

## **ANHANG I**

### **ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS**

## 1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

TAGRISSO 40 mg Filmtabletten  
TAGRISSO 80 mg Filmtabletten

## 2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

### TAGRISSO 40 mg Tabletten

Jede Tablette enthält 40 mg Osimertinib (als Mesilat).

### TAGRISSO 80 mg Tabletten

Jede Tablette enthält 80 mg Osimertinib (als Mesilat).

### Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung

#### TAGRISSO 40 mg Tabletten

Jede Tablette enthält 0,3 mg Natrium.

#### TAGRISSO 80 mg Tabletten

Jede Tablette enthält 0,6 mg Natrium.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

## 3. DARREICHUNGSFORM

Filmtablette (Tablette).

### TAGRISSO 40 mg Tabletten

Beigefarbene, 9 mm große, runde, bikonvexe Tablette, auf der einen Seite mit der Prägung „AZ“ und „40“ versehen und auf der anderen Seite glatt.

### TAGRISSO 80 mg Tabletten

Beigefarbene, 7,25 x 14,5 mm große, ovale, bikonvexe Tablette, auf der einen Seite mit der Prägung „AZ“ und „80“ versehen und auf der anderen Seite glatt.

## 4. KLINISCHE ANGABEN

### 4.1 Anwendungsgebiete

TAGRISSO ist als Monotherapie angezeigt zur:

- adjuvanten Behandlung nach vollständiger Tumorresektion bei erwachsenen Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) im Stadium IB-III A, deren Tumoren Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (*Epidermal Growth Factor Receptor*, EGFR) als Deletion im Exon 19 oder Substitutionsmutation im Exon 21 (L858R) aufweisen (siehe Abschnitt 5.1).

- Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit aktivierenden EGFR-Mutationen.
- Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem EGFR-T790M-mutationspositivem NSCLC.

## 4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Eine Behandlung mit TAGRISSO sollte durch einen in der Anwendung von Krebstherapien erfahrenen Arzt initiiert werden.

Wird die Anwendung von TAGRISSO in Betracht gezogen, muss der EGFR-Mutationsstatus (in Tumorproben für die adjuvante Therapie und in Tumor- oder Plasmaproben bei lokal fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung) mittels eines validierten Testverfahrens bestimmt werden (siehe Abschnitt 4.4).

### Dosierung

Die empfohlene Dosierung beträgt 80 mg Osimertinib einmal täglich.

Patienten, die adjuvant behandelt werden, sollten die Therapie bis zum Auftreten eines Rezidivs oder inakzeptabler Toxizität erhalten. Eine Behandlungsdauer von mehr als 3 Jahren wurde nicht untersucht.

Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Lungenkarzinom sollten die Therapie bis zur Krankheitsprogression oder inakzeptabler Toxizität erhalten.

Falls eine TAGRISSO-Dosis ausgelassen wird, sollte die Einnahme nachgeholt werden, es sei denn, bis zur nächsten Dosis bleiben weniger als 12 Stunden.

TAGRISSO kann zu oder unabhängig von den Mahlzeiten jeden Tag zur selben Zeit eingenommen werden.

### Dosisanpassungen

Eine Dosisunterbrechung und/oder -reduktion kann aufgrund individueller Sicherheits- und Verträglichkeitsaspekte erforderlich sein. Wenn eine Dosisreduktion notwendig ist, sollte die Dosis auf 40 mg einmal täglich reduziert werden.

Empfehlungen zur Dosisreduktion bei Nebenwirkungen und Toxizitäten, siehe Tabelle 1.

**Tabelle 1. Empfehlungen zu Dosisanpassungen von TAGRISSO**

<b>Zielorgan</b>	<b>Nebenwirkung<sup>a</sup></b>	<b>Dosisanpassung</b>
<i>Lunge<sup>b</sup></i>	ILD/Pneumonitis	Absetzen von TAGRISSO (siehe Abschnitt 4.4)
<i>Herz<sup>b</sup></i>	QTc-Intervall über 500 ms in mindestens 2 separaten EKGs	Unterbrechung der Behandlung mit TAGRISSO, bis das QTc-Intervall unter 481 ms liegt oder auf den QTc-Ausgangswert zurückgegangen ist, falls dieser größer oder gleich 481 ms war, anschließend Wiederaufnahme der Behandlung mit verringerter Dosis (40 mg)
	Verlängerung des QTc-Intervalls mit Anzeichen/Symptomatik einer schwerwiegenden Arrhythmie	Dauerhaftes Absetzen von TAGRISSO

<i>Haut<sup>b</sup></i>	Stevens-Johnson-Syndrom	Dauerhaftes Absetzen von TAGRISSO
<i>Blut und Lymphsystem<sup>b</sup></i>	Aplastische Anämie	Dauerhaftes Absetzen von TAGRISSO
<i>Andere</i>	Nebenwirkung Grad 3 oder höher	Unterbrechung der Behandlung mit TAGRISSO für bis zu 3 Wochen
	Falls eine Nebenwirkung Grad 3 oder höher sich auf Grad 0-2 verbessert, nachdem TAGRISSO für bis zu 3 Wochen abgesetzt wurde	Behandlung mit TAGRISSO kann mit derselben Dosis (80 mg) oder einer niedrigeren Dosis (40 mg) wiederaufgenommen werden
	Eine Nebenwirkung Grad 3 oder höher, die sich nicht auf Grad 0-2 verbessert, nachdem TAGRISSO für bis zu 3 Wochen abgesetzt wurde	Dauerhaftes Absetzen von TAGRISSO

<sup>a</sup> Hinweis: Einstufung klinischer unerwünschter Ereignisse gemäß *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE, Allgemeine Terminologiekriterien von Unerwünschten Ereignissen), Version 4.0, des *National Cancer Institute* (NCI, US-amerikanisches Krebsforschungszentrum).

<sup>b</sup> Für weitere Angaben siehe Abschnitt 4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung. EKGs: Elektrokardiogramme; QTc: frequenzkorrigiertes QT-Intervall

### Besondere Patientengruppen

Eine Dosisanpassung aufgrund des Alters, Körpergewichts, Geschlechts, der ethnischen Zugehörigkeit oder des Raucherstatus des Patienten ist nicht erforderlich (siehe Abschnitt 5.2).

### Eingeschränkte Leberfunktion

Basierend auf klinischen Studien sind bei Patienten mit leichter Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh A) oder mäßiger Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh B) keine Dosisanpassungen erforderlich. Ebenso wird, basierend auf einer populationsbezogenen pharmakokinetischen Analyse, bei Patienten mit leichter Einschränkung der Leberfunktion (Gesamt-Bilirubin  $\leq$  Obergrenze des Normbereichs [*upper limit of normal*, ULN] und Aspartataminotransferase [AST]  $>$  ULN oder Gesamt-Bilirubin  $>$  dem 1- bis 1,5-Fachen des ULN und beliebiger AST-Wert) oder mittlerer Einschränkung der Leberfunktion (Gesamt-Bilirubin zwischen dem 1,5- und 3-Fachen des ULN und beliebiger AST-Wert) keine Dosisanpassung empfohlen. Die Sicherheit und Wirksamkeit dieses Arzneimittels wurde bei Patienten mit schwerer Einschränkung der Leberfunktion nicht untersucht. Bis zum Vorliegen zusätzlicher Daten wird die Anwendung bei Patienten mit schwerer Einschränkung der Leberfunktion nicht empfohlen (siehe Abschnitt 5.2).

### Eingeschränkte Nierenfunktion

Basierend auf klinischen Studien und einer populationsbezogenen PK-Analyse sind bei Patienten mit leichter, mittlerer oder schwerer Einschränkung der Nierenfunktion keine Dosisanpassungen erforderlich. Die Sicherheit und Wirksamkeit dieses Arzneimittels bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz [Kreatinin-Clearance (CrCl) unter 15 ml/min, berechnet mittels der Cockcroft-Gault-Formel] oder bei Dialysepatienten wurden nicht untersucht. Die Behandlung von Patienten mit schwerer und terminaler Niereninsuffizienz sollte mit Vorsicht erfolgen (siehe Abschnitt 5.2).

### Kinder und Jugendliche

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

## Art der Anwendung

Dieses Arzneimittel ist zum Einnehmen. Die Tablette soll im Ganzen mit Wasser geschluckt werden und sie sollte nicht zerdrückt, geteilt oder gekaut werden.

Wenn der Patient nicht in der Lage ist, die Tablette zu schlucken, kann die Tablette zunächst in 50 ml stillem Wasser (ohne Kohlensäure) dispergiert werden. Sie wird unzerkleinert ins Wasser gegeben und es wird so lange gerührt, bis sie dispergiert ist. Die Flüssigkeit soll sofort getrunken werden. Um sicherzustellen, dass kein Rest zurückbleibt, sollte das Glas erneut zur Hälfte mit Wasser gefüllt und sofort ausgetrunken werden. Es sollten darüber hinaus keine anderen Flüssigkeiten verwendet werden.

Wenn das Arzneimittel über eine Nasen-Magen-Sonde gegeben werden muss, wird genauso wie oben beschrieben vorgegangen, aber mit 15 ml für die anfängliche Dispersion und 15 ml für das Ausspülen der Arzneimittelreste. Die resultierenden 30 ml Flüssigkeit sollten über die Nasen-Magen-Sonde nach Angaben des Herstellers mit den entsprechenden Wasserspülungen gegeben werden. Die Gabe der Dispersion und der Arzneimittelreste sollte innerhalb von 30 Minuten erfolgen, nachdem die Tabletten ins Wasser gegeben wurden.

### **4.3 Gegenanzeigen**

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

Johanniskraut darf nicht zusammen mit TAGRISSO angewendet werden (siehe Abschnitt 4.5).

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

#### Bestimmung des EGFR-Mutationsstatus

Wenn die Anwendung von TAGRISSO zur adjuvanten Therapie nach vollständiger Tumorresektion bei Patienten mit NSCLC in Erwägung gezogen wird, ist es wichtig, dass ein positiver EGFR-Mutationsstatus (Exon-19-Deletionen [Ex19del] oder Exon-21-Substitutionsmutationen [L858R]) vorliegt, damit die Therapie infrage kommt. In einem klinischen Labor muss ein validierter Test unter Verwendung von Tumorgewebe-DNA aus einer Biopsie oder einer operativ gewonnenen Probe durchgeführt werden.

Wenn die Anwendung von TAGRISSO zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC vorgesehen ist, ist es wichtig, dass ein positiver EGFR-Mutationsstatus festgestellt wird. Dafür muss ein validierter Test durchgeführt werden, entweder unter Verwendung von Tumor-DNA aus einer Gewebeprobe stammend oder von zirkulierender Tumor-DNA (ctDNA), die aus einer Plasmaprobe gewonnen wurde.

Die Feststellung eines positiven EGFR-Mutationsstatus (aktivierende EGFR-Mutationen für die Erstlinientherapie oder T790M-Mutationen nach Krankheitsprogression während oder nach einer EGFR-TKI-Therapie) mittels eines Gewebe-basierten oder Plasma-basierten Tests zeigt die Eignung für eine Behandlung mit TAGRISSO an. Wenn ein Plasma-basierter ctDNA-Test verwendet wird und das Ergebnis negativ ist, empfiehlt es sich jedoch, nach Möglichkeit die Testung mit einem Gewebe-basierten Test anzuschließen, da die Anwendung eines Plasma-basierten Tests möglicherweise falsch-negative Ergebnisse ergibt.

Nur robuste, zuverlässige und sensitive Tests mit erwiesener Eignung für die Bestimmung des EGFR-Mutationsstatus dürfen verwendet werden.

### Interstitielle Lungenerkrankung (ILD)

Eine schwere, lebensbedrohliche oder tödliche ILD bzw. ILD-ähnliche Nebenwirkungen (z. B. Pneumonitis) wurden in klinischen Studien bei Patienten beobachtet, die mit TAGRISSO behandelt wurden. Die meisten Fälle verbesserten sich nach einer Behandlungsunterbrechung oder gingen ganz zurück. Patienten mit einer Vorgeschichte einer ILD, einer arzneimittelinduzierten ILD, einer Strahlenpneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder Patienten mit Anzeichen einer aktiven ILD wurden aus den klinischen Studien ausgeschlossen (siehe Abschnitt 4.8).

ILD oder ILD-ähnliche Nebenwirkungen wurden bei 3,7 % der 1479 Patienten, die TAGRISSO in den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien erhielten, beobachtet. Im lokal fortgeschrittenen oder metastasierten *setting* wurden fünf Todesfälle berichtet. Im adjuvanten *setting* wurde kein Todesfall berichtet. Die ILD-Inzidenz betrug bei Japanern 10,9 %, bei Asiaten 1,6 % und bei Patienten nicht-asiatischer Herkunft 2,5 % (siehe Abschnitt 4.8).

Um eine ILD auszuschließen, sollte eine sorgfältige Prüfung aller Patienten mit einem akuten Auftreten und/oder einer ungeklärten Verschlechterung von Atemwegssymptomen (Atemnot, Husten und Fieber) erfolgen. Die Behandlung mit diesem Arzneimittel sollte unterbrochen werden, solange das Untersuchungsergebnis dieser Symptome aussteht. Falls eine ILD diagnostiziert wird, sollte TAGRISSO abgesetzt und eine gegebenenfalls erforderliche Behandlung eingeleitet werden. Eine Wiederaufnahme der Behandlung mit TAGRISSO sollte nur nach sorgfältiger, individueller Nutzen-Risiko-Abwägung für den Patienten in Betracht gezogen werden.

### Stevens-Johnson-Syndrom (SJS)

Selten sind Fälle von SJS im Zusammenhang mit einer TAGRISSO-Behandlung berichtet worden. Vor Behandlungsbeginn sollten die Patienten über Anzeichen und Symptome für SJS unterrichtet werden. Wenn Anzeichen und Symptome auftreten, die auf SJS hindeuten, sollte die TAGRISSO-Therapie sofort unterbrochen oder abgesetzt werden.

### Verlängerung des QTc-Intervalls

Bei Patienten, die mit TAGRISSO behandelt werden, kommt eine Verlängerung des QTc-Intervalls vor. Eine QTc-Verlängerung kann zu einem erhöhten Risiko von ventrikulären Arrhythmien (z. B. Torsade de pointes) oder plötzlichem Tod führen. In den ADAURA-, FLAURA- oder AURA-Studien wurden keine Arrhythmien gemeldet (siehe Abschnitt 4.8). Patienten mit klinisch bedeutsamen Anomalitäten beim Herzrhythmus und bei der Reizleitung, wie sie im Ruhe-Elektrokardiogramm (EKG) gemessen werden (z. B. QTc-Intervall größer als 470 ms), wurden aus diesen Studien ausgeschlossen (siehe Abschnitt 4.8).

Bei Patienten mit kongenitalem Long-QT-Syndrom sollte die Anwendung von Osimertinib nach Möglichkeit vermieden werden. Bei Patienten mit kongestiver Herzinsuffizienz, Elektrolytstörungen oder bei Patienten, die Arzneimittel einnehmen, die bekanntermaßen das QTc-Intervall verlängern, sollte eine regelmäßige EKG- und Elektrolyt-Überwachung in Betracht gezogen werden. Bei Patienten mit einem QTc-Intervall über 500 ms in mindestens 2 separaten EKGs sollte die Behandlung unterbrochen werden, bis das QTc-Intervall unter 481 ms liegt oder auf den Ausgangswert zurückgegangen ist, falls dieser größer oder gleich 481 ms war. Anschließend kann die Behandlung mit TAGRISSO mit verringerter Dosis wieder aufgenommen werden, wie in Tabelle 1 beschrieben. Die Behandlung sollte dauerhaft abgesetzt werden bei Patienten, bei denen es zu einer Verlängerung des QTc-Intervalls in Kombination mit einem der folgenden Befunde kommt: Torsade de pointes, polymorphe ventrikuläre Tachykardie, Anzeichen/Symptome einer schwerwiegenden Arrhythmie.

### Veränderungen der Herzkontraktilität

In klinischen Studien traten Verringerungen der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) von größer als oder gleich 10 Prozentpunkten auf, wobei ein Abfall auf weniger als 50 % bei 3,2 %

(40/1233) der mit TAGRISSO behandelten Patienten auftrat, bei denen eine Messung der LVEF bei Studienbeginn sowie mindestens eine Follow-up-Messung erfolgt waren. Bei Patienten mit kardiologischen Risikofaktoren und Erkrankungen mit möglichen Auswirkungen auf die LVEF sollte eine kardiologische Überwachung mit Messung der LVEF zu Beginn und während der Behandlung in Betracht gezogen werden. Bei Patienten, die während der Behandlung relevante kardiologische Anzeichen/Symptome entwickeln, sollte eine kardiologische Überwachung einschließlich LVEF-Messung in Betracht gezogen werden. In einer adjuvanten Placebo-kontrollierten Studie (ADAURA) trat bei 1,6 % (5/312) der mit TAGRISSO behandelten Patienten und bei 1,5 % (5/331) der mit Placebo behandelten Patienten eine Verringerung der LVEF um mindestens 10 Prozentpunkte und ein Rückgang auf weniger als 50 % auf.

### Keratitis

Bei 0,7 % (n=10) der 1479 in den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien mit TAGRISSO behandelten Patienten wurde eine Keratitis gemeldet. Patienten mit akuten oder sich verschlimmernden Anzeichen und Symptomen, die eine Keratitis vermuten lassen, wie: Augenentzündung, Lakrimation, Lichtempfindlichkeit, verschwommen Sehen, Augenschmerzen und/oder Augenrötung sollten umgehend an einen Augenarzt überwiesen werden (siehe Abschnitt 4.2, Tabelle 1).

### Aplastische Anämie

Im Zusammenhang mit einer Osimertinib-Behandlung sind seltene Fälle von aplastischer Anämie, einschließlich tödlicher Ereignisse, berichtet worden. Vor Behandlungsbeginn sollten Patienten auf Anzeichen und Symptome einer aplastischen Anämie hingewiesen werden. Diese schließen ein, sind aber nicht beschränkt auf anhaltendes Fieber, Hämatome, Blutungen, Blässe, Infektion und Fatigue. Wenn Anzeichen und Symptome auftreten, die auf eine aplastische Anämie hindeuten, sollte eine engmaschige Monitorierung des Patienten und eine Unterbrechung oder ein Absetzen von Osimertinib in Betracht gezogen werden. Osimertinib sollte bei Patienten mit bestätigter aplastischer Anämie abgesetzt werden (siehe Abschnitt 4.2).

### Alter und Körpergewicht

Für ältere Patienten (> 65 Jahre) oder für Patienten mit geringem Körpergewicht (< 50 kg) ist das Risiko möglicherweise erhöht, ein unerwünschtes Ereignis von Grad 3 oder höher zu entwickeln. Bei diesen Patienten wird eine engmaschige Überwachung empfohlen (siehe Abschnitt 4.8).

### Natrium

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro Tablette, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

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

### Pharmakokinetische Wechselwirkungen

Starke CYP3A4-Induktoren können die Osimertinib-Exposition reduzieren. Osimertinib kann die Exposition von Substraten des Brustkrebsresistenzproteins (*breast cancer resistant protein*, BCRP) und des P-glycoproteins (P-gp) erhöhen.

### Wirkstoffe, die die Konzentration von Osimertinib im Plasma erhöhen können

*In-vitro*-Studien haben gezeigt, dass der Phase-I-Metabolismus von Osimertinib vor allem über CYP3A4 und CYP3A5 erfolgt. Im Rahmen einer klinischen pharmakokinetischen Studie mit Patienten hatte die Anwendung zusammen mit 200 mg Itraconazol zweimal täglich (einem starken CYP3A4-Inhibitor) keinen klinisch signifikanten Effekt auf die Osimertinib-Exposition (Fläche unter der Kurve

(AUC) erhöhte sich um 24 % und die  $C_{\max}$  ging um 20 % zurück). Aus diesem Grund ist es unwahrscheinlich, dass CYP3A4-Inhibitoren die Osimertinib-Exposition beeinflussen. Weitere katalysierende Enzyme wurden nicht identifiziert.

#### Wirkstoffe, die die Konzentration von Osimertinib im Plasma reduzieren können

In einer klinischen pharmakokinetischen Studie mit Patienten wurde die AUC von Osimertinib im *Steady state* um 78 % reduziert, wenn es zusammen mit Rifampicin (600 mg täglich für 21 Tage) angewendet wurde. In ähnlicher Weise wurde die Exposition des Metaboliten AZ5104 um 82 % (AUC) bzw. um 78 % ( $C_{\max}$ ) reduziert. Es wird empfohlen, die gleichzeitige Anwendung von starken CYP3A-Induktoren (z. B. Phenytoin, Rifampicin, Carbamazepin) und TAGRISSO zu vermeiden. Mäßige CYP3A4-Induktoren (z. B. Bosentan, Efavirenz, Etravirin, Modafinil) können ebenfalls die Osimertinib-Exposition reduzieren und sollten mit Vorsicht angewendet oder nach Möglichkeit vermieden werden. Es sind keine klinischen Daten verfügbar, um eine Dosisanpassung von TAGRISSO zu empfehlen. Die Anwendung zusammen mit Johanniskraut ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

#### Auswirkungen von Wirkstoffen zur Magensäurehemmung auf Osimertinib

In einer klinischen pharmakokinetischen Studie führte eine gleichzeitige Gabe von Omeprazol nicht zu klinisch relevanten Veränderungen der Osimertinib-Exposition. Arzneimittel, die eine Veränderung des pH-Werts im Magen bewirken, können ohne Einschränkung gemeinsam mit TAGRISSO angewendet werden.

#### Wirkstoffe, deren Plasmakonzentrationen durch TAGRISSO verändert werden können

*In-vitro*-Studien haben gezeigt, dass Osimertinib ein kompetitiver Inhibitor von BCRP-Transportern ist.

In einer klinischen PK-Studie erhöhte die gleichzeitige Gabe von TAGRISSO und Rosuvastatin (sensitives BCRP-Substrat) die AUC und  $C_{\max}$  von Rosuvastatin um 35 % bzw. 72 %. Patienten, die gleichzeitig Arzneimittel einnehmen, deren Disposition von BCRP abhängt und die eine enge therapeutische Breite haben, sollten engmaschig auf Anzeichen einer veränderten Verträglichkeit der Begleitmedikation infolge einer erhöhten Exposition unter der Behandlung mit TAGRISSO beobachtet werden (siehe Abschnitt 5.2).

In einer klinischen PK-Studie reduzierte die gleichzeitige Gabe von TAGRISSO und Simvastatin (sensitives CYP3A4-Substrat) die AUC und  $C_{\max}$  von Simvastatin um 9 % bzw. 23 %. Diese Veränderungen sind gering und wahrscheinlich nicht klinisch relevant. Klinische PK-Wechselwirkungen mit CYP3A4-Substraten sind unwahrscheinlich. Das Risiko einer reduzierten Exposition hormonaler Kontrazeptiva kann nicht ausgeschlossen werden.

In einer klinischen Pregnan-X-Rezeptor-(PXR)-Interaktionsstudie erhöhte die gleichzeitige Gabe von TAGRISSO und Fexofenadin (P-gp-Substrat) nach einer Einmalgabe die AUC und  $C_{\max}$  von Fexofenadin um 56 % (90%-KI 35; 79) bzw. 76 % (90%-KI 49; 108) und im *Steady state* um 27 % (90%-KI 11; 46) bzw. 25 % (90%-KI 6; 48). Patienten, die gleichzeitig Arzneimittel einnehmen, deren Disposition von P-gp abhängig ist und die eine geringe therapeutische Breite haben (z. B. Digoxin, Dabigatran, Aliskiren), sollten engmaschig auf Anzeichen einer veränderten Verträglichkeit als Folge einer erhöhten Exposition des während der Behandlung mit TAGRISSO gleichzeitig angewendeten Arzneimittels überwacht werden (siehe Abschnitt 5.2).



## 4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

### Frauen im gebärfähigen Alter / Kontrazeption für Männer und Frauen

Frauen im gebärfähigen Alter sollten darauf hingewiesen werden, eine Schwangerschaft während der Therapie mit TAGRISSO zu vermeiden. Patienten sollte geraten werden, nach Abschluss der Behandlung mit diesem Arzneimittel in der darauffolgenden Zeit für eine wirksame Kontrazeption zu sorgen: Frauen mindestens 2 Monate lang und Männer mindestens 4 Monate lang. Ein Risiko durch eine reduzierte Exposition hormonaler Kontrazeptiva kann nicht ausgeschlossen werden.

### Schwangerschaft

Für die Anwendung von Osimertinib bei schwangeren Frauen liegen keine oder nur begrenzte Daten vor. Tierexperimentelle Studien haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt (Embryolethalität, vermindertes fetales Wachstum und Neugeborenensterblichkeit, siehe Abschnitt 5.3). Basierend auf dem Wirkmechanismus und auf präklinischen Daten könnte Osimertinib den Fötus schädigen, wenn es bei einer schwangeren Frau angewendet wird. TAGRISSO sollte während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, es sei denn, der klinische Zustand der Patientin erfordert die Behandlung mit Osimertinib.

### Stillzeit

Es ist unbekannt, ob Osimertinib/Metaboliten beim Menschen in die Muttermilch übergehen. Es liegen unzureichende Daten zum Übergang von Osimertinib/ Metaboliten in die Muttermilch bei Tieren vor. Osimertinib und seine Metaboliten wurden jedoch in den gesäugten Jungtieren nachgewiesen. Das Wachstum und Überleben der Nachkommen war reduziert (siehe Abschnitt 5.3). Ein Risiko für das gestillte Kind kann nicht ausgeschlossen werden. Das Stillen sollte während der Behandlung mit TAGRISSO unterbrochen werden.

### Fertilität

Es liegen keine Daten zu den Wirkungen von TAGRISSO auf die Fertilität beim Menschen vor. Ergebnisse aus Tierstudien haben Effekte von Osimertinib an männlichen und weiblichen Fortpflanzungsorganen sowie eine mögliche Beeinträchtigung der Fertilität gezeigt (siehe Abschnitt 5.3).

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

TAGRISSO hat keinen oder einen zu vernachlässigenden Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

## 4.8 Nebenwirkungen

### Zusammenfassung des Sicherheitsprofils

#### *Studien an Patienten mit EGFR-mutationspositivem NSCLC*

Die unten aufgeführten Daten spiegeln die TAGRISSO-Exposition von 1479 Patienten mit EGFR-mutationspositivem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom wider. Diese Patienten erhielten TAGRISSO in einer Dosierung von 80 mg täglich in drei randomisierten Phase-3-Studien (ADAURA, adjuvant; FLAURA, Erstlinientherapie, und AURA3, nur Zweitlinientherapie), zwei einarmigen Studien (AURAex und AURA2, Zweitlinien- oder spätere Therapielinie) und einer Phase-1-Studie (AURA1, Erstlinien- oder spätere Therapielinie) (siehe Abschnitt 5.1). Die meisten Nebenwirkungen wiesen einen Schweregrad von 1 oder 2 auf. Die am häufigsten gemeldeten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAWs) waren Diarrhö (47 %), Ausschlag (45 %), Paronychie (33 %),

trockene Haut (32 %) und Stomatitis (24 %). Nebenwirkungen des Grades 3 und 4 traten in den Studien zusammengenommen bei 10 % bzw. 0,1 % der Patienten auf. Bei 3,4 % der Patienten, die einmal täglich TAGRISSO 80 mg erhielten, wurde die Dosis aufgrund von Nebenwirkungen reduziert. 4,8 % der Therapien wurden aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen.

Patienten mit einer ILD in der Anamnese, einer arzneimittelinduzierten ILD, einer Strahlenpneumonitis, die eine Steroidbehandlung erforderte, oder Patienten mit Anzeichen einer klinisch aktiven ILD wurden aus den klinischen Studien ausgeschlossen. Patienten mit klinisch bedeutsamen Anomalien beim Herzrhythmus und bei der Reizleitung, wie sie im Ruhe-Elektrokardiogramm (EKG) gemessen werden (z. B. QTc-Intervall größer als 470 ms), wurden aus den Studien ausgeschlossen. Die LVEF der Patienten wurde beim Screening und danach alle 12 Wochen gemessen.

#### Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen sind den Häufigkeitskategorien in Tabelle 2 zugeordnet, nach Möglichkeit basierend auf der Häufigkeit von vergleichbaren Reports unerwünschter Ereignisse, die aus einem gepoolten Datensatz von 1479 EGFR-mutationspositiven NSCLC-Patienten stammen, die TAGRISSO in einer Dosis von 80 mg täglich in den Studien ADAURA, FLAURA, AURA3, AURAex, AURA2 und AURA1 erhielten.

Die Nebenwirkungen sind nach MedDRA-Systemorganklasse (SOC) aufgeführt. Für jede Systemorganklasse werden die unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach Häufigkeit aufgelistet, wobei die häufigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen zuerst genannt werden. Innerhalb jeder Häufigkeitsgruppierung werden die unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach abnehmendem Schweregrad dargestellt. Darüber hinaus basiert die entsprechende Häufigkeitskategorie für die einzelnen Nebenwirkungen auf der Konvention CIOMS III und ist 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 ( $< 1/10\,000$ ), nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar).

**Tabelle 2. Nebenwirkungen berichtet in den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien<sup>a</sup>**

MedDRA-SOC	MedDRA-Begriff	CIOMS-Kategorie/ Häufigkeit insgesamt (alle CTCAE-Grade) <sup>b</sup>	Häufigkeit von Ereignissen des CTCAE-Grades 3 oder höher <sup>b</sup>
<b>Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems</b>	Aplastische Anämie	Selten (0,07 %)	0,07 %
<b>Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen</b>	Verminderter Appetit	Sehr häufig (19 %)	1,1 %
<b>Augenerkrankungen</b>	Keratitis <sup>c</sup>	Gelegentlich (0,7 %)	0,1 %
<b>Herzkrankungen</b>	Herzinsuffizienz	Gelegentlich (0,3 %)	0,1 %
<b>Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums</b>	Epistaxis	Häufig (5 %)	0
	Interstitielle Lungenerkrankung <sup>d</sup>	Häufig (3,7 %) <sup>e</sup>	1,1 %
<b>Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts</b>	Diarrhö	Sehr häufig (47 %)	1,4 %
	Stomatitis <sup>f</sup>	Sehr häufig (24 %)	0,5 %
<b>Erkrankungen der Haut und des</b>	Hautausschlag <sup>g</sup>	Sehr häufig (45 %)	0,7 %

MedDRA-SOC	MedDRA-Begriff	CIOMS-Kategorie/ Häufigkeit insgesamt (alle CTCAE-Grade) <sup>b</sup>	Häufigkeit von Ereignissen des CTCAE-Grades 3 oder höher <sup>b</sup>
Unterhautgewebes	Paronychie <sup>h</sup>	Sehr häufig (33%)	0,4 %
	Trockene Haut <sup>i</sup>	Sehr häufig (32 %)	0,1 %
	Pruritus <sup>j</sup>	Sehr häufig (17 %)	0,1 %
	Alopezie	Häufig (4,6 %)	0
	Urtikaria	Häufig (1,9 %)	0,1 %
	Palmar-plantares Erythrodysästhesie- Syndrom	Häufig (1,7 %)	0
	Erythema multiforme <sup>k</sup>	Gelegentlich (0,3 %)	0
	Kutane Vaskulitis <sup>l</sup>	Gelegentlich (0,3 %)	0
	Stevens-Johnson- Syndrom <sup>m</sup>	Selten (0,02 %)	
Untersuchungen	QTc-Intervall- Verlängerung <sup>n</sup>	Gelegentlich (0,8 %)	
	Erhöhung der Kreatinphosphokinase im Blut	Häufig (1,6 %)	0,3 %
	Verringerte linksventrikuläre Ejektionsfraktion <sup>o,p</sup>	Häufig (3,2 %)	
<b>(Befunde basierend auf Testergebnissen, die als Veränderung des CTCAE-Grades gemeldet wurden)</b>	Verminderte Leukozytenzahl <sup>o</sup>	Sehr häufig (65 %)	1,2 %
	Verminderte Lymphozytenzahl <sup>o</sup>	Sehr häufig (62 %)	6 %
	Verminderte Thrombozytenzahl <sup>o</sup>	Sehr häufig (53 %)	1,2 %
	Verminderte Neutrophilenzahl <sup>o</sup>	Sehr häufig (33 %)	3,2 %
	Erhöhte Blutkreatininwerte <sup>o</sup>	Häufig (9 %)	0
<b>Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenerkran- kungen</b>	Myositis	Selten (0,07 %)	

<sup>a</sup> Gepoolte Daten aus der ADAURA- und der FLAURA-Studie sowie den AURA-Studien (AURA3, AURAex, AURA2 und AURA1); zusammengefasst sind nur Ereignisse bei Patienten, die mindestens eine TAGRISSO-Dosis als randomisierte Behandlung erhalten haben.

<sup>b</sup> *Common Terminology Criteria for Adverse Events* des *National Cancer Institute*, Version 4.0.

<sup>c</sup> Einschließlich: Epitheldefekt der Hornhaut, Hornhauterosion, Keratitis, *Keratitis superficialis punctata*.

<sup>d</sup> Einschließlich: Interstitielle Lungenerkrankung, Pneumonitis.

- <sup>e</sup> 5 Ereignisse des CTCAE-Schweregrades 5 (tödlich) wurden berichtet.
- <sup>f</sup> Einschließlich: Geschwüre im Mund, Stomatitis
- <sup>g</sup> Einschließlich: Akne, Dermatitis, akneiforme Dermatitis, Arzneimittelausschlag, Erythema, Follikulitis, Pusteln, Ausschlag, erythematöser Ausschlag, follikulärer Ausschlag, generalisierter Ausschlag, makulärer Ausschlag, makulopapulöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, pustulöser Ausschlag, pruritischer Ausschlag, vesikulärer Ausschlag, Hauterosion.
- <sup>h</sup> Einschließlich: Nagelbitterkrankung, Nagelbettinfektion, Nagelbettentzündung, Nagelverfärbung, Nagelkrankheit, Nageldystrophie, Nagelinfektion, Nagelpigmentierung, Nagelfurche, Nageltoxizität, Onychalgie, Onychoklasie, Onycholyse, Onychomadese, Onychomalazie, Paronychie.
- <sup>i</sup> Einschließlich: Trockene Haut, Ekzem, Hautfissuren, Xeroderma, Xerosis.
- <sup>j</sup> Einschließlich: Pruritus des Augenlids, Pruritus, generalisierter Pruritus.
- <sup>k</sup> Für fünf der 1479 Patienten in den ADAURA-, AURA- und FLAURA-Studien wurde Erythema multiforme berichtet. Nach Markteinführung sind ebenfalls Berichte von Erythema multiforme eingegangen, darunter 7 Berichte aus einer Anwendungsbeobachtung (n=3578).
- <sup>l</sup> Geschätzte Häufigkeit. Die Obergrenze des 95%-KI für die Punktschätzung beträgt 3/1142 (0,3 %).
- <sup>m</sup> Von einem Vorfall wurde in einer Studie nach Markteinführung berichtet. Die Häufigkeit wurde von den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien sowie der Studie nach Markteinführung abgeleitet (n=5057).
- <sup>n</sup> Stellt die Inzidenz der Patienten mit QTcF-Verlängerung >500 ms dar.
- <sup>o</sup> Stellt die Häufigkeit der Laborwertveränderungen dar, nicht die der gemeldeten unerwünschten Ereignisse.
- <sup>p</sup> Stellt Verringerungen von größer als oder gleich 10 Prozentpunkten und einen Abfall auf weniger als 50 % dar.

## Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

### Interstitielle Lungenerkrankung (ILD)

In den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien betrug die ILD-Inzidenz 11 % bei Patienten japanischer Herkunft, 1,6 % bei Patienten nicht-japanischer asiatischer Herkunft und 2,5 % bei nicht-asiatischen Patienten. Die mediane Zeit bis zum Eintritt einer ILD oder ILD-ähnlicher Nebenwirkungen betrug 84 Tage (siehe Abschnitt 4.4).

### Verlängerung des QTc-Intervalls

Von den 1479 Patienten, die in den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien mit 80 mg TAGRISSO behandelt wurden, kam es bei 0,8 % der Patienten (n=12) zu einer QTc-Zeit über 500 ms und 3,1 % der Patienten (n=46) wiesen einen QTc-Anstieg von über 60 ms gegenüber dem Ausgangswert auf. Eine pharmakokinetische/pharmakodynamische Analyse mit TAGRISSO prognostizierte eine konzentrationsabhängige Erhöhung der QTc-Verlängerung. In den ADAURA-, FLAURA- oder AURA-Studien wurden keine QTc-bedingten Arrhythmien berichtet (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1).

### Gastrointestinale Effekte

Diarrhö wurde in den ADAURA-, FLAURA- und AURA-Studien bei 47 % der Patienten berichtet, von denen 38 % Grad-1-Ereignisse, 7,9 % Grad 2 und 1,4 % Grad-3-Ereignisse waren; Ereignisse der Grade 4 oder 5 wurden nicht berichtet. Dosisreduktion war bei 0,3 % der Patienten und Unterbrechung der Dosierung war bei 2 % der Patienten erforderlich. Vier Ereignisse (0,3 %) führten zum Abbruch der Therapie. In der ADAURA-, FLAURA- und der AURA3-Studie betrug für Ereignisse des Grades 2 die mittlere Zeit bis zum Auftreten jeweils 22 Tage, 19 bzw. 22 Tage und die mittlere Dauer jeweils 11 Tage, 19 Tage bzw. 6 Tage.

### Hämatologische Ereignisse

In der frühen Phase der Behandlung mit TAGRISSO wurde eine Verringerung der Medianwerte von Leukozyten, Lymphozyten, Neutrophile und Thrombozyten festgestellt, die sich mit der Zeit stabilisierten und im weiteren Verlauf oberhalb der unteren Grenze des Normwerts blieben. Die unerwünschten Ereignisse Leukopenie, Lymphopenie, Neutropenie und Thrombozytopenie wurden berichtet. Der Schweregrad war in den meisten Fällen leicht bis mäßig, und die Dosierung musste nicht unterbrochen werden. Im Zusammenhang mit einer Osimertinib-Behandlung sind seltene Fälle von aplastischer Anämie, einschließlich tödlicher Ereignisse, berichtet worden. Osimertinib sollte bei Patienten mit bestätigter aplastischer Anämie abgesetzt werden (siehe Abschnitt 4.2 und 4.4).

### Ältere Patienten

In ADAURA, FLAURA und AURA3 (n=1479) waren 43 % der Patienten 65 Jahre und älter, 12 % waren 75 Jahre und älter. Im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern (< 65 Jahre) meldeten mehr Patienten  $\geq 65$  Jahren Nebenwirkungen, die zu einer Dosisanpassung (Unterbrechung oder Dosisreduzierung) der Studienmedikation führten (16 % gegenüber 9 %). Die Art der gemeldeten unerwünschten Ereignisse war ähnlich und unabhängig vom Alter. Ältere Patienten meldeten mehr Nebenwirkungen des Grades 3 oder höher als jüngere Patienten (13 % gegenüber 8 %). Zwischen diesen Teilnehmern und jüngeren Teilnehmern wurde insgesamt kein Unterschied in der Wirksamkeit festgestellt. Bei der Auswertung der AURA-Phase-2-Studien wurde ein einheitliches Muster der Sicherheits- und Wirksamkeitsergebnisse beobachtet.

### Geringes Körpergewicht

Patienten mit geringem Körpergewicht (< 50 kg), die TAGRISSO 80 mg erhielten, berichteten häufiger unerwünschte Ereignisse des Grades  $\geq 3$  (46 % gegenüber 31 %) und QTc-Verlängerung (12 % gegenüber 5 %) als Patienten mit einem höheren Körpergewicht ( $\geq 50$  kg).

### 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 anzuzeigen.

## **4.9 Überdosierung**

In klinischen Studien zu TAGRISSO wurde eine begrenzte Anzahl von Patienten mit einer Dosierung von bis zu 240 mg täglich ohne dosisbegrenzende Toxizitäten behandelt. In diesen Studien traten im Vergleich zur 80-mg-Dosis bei Patienten, die täglich mit TAGRISSO-Dosen von 160 mg und 240 mg behandelt wurden, eine Zunahme in der Häufigkeit und im Schweregrad einiger typischer EGFR-TKI-induzierter unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf (hauptsächlich Diarrhö und Hautausschlag). Es liegen begrenzte Erfahrungen zur versehentlichen Überdosierung beim Menschen vor. In allen Fällen handelte es sich um einzelne Ereignisse, bei denen Patienten aus Versehen eine zusätzliche Tagesdosis von TAGRISSO einnahmen, ohne dass es zu klinischen Folgen kam.

Es gibt keine spezifische Behandlung bei einer Überdosierung von TAGRISSO. Im Falle des Verdachts auf eine Überdosierung sollte die Behandlung mit TAGRISSO unterbrochen und eine symptomatische Therapie eingeleitet werden.

## **5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN**

### **5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften**

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren; ATC-Code: L01EB04.

### Wirkmechanismus

Osimertinib ist ein Tyrosinkinase-Inhibitor (TKI). Es handelt sich um einen irreversiblen Inhibitor der EGFRs mit aktivierenden Mutationen (EGFR<sub>M</sub>) und mit der TKI-Resistenz-Mutation T790M.

## Pharmakodynamische Wirkungen

*In-vitro*-Studien zeigten eine hochpotente inhibitorische Aktivität von Osimertinib am EGFR in einer Reihe von Zelllinien für NSCLC, die alle klinisch relevanten sensibilisierenden EGFR-Mutationen und T790M-Mutationen umfassten (apparente IC<sub>50</sub>S-Werte von 6 nM bis 54 nM gegen Phospho-EGFR). Dies führt zu einer Hemmung des Zellwachstums bei signifikant weniger Aktivität gegen EGFR bei Wildtyp-Zelllinien (apparente IC<sub>50</sub>S-Werte von 480 nM bis 1,8 µM gegen Phospho-EGFR). *In vivo* führte die orale Gabe von Osimertinib bei NSCLC-Xenotransplantaten und transgenen Mausmodellen mit Lungentumoren zum Schrumpfen sowohl der Tumore mit EGFRm als auch der mit T790M.

## Kardiale Elektrophysiologie

Das Risiko für eine durch TAGRISSO hervorgerufene Verlängerung des QTc-Intervalls wurde mit 210 Patienten bewertet, die im Rahmen von AURA2 täglich 80 mg Osimertinib erhielten. Nach Gabe einer Einzeldosis und im *Steady state* wurden anhand der Ergebnisse aus seriellen EKGs die Wirkung von Osimertinib auf das QTc-Intervall bewertet. Eine pharmakokinetische/pharmakodynamische Analyse prognostizierte bei 80 mg eine arzneistoffinduzierte Verlängerung des QTc-Intervalls von 14 ms mit einer Obergrenze von 16 ms (90%-KI).

## Klinische Wirksamkeit und Sicherheit

### Adjuvante Behandlung des EGFR-mutationspositiven NSCLC, mit oder ohne vorhergehende adjuvante Chemotherapie – ADAURA

In einer randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie (ADAURA) wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von TAGRISSO zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit EGFR-mutationspositivem (Ex19del oder L858R) NSCLC gezeigt, bei denen zuvor eine vollständige Tumorresektion mit oder ohne adjuvante Chemotherapie durchgeführt worden war.

Geeignete Patienten mit resektablen Tumoren der Stadien IB – IIIA (gemäß der *American Joint Commission on Cancer* [AJCC] 7. Edition) mussten EGFR-Mutationen aufweisen (Ex19del oder L858R), die durch einen Cobas-EGFR-Mutationstest nachgewiesen wurden, der prospektiv in einem zentralen Labor mittels einer durch Biopsie oder operativ gewonnenen Probe durchgeführt wurde.

Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 entweder auf TAGRISSO (n=339, 80 mg oral einmal täglich) oder auf Placebo (n=343) randomisiert, nachdem sie sich von der Operation und gegebenenfalls einer adjuvanten Standardchemotherapie erholt hatten. Patienten, die keine adjuvante Chemotherapie erhalten hatten, wurden innerhalb von 10 Wochen randomisiert und Patienten, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten hatten, innerhalb von 26 Wochen nach der Operation. Die Randomisierung wurde nach EGFR-Mutationstyp (Ex19del oder L858R), ethnischer Zugehörigkeit (asiatisch oder nicht-asiatisch) und Krankheitsstadium auf Grundlage einer perkutanen transthorakalen Nadelbiopsie (pTNM) (IB oder II oder IIIA) gemäß AJCC Version 7 stratifiziert. Die Therapie wurde bis zum Auftreten eines Rezidivs, inakzeptabler Toxizität oder 3 Jahre lang gegeben.

Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war in der Population mit den Stadien II-IIIa das krankheitsfreie Überleben (*disease-free survival*, DFS) gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt. DFS gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt in der Population mit den Stadien IB-IIIa (Gesamtpopulation) war ein zusätzlicher Wirksamkeitsendpunkt. Weitere zusätzliche Wirksamkeitsendpunkte schlossen die DFS-Rate, das Gesamtüberleben (*overall survival*, OS), die OS-Rate und die Zeit bis zur Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*health-related quality of life*, HRQoL) anhand des Fragebogens SF-36 ein.

Die Gesamtpopulation der Studie wies zur *Baseline* die folgenden demografischen und krankheitsbezogenen Eigenschaften auf: medianes Alter 63 Jahre (Spanne 30-86 Jahre), ≥75 Jahre (11 %), Frauen (70 %), Asiaten (64 %), nie geraucht (72 %), *World Health Organization*(WHO)-

*Performance*-Status von 0 (64 %) oder 1 (36 %), Stadium IB (31 %), Stadium II (34 %) und IIIA (35 %). Im Hinblick auf den EGFR-Mutationsstatus handelte es sich bei 55 % um Exon-19-Deletionen und bei 45 % um Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen; 9 Patienten (1 %) hatten gleichzeitig auch eine *de novo* T790M-Mutation. Die Mehrheit (60 %) der Patienten erhielt vor der Randomisierung eine adjuvante Chemotherapie (26 % IB; 71 % IIA; 73 % IIB; 80 % IIIA). Zum Zeitpunkt des Datenschnitts wurden noch 205 (61 %) der Patienten behandelt. Von den 73 (11 %) Patienten, die die Möglichkeit hatten, die 3-jährige Behandlungsdauer abzuschließen, waren 40 (12 %) im Osimertinib-Arm und 33 (10 %) im Placebo-Arm.

Bei 37 Patienten kam es unter TAGRISSO zu einem Rezidiv. Am häufigsten trat ein Rezidiv in der Lunge (19 Patienten), in den Lymphknoten (10 Patienten) und im zentralen Nervensystem (ZNS) (5 Patienten) auf. Bei 157 Patienten kam es unter Placebo zu einem Rezidiv. Die am häufigsten angegebenen Stellen waren: Lunge (61 Patienten), Lymphknoten (48 Patienten) und ZNS (34 Patienten).

Die ADAURA-Studie zeigte in der Population mit den Stadien II-IIIa für mit TAGRISSO behandelte Patienten im Vergleich zu mit Placebo behandelten Patienten eine statistisch signifikante Reduktion für das Risiko eines Rezidivs oder Tod. Ähnliche Ergebnisse wurden in der Population mit den Stadien IB-IIIa beobachtet. Zum Zeitpunkt der DFS-Analyse waren die Daten für das Gesamtüberleben (OS) noch nicht reif. Die Wirksamkeitsergebnisse aus ADAURA gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

**Tabelle 3. Wirksamkeitsergebnisse aus ADAURA gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt**

Wirksamkeitsparameter	Stadium-II-IIIa-Population		Stadium-IB-IIIa-Population	
	TAGRISSO (n=233)	Placebo (n=237)	TAGRISSO (n=339)	Placebo (n=343)
<b>Krankheitsfreies Überleben</b>				
Anzahl Ereignisse (%)	26 (11)	130 (55)	37 (11)	159 (46)
Rezidive (%)	26 (11)	129 (54)	37 (11)	157 (46)
Todesfälle (%)	0	1 (0,4)	0	2 (0,6)
Median, Monate (95%-KI)	NC (38,8; NC)	19,6 (16,6; 24,5)	NC (NC; NC)	27,5 (22,0; 35,0)
HR (99,06%-KI); p-Wert	0,17 (0,11; 0,26); <0,0001 <sup>a</sup>		0,20 (0,14; 0,30); <0,0001 <sup>b</sup>	
DFS-Rate nach 12 Monaten (%) (95%-KI)	97 (94; 99)	61 (54; 67)	97 (95; 99)	69 (63; 73)
DFS-Rate nach 24 Monaten (%) (95%-KI)	90 (84; 93)	44 (37; 51)	89 (85; 92)	52 (46; 58)
DFS-Rate nach 36 Monaten (%) (95%- KI) <sup>c, d</sup>	78 (65; 87)	28 (19; 38)	79 (69; 86)	40 (32; 48)

HR=Hazard Ratio; KI=Konfidenzintervall; NC = nicht berechenbar (*non-calculable*)

DFS-Ergebnisse basieren auf der Beurteilung durch den Prüfarzt

Eine HR < 1 ist zugunsten von TAGRISSO

Mediane Dauer des Follow-up für DFS: 22,1 Monate bei Patienten unter TAGRISSO, 14,9 Monate für Patienten, die Placebo erhielten (Stadium-II-IIIa-Population) und 16,6 Monate für Patienten, die Placebo erhielten (Stadium-IB-IIIa-Population).

<sup>a</sup> Adjustiert für eine Zwischenanalyse (33 % Datenreife), für eine statistische Signifikanz war ein p-Wert < 0,0094

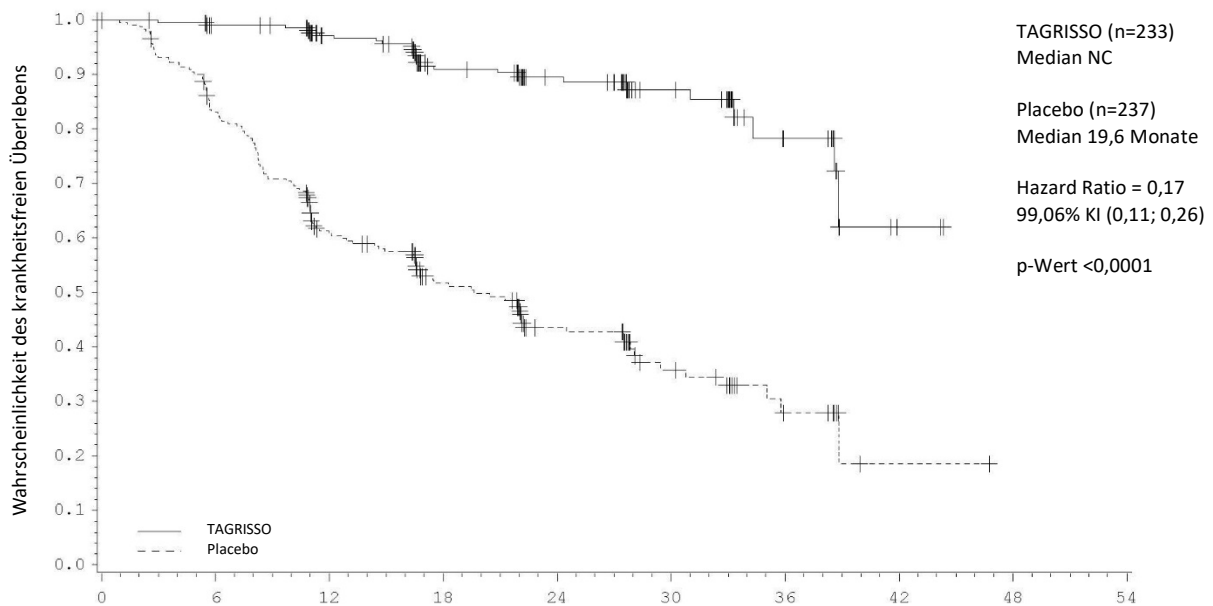
erforderlich.

<sup>b</sup> Adjustiert für eine Zwischenanalyse (29 % Datenreife), für eine statistische Signifikanz war ein p-Wert < 0,0088 erforderlich.

<sup>c</sup> Die Anzahl der Patienten unter Risiko nach 36 Monaten betrug 18 Patienten im Osimertinib-Arm und 9 Patienten im Placebo-Arm (Stadium-II-IIIa-Population).

<sup>d</sup> Die Anzahl der Patienten unter Risiko nach 36 Monaten betrug 27 Patienten im Osimertinib-Arm und 20 Patienten im Placebo-Arm (Stadium-IB-IIIa-Population).

**Abbildung 1. Kaplan-Meier-Kurve des krankheitsfreien Überlebens bei Patienten mit Stadium II-IIIa gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt**



Anzahl unter Risiko		Zeit ab Randomisierung (Monate)									
		0	6	12	18	24	30	36	42	48	54
TAGRISSO	233	219	189	137	97	52	18	2	0	0	
Placebo	237	190	127	82	51	27	9	1	0	0	

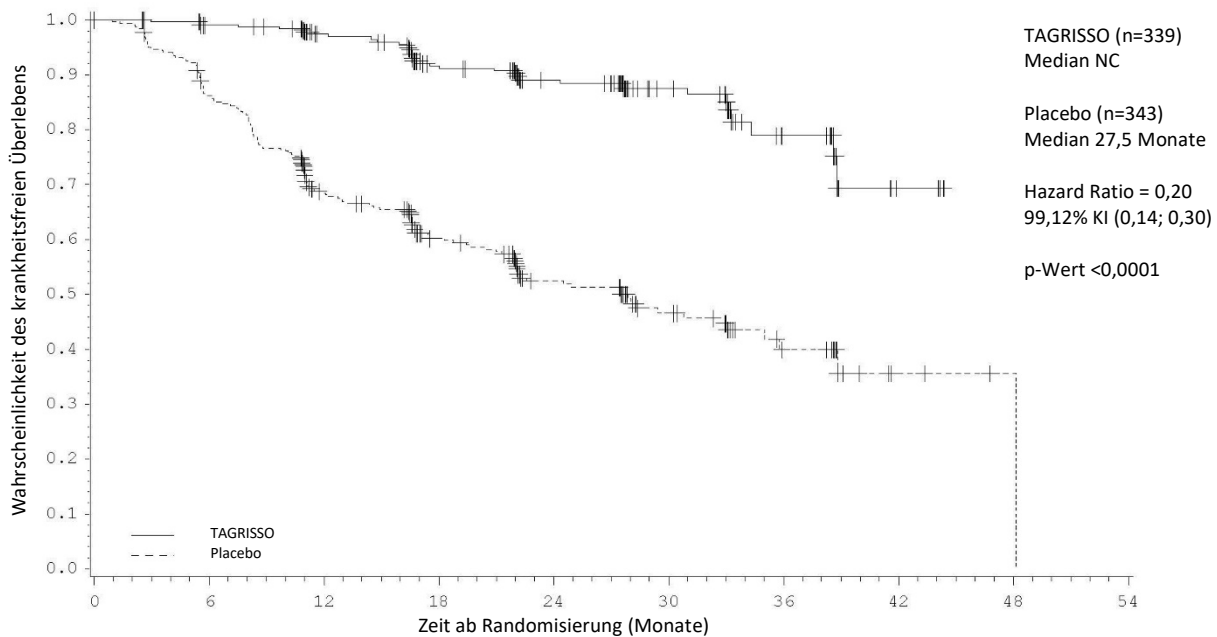
+ zensierte Patienten

Die Zahlen unten in der Abbildung stehen für Patienten mit bestehendem Risiko.

NC = *Not Calculable* (nicht berechenbar).



**Abbildung 2. Kaplan-Meier-Kurve des krankheitsfreien Überlebens bei Patienten mit Stadium IB-III A (Gesamtpopulation) gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt**



Anzahl unter Risiko		0	6	12	18	24	30	36	42	48	54
TAGRISSO	339	313	272	208	138	74	27	5	0	0	0
Placebo	343	287	207	148	88	53	20	3	1	0	0

+ zensierte Patienten

Die Zahlen unten in der Abbildung stehen für Patienten mit bestehendem Risiko.

NC = *Not Calculable* (nicht berechenbar).

Der DFS-Vorteil für TAGRISSO im Vergleich zu Placebo war bei allen untersuchten vordefinierten Subgruppen konsistent, einschließlich ethnische Zugehörigkeit, Alter, Geschlecht und EGFR-Mutationstyp (Exon-19-Deletion oder L858R).

Eine exploratorische Analyse des ZNS-DFS (Zeit bis zum ZNS-Rezidiv oder Tod) zeigte für die Gesamtpopulation (Stadium IB-III A) für Patienten unter TAGRISSO im Vergleich zu Placebo eine HR von 0,18 (95%-KI: 0,10; 0,33;  $p < 0,0001$ ).

#### *Ergebnisse aus Patientenbefragungen (Patient reported outcomes)*

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQL) wurde in ADAURA anhand des Fragebogens *Short Form (36) Health Survey Version 2* (SF-36v2) ermittelt. Der SF-36v2 wurde nach 12 Wochen, nach 24 Wochen und danach alle 24 Wochen, jeweils gerechnet vom Randomisierungsdatum bis zum Ende oder Abbruch der Behandlung, erhoben. Insgesamt blieb die HRQL in beiden Armen bis zu 30 Monate erhalten, wobei es bei mindestens 70 % der Patienten in der Population mit Stadium II-III A nicht zu einer klinisch bedeutsamen Verschlechterung oder Tod in den Komponenten zur körperlichen Gesundheit des SF-36 (70 % vs. 76 % für TAGRISSO vs. Placebo) oder den Komponenten zur psychischen Gesundheit des SF-36 (70 % vs. 71 % für TAGRISSO vs. Placebo) kam.

#### *Nicht vorbehandelte Patienten mit EGFR-mutationspositivem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC – FLAURA*

Die Wirksamkeit und Sicherheit von TAGRISSO bei der Behandlung von Patienten mit EGFR-mutationspositivem, lokal fortgeschrittenem, nicht für kurative Operation oder Strahlentherapie zugänglichem oder metastasiertem NSCLC, die zuvor keine systemische Therapie zur Behandlung des fortgeschrittenen Krankheitsstadiums erhalten hatten, wurde in einer randomisierten, doppelblinden, aktiv kontrollierten Studie (FLAURA) nachgewiesen. Tumorgewebeproben der Patienten mussten

eine der beiden häufigen EGFR-Mutationen aufweisen, die bekanntermaßen mit einer EGFR-TKI-Sensitivität einhergehen (Ex19del oder L858R). Die Testung fand im Labor vor Ort oder im Zentrallabor statt.

Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 entweder auf TAGRISSO (n=279, 80 mg einmal täglich oral) oder den EGFR-TKI-Vergleichsarm randomisiert (n=277, 250 mg Gefitinib einmal täglich oral oder 150 mg Erlotinib einmal täglich oral). Die Randomisierung wurde nach EGFR-Mutationstyp (Ex19del oder L858R) und nach ethnischer Zugehörigkeit (Asiaten, Nicht-Asiaten) stratifiziert. Die Patienten erhielten die Studientherapie bis zu einer Unverträglichkeit der Behandlung oder bis der Prüfarzt bestimmte, dass der Patient nicht mehr länger klinisch profitierte. Patienten im EGFR-TKI-Vergleichsarm konnten nach Krankheitsprogression auf unverblindetes TAGRISSO wechseln, sofern die Tumorproben den Nachweis einer T790M-Mutation erbrachten. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS) gemäß Bewertung durch den Prüfarzt.

Die Gesamtpopulation der Studie wies bei der *Baseline* die folgenden demografischen und Krankheitseigenschaften auf: medianes Alter 64 Jahre (Spanne: 26–93 Jahre),  $\geq 75$  Jahre (14 %), Frauen (63 %), Weiße (36 %), Asiaten (62 %), nie geraucht (64 %). Alle Patienten wiesen einen *World Health Organization*(WHO)-*Performance*-Status von 0 oder 1 (100 %) auf. 36 % der Patienten hatten Knochenmetastasen, 35 % der Patienten hatten extrathorakale viszerale Metastasen und 21 % der Patienten hatten ZNS-Metastasen (identifiziert durch Abgleich von Unterlagen zur ZNS-Läsionsstelle bei der *Baseline*, Anamnese, und/oder vorherige Operationen und/oder vorherige Strahlentherapien bei ZNS-Metastasen).

TAGRISSO zeigte eine klinisch bedeutsame und statistisch signifikante Verbesserung des PFS gegenüber dem EGFR-TKI-Vergleichsarm (Median 18,9 bzw. 10,2 Monate, HR=0,46, 95%-KI: 0,37; 0,57,  $p < 0,0001$ ). Die Wirksamkeitsergebnisse aus FLAURA gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt sind in Tabelle 4 zusammengefasst, Abbildung 3 zeigt die Kaplan-Meier-Kurve für PFS. Die finale Analyse des Gesamtüberlebens (OS, 58 % Datenreife) zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung mit einer HR von 0,799 (95,05%-KI: 0,641; 0,997) und eine klinisch relevante längere mediane Überlebenszeit bei Patienten, die auf TAGRISSO randomisiert wurden, verglichen mit dem EGFR-TKI-Vergleichsarm (Tabelle 4 und Abbildung 4). Nach jeweils 12, 18, 24 und 36 Monaten lebten mehr Patienten unter TAGRISSO (89 %, 81 %, 74 % bzw. 54 %) gegenüber Patienten im EGFR-TKI-Vergleichsarm (83 %, 71 %, 59 % bzw. 44 %). Die Analyse der Endpunkte, die nach der Progression erhoben wurden, zeigte, dass der PFS-Vorteil über die nachfolgenden Therapielinien erhalten blieb.

**Tabelle 4. Wirksamkeitsergebnisse aus FLAURA gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt**

Wirksamkeitsparameter	TAGRISSO (n=279)	EGFR-TKI- Vergleichsarm (Gefitinib oder Erlotinib) (n=277)
<b>Progressionsfreies Überleben</b>		
Anzahl Ereignisse (62 % Datenreife)	136 (49)	206 (74)
Median, Monate (95%-KI)	18,9 (15,2; 21,4)	10,2 (9,6; 11,1)
HR (95%-KI); p-Wert	0,46 (0,37; 0,57); $p < 0,0001$	
<b>Gesamtüberleben</b>		

Anzahl Todesfälle (58 % Datenreife)	155 (56)	166 (60)
Median OS, Monate (95%-KI)	38,6 (34,5; 41,8)	31,8 (26,6; 36,0)
HR (95,05%-KI); p-Wert	0,799 (0,641; 0,997); p = 0,0462 <sup>†</sup>	
<b>Objektive Ansprechrate <sup>*1</sup></b>		
Anzahl Responder (n), Ansprechrate (95%-KI)	223 80 % (75; 85)	210 76 % (70; 81)
<i>Odds Ratio</i> (95%-KI); p-Wert	1,3 (0,9; 1,9); p = 0,2421	
<b>Dauer des Ansprechens (DoR) *</b>		
Median, Monate (95%-KI)	17,2 (13,8; 22,0)	8,5 (7,3; 9,8)
<b>Zweites PFS nach Beginn der ersten nachfolgenden Therapie (PFS2)</b>		
Anzahl Patienten mit zweiter Progression (%)	73 (26)	106 (38)
Median PFS2, Monate (95%-KI)	NC (23,7; NC)	20,0 (18,0; NC)
HR (95%-KI); p-Wert	0,58 (0,44; 0,78); p = 0,0004	
<b>Dauer von der Randomisierung bis zur ersten nachfolgenden Therapie oder Tod (TFST)</b>		
Anzahl Patienten mit erster nachfolgender Therapie oder Tod (%)	115 (41)	175 (63)
Median TFST, Monate (95%-KI)	23,5 (22,0; NC)	13,8 (12,3; 15,7)
HR (95%-KI); p-Wert	0,51 (0,40; 0,64); p<0,0001	
<b>Dauer von der Randomisierung bis zur zweiten nachfolgenden Therapie oder Tod (TSST)</b>		
Anzahl Patienten mit zweiter nachfolgender Therapie oder Tod (%)	75 (27)	110 (40)
Median TSST, Monate (95%-KI)	NC (NC; NC)	25,9 (20,0; NC)

HR (95%-KI); p-Wert

0,60 (0,45; 0,80); p = 0,0005

HR = Hazard Ratio, KI = Konfidenzintervall, NC = nicht berechenbar (*non-calculable*)

PFS-, ORR-, DoR- und PFS2-Ergebnisse basieren auf RECIST-Beurteilung durch den Prüfarzt

\*Basierend auf unbestätigtem Ansprechen

Mediane Dauer des Follow-up: 15,0 Monate bei Patienten unter TAGRISSO und 9,7 Monate bei Patienten im EGFR-TKI-Vergleichsarm

Mediane Dauer des Follow-up für Überleben: 35,8 Monate bei Patienten unter TAGRISSO und 27,0 Monate bei Patienten im EGFR-TKI-Vergleichsarm

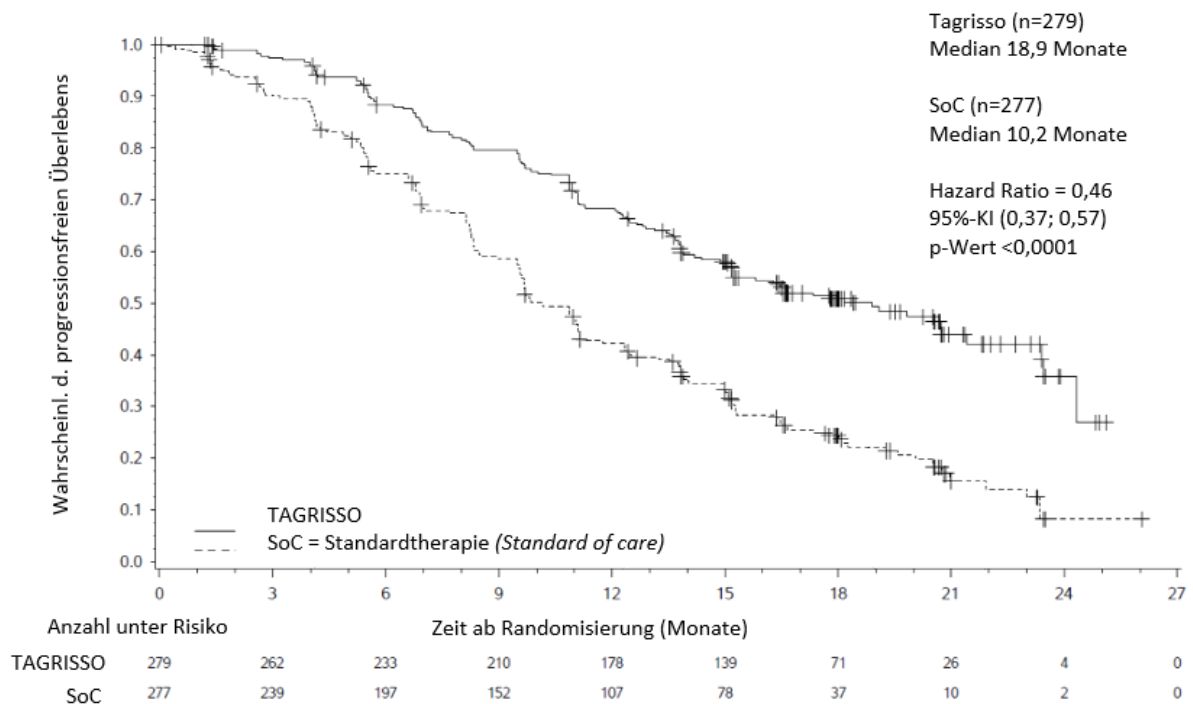
PFS-, ORR-, DoR-, PFS2-, TFST- und TSST-Ergebnisse beruhen auf dem Datenschnitt 12. Juni 2017. OS-Ergebnisse beruhen auf dem Datenschnitt 25. Juni 2019.

Eine HR < 1 ist zugunsten von TAGRISSO, eine Odds Ratio > 1 ist zugunsten von TAGRISSO

† Adjustiert für eine Zwischenanalyse (25 % Datenreife), für eine statistische Signifikanz war ein p-Wert < 0,0495 erforderlich

‡ ORR-Ergebnisse gemäß verblindeter unabhängiger zentraler Bewertung (*Blinded Independent Central Review*, BICR) waren konsistent mit Ergebnissen der Beurteilung durch den Prüfarzt. ORR mittels BICR-Beurteilung betrug 78 % (95%-KI 73; 83) unter TAGRISSO und 70 % (95%-KI 65; 76) im EGFR-TKI-Vergleichsarm.

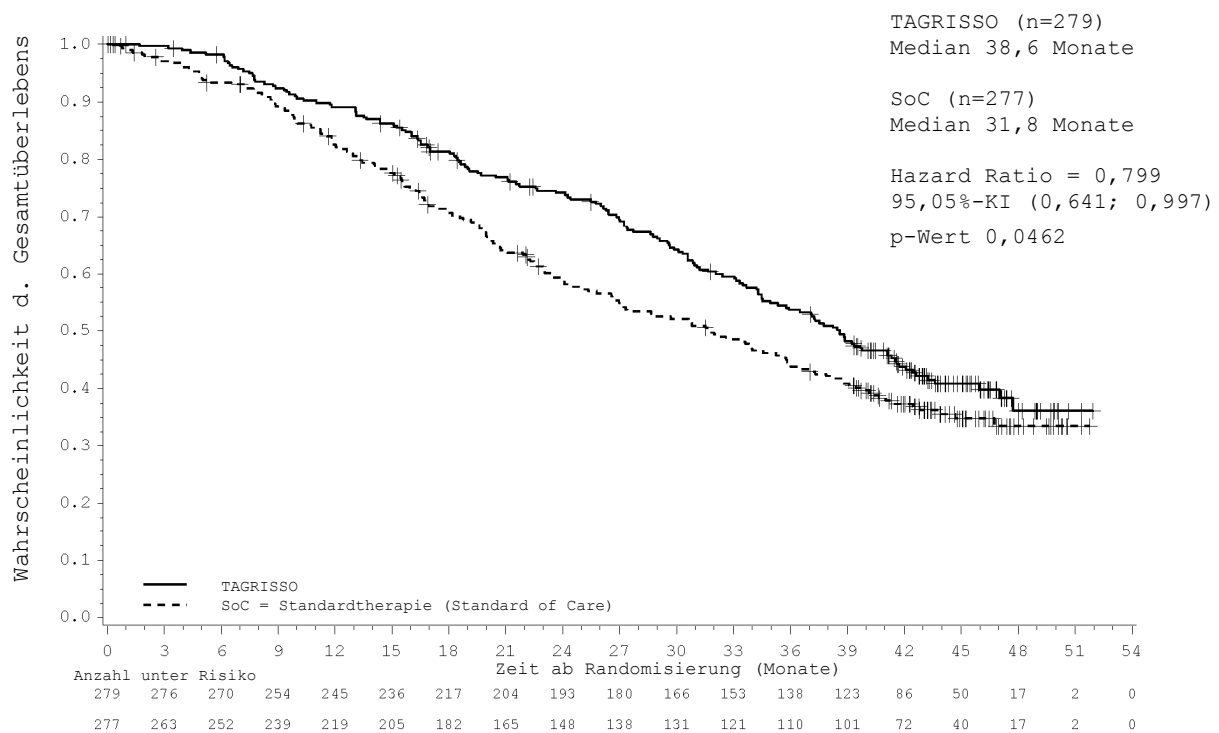
### Abbildung 3. Kaplan-Meier-Kurven des progressionsfreien Überlebens gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt in FLAURA



+ zensierte Patienten.

Die Zahlen unten in der Abbildung stehen für Patienten mit bestehendem Risiko.

**Abbildung 4. Kaplan-Meier-Kurven des Gesamtüberlebens in FLAURA**



+ zensierte Patienten.

Die Zahlen unten in der Abbildung stehen für Patienten mit bestehendem Risiko.

Der Nutzen in Bezug auf das PFS unter TAGRISSO im Vergleich zum EGFR-TKI-Vergleichsarm war bei allen untersuchten vordefinierten Subgruppen konsistent, einschließlich ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Raucheranamnese, Status in Bezug auf ZNS-Metastasen bei Studienbeginn und EGFR-Mutationstyp (Exon-19-Deletion oder L858R).

#### Daten zur Wirksamkeit in Bezug auf ZNS-Metastasen in der FLAURA-Studie

Patienten mit ZNS-Metastasen, die für mindestens zwei Wochen nach Abschluss der maßgeblichen Therapie und Steroidbehandlung keine Steroide benötigten und einen stabilen neurologischen Status aufwiesen, konnten in die FLAURA-Studie aufgenommen werden. Bei 200 von 556 Patienten war bei der *Baseline* ein Gehirnscan verfügbar. Die BICR-Beurteilung der Scans ergab eine Subgruppe von 128/556 Patienten (23 %) mit ZNS-Metastasen. Die Daten sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Die Bewertung der Wirksamkeit im ZNS gemäß RECIST v1.1 in FLAURA zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung des ZNS-PFS (HR=0,48, 95%-KI 0,26; 0,86; p=0,014).

**Tabelle 5. Wirksamkeit im ZNS gemäß BICR bei Patienten mit nachgewiesenen ZNS-Metastasen mittels eines Gehirnschans bei der *Baseline* in FLAURA**

Wirksamkeitsparameter	TAGRISSO n=61	EGFR-TKI-Vergleichsarm (Gefitinib oder Erlotinib) n=67
<b>ZNS-progressionsfreies Überleben<sup>1</sup></b>		
Anzahl Ereignisse (%)	18 (30)	30 (45)
Median, Monate (95%-KI)	NC (16,5; NC)	13,9 (8,3; NC)
HR (95%-KI); p-Wert	0,48 (0,26; 0,86); p = 0,014	
Ohne Progression im ZNS und	87 (74; 94)	71 (57; 81)

überlebend nach 6 Monaten (%) (95%-KI)		
Ohne Progression im ZNS und überlebend nach 12 Monaten (%) (95%-KI)	77 (62; 86)	56 (42; 68)

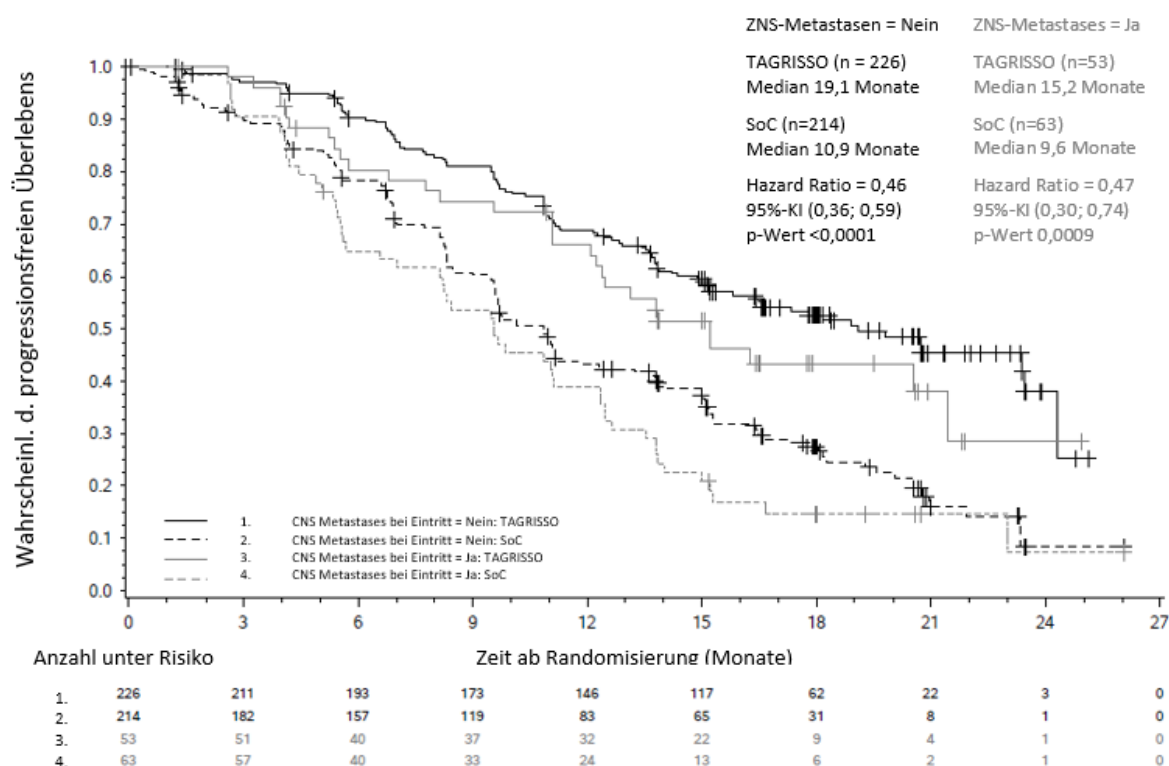
HR = Hazard Ratio, KI = Konfidenzintervall, NC = nicht berechenbar (*non-calculable*)

Eine HR < 1 ist zugunsten von TAGRISSO, eine Odds Ratio >1 ist zugunsten von TAGRISSO.

<sup>1</sup> ZNS-PFS bestimmt gemäß RECIST v1.1 durch ZNS-BICR (messbare und nicht messbare ZNS-Läsionen bei der Baseline durch BICR), n=61 für TAGRISSO und n=67 für EGFR-TKI-Vergleichsarm; unbestätigtes Ansprechen

In FLAURA wurde eine vordefinierte PFS-Subgruppenanalyse auf der Grundlage des Status der ZNS-Metastasen (identifiziert durch Abgleich von Unterlagen zur ZNS-Läsionsstelle bei der *Baseline*, Anamnese, und/oder vorherige Operationen und/oder vorherige Strahlentherapien bei ZNS-Metastasen) beim Eintritt in die Studie durchgeführt. Die Ergebnisse finden sich in Abbildung 5. Patienten im TAGRISSO-Arm zeigten unabhängig vom ZNS-Läsionsstatus beim Eintritt in die Studie einen überlegenen Nutzen in Bezug auf die Wirksamkeit im Vergleich zu Patienten im EGFR-TKI-Vergleichsarm. Im TAGRISSO-Arm hatten weniger Patienten neue ZNS-Läsionen verglichen mit dem EGFR-TKI-Vergleichsarm (TAGRISSO 11/279 [3,9 %] im Vergleich zu EGFR-TKI-Vergleichsarm 34/277 [12,3 %]). In der Subgruppe von Patienten ohne ZNS-Läsionen bei der *Baseline* kam es im TAGRISSO-Arm zu einer geringeren Anzahl neuer ZNS-Läsionen als im EGFR-TKI-Vergleichsarm (7/226 [3,1 %] bzw. 15/214 [7,0 %]).

**Abbildung 5. Gesamt-PFS gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt nach ZNS-Metastasen-Status beim Eintritt in die Studie; Kaplan-Meier-Kurve (Full Analysis Set) in FLAURA**



+ zensierte Patienten.

Die Zahlen unten in der Abbildung stehen für Patienten mit bestehendem Risiko.

### Ergebnisse aus Patientenbefragungen (Patient reported outcomes)

Patientenberichte zu Symptomen und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*health-related quality of life*, HRQL) wurden elektronisch mittels EORTC QLQ-C30 und dessen Lungenkrebsmodul (EORTC QLQ-LC13) erhoben. Der LC13 wurde in den ersten 6 Wochen einmal wöchentlich und

anschließend alle 3 Wochen sowohl vor als auch nach der Krankheitsprogression ausgegeben. Der C30 wurde alle 6 Wochen sowohl vor als auch nach der Progression erhoben. Bei der *Baseline* wurden keine Unterschiede in Bezug auf Patientenberichte zu Symptomen, Funktionsfähigkeit oder HRQL zwischen dem TAGRISSO- und dem EGFR-TKI-Vergleichsarm (Gefitinib oder Erlotinib) festgestellt. Die Rücklaufquote war in den ersten 9 Monaten insgesamt gut ( $\geq 70\%$ ) und ähnlich in beiden Armen.

#### Analyse der wichtigsten Lungenkrebs Symptome

Von der *Baseline* bis Monat 9 erhobene Daten zeigten ähnliche Verbesserungen in der TAGRISSO- und EGFR-TKI-Vergleichsgruppe in Bezug auf die fünf vordefinierten primären PRO-Symptome (Husten, Dyspnoe, Schmerzen in der Brust, Fatigue und Appetitverlust), wobei die Verbesserung des Hustens den festgelegten klinisch relevanten Grenzwert erreichte. Bis Monat 9 wurden keine klinisch bedeutsamen Unterschiede (d. h. eine Differenz von  $\geq 10$  Punkten) in Bezug auf Patienten-berichtete Symptome zwischen TAGRISSO und der EGFR-TKI-Vergleichsgruppe festgestellt.

#### HRQL und Untersuchung der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit

Beide Gruppen berichteten über ähnliche Verbesserungen in den meisten Kategorien für die Funktionsfähigkeit und den allgemeinen Gesundheitsstatus/HRQL. Dies kann als Hinweis auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten insgesamt gewertet werden. Bis Monat 9 wurde in Bezug auf die Funktionsfähigkeit oder HRQL kein klinisch bedeutsamer Unterschied zwischen der TAGRISSO- und der EGFR-TKI-Vergleichsgruppe festgestellt.

#### Vorbehandelte T790M-positive NSCLC-Patienten in AURA3

Die Wirksamkeit und Sicherheit von TAGRISSO für die Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem T790M-NSCLC mit Krankheitsprogression während oder nach einer EGFR-TKI-Therapie wurde in einer randomisierten, unverblindeten, aktiv kontrollierten Phase-3-Studie (AURA3) nachgewiesen. Alle Patienten mussten ein EGFR-T790M-mutationspositives NSCLC aufweisen, das vor der Randomisierung mittels des Cobas-EGFR-Mutationstests in einem Zentrallabor nachgewiesen wurde. Der T790M-Mutationsstatus wurde ebenfalls unter Verwendung von ctDNA bestimmt, die während des Screenings aus einer Plasmaprobe gewonnen wurde. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS) gemäß Bewertung durch den Prüfarzt. Weitere Wirksamkeitsendpunkte waren die Rate des objektiven Ansprechens (*Objective Response Rate*, ORR), die Dauer des Ansprechens (*Duration of Response*, DoR) und Gesamtüberleben (*Overall Survival*, OS) gemäß Bewertung durch den Prüfarzt.

Die Patienten wurden im Verhältnis 2:1 (TAGRISSO: platinhaltige Kombinationschemotherapie) auf eine Behandlung mit TAGRISSO (n=279) oder mit einer platinhaltigen Kombinationschemotherapie (n=140) randomisiert. Die Randomisierung wurde nach ethnischer Zugehörigkeit (Asiaten, Nicht-Asiaten) stratifiziert. Die Patienten im TAGRISSO-Arm erhielten 80 mg TAGRISSO einmal täglich oral bis zu einer Unverträglichkeit der Behandlung oder bis der Prüfarzt bestimmte, dass kein klinischer Nutzen mehr für den Patienten vorhanden war. Die Chemotherapie bestand aus 500 mg/m<sup>2</sup> Pemetrexed mit Carboplatin AUC5 oder 500 mg/m<sup>2</sup> Pemetrexed mit Cisplatin 75 mg/m<sup>2</sup> an Tag 1 jedes 21-tägigen Zyklus für bis zu 6 Zyklen. Patienten ohne Krankheitsprogression nach vier Zyklen der platinhaltigen Chemotherapie konnten eine Erhaltungstherapie mit Pemetrexed bekommen (500 mg/m<sup>2</sup> Pemetrexed an Tag 1 jedes 21-tägigen Zyklus). Probanden im Chemotherapie-Arm mit objektiver radiologischer Krankheitsprogression (Beurteilung durch den Prüfarzt sowie Bestätigung durch eine unabhängige zentrale Bildgebungsprüfung) erhielten die Möglichkeit, eine Therapie mit TAGRISSO zu beginnen.

Die Gesamtpopulation der Studie wies bei der *Baseline* die folgenden demografischen und Krankheitseigenschaften auf: mittleres Alter 62 Jahre,  $\geq 75$  Jahre (15 %), Frauen (64 %), Weiße (32 %), Asiaten (65 %), nie geraucht (68 %), WHO-Performance-Status 0 oder 1 (100 %). 54 % der Patienten hatten extrathorakale viszerale Metastasen, einschließlich 34 % mit ZNS-Metastasen (identifiziert durch Abgleich von Unterlagen zur ZNS-Läsionsstelle bei der *Baseline*, Anamnese,

und/oder vorherige Operationen und/oder vorherige Strahlentherapien bei ZNS-Metastasen) und 23 % mit Lebermetastasen. 42 % der Patienten hatten Knochenmetastasen.

In AURA3 zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung des PFS bei den mit TAGRISSO behandelten Patienten im Vergleich zur Chemotherapie. Die Wirksamkeitsergebnisse aus AURA3 gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt sind in Tabelle 6 zusammengefasst und Abbildung 6 zeigt die Kaplan-Meier-Kurve für PFS. In der finalen OS-Analyse wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsarmen beobachtet.

**Tabelle 6. Wirksamkeitsergebnisse aus AURA3 gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt**

Wirksamkeitsparameter	TAGRISSO (n=279)	Chemotherapie (Pemetrexed/Cisplatin oder Pemetrexed/Carboplatin) (n=140)
<b>Progressionsfreies Überleben</b>		
Anzahl Ereignisse (% Datenreife)	140 (50)	110 (79)
Median, Monate (95%-KI)	10,1 (8,3; 12,3)	4,4 (4,2; 5,6)
HR (95%-KI); p-Wert	0,30 (0,23; 0,41); p<0,001	
<b>Gesamtüberleben (OS)<sup>1</sup></b>		
Anzahl Todesfälle (% Datenreife)	188 (67,4)	93 (66,4)
Median OS, Monate (95%-KI)	26,8 (23,5; 31,5)	22,5 (20,2; 28,8)
HR (95,56%-KI); p-Wert	0,87 (0,67; 1,13); p = 0,277	
<b>Objektive Ansprechrates<sup>2</sup></b>		
Anzahl Responder, Ansprechrates (95%-KI)	197 71 % (65; 76)	44 31 % (24; 40)
Odds Ratio (95%-KI); p-Wert	5,4 (3,5; 8,5); p<0,001	
<b>Dauer des Ansprechens (DoR)<sup>2</sup></b>		
Median, Monate (95%-KI)	9,7 (8,3; 11,6)	4,1 (3,0; 5,6)

HR = Hazard-Ratio, KI = Konfidenzintervall; NC = nicht berechenbar (*non-calculable*); OS = *Overall Survival*

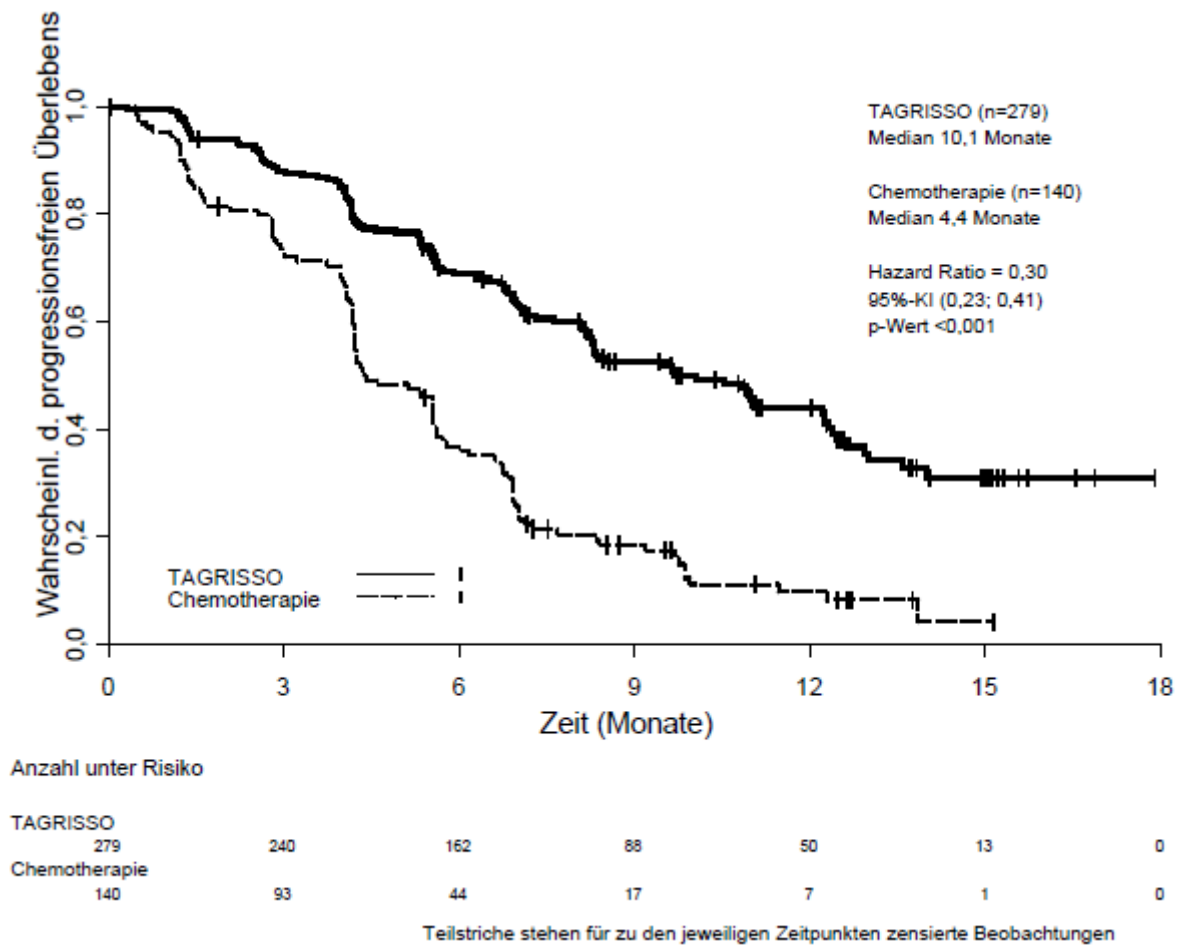
Alle Wirksamkeitsergebnisse basierend auf RECIST-Beurteilung durch den Prüfarzt.

<sup>1</sup> Die finale Analyse zum OS wurde bei 67 % Datenreife durchgeführt. Das KI für die HR wurde für vorherige Zwischenanalysen adjustiert. Die OS-Analyse wurde nicht um potenziell verzerrende Effekte durch *Crossover* adjustiert (99 [71 %] Patienten des Chemotherapie-Arms erhielten eine Folgetherapie mit Osimertinib).

<sup>2</sup> ORR- und DoR-Ergebnisse gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt waren konsistent mit den mittels verblindeter unabhängiger zentraler Bewertung (*Blinded Independent Central Review*, BICR) berichteten Ergebnissen; ORR mittels BICR-Beurteilung betrug 64,9 % [95%-KI 59,0; 70,5] unter Osimertinib-Therapie und 34,3 % [95%-KI 26,5; 42,8] unter Chemotherapie; DoR mittels BICR-Beurteilung betrug 11,2 Monate (95%-KI: 8,3; NC) unter Osimertinib-Therapie und 3,1 Monate (95%-KI: 2,9; 4,3) unter Chemotherapie.



**Abbildung 6. Kaplan-Meier-Kurve des progressionsfreien Überlebens gemäß Beurteilung des Prüfarztes in AURA3**



Eine Sensitivitätsanalyse des PFS erfolgte mittels verblindeter unabhängiger zentraler Bewertung (*Blinded Independent Central Review, BICR*) und zeigte ein medianes PFS von 11,0 Monaten unter TAGRISSO im Vergleich zu 4,2 Monaten unter der Chemotherapie. Diese Analyse zeigte einen zur Prüfarztbeurteilung konsistenten Behandlungseffekt (HR 0,28; 95%-KI: 0,20, 0,38).

Klinisch bedeutsame Verbesserungen des PFS mit einem HR <0,50 zugunsten von Patienten unter Behandlung mit TAGRISSO im Vergleich zu Patienten unter Behandlung mit Chemotherapie wurden konsistent in allen vordefinierten Subgruppenanalysen beobachtet, einschließlich ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Raucheranamnese und EGFR-Mutation (Exon-19-Deletion und L858R).

#### Daten zur Wirksamkeit in Bezug auf ZNS-Metastasen in der Studie AURA3

Patienten mit asymptomatischen stabilen Gehirnmastasen, die für mindestens 4 Wochen vor Beginn der Studienbehandlung keine Steroide benötigten, waren geeignet, um für die Studie randomisiert zu werden. Die BICR-Beurteilung der Wirksamkeit im ZNS gemäß RECIST v1.1 in der Subgruppe mit 116/419 (28 %) Patienten mit Nachweis von ZNS-Metastasen mittels eines Gehirnschans bei der *Baseline* sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

**Tabelle 7. Wirksamkeit im ZNS gemäß BICR bei Patienten mit nachgewiesenen ZNS-Metastasen mittels eines Gehirnschans bei der *Baseline* in AURA3**

Wirksamkeitsparameter	TAGRISSO	Chemotherapie (Pemetrexed/Cisplatin oder Pemetrexed/Carboplatin)
<b>Objektive Ansprechrate im ZNS<sup>1</sup></b>		
ZNS-Ansprechrate % (n/N) (95%-KI)	70 % (21/30) (51; 85)	31 % (5/16) (11 %; 59 %)
<i>Odds Ratio</i> (95%-KI); p-Wert	5,1 (1,4; 21); p = 0,015	
<b>Dauer des Ansprechens im ZNS<sup>2</sup></b>		
Median, Monate (95%-KI)	8,9 (4,3; NC)	5,7 (NC; NC)
<b>Kontrollrate der ZNS-Erkrankung</b>		
Krankheits-Kontrollrate bei ZNS-Erkrankung	87 % (65/75) (77; 93)	68 % (28/41) (52; 82)
<i>Odds Ratio</i> (95%-KI); p-Wert	3 (1,2; 7,9); p = 0,021	
<b>Progressionsfreies Überleben bei ZNS-Erkrankung<sup>3</sup></b>		
	n=75	n=41
Anzahl Ereignisse (% Datenreife)	19 (25)	16 (39)
Median, Monate (95%-KI)	11,7 (10; NC)	5,6 (4,2; 9,7)
HR (95%-KI); p-Wert	0,32 (0,15; 0,69); p = 0,004	

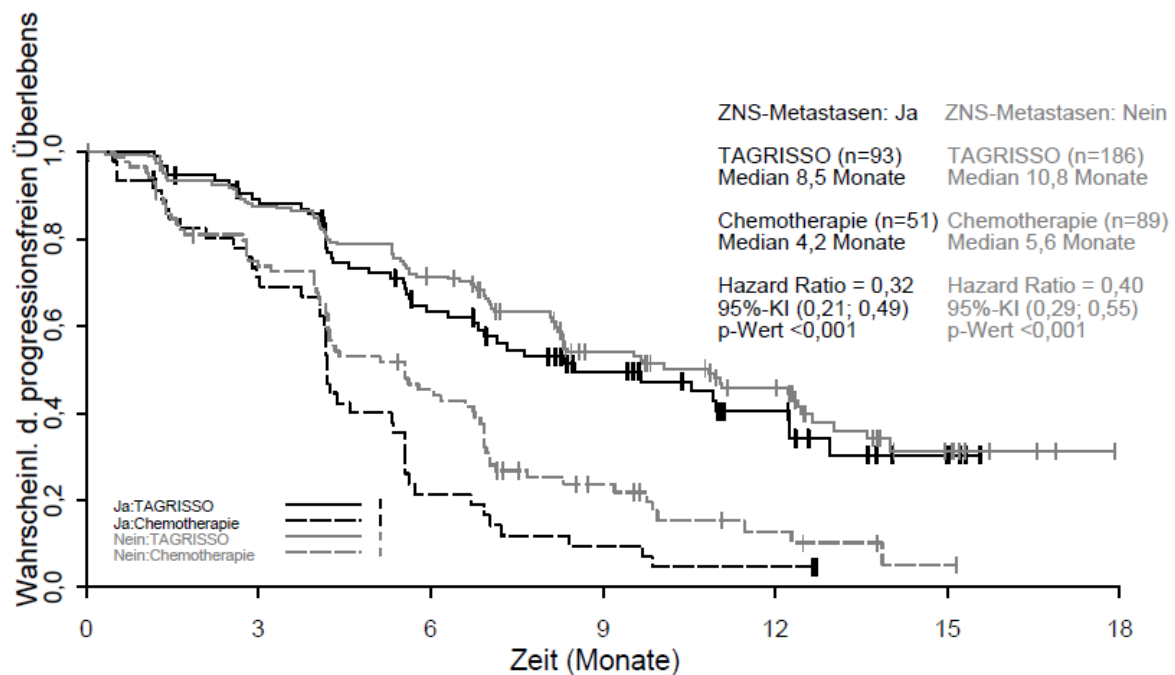
<sup>1</sup> Objektive Ansprechrate im ZNS und Dauer des Ansprechens, bestimmt gemäß RECIST v1.1 durch ZNS-BICR in der für das Ansprechen evaluierbaren Population (messbare ZNS-Läsionen bei der *Baseline* durch BICR), n=30 für TAGRISSO und n=16 für Chemotherapie

<sup>2</sup> Ausschließlich basierend auf Patienten mit einem Ansprechen; DoR ist definiert als die Zeit vom Datum des ersten dokumentierten Ansprechens (komplettes Ansprechen oder partielles Ansprechen) bis zur Krankheitsprogression oder Tod; DCR definiert als Anteil Patienten mit Ansprechen (komplettes Ansprechen oder partielles Ansprechen) oder stabilem Krankheitsbild  $\geq 6$  Wochen)

<sup>3</sup> ZNS-progressionsfreies Überleben, bestimmt gemäß RECIST v1.1 durch ZNS-BICR in der *Full-Analysis-Set*-Population (messbare und nicht messbare ZNS-Läsionen bei der *Baseline* durch BICR), n=75 für TAGRISSO und n=41 für Chemotherapie  
Eine HR < 1 ist zugunsten von TAGRISSO.

In AURA3 wurde eine vordefinierte PFS-Subgruppenanalyse auf der Grundlage des Status der ZNS-Metastasen beim Eintritt in die Studie durchgeführt. Die Ergebnisse finden sich in Abbildung 7.

**Abbildung 7. Gesamt-PFS gemäß Beurteilung durch den Prüfarzt nach ZNS-Metastasen-Status beim Eintritt in die Studie; Kaplan-Meier-Kurve (Full Analysis Set) in AURA3**



In AURA3 wurde eine statistisch signifikante Verbesserung des PFS bei Patienten unter TAGRISSO im Vergleich zu Patienten unter Chemotherapie gezeigt, unabhängig vom ZNS-Metastasen-Status beim Eintritt in die Studie.

#### Ergebnisse aus Patientenbefragungen (Patient reported outcomes)

Patientenberichte zu Symptomen und zur HRQL wurden elektronisch mittels EORTC QLQ-C30 und dessen Lungenkrebsmodul (EORTC QLQ-LC13) erhoben. Der LC13 wurde in den ersten 6 Wochen einmal wöchentlich und anschließend alle 3 Wochen sowohl vor als auch nach der Krankheitsprogression ausgefüllt. Der C30 wurde alle 6 Wochen sowohl vor als auch nach der Progression erhoben.

#### Analyse der wichtigsten Lungenkrebs Symptome

TAGRISSO verbesserte die Patienten-berichteten Lungenkrebs Symptome im Vergleich zur Chemotherapie: Es zeigte sich eine statistisch signifikante Differenz der mittleren Veränderung gegenüber der *Baseline* im Vergleich zur Chemotherapie während des gesamten Zeitraums ab Randomisierung für 6 Monate. Dies galt für die 5 vordefinierten primären Patienten-berichteten (PRO)-Symptome wie in Tabelle 8 gezeigt (Appetitverlust, Husten, Schmerzen in der Brust, Dyspnoe und Fatigue).

**Tabelle 8. Gemischtes Modell mit wiederholten Messungen (Mixed Model Repeated Measures) – wichtigste Lungenkrebs Symptome – mittlere Veränderung gegenüber der *Baseline* bei TAGRISSO-Patienten im Vergleich zur Chemotherapie**

Arm	Appetitverlust		Husten		Schmerzen in der Brust		Dyspnoe		Fatigue	
	TAGRISSO (279)	Chemotherapie (140)	TAGRISSO (279)	Chemotherapie (140)	TAGRISSO (279)	Chemotherapie (140)	TAGRISSO (279)	Chemotherapie (140)	TAGRISSO (279)	Chemotherapie (140)
n	239	97	228	113	228	113	228	113	239	97
Korr. Mittel-	-5,51	2,73	-12,22	-6,69	-5,15	0,22	-5,61	1,48	-5,68	4,71

wert					
Ge-schätzte Differenz (95%-KI)	-8,24 (-12,88; 3,60)	-5,53 (-8,89; -2,17)	-5,36 (-8,20; -2,53)	-7,09 (-9,86; -4,33)	-10,39 (-14,55; -6,23)
p-Wert	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Korrigierter Mittelwert und geschätzte Differenz aus der MMRM-Analyse (*Mixed Model Repeated Measures*). Das Modell umfasste Patient, Behandlung, Termin, Verhältnis zwischen Behandlung und Termin, Symptom-Score bei der *Baseline*, Verhältnis zwischen Symptom-Score bei der *Baseline* und Termin und verwendete eine unstrukturierte Kovarianz-Matrix.

## HRQL und Untersuchung der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit

Bei mit TAGRISSO behandelten Patienten bestand eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für das Erreichen einer klinisch bedeutsamen Verbesserung um  $\geq 10$  Punkte in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitsstatus sowie die körperliche Funktionsfähigkeit im Fragebogen EORTC-C30 im Vergleich zur Chemotherapie. Während des Studienzeitraums betrug das *Odds Ratio* (OR) für den allgemeinen Gesundheitsstatus: 2,11; (95%-KI 1,24; 3,67,  $p=0,007$ ); OR für die körperliche Funktionsfähigkeit 2,79 (95%-KI 1,50; 5,46,  $p=0,002$ ).

### Vorbehandelte T790M-positive NSCLC-Patienten in AURAex und AURA2

Zwei einarmige, unverblindete klinische Studien, AURAex (Phase-2-Extensionskohorte, (n=201)) und AURA2 (n=210) wurden mit Patienten mit EGFR-T790M-mutationspositivem Lungenkrebs durchgeführt, die während einer oder mehrerer vorhergehender systemischer Therapie(n), darunter ein EGFR-TKI, progredient waren. Alle Patienten mussten ein EGFR-T790M-mutationspositives NSCLC aufweisen, das vor der Behandlung mittels des Cobas-EGFR-Mutationstests in einem Zentrallabor nachgewiesen wurde. Der T790M-Mutationsstatus wurde auch retrospektiv unter Verwendung von ctDNA bestimmt, die während des Screenings aus einer Plasmaprobe gewonnen wurde. Alle Patienten erhielten TAGRISSO in einer Dosis von 80 mg einmal täglich. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt dieser beiden Studien war die ORR gemäß RECIST v1.1 nach Auswertung durch eine verblindete unabhängige zentrale Bewertung (BICR). Sekundäre Wirksamkeitsendpunkte schlossen die Dauer des Ansprechens (*Duration of Response*, DoR) und progressionsfreies Überleben (*Progression-Free Survival*, PFS) ein.

Die Charakteristika der Gesamt-Studienpopulation bei Studienbeginn (AURAex und AURA2) lauteten wie folgt: medianes Alter 63 Jahre, 13 % der Patienten waren  $\geq 75$  Jahre alt, Frauen (68 %), Weiße (36 %), Asiaten (60 %). Alle Patienten hatten zuvor mindestens eine Therapielinie erhalten. 31 % (n=129) hatten bereits 1 vorangegangene Therapielinie erhalten (nur EGFR-TKI-Therapie), 69 % (n=282) waren mit 2 oder mehr vorangegangene Therapielinien behandelt worden. 72 % der Patienten hatten nie geraucht, 100 % der Patienten wiesen einen *World Health Organization*(WHO)-*Performance*-Status von 0 oder 1 auf. 59 % der Patienten hatten extrathorakale viszerale Metastasen, einschließlich 39 % mit ZNS-Metastasen (identifiziert durch Abgleich von Unterlagen zur ZNS-Läsionsstelle bei der *Baseline*, Anamnese, und/oder vorherige Operationen und/oder vorherige Strahlentherapien bei ZNS-Metastasen) und 29 % mit Lebermetastasen. 47 % der Patienten hatten Knochenmetastasen. Die mediane Dauer der Nachbeobachtung für PFS betrug 12,6 Monate.

Bei den 411 vorbehandelten EGFR-T790M-mutationspositiven Patienten wurde durch eine verblindete unabhängige zentrale Bewertung (BICR) eine Gesamt-ORR von 66 % (95%-KI: 61; 71) gemessen. Bei Patienten mit einem durch BICR bestätigten Ansprechen betrug die mediane DoR 12,5 Monate (95%-KI: 11,1, NE). Die ORR durch BICR in AURAex betrug 62 % (95%-KI: 55; 68) sowie 70 % (95%-KI: 63; 77) in AURA2. Der Medianwert des PFS betrug 11,0 Monate (95%-KI 9,6; 12,4).

Objektive Ansprechraten von über 50 % wurden durch BICR bei allen vordefinierten Subgruppen festgestellt, die analysiert wurden, einschließlich der Subgruppen nach Therapielinie, ethnischer Zugehörigkeit, Alter und Region.

In der für das Ansprechen beurteilbaren Population wurde ein Ansprechen bei 85 % (223/262) zum Zeitpunkt der ersten Tumoruntersuchung per Bildgebung (6 Wochen) und bei 94 % (247/262) zum Zeitpunkt der zweiten Tumoruntersuchung per Bildgebung (12 Wochen) dokumentiert.

#### Daten zur Wirksamkeit in Bezug auf ZNS-Metastasen in Studien der Phase 2 (AURAex und AURA2)

Eine BICR-Beurteilung der Wirksamkeit im ZNS gemäß RECISTv 1.1 wurde in einer Subgruppe von 50 (von 411) Patienten durchgeführt, bei denen in einem Gehirnsch scan bei der *Baseline* messbare ZNS-Metastasen festgestellt wurden. Eine ORR im ZNS von 54 % (27/50 Patienten; 95%-KI: 39,3; 68,2) wurde festgestellt, wobei es sich bei 12 % um ein komplettes Ansprechen handelte.

Klinische Studien mit Patienten mit *de novo* EGFR-T790M-mutationspositivem NSCLC wurden nicht durchgeführt.

#### Kinder und Jugendliche

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

## **5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften**

Pharmakokinetische Parameter von Osimertinib wurden bei gesunden Probanden und NSCLC-Patienten beschrieben. Auf der Grundlage der pharmakokinetischen Populationsanalyse beträgt die apparente Plasmaclearance von Osimertinib 14,3 l/h, das apparente Verteilungsvolumen 918 l und die terminale Halbwertszeit etwa 44 Stunden. Die AUC und  $C_{max}$  erhöhten sich proportional zur Dosis im Bereich von 20 bis 240 mg. Eine einmal tägliche Gabe von Osimertinib führt zu einer etwa 3-fachen Anreicherung bis zur *Steady-state*-Exposition, die nach 15 Tagesdosen erreicht wird. *Im Steady state* bleibt während eines 24-Stunden-Dosierungsintervalls die Konzentration im zirkulierenden Plasma typischerweise 1,6-fach angereichert.

#### Resorption

Nach oraler Gabe von TAGRISSO wurden maximale Osimertinib-Plasmakonzentrationen nach einer medianen (min–max)  $T_{max}$  von 6 (3–24) Stunden erreicht. Bei manchen Patienten wurden in den ersten 24 Stunden mehrere Spitzenkonzentrationen beobachtet. Die absolute Bioverfügbarkeit von TAGRISSO beträgt 70 % (90%-KI 67; 73). Auf Grundlage einer klinischen pharmakokinetischen Studie mit Patienten, die 80 mg erhielten, verändert Nahrung die Bioverfügbarkeit von Osimertinib nicht in klinisch bedeutsamem Maße (Anstieg der AUC um 6 % [90%-KI -5; 19] und Reduzierung der  $C_{max}$  um 7 % [90%-KI -19; 6]). In einer Studie mit gesunden Probanden, die eine 80-mg-Tablette erhielten und bei denen der pH-Wert im Magen durch die Gabe von Omeprazol über 5 Tage erhöht war, wurden keine Auswirkungen auf die Osimertinib-Exposition festgestellt (Erhöhung der AUC und der  $C_{max}$  um 7 % bzw. 2 %). Das 90%-KI für die Expositionsrate blieb innerhalb der 80–125%-Grenze.

#### Verteilung

Eine populationsbasierte Schätzung des mittleren Verteilungsvolumens von Osimertinib im *Steady state* ( $V_{ss}/F$ ) beträgt 918 l, was auf eine ausgedehnte Verteilung ins Gewebe hindeutet. *In vitro* beträgt die Plasmaproteinbindung von Osimertinib 94,7 % (5,3 % frei). Es wurde außerdem festgestellt, dass sich Osimertinib kovalent an Proteine im Plasma von Ratten und Menschen, humanes Serumalbumin und Hepatozyten bei Ratten und Menschen bindet.

#### Biotransformation

*In-vitro*-Studien zeigen, dass Osimertinib vorwiegend über CYP3A4 und CYP3A5 metabolisiert wird. Mit den derzeit verfügbaren Daten können alternative Stoffwechselwege jedoch nicht vollständig

ausgeschlossen werden. Basierend auf *In-vitro*-Studien wurden anschließend 2 pharmakologisch aktive Metaboliten (AZ7550 und AZ5104) im Plasma von präklinischen Spezies und nach oraler Gabe von Osimertinib im Plasma vom Menschen nachgewiesen. AZ7550 zeigte ein ähnliches pharmakologisches Profil wie TAGRISSO, während AZ5104 sowohl bei mutiertem EGFR als auch bei Wildtyp-EGFR eine größere Wirksamkeit zeigte. Beide Metaboliten traten nach der Gabe von TAGRISSO langsam im Plasma der Patienten auf. Die mediane (min–max)  $T_{max}$  betrug jeweils 24 (4–72) bzw. 24 (6–72) Stunden. Im menschlichen Plasma waren die Muttersubstanz Osimertinib für 0,8 % und die beiden Metaboliten für jeweils 0,08 % und 0,07 % der gesamten Radioaktivität verantwortlich. Der Großteil der Radioaktivität wurde kovalent an Plasmaproteine gebunden. Das geometrische Mittel der Exposition von AZ5104 und AZ7550, basierend auf der AUC, betrug jeweils etwa 10 % der Exposition von Osimertinib im *Steady state*.

Der hauptsächliche Abbauweg von Osimertinib war Oxidation und Dealkylierung. In gepoolten menschlichen Urin- und Stuhlproben wurden mindestens 12 Komponenten nachgewiesen. 5 Komponenten machten > 1 % der Dosis aus, von denen jeweils etwa 1,9; 6,6 und 2,7 % der Dosis auf unverändertes Osimertinib, AZ5104 und AZ7550 entfielen und jeweils 1,5 % bzw. 1,9 % auf ein Cysteinyladdukt (M21) und einen unbekannt Metaboliten (M25).

In *In-vitro*-Studien wurde nachgewiesen, dass Osimertinib in klinisch relevanten Konzentrationen ein kompetitiver Inhibitor von CYP3A4/5, nicht aber von CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6 und 2E1 ist. Gemäß den Ergebnissen aus *In-vitro*-Studien ist Osimertinib in klinisch relevanten Konzentrationen kein Inhibitor von UGT1A1 und UGT2B7 in der Leber. Eine intestinale Inhibierung von UGT1A1 ist möglich, aber die klinischen Auswirkungen sind unbekannt.

#### Elimination

Nach einer oralen Einzeldosis mit 20 mg wurden 67,8 % der Dosis über die Fäzes ausgeschieden (1,2 % als Muttersubstanz), während 14,2 % der verabreichten Dosis (0,8 % als Muttersubstanz) nach 84-tägiger Probenahme im Urin nachgewiesen wurden. Unverändertes Osimertinib machte etwa 2 % der Ausscheidungen aus, davon 0,8 % im Urin und 1,2 % in den Fäzes.

#### Wechselwirkungen mit Transportproteinen

*In-vitro*-Studien haben gezeigt, dass Osimertinib kein Substrat von OATP1B1 und OATP1B3 ist. *In vitro* inhibiert Osimertinib in klinisch relevanten Konzentrationen nicht OAT1, OAT3, OATP1B1, OATP1B3, MATE1, OCT2 und MATE2K.

Gemäß *In-vitro*-Studien ist Osimertinib ein Substrat des P-gp und des BCRP, aber in klinischen Dosen sind klinisch relevante Interaktionen unwahrscheinlich. Gemäß *In-vitro*-Daten ist Osimertinib ein Inhibitor des BCRP und des P-gp (siehe Abschnitt 4.5).

#### Besondere Patientengruppen

In einer populationsbezogenen pharmakokinetischen Datenanalyse (n=1367) wurden keine klinisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der erwarteten *Steady-state*-Konzentration ( $AUC_{ss}$ ) einerseits und dem Alter (Bereich: 25 bis 91 Jahre), dem Geschlecht (65 % Frauen), der ethnischen Zugehörigkeit (darunter Weiße, Asiaten, Japaner, Chinesen und nicht-asiatische, nicht-weiße Patienten), Therapielinie und dem Raucherstatus (n=34 aktive Raucher, n=419 ehemalige Raucher) des Patienten andererseits festgestellt. Die populationsbezogene PK-Analyse ließ darauf schließen, dass das Körpergewicht eine signifikante Kovariate darstellt mit einer unter 20%igen Veränderung der Osimertinib- $AUC_{ss}$ , die über einen Körpergewichtsbereich von 88 kg bzw. 43 kg erwartet wird (95%-bis 5%-Quantile) im Vergleich zur  $AUC_{ss}$  bei dem medianen Körpergewicht von 61 kg. Unter Beachtung der Extreme beim Körpergewicht, von < 43 kg bis > 88 kg, lagen die Anteile des Metaboliten AZ5104 im Bereich von 11,8 % bis 9,6 %, während diese für AZ7550 von 12,8 % bis 8,1 % reichten. Basierend auf einer populationsbezogenen PK-Analyse wurde Serumalbumin als signifikante Kovariate identifiziert mit einer <30%igen Veränderung der Osimertinib- $AUC_{ss}$ , die über

einen Albuminbereich von 29 bis 46 g/l erwartet wird (95%- bis 5%-Quantile) im Vergleich zur  $AUC_{ss}$  bei dem medianen *Baseline*-Albumin von 39 g/l. Diese Änderungen der Exposition aufgrund des Körpergewichts oder *Baseline*-Albumins werden nicht als klinisch relevant angesehen.

#### Eingeschränkte Leberfunktion

Osimertinib wird hauptsächlich über die Leber ausgeschieden. In einer klinischen Studie kam es bei Patienten mit verschiedenen Typen fortgeschrittener solider Tumore und leichter Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh A; Mittelwert = 5,3; n=7) oder mäßiger Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh B; Mittelwert = 8,2; n=5) nach einer Einzeldosis von 80 mg TAGRISSO nicht zu einer erhöhten Exposition im Vergleich zu Patienten mit normaler Leberfunktion (n=10). Das geometrische Mittel des Anteils (90%-KI) der AUC und der  $C_{max}$  von Osimertinib betrug 63,3 % (47,3; 84,5) bzw. 51,4 % (36,6; 72,3) bei Patienten mit leichter Einschränkung der Leberfunktion und 68,4 % (49,6; 94,2) bzw. 60,7 % (41,6; 88,6) bei Patienten mit mäßiger Einschränkung der Leberfunktion; für den Metaboliten AZ5104 betrug AUC bzw.  $C_{max}$  66,5 % (43,4; 101,9) bzw. 66,3 % (45,3; 96,9) bei Patienten mit leichter Einschränkung der Leberfunktion und 50,9 % (31,7; 81,6) bzw. 44,0 % (28,9; 67,1) bei Patienten mit mäßiger Einschränkung der Leberfunktion, verglichen mit der Exposition bei Patienten mit normaler Leberfunktion. Eine populationsbezogene pharmakokinetische Datenanalyse zeigte keinen Zusammenhang zwischen Leberfunktionsmarkern (ALT, AST, Bilirubin) und Osimertinib-Exposition. Es zeigte sich, dass das Serumalbumin als Marker für eine eingeschränkte Leberfunktion einen Einfluss auf die PK von Osimertinib hat. Aus den durchgeführten klinischen Studien wurden Patienten mit AST- oder ALT-Werten > 2,5-fach der Obergrenze des Normbereichs (*upper limit of normal*, ULN) oder > 5,0-fach des ULN aufgrund einer zugrundeliegenden Malignität oder mit Gesamtbilirubinwerten > 1,5-fach des ULN ausgeschlossen. Basierend auf einer pharmakokinetischen Analyse von 134 Patienten mit leichter Einschränkung der Leberfunktion, 8 Patienten mit mittlerer Einschränkung der Leberfunktion und 1.216 Patienten mit normaler Leberfunktion waren die Osimertinib-Expositionen ähnlich. Es liegen keine Daten über Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion vor (siehe Abschnitt 4.2).

#### Eingeschränkte Nierenfunktion

In einer klinischen Studie zeigten Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (CrCl 15 bis unter 30 ml/min; n=7) im Vergleich zu Patienten mit normaler Nierenfunktion (CrCl größer oder gleich 90 ml/min; n=8) nach einer oralen Einzeldosis von 80 mg TAGRISSO eine 1,85-fache Erhöhung der AUC (90%-KI: 0,94; 3,64) und eine 1,19-fache Erhöhung des  $C_{max}$  (90%-KI: 0,69; 2,07). Außerdem zeigte eine populationsbezogene pharmakokinetische Datenanalyse mit 593 Patienten mit leicht eingeschränkter Nierenfunktion (CrCl 60 bis unter 90 ml/min), 254 Patienten mit mäßig eingeschränkter Nierenfunktion (CrCl 30 bis unter 60 ml/min), 5 Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (CrCl 15 bis unter 30 ml/min) und 502 Patienten mit normaler Nierenfunktion (CrCl größer oder gleich 90 ml/min) bei allen Patienten eine ähnliche Osimertinib-Konzentration. Patienten mit einer CrCl unter oder gleich 10 ml/min wurden nicht in die klinischen Studien eingeschlossen.

#### Patienten mit Hirnmetastasen

PET-Aufnahmen nach der Gabe von [ $^{11}C$ ]Osimertinib in Mikrodosen bei EGFR-mutationspositiven-NSCLC-Patienten mit Hirnmetastasen (n=4) und gesunden Probanden (n=7) zeigten, dass die Hirn-Plasma-Verteilung ( $K_p$ ) vergleichbar war und dass [ $^{11}C$ ]Osimertinib die Blut-Hirn-Schranke schnell passierte und sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden homogen über alle Regionen des Gehirns verteilt war.

### **5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit**

Die wesentlichen Befunde in chronischen Toxizitätsstudien an Ratten und Hunden waren atrophische, inflammatorische und/oder degenerative Veränderungen, die das Epithel der Hornhaut (begleitet von Transluzenzen und Trübungen der Hornhaut bei ophthalmologischer Untersuchung von Hunden), den

Gastrointestinaltrakt (einschließlich Zunge), die Haut sowie die männlichen und weiblichen Reproduktionsorgane betrafen, sowie sekundäre Veränderungen der Milz. Diese Befunde traten bei Plasmakonzentrationen auf, die unterhalb der nach humantherapeutischer Dosis von 80 mg bei Patienten gemessenen Werte lagen. Die nach 1-monatiger Behandlung erhobenen Befunde waren innerhalb eines Monats nach Behandlungsende weitgehend reversibel mit der Ausnahme einer nur partiellen Rückbildung einiger Hornhautveränderungen.

In der 104-wöchigen Kanzerogenitätsstudie an Ratten wurde bei Expositionen des 0,2-Fachen der AUC beim Menschen bei der empfohlenen klinischen Dosis von 80 mg einmal täglich eine Degeneration der Linsenfasern festgestellt. Die Linsentrübungen wurden erstmalig ab Woche 52 in dieser Studie bemerkt und zeigten einen sukzessiven Anstieg an Inzidenz und Schweregrad mit zunehmender Dauer der Dosierung. Eine klinische Relevanz dieses Befundes kann nicht ausgeschlossen werden.

Osimertinib passiert die intakte Blut-Hirn-Schranke des Cynomolgus-Affen (intravenöse Gabe), der Ratte und der Maus (orale Anwendung).

Präklinische Daten zeigen, dass Osimertinib und sein Metabolit (AZ5104) den h-ERG-Kanal inhibiert. Eine QTc-Verlängerung kann nicht ausgeschlossen werden.

Osimertinib verursacht in *In-vitro*- und *In-vivo*-Untersuchungen keine Erbgutschäden. Bei oraler Verabreichung an transgene Tg-rasH2-Mäuse über 26 Wochen zeigte Osimertinib kein kanzerogenes Potenzial.

In der 104-wöchigen Kanzerogenitätsstudie an Ratten wurde bei Expositionen des 0,2-Fachen der AUC bei der empfohlenen klinischen Dosis von 80 mg einmal täglich eine erhöhte Inzidenz proliferativer Gefäßläsionen (angiomatöse Hyperplasien und Hämangiome) in den mesenterialen Lymphknoten beobachtet. Es ist unwahrscheinlich, dass dies für den Menschen relevant ist.

### Reproduktionstoxizität

Degenerative Veränderungen der Hoden wurden bei Ratten und Hunden festgestellt, die  $\geq 1$  Monat mit Osimertinib behandelt wurden. Nach einer Exposition mit Osimertinib über 3 Monate kam es bei männlichen Ratten zu einer verminderten Fertilität. Diese Ergebnisse wurden bei klinisch relevanten Plasmakonzentrationen festgestellt. Pathologische Befunde der Hoden nach 1-monatiger Dosierung waren bei Ratten reversibel; eine definitive Aussage zur Reversibilität dieser Läsionen bei Hunden kann jedoch nicht gemacht werden.

Auf Grundlage von Tierstudien kann die weibliche Fertilität durch die Behandlung mit Osimertinib beeinträchtigt sein. In Toxizitätsstudien mit wiederholter Dosierung wurde bei Ratten, die  $\geq 1$  Monat lang Osimertinib erhielten, bei klinisch relevanten Plasmakonzentrationen vermehrt Anöstrus, Verringerung der Gelbkörper in den Ovarien und Epithelverdünnung in Uterus und Vagina festgestellt. Befunde der Ovarien nach 1-monatiger Dosierung waren reversibel. In einer Studie zur weiblichen Fertilität an Ratten hatte die Osimertinib-Gabe von 20 mg/kg/Tag (ungefähr vergleichbar mit der empfohlenen täglichen klinischen Dosierung von 80 mg) keine Auswirkungen auf den Östruszyklus oder auf die Anzahl der weiblichen Ratten, die trächtig wurden, verursachte aber Sterblichkeit im frühen Embryonalstadium. Diese Befunde zeigten nach 1-monatiger Dosierpause Anzeichen einer Reversibilität.

In einer modifizierten Studie zur embryofetalen Entwicklung bei Ratten verursachte Osimertinib Embryoletalität, wenn es trächtigen Ratten vor der Embryoimplantation gegeben wurde. Dieser Befund trat bei einer von den Muttertieren tolerierten Dosis von 20 mg/kg auf, die einer humantherapeutischen Exposition nach Gabe der empfohlenen Dosis von 80 mg pro Tag entspricht (basierend auf Gesamt-AUC). Eine Exposition mit Dosen von 20 mg/kg und darüber während der Organogenese reduzierte das fetale Gewicht, hatte aber keine negativen Auswirkungen in Bezug auf die äußere oder viszerale Morphologie der Feten. Bei Gabe von Osimertinib an weibliche Ratten während der Trächtigkeit und anschließend in der frühen Laktationsphase wurden Osimertinib und



seine Metaboliten in den gesäugten Jungtieren nachgewiesen. Die Überlebensrate und das Wachstum der Nachkommen wurden bei einer Dosis von 20 mg/kg und darüber beeinträchtigt.

## **6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN**

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

#### Tablettenkern

Mannitol (Ph. Eur.)  
Mikrokristalline Cellulose  
Hyprolose (5,0-16,0 %) (E463)  
Natriumstearylfumarat (Ph. Eur.)

#### Filmüberzug

Poly(vinylalkohol)  
Titandioxid (E171)  
Macrogol (3350)  
Talkum  
Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Eisen(II,III)-oxid (E172)

### **6.2 Inkompatibilitäten**

Nicht zutreffend.

### **6.3 Dauer der Haltbarkeit**

3 Jahre.

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

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

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

Perforierte Al/Al Blisterpackungen zur Abgabe von Einzeldosen. Umkartons mit 30 x 1 Tabletten (3 Blisterpackungen).

Perforierte Al/Al Blisterpackungen zur Abgabe von Einzeldosen. Umkartons mit 28 x 1 Tabletten (4 Blisterpackungen).

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

### **6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung**

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

## **7. INHABER DER ZULASSUNG**

AstraZeneca AB  
SE-151 85 Södertälje  
Schweden

## **8. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/16/1086/001 40 mg 30 Filmtabletten  
EU/1/16/1086/002 80 mg 30 Filmtabletten  
EU/1/16/1086/003 40 mg 28 Filmtabletten  
EU/1/16/1086/004 80 mg 28 Filmtabletten

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

Datum der Erteilung der Zulassung: 02. Februar 2016  
Datum der letzten Verlängerung der Zulassung: 24. März 2022

## **10. STAND DER INFORMATION**

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

## **ANHANG II**

- A. 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**

## A. HERSTELLER, DER FÜR DIE CHARGENFREIGABE VERANTWORTLICH IST

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

AstraZeneca AB  
Gärtunavägen  
SE-151 85 Södertälje  
SCHWEDEN

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

Arzneimittel, das der eingeschränkten ärztlichen Verschreibung unterliegt (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 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).

- **Verpflichtung zur Durchführung von Maßnahmen nach der Zulassung**

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen schließt innerhalb des festgelegten Zeitrahmens folgende Maßnahmen ab:

Beschreibung	Fällig am
Wirksamkeitsprüfung nach der Zulassung [Post-authorisation efficacy study (PAES)]: Um die Wirksamkeit von Osimertinib als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung nach vollständiger Tumorresektion bei erwachsenen Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) im Stadium IB-IIIa, deren Tumoren Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors ( <i>Epidermal</i>	Q2 2024

<p><i>Growth Factor Receptor, EGFR</i>) als Deletion im Exon 19 oder eine Substitutionsmutation im Exon 21 (L858R) aufweisen, weitergehend zu bewerten, hat der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen die finalen Ergebnisse der ADAURA-Studie vorzulegen.</p>	
---	--

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

## **A. ETIKETTIERUNG**

**ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG**

**UMKARTON**

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

TAGRISSE 40 mg Filmtabletten  
Osimertinib

**2. WIRKSTOFF(E)**

Jede Tablette enthält 40 mg Osimertinib (als Mesilat).

**3. SONSTIGE BESTANDTEILE**

**4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

**Filmtabletten**  
30 x 1 Filmtabletten  
28 x 1 Filmtabletten

**5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG**

Packungsbeilage beachten.  
Zum Einnehmen

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

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

**7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

**8. VERFALLDATUM**

Verwendbar bis

**9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**



**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

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

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

AstraZeneca AB  
SE-151 85 Södertälje  
Schweden

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/16/1086/001 40 mg 30 Filmtabletten  
EU/1/16/1086/003 40 mg 28 Filmtabletten

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

Verschreibungspflichtig.

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

tagrisso 40 mg

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

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

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

PC  
SN  
NN

**ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG**

**UMKARTON**

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

TAGRISSE 80 mg Filmtabletten  
Osimertinib

**2. WIRKSTOFF(E)**

Jede Tablette enthält 80 mg Osimertinib (als Mesilat).

**3. SONSTIGE BESTANDTEILE**

**4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

Filmtabletten  
30 x 1 Filmtabletten  
28 x 1 Filmtabletten

**5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG**

Packungsbeilage beachten.  
Zum Einnehmen

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

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

**7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

**8. VERFALLDATUM**

Verwendbar bis

**9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**

**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

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

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

AstraZeneca AB  
SE-151 85 Södertälje  
Schweden

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/16/1086/002 80 mg 30 Filmtabletten  
EU/1/16/1086/004 80 mg 28 Filmtabletten

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

Verschreibungspflichtig.

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

tagrisso 80 mg

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

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

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

PC  
SN  
NN

**MINDESTANGABEN AUF BLISTERPACKUNGEN ODER FOLIENSTREIFEN**

**BLISTERPACKUNG (PERFORIERT)**

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

TAGRISSO 40 mg Tabletten  
osimertinib

**2. NAME DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

AstraZeneca AB

**3. VERFALLDATUM**

EXP

**4. CHARGENBEZEICHNUNG**

Lot

**5. WEITERE ANGABEN**

**MINDESTANGABEN AUF BLISTERPACKUNGEN ODER FOLIENSTREIFEN**

**BLISTERPACKUNG (PERFORIERT)**

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

TAGRISSE 80 mg Tabletten  
osimertinib

**2. NAME DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

AstraZeneca AB

**3. VERFALLDATUM**

EXP

**4. CHARGENBEZEICHNUNG**

Lot

**5. WEITERE ANGABEN**

## **B. GEBRAUCHSINFORMATION**

## Gebrauchsinformation: Information für Patienten

### TAGRISSO 40 mg Filmtabletten TAGRISSO 80 mg Filmtabletten Osimertinib

**Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Einnahme dieses Arzneimittels beginnen, denn sie enthält wichtige Informationen.**

- Heben Sie diese Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Apotheker oder das medizinische Fachpersonal.
- Dieses Arzneimittel wurde Ihnen persönlich verschrieben. Geben Sie es nicht an Dritte weiter. Es kann anderen Menschen schaden, auch wenn diese die gleichen Beschwerden haben wie Sie.
- Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Apotheker 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 TAGRISSO und wofür wird es angewendet?
2. Was sollten Sie vor der Einnahme von TAGRISSO beachten?
3. Wie ist TAGRISSO einzunehmen?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist TAGRISSO aufzubewahren?
6. Inhalt der Packung und weitere Informationen

#### 1. Was ist TAGRISSO und wofür wird es angewendet?

TAGRISSO enthält den Wirkstoff Osimertinib, der zu einer Gruppe von Arzneimitteln gehört, die Proteinkinase-Inhibitoren genannt werden und die zur Behandlung von Krebserkrankungen angewendet werden. TAGRISSO wird eingesetzt zur Behandlung von Erwachsenen mit einer Lungenkrebserkrankung, die als „nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom“ bezeichnet wird. Wenn ein Test gezeigt hat, dass der Tumor bestimmte Veränderungen (Mutationen) in einem Gen namens „EGFR“ (*Epidermal Growth Factor Receptor*, epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor) aufweist, spricht die Krebserkrankung wahrscheinlich auf eine Behandlung mit TAGRISSO an. TAGRISSO kann Ihnen verschrieben werden:

- als Behandlung nach einer Operation mit vollständiger Entfernung Ihres Tumors (adjuvante Therapie)  
oder
- als das erste Arzneimittel, das Sie zur Behandlung Ihrer Krebserkrankung erhalten, die sich auf andere Teile Ihres Körpers ausgebreitet hat  
oder
- unter bestimmten Bedingungen, wenn Sie bereits einen anderen Proteinkinase-Inhibitor zur Behandlung Ihrer Krebserkrankung erhalten haben.

#### Wie TAGRISSO wirkt

TAGRISSO wirkt, indem der EGFR blockiert wird, und es kann dazu beitragen, das Wachstum Ihres Lungenkrebses zu verlangsamen oder zu stoppen. Es kann ebenfalls dazu beitragen, die Tumorgöße zu reduzieren und zu verhindern, dass der Tumor nach einer operativen Entfernung wiederkommt.

- Wenn Sie TAGRISSO nach vollständiger Entfernung Ihres Tumors erhalten, bedeutet dies, dass der Tumor Veränderungen im EGFR-Gen aufweist, eine „Exon-19-Deletion“ oder „Exon-21-Substitutionsmutation“.

- Wenn TAGRISSO der erste Proteinkinase-Inhibitor ist, den Sie erhalten, bedeutet dies, dass der Tumor Veränderungen im EGFR-Gen aufweist, zum Beispiel eine „Exon-19-Deletion“ oder „Exon-21-Substitutionsmutation“.
- Wenn Ihre Krebserkrankung während der Behandlung mit anderen Proteinkinase-Inhibitoren fortgeschritten ist, bedeutet dies, dass der Tumor einen Gendefekt namens „T790M“ aufweist. Aufgrund dieses Defektes können andere Proteinkinase-Arzneimittel möglicherweise nicht mehr wirken.

Wenn Sie Fragen zur Wirkungsweise dieses Arzneimittels haben oder wissen wollen, warum es Ihnen verschrieben wurde, fragen Sie Ihren Arzt.

## 2. Was sollten Sie vor der Einnahme von TAGRISSO beachten?

### **TAGRISSO darf nicht eingenommen werden, wenn:**

- Sie allergisch gegen Osimertinib oder einen der in Abschnitt 6 genannten sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels sind.
- Sie Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) einnehmen.

Wenn Sie sich nicht sicher sind, fragen Sie vor der Einnahme von TAGRISSO Ihren Arzt, Apotheker oder das medizinische Fachpersonal.

### **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen**

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Apotheker oder dem medizinischen Fachpersonal, bevor Sie TAGRISSO einnehmen, wenn:

- Sie eine Lungenentzündung hatten (eine Krankheit, die „interstitielle Lungenerkrankung“ genannt wird).
- Sie in der Vergangenheit jemals Herzprobleme hatten – Ihr Arzt wird Sie diesbezüglich sorgfältig beobachten wollen.
- Sie in der Vergangenheit Augenprobleme hatten.

Wenn einer der oben genannten Punkte auf Sie zutrifft (oder wenn Sie sich nicht sicher sind), fragen Sie Ihren Arzt, Apotheker oder das medizinische Fachpersonal, bevor Sie dieses Arzneimittel einnehmen.

### **Benachrichtigen Sie während der Einnahme dieses Arzneimittels unverzüglich Ihren Arzt, wenn:**

- Sie plötzlich Atemnot zusammen mit Husten oder Fieber bekommen.
- Sie eine starke Ablösung der Haut bekommen.
- Sie einen schnellen oder unregelmäßigen Herzschlag haben, unter Schwindel, Benommenheit, Engegefühl in der Brust, Kurzatmigkeit und Ohnmacht leiden.
- Sie tränende Augen, Lichtempfindlichkeit, Augenschmerzen, Augenrötung oder Veränderungen des Sehvermögens haben.  
Siehe „schwerwiegende Nebenwirkungen“ im Abschnitt 4 für weitere Informationen.
- bei Ihnen anhaltendes Fieber, Blutergüsse oder erhöhte Blutungsneigung, zunehmende Müdigkeit, blasse Haut und Infektion auftreten. Siehe „schwerwiegende Nebenwirkungen“ im Abschnitt 4 für weitere Informationen.

### **Kinder und Jugendliche**

TAGRISSO wurde bei Kindern und Jugendlichen nicht untersucht. Dieses Arzneimittel soll nicht bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren angewendet werden.



### **Einnahme von TAGRISSO zusammen mit anderen Arzneimitteln**

Informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen/anwenden, kürzlich andere Arzneimittel eingenommen/angewendet haben oder beabsichtigen, andere Arzneimittel einzunehmen/anzuwenden. Dies gilt auch für pflanzliche Arzneimittel und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. TAGRISSO kann die Wirkungsweise einiger anderer Arzneimittel beeinflussen. Einige andere Arzneimittel können ebenfalls die Wirkungsweise von TAGRISSO beeinflussen.

### **Informieren Sie Ihren Arzt vor der Einnahme von TAGRISSO, wenn Sie eines der folgenden Arzneimittel einnehmen:**

Die folgenden Arzneimittel können die Wirkung von TAGRISSO herabsetzen:

- Phenytoin, Carbamazepin oder Phenobarbital – zur Behandlung von Krampfanfällen.
- Rifabutin oder Rifampicin – zur Behandlung von Tuberkulose (TBC).
- Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) – ein pflanzliches Arzneimittel zur Behandlung von Depressionen.

TAGRISSO kann die Wirkung der folgenden Arzneimittel beeinträchtigen und/oder Nebenwirkungen dieser Arzneimittel verstärken:

- Rosuvastatin – zur Senkung des Cholesterinspiegels.
- Antibabypille – zur Verhütung einer Schwangerschaft.
- Bosentan – zur Behandlung von Lungenhochdruck.
- Efavirenz und Etravirin – zur Behandlung von HIV-Infektionen/AIDS.
- Modafinil – zur Behandlung von Schlafstörungen.
- Dabigatran – zur Vermeidung von Blutgerinnseln.
- Digoxin – angewendet bei unregelmäßigem Herzschlag oder anderen Herzproblemen.
- Aliskiren – zur Behandlung des Bluthochdrucks.

**Falls Sie eines der oben genannten Arzneimittel einnehmen, informieren Sie Ihren Arzt vor der Einnahme von TAGRISSO.** Ihr Arzt wird geeignete Behandlungsmöglichkeiten mit Ihnen besprechen.

### **Schwangerschaft – Informationen für Frauen**

- Wenn Sie schwanger sind, glauben, möglicherweise schwanger zu sein, oder planen, ein Baby zu bekommen, fragen Sie vor der Einnahme dieses Arzneimittels Ihren Arzt um Rat. Informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt, wenn Sie während der Behandlung schwanger werden. Ihr Arzt wird mit Ihnen gemeinsam entscheiden, ob Sie die Einnahme von TAGRISSO fortsetzen sollten.
- Sie sollten während der Einnahme dieses Arzneimittels nicht schwanger werden. Wenn Sie schwanger werden könnten, müssen Sie eine wirksame Art der Empfängnisverhütung anwenden. Siehe unten „Schwangerschaftsverhütung – Informationen für Frauen und Männer“.
- Falls Sie nach der Einnahme Ihrer letzten Dosis dieses Arzneimittels eine Schwangerschaft planen, fragen Sie Ihren Arzt um Rat. Dies ist erforderlich, weil ein Rest des Arzneimittels möglicherweise noch in Ihrem Körper verblieben ist (siehe unten, Hinweise zur Schwangerschaftsverhütung).

### **Schwangerschaft – Informationen für Männer**

- Wenn Ihre Partnerin schwanger wird, während Sie dieses Arzneimittel einnehmen, benachrichtigen Sie Ihren Arzt unverzüglich.

### **Schwangerschaftsverhütung – Informationen für Frauen und Männer**

Sie müssen während der Behandlung eine wirksame Form der Schwangerschaftsverhütung anwenden.

- TAGRISSO kann die Wirkung oraler hormoneller Kontrazeptiva (Antibabypille) beeinträchtigen. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt die am besten geeigneten Verhütungsmethoden.

- TAGRISSO kann in die Samenflüssigkeit übergehen. Daher ist es wichtig, dass Männer ebenfalls eine wirksame Verhütungsmethode anwenden.

Sie müssen dies auch nach Abschluss der Behandlung mit TAGRISSO fortsetzen:

- **Frauen** – wenden Sie danach noch 2 Monate lang eine Verhütungsmethode an.
- **Männer** – wenden Sie danach noch 4 Monate lang eine Verhütungsmethode an.

### **Stillzeit**

Nehmen Sie dieses Arzneimittel nicht ein, während Sie stillen. Es ist nicht bekannt, ob eine Einnahme ein Risiko für Ihr Baby darstellt.

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

TAGRISSO hat keinen oder keinen deutlichen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

### **TAGRISSO enthält Natrium**

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro Tablette, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

## **3. Wie ist TAGRISSO einzunehmen?**

Nehmen Sie dieses Arzneimittel immer genau nach Absprache mit Ihrem Arzt oder Apotheker ein. Fragen Sie bei Ihrem Arzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht sicher sind.

### **Wie viel ist einzunehmen?**

- Die empfohlene Dosierung beträgt eine 80-mg-Tablette einmal täglich.
- Falls erforderlich, kann Ihr Arzt Ihre Dosis auf eine 40-mg-Tablette einmal täglich reduzieren.

### **Wie erfolgt die Einnahme?**

- TAGRISSO wird eingenommen. Schlucken Sie die Tablette als Ganzes mit Wasser. Zerdrücken, teilen oder kauen Sie die Tablette nicht.
- Nehmen Sie TAGRISSO täglich zur selben Zeit ein.
- Sie können TAGRISSO zu oder unabhängig von den Mahlzeiten einnehmen.

Wenn Sie Schwierigkeiten haben, die Tablette zu schlucken, können Sie sie mit Wasser mischen:

- Geben Sie die Tablette in ein Glas.
- Fügen Sie 50 ml (ungefähr zwei Drittel einer Kaffeetasse) stilles Wasser (ohne Kohlensäure) hinzu – verwenden Sie keine anderen Flüssigkeiten.
- Rühren Sie das Wasser so lange um, bis die Tablette in sehr kleine Stücke zerfällt – die Tablette wird sich nicht komplett auflösen.
- Trinken Sie die Flüssigkeit unverzüglich.
- Um sicherzugehen, dass Sie das Arzneimittel vollständig eingenommen haben, spülen Sie das Glas gründlich mit weiteren 50 ml Wasser und trinken Sie den Inhalt.

### **Wenn Sie eine größere Menge von TAGRISSO eingenommen haben, als Sie sollten**

Wenn Sie mehr als Ihre normale Dosis eingenommen haben, benachrichtigen Sie unverzüglich Ihren Arzt oder das nächste Krankenhaus.

### **Wenn Sie die Einnahme von TAGRISSO vergessen haben**

Wenn Sie eine Dosis vergessen haben, nehmen Sie die ausgelassene Tablette ein, sobald Sie es bemerken. Wenn die nächste Dosis jedoch in weniger als 12 Stunden eingenommen werden muss, lassen Sie die ausgelassene Dosis weg. Nehmen Sie Ihre nächste normale Dosis zur gewohnten Zeit ein.

### **Wenn Sie die Einnahme von TAGRISSO beenden**

Setzen Sie dieses Arzneimittel nicht einfach ab – sprechen Sie vorher mit Ihrem Arzt. Es ist wichtig, dass Sie dieses Arzneimittel über den von Ihrem Arzt verschriebenen Zeitraum täglich einnehmen.

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

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

Wie alle Arzneimittel kann auch dieses Arzneimittel Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen.

#### **Schwerwiegende Nebenwirkungen**

Informieren Sie Ihren Arzt unverzüglich, falls Sie die folgenden schwerwiegenden Nebenwirkungen an sich feststellen (siehe auch Abschnitt 2):

- Plötzliche Atemnot zusammen mit Husten und Fieber – dies können Anzeichen einer Lungenentzündung sein (einer Krankheit, die als „interstitielle Lungenerkrankung“ bezeichnet wird). In den meisten Fällen ist eine Behandlung möglich, aber in einigen Fällen war der Verlauf tödlich. Möglicherweise möchte Ihr Arzt die Behandlung mit TAGRISSO beenden, wenn diese Nebenwirkung bei Ihnen auftritt. Diese Nebenwirkung tritt häufig auf: kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen.
- Stevens-Johnson-Syndrom, bei dem am Rumpf rötliche zielscheibenartige Hautverfärbungen oder kreisrunde Flecken oft mit Blasen in der Mitte, Ablösung der Haut, Geschwüre in Mund, Rachen, Nase und an den Geschlechtsorganen und Augen auftreten können, und dem Fieber und grippeähnliche Symptome vorausgegangen sein können. Diese Nebenwirkung tritt selten auf: kann bis zu 1 von 1 000 Behandelten betreffen.
- Veränderungen der elektrischen Aktivität im Herzen (QTc-Verlängerung) wie schneller oder unregelmäßiger Herzschlag, Schwindel, Benommenheit, Engegefühl in der Brust, Kurzatmigkeit und Ohnmacht. Diese Nebenwirkung tritt gelegentlich auf: kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen.
- Wenn es bei Ihnen zu tränenden Augen, Lichtempfindlichkeit, Augenschmerzen, Augenrötung oder Veränderungen des Sehvermögens kommt. Diese Nebenwirkung tritt gelegentlich auf: Sie kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen.
- Eine Erkrankung des Blutes, genannt aplastische Anämie, bei der das Knochenmark keine neuen Blutzellen mehr produziert – Anzeichen, die auf diese Erkrankung des Blutes hindeuten, können anhaltendes Fieber, Blutergüsse oder erhöhte Blutungsneigung, zunehmende Müdigkeit und eine verminderte Infektabwehr sein. Diese Nebenwirkung tritt selten auf: kann bis zu 1 von 1 000 Behandelten betreffen.
- Eine Erkrankung, bei der das Herz mit einem Schlag nicht so viel Blut aus dem Herzen pumpt, wie es sollte. Dies kann zu Kurzatmigkeit, Müdigkeit und Schwellung der Fußgelenke führen (deutet auf Herzinsuffizienz oder eine verringerte linksventrikuläre Ejektionsfraktion hin).

Informieren Sie Ihren Arzt unverzüglich, wenn die oben genannten schwerwiegenden Nebenwirkungen bei Ihnen auftreten.

#### **Weitere Nebenwirkungen**

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

- Durchfall – kann während der Behandlung von Zeit zu Zeit auftreten. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn der Durchfall bei Ihnen andauert oder sich noch verschlimmert.
- Haut- und Nagelstörungen – darunter Anzeichen wie Schmerzen, Juckreiz, Hauttrockenheit, Hautausschlag, Rötung um die Fingernägel herum. Dies tritt eher an Stellen auf, die der Sonne ausgesetzt sind. Das regelmäßige Auftragen von Feuchtigkeitscremes auf Ihre Haut und Nägel kann Abhilfe schaffen. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Ihre Haut- und Nagelprobleme schlimmer werden.

- Stomatitis – Entzündung der Mundschleimhaut oder Entstehung von Geschwüren im Mund.
- Appetitlosigkeit.
- Reduktion der Anzahl von weißen Blutkörperchen (Leukozyten, Lymphozyten oder Neutrophile).
- Reduktion der Anzahl von Blutplättchen im Blut.

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

- Nasenbluten (Epistaxis).
- Dünner werdendes Haar (Alopezie).
- Nesselsucht (Urtikaria) – juckende, erhabene Flecken, die überall auf der Haut auftreten können, rosa oder rot gefärbt sind und eine runde Form haben. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn diese Nebenwirkung bei Ihnen auftritt.
- Hand-Fuß-Syndrom – dies kann sich durch Rötung, Schwellung, Kribbeln oder Brennen mit Hautrissen an den Handinnenflächen und/oder Fußsohlen bemerkbar machen.
- Erhöhte Blutwerte einer Substanz, die als Kreatinin bezeichnet wird (wird von Ihrem Körper hergestellt und durch die Nieren entfernt).
- Auffällige Blutuntersuchungs-Ergebnisse im Zusammenhang mit der Kreatinphosphokinase im Blut (ein Enzym, das bei Schädigung von Muskelgewebe ins Blut freigesetzt wird).

**Gelegentlich** (kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen)

- Zielscheibenläsionen, das sind Hautreaktionen, die ringförmig aussehen (deuten auf Erythema multiforme hin).
- Entzündung der Blutgefäße in der Haut. Diese kann aussehen wie Blutergüsse oder Rötung der Haut, deren Farbe durch Drücken nicht verblasst (nicht weiß wird).

**Selten** (kann bis zu 1 von 1 000 Behandelten betreffen)

- Entzündung des Muskels, die zu Muskelschmerzen oder -schwäche führen kann

**Meldung von Nebenwirkungen**

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Apotheker 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 TAGRISSO aufzubewahren?**

Bewahren Sie dieses Arzneimittel für Kinder unzugänglich auf.

Sie dürfen dieses Arzneimittel nach dem auf der Folie der Blisterpackung nach „EXP“ und auf dem Umkarton nach „Verwendbar bis“ angegebenen Verfalldatum nicht mehr verwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des angegebenen Monats.

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

Sie dürfen dieses Arzneimittel nicht verwenden, wenn Sie Folgendes bemerken: Die Packung ist beschädigt oder weist Anzeichen einer Manipulation auf.

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 TAGRISSO enthält

- Der Wirkstoff ist Osimertinib (als Mesilat). Jede 40-mg-Filmtablette enthält 40 mg Osimertinib. Jede 80-mg-Filmtablette enthält 80 mg Osimertinib.
- Die weiteren Bestandteile sind Mannitol (Ph. Eur.), mikrokristalline Cellulose, Hyprolose (5,0–16,0 %) (E463), Natriumstearyl fumarat (Ph. Eur.), Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol (3350), Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (siehe Abschnitt 2 „TAGRISSO enthält Natrium“).

### Wie TAGRISSO aussieht und Inhalt der Packung

TAGRISSO 40 mg ist eine beigefarbene, mit einem Film überzogene, runde und beidseitig nach außen gewölbte Tablette, mit der Prägung „AZ“ und „40“ auf der einen Seite, die andere Seite ist glatt.

TAGRISSO 80 mg ist eine beigefarbene, mit einem Film überzogene, ovale und beidseitig nach außen gewölbte Tablette, mit der Prägung „AZ“ und „80“ auf der einen Seite, die andere Seite ist glatt.

TAGRISSO ist in Blisterpackungen mit 30 x 1 Filmtabletten, verpackt in Umkartons mit 3 Blisterpackungen mit je 10 Tabletten, erhältlich.

TAGRISSO ist in Blisterpackungen mit 28 x 1 Filmtabletten, verpackt in Umkartons mit 4 Blisterpackungen mit je 7 Tabletten, erhältlich.

### Pharmazeutischer Unternehmer

AstraZeneca AB  
SE-151 85 Södertälje  
Schweden

### Hersteller

AstraZeneca AB  
Gärtunavägen  
SE-151 85 Södertälje  
Schweden

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

#### België/Belgique/Belgien

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

#### Lietuva

UAB AstraZeneca Lietuva  
Tel: +370 5 2660550

#### България

АстраЗенека България ЕООД  
Тел.: +359 24455000

#### Luxembourg/Luxemburg

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

#### Česká republika

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

#### Magyarország

AstraZeneca Kft.  
Tel.: +36 1 883 6500

#### Danmark

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

#### Malta

Associated Drug Co. Ltd  
Tel: +356 2277 8000

#### Deutschland

AstraZeneca GmbH  
Tel.: +49 40 809034100

#### Nederland

AstraZeneca BV  
Tel: +31 79 363 2222

**Eesti**

AstraZeneca  
Tel: +372 6549 600

**Ελλάδα**

AstraZeneca A.E.  
Τηλ: +30 210 6871500

**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)  
DAC  
Tel: +353 1609 7100

**Ísland**

Vistor hf.  
Sími: +354 535 7000

**Italia**

AstraZeneca S.p.A.  
Tel: +39 02 00704500

**Κύπρος**

Αλέκτωρ Φαρμακευτική Λτδ  
Τηλ: +357 22490305

**Latvija**

SIA AstraZeneca Latvija  
Tel: +371 67377100

**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 Oy  
Puh/Tel: +358 10 23 010

**Sverige**

AstraZeneca AB  
Tel: +46 8 553 26 000

**United Kingdom (Northern Ireland)**

AstraZeneca UK Ltd  
Tel: +44 1582 836 836

**Diese Packungsbeilage wurde zuletzt überarbeitet im**

**Weitere Informationsquellen**

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