum með 30 töflum. Þynnurnar geta verið með eða án rifgata.

Markaðsleyfishafi og framleiðandi

Markaðsleyfishafi:
AstraZeneca AB
SE-151 85 Södertälje
Svíþjóð

Framleiðandi:
AstraZeneca UK Limited
Macclesfield
Cheshire, SK10 2NA
Bretland

Hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa á hverjum stað ef óskað er upplýsinga um lyfið:

België/Belgique/Belgien

AstraZeneca S.A./N.V.
Tel: +32 2 370 48 11

България

АстраЗенека България ЕООД
Тел.: +359 (2) 44 55 000

Česká republika

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

Danmark

AstraZeneca A/S
Tlf: +45 43 66 64 62

Deutschland

AstraZeneca GmbH
Tel: +49 41 03 7080

Eesti

AstraZeneca
Tel: +372 6549 600

Ελλάδα

AstraZeneca A.E.
Τηλ: +30 2 106871500

España

AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A.
Tel: +34 91 301 91 00

France

AstraZeneca
Tél: +33 1 41 29 40 00

Hrvatska

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

Ireland

AstraZeneca Pharmaceuticals (Ireland) Ltd
Tel: +353 1609 7100

Ísland

Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia

Lietuva

UAB AstraZeneca Lietuva
Tel: +370 5 2660550

Luxembourg/Luxemburg

AstraZeneca S.A./N.V.
Tél/Tel: +32 2 370 48 11

Magyarország

AstraZeneca Kft.
Tel.: +36 1 883 6500

Malta

Associated Drug Co. Ltd
Tel: +356 2277 8000

Nederland

AstraZeneca BV
Tel: +31 79 363 2222

Norge

AstraZeneca AS
Tlf: +47 21 00 64 00

Österreich

AstraZeneca Österreich GmbH
Tel: +43 1 711 31 0

Polska

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

Portugal

AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda.
Tel: +351 21 434 61 00

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

AstraZeneca S.p.A.
Tel: +39 02 9801 1

AstraZeneca Oy
Puh/Tel: +358 10 23 010

Κύπρος

Αλέκτωρ Φαρμακευτική Λτδ
Τηλ: +357 22490305

Sverige

AstraZeneca AB
Tel: +46 8 553 26 000

Latvija

SIA AstraZeneca Latvija
Tel: +371 67377100

United Kingdom

AstraZeneca UK Ltd
Tel: +44 1582 836 836

Þessi fylgiseðill var síðast uppfærður í {mánuður ÁÁÁÁ}.

Upplýsingar sem hægt er að nálgast annars staðar

Ítarlegar upplýsingar um lyfið eru birtar á vef Lyfjastofnunar Evrópu: <http://www.ema.europa.eu/>

Upplýsingar á íslensku eru á <http://www.serlyfjaskra.is>.

Þessi fylgiseðill er birtur á vef Lyfjastofnunar Evrópu á tungumálum allra ríkja Evrópska efnahagssvæðisins.