

BILAGA I
PRODUKTRESUMÉ

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 50 mg hårda kapslar
Tasigna 150 mg hårda kapslar
Tasigna 200 mg hårda kapslar

2. KVALITATIV OCH KVANTITATIV SAMMANSÄTTNING

Tasigna 50 mg hårda kapslar

En hård kapsel innehåller 50 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

Hjälpämne med känd effekt

En hård kapsel innehåller 39,03 mg laktosmonohydrat.

Tasigna 150 mg hårda kapslar

En hård kapsel innehåller 150 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

Hjälpämne med känd effekt

En hård kapsel innehåller 117,08 mg laktosmonohydrat.

Tasigna 200 mg hårda kapslar

En hård kapsel innehåller 200 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

Hjälpämne med känd effekt

En hård kapsel innehåller 156,11 mg laktosmonohydrat.

För fullständig förteckning över hjälpämnena, se avsnitt 6.1.

3. LÄKEMEDELFORM

Hård kapsel.

Tasigna 50 mg hårda kapslar

Vitt till gulaktigt pulver i hård gelatinkapsel med rött ogenomskinligt lock och ljusgul ogenomskinlig kropp, storlek 4 med svart radiell prägling "NVR/ABL" på locket.

Tasigna 150 mg hårda kapslar

Vitt till gulaktigt pulver i röda, ogenomskinliga, hårda gelatinkapslar, storlek 1, med svart axial prägling "NVR/BCR".

Tasigna 200 mg hårda kapslar

Vitt till gulaktigt pulver i ljusgula, ogenomskinliga, hårda gelatinkapslar, storlek 0, med röd axial prägling "NVR/TKI".

4. KLINISKA UPPGIFTER

4.1 Terapeutiska indikationer

Tasigna är indicerat för behandling av:

- vuxna och pediatrika patienter med nydiagnostiserad Philadelphia-kromosompositiv kronisk myeloisk leukemi (KML) i kronisk fas,
- vuxna patienter med Philadelphia-kromosompositiv KML i kronisk och accelererad fas, med resistens eller intolerans mot tidigare behandling där imatinib ingått. Det finns inga effektdata tillgängliga för patienter med KML i blastkris.
- pediatrika patienter med Philadelphia-kromosompositiv KML i kronisk fas med resistens eller intolerans mot tidigare behandling där imatinib ingått.

4.2 Dosering och administreringsätt

Behandlingen bör inledas av läkare med erfarenhet av diagnos och behandling av patienter med KML.

Dosering

Behandlingen bör fortsätta så länge som klinisk nytta kan ses eller tills oacceptabel toxicitet inträffar.

Om en dos glöms bort bör patienten inte ta en extra dos utan endast ta nästa föreskrivna dos.

Dosering för vuxna patienter med Philadelphia-kromosom positiv KML

Rekommenderad dos är:

- 300 mg två gånger dagligen till nydiagnostiserade patienter med KML i kronisk fas,
- 400 mg två gånger dagligen till patienter med KML i kronisk eller accelererad fas, med resistens eller intolerans mot tidigare behandling.

Dosering för pediatrika patienter med Philadelphia-kromosompositiv KML

Dosering för pediatrika patienter är individualiserad och baseras på kroppsytan (mg/m^2). Den rekommenderade dosen av nilotinib är $230 \text{ mg}/\text{m}^2$ två gånger dagligen, avrundat till närmaste 50 mg dos (till en maximal singeldos på 400 mg) (se tabell 1). Olika styrkor av Tasigna hårda kapslar kan kombineras för att uppnå önskad dos.

Det finns ingen erfarenhet av behandling hos pediatrika patienter under 2 år. Det finns inga data hos nydiagnostiserade pediatrika patienter under 10 år och begränsade data hos imatinib-resistenta eller intoleranta pediatrika patienter under 6 år.

Tabell 1 Doseringsschema för nilotinib $230 \text{ mg}/\text{m}^2$ två gånger dagligen för pediatrika patienter

Kroppsytan (BSA)	Dos i mg (två gånger dagligen)
Upp till $0,32 \text{ m}^2$	50 mg
$0,33 - 0,54 \text{ m}^2$	100 mg
$0,55 - 0,76 \text{ m}^2$	150 mg
$0,77 - 0,97 \text{ m}^2$	200 mg
$0,98 - 1,19 \text{ m}^2$	250 mg
$1,20 - 1,41 \text{ m}^2$	300 mg
$1,42 - 1,63 \text{ m}^2$	350 mg
$\geq 1,64 \text{ m}^2$	400 mg

Vuxna patienter med Philadelphiakromosompositiv KML i kronisk fas som behandlats med nilotinib som förstahandsbehandling och har uppnått en varaktigt djup molekyllär respons (MR4,5)

Utsättning av behandling kan övervägas hos vuxna patienter med Philadelphia kromosom positiv (Ph+) KML i kronisk fas som behandlats med nilotinib 300 mg två gånger dagligen under minst 3 år och haft ett kvarstående, varaktigt djupt molekyllärt svar i minst ett år precis innan behandlingen avslutas. Utsättning av behandlingen med nilotinib ska inledas av läkare med erfarenhet av behandling av patienter med KML (se avsnitt 4.4 och 5.1).

För de patienter som bedöms lämpliga att avbryta sin behandling med nilotinib måste nivåerna av BCR-ABL transkript och fullständig blodstatus med differentialräkning kontrolleras månatligen under ett år och därefter var 6:e vecka under det andra året och var 12:e vecka därefter. Kontroller av nivåer av BCR-ABL-transkript måste utföras med ett kvantitativt diagnostiskt test validerat för att mäta molekyllära svarsnivåer på den Internationella skalan (IS) med en känslighet på minst MR4,5 (BCR-ABL/ABL $\leq 0,0032$ % IS).

För patienter som förlorar MR4 (MR4=BCR-ABL/ABL $\leq 0,01$ % IS) men inte MMR (MMR=BCR-ABL/ABL $\leq 0,1$ % IS) under den behandlingsfria perioden ska nivåerna av BCR-ABL transkript kontrolleras varannan vecka till dess att de återgår till ett intervall mellan MR4 och MR4,5. Patienter som bibehåller BCR-ABL nivåer mellan MMR och MR4 under minst 4 på varandra följande mätningar kan återgå till det ursprungliga schemat för uppföljning.

Patienter som förlorar MMR måste återuppta behandlingen inom 4 veckor från det att det blev känt att förlust av remissionen inträffat. Behandlingen med nilotinib ska återinsättas med 300 mg två gånger dagligen eller med en reducerad dos om 400 mg en gång dagligen om patienten hade reducerat dosen innan behandlingen sattes ut. Nivåerna av BCR-ABL transkript ska kontrolleras månatligen till dess att MMR återetableras och därefter var 12:e vecka hos patienter som återupptar behandlingen med nilotinib (se avsnitt 4.4).

Vuxna patienter med Philadelphiakromosompositiv KML i kronisk fas som uppnått ett varaktigt djupt molekyllärt svar (MR4,5) med nilotinib efter tidigare behandling med imatinib

Utsättning av behandling kan övervägas hos vuxna patienter med Philadelphiakromosompositiv (Ph+) KML i kronisk fas som behandlats med nilotinib i minst 3 år om de haft ett kvarstående djupt molekyllärt svar i minst ett år precis innan behandlingen sätts ut. Utsättning av behandlingen med nilotinib ska inledas av läkare med erfarenhet av behandling av patienter med KML (se avsnitt 4.4 och 5.1).

För patienter som avbryter behandlingen med nilotinib måste nivåerna av BCR-ABL transkript och fullständigt blodstatus med differentialräkning kontrolleras månatligen under ett år och därefter var 6:e vecka under det andra året och var 12:e vecka därefter. Kontroller av nivåer av BCR-ABL-transkript måste utföras med ett kvantitativt diagnostiskt test validerat för att mäta molekyllära svarsnivåer på den Internationella skalan (IS) med en känslighet på minst MR4,5 (BCR-ABL/ABL $\leq 0,0032$ % IS).

Patienter med bekräftad förlust av MR4 (MR4=BCR-ABL/ABL $\leq 0,01$ % IS) under den behandlingsfria perioden (förlust av MR4 konstaterad vid två på varandra följande mätningar med minst fyra veckor emellan) eller förlust av betydande molekyllärt svar (MMR=BCR-ABL/ABL $\leq 0,1$ % IS) måste återuppta behandlingen inom 4 veckor från det att det blev känt att förlust av remissionen inträffat. Behandling med nilotinib ska återinsättas med antingen 300 mg eller 400 mg två gånger om dagen. Nivåerna av BCR-ABL transkript ska kontrolleras månatligen till dess att tidigare betydande molekyllärt svar eller MR4 nivån återetableras och därefter var 12:e vecka hos patienter som återupptar behandlingen med nilotinib (se avsnitt 4.4).

Dosjustering eller modifiering

Tasigna kan behöva utsättas temporärt och/eller dosen behöva minskas vid hematologisk toxicitet (neutropeni, trombocytopeni) som inte är relaterad till den bakomliggande leukemin (se Tabell 2).

Tabell 2 Dosjustering vid neutropeni och trombocytopeni

Vuxna patienter med nydiagnostiserad KML i kronisk fas vid dosen 300 mg två gånger dagligen och KML i kronisk fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, vid dosen 400 mg två gånger dagligen	ANC* <1,0 x 10 ⁹ /l och/eller trombocyter <50 x 10 ⁹ /l	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandling med nilotinib måste avbrytas och blodvärdena övervakas. 2. Behandling måste återupptas inom 2 veckor med tidigare dosering vid ANC >1,0 x 10⁹/l och/eller trombocyter >50 x 10⁹/l. 3. Om de låga blodvärdena kvarstår, kan minskning av dosen till 400 mg en gång dagligen vara nödvändig.
Vuxna patienter med KML i accelererad fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, vid dosen 400 mg två gånger dagligen	ANC* <0,5 x 10 ⁹ /l och/eller trombocyter <10 x 10 ⁹ /l	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandling med nilotinib måste avbrytas och blodvärdena övervakas. 2. Behandling måste återupptas inom 2 veckor med tidigare dosering vid ANC >1,0 x 10⁹/l och/eller trombocyter >20 x 10⁹/l. 3. Om de låga blodvärdena kvarstår, kan minskning av dosen till 400 mg en gång dagligen vara nödvändig.
Pediatriska patienter med nydiagnostiserad KML i kronisk fas vid dosen 230 mg/m ² två gånger dagligen och KML i kronisk fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, vid dosen 230 mg/m ² två gånger dagligen	ANC* <1.0 x 10 ⁹ /l och/eller trombocyter <50 x 10 ⁹ /l	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandling med nilotinib måste avbrytas och blodvärdena övervakas. 2. Behandling måste återupptas inom 2 veckor med tidigare dosering vid ANC >1.5 x 10⁹/l och/eller trombocyter >75 x 10⁹/l. 3. Om de låga blodvärdena kvarstår, kan minskning av dosen till 230 mg/m² en gång dagligen vara nödvändig. 4. Om händelsen kvarstår efter minskning av dosen, överväg att sätta ut behandlingen.

*ANC = absolut neutrofilantal

Om kliniskt signifikant, måttlig eller svår icke-hematologisk toxicitet utvecklas, bör behandlingen avbrytas och patienterna ska övervakas och behandlas i enlighet därmed. Om den tidigare dosen var 300 mg två gånger dagligen hos vuxna patienter med nydiagnostiserad KML i kronisk fas eller 400 mg två gånger dagligen hos vuxna patienter med KML i kronisk eller accelererad fas med resistens eller intolerans mot imatinib eller 230 mg/m² två gånger dagligen hos pediatrika patienter, kan doseringen återupptas med 400 mg en gång dagligen hos vuxna patienter och med 230 mg/m² en gång dagligen hos pediatrika patienter så snart som toxiciteten försvunnit. Om den tidigare dosen var 400 mg en gång dagligen hos vuxna patienter eller 230 mg/m² en gång dagligen hos pediatrika patienter ska behandlingen sättas ut. Om kliniskt lämpligt bör återupptrappning av dosen till startdosen 300 mg två gånger dagligen hos vuxna nydiagnostiserade patienter med KML i kronisk fas eller till 400 mg två gånger dagligen hos vuxna patienter med KML i kronisk eller accelererad fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, eller till 230 mg/m² två gånger dagligen hos pediatrika patienter övervägas.

Förhöjda serumlipaser: Vid förhöjda serumlipasvärden grad 3-4 skall dosen hos vuxna patienter minska till 400 mg en gång dagligen eller avbrytas. Hos pediatrika patienter måste behandlingen avbrytas tills händelsen återgår till grad ≤1. Därefter, om den tidigare dosen var 230 mg/m² två gånger dagligen, kan behandlingen återupptas med 230 mg/m² en gång dagligen. Om den tidigare dosen var 230 mg/m² en gång dagligen ska behandlingen sättas ut. Serumlipasnivåer skall kontrolleras månatligen eller när kliniskt indicerat (se avsnitt 4.4).

Förhöjda bilirubinvärden och levertransaminaser: Vid förhöjda bilirubin och levertransaminasvärden grad 3-4 hos vuxna patienter, skall dosen minskas till 400 mg en gång dagligen eller avbrytas. Vid förhöjda bilirubinvärden grad ≥ 2 eller levertransaminasvärden grad ≥ 3 hos pediatrika patienter, ska behandlingen avbrytas tills värdena återgår till grad ≤ 1 . Om den tidigare dosen var 230 mg/m² två gånger dagligen, kan behandlingen därefter återupptas med 230 mg/m² en gång dagligen. Om den tidigare dosen var 230 mg/m² en gång dagligen och återhämtning till grad ≤ 1 tar längre tid än 28 dagar ska behandlingen sättas ut. Nivån på bilirubin och levertransaminaser skall kontrolleras månatligen eller när kliniskt indicerat.

Särskilda populationer

Äldre

Cirka 12 % av försökspersonerna i Fas III-studien på patienter med nydiagnostiserad KML i kronisk fas och cirka 30 % av försökspersonerna i Fas II-studien på patienter med KML i kronisk och accelererad fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, var 65 år eller äldre. Inga större skillnader sågs vad gäller säkerhet och effekt hos patienter ≥ 65 år, jämfört med vuxna i åldern 18-65 år.

Nedsatt njurfunktion

Inga kliniska studier har utförts på patienter med nedsatt njurfunktion.

Eftersom nilotinib och dess metaboliter inte utsöndras via njurarna, förväntas inte någon nedgång i totalt kropps Clearance hos patienter med nedsatt njurfunktion.

Nedsatt leverfunktion

Nedsatt leverfunktion har en måttlig effekt på nilotinibs farmakokinetik. Dosjustering anses inte nödvändig för patienter med nedsatt leverfunktion. Dock skall försiktighet iaktas vid behandling av patienter med nedsatt leverfunktion (se avsnitt 4.4).

Nedsatt hjärtfunktion

I kliniska studier har patienter med okontrollerad eller signifikant hjärtsjukdom (t.ex. nyligen inträffad hjärtinfarkt, kronisk hjärtsvikt, instabil angina eller kliniskt signifikant bradykardi) uteslutits.

Försiktighet skall iaktas vid behandling av patienter med relevanta hjärtsjukdomar (se avsnitt 4.4).

Ökningar i serumnivåerna av totalkolesterol har rapporterats vid behandling med nilotinib (se avsnitt 4.4). En bestämning av lipidprofiler bör göras före behandlingsstart med nilotinib, och bedömning 3 och 6 månader efter start av behandling och åtminstone årligen under långvarig behandling.

Ökningar i blodglukosnivån har rapporterats vid behandling med nilotinib (se avsnitt 4.4). En bedömning av blodglukosnivån bör göras före behandlingsstart med nilotinib och kontrolleras under behandling.

Pediatrik population

Säkerhet och effekt för Tassigna hos pediatrika patienter med Philadelphiakromosompositiv KML i kronisk fas från 2 till under 18 år har fastställts (se avsnitt 4.8, 5.1 och 5.2). Det finns ingen erfarenhet hos pediatrika patienter under 2 år eller hos pediatrika patienter med Philadelphiakromosompositiv KML i accelererad fas eller blastkris. Det finns inga data från nydiagnostiserade pediatrika patienter yngre än 10 år och begränsade data hos imatinibresistenta eller intoleranta patienter under 6 år.

Administreringssätt

Tassigna ska tas två gånger dagligen med cirka 12 timmars mellanrum och skall inte tas tillsammans med måltid. De hårda kapslarna ska sväljas hela tillsammans med ett glas vatten. Mat skall inte intas under 2 timmar före och minst en timme efter dosintag.

För patienter som inte kan svälja hårda kapslar kan innehållet i den hårda kapseln blandas med 1 tesked mosat äpple, och därefter tas omedelbart. Högst 1 tesked mosat äpple och inget annat än äpple får användas (se avsnitten 4.4 och 5.2).

4.3 Kontraindikationer

Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6.1.

4.4 Varningar och försiktighet

Benmärgshämning

Behandling med nilotinib förknippas med trombocytopeni, neutropeni och anemi (grad 3 och 4 enligt National Cancer Institute Common Toxicity Criteria). Detta inträffar oftare hos KML-patienter som tidigare visat resistens eller intolerans mot imatinib, särskilt patienter med KML i accelererad fas. Fullständig blodbild skall tas varannan vecka under de första 2 månaderna och sedan varje månad, eller när det är kliniskt indicerat. Benmärgshämningen var i allmänhet reversibel och hanterades vanligen genom temporär utsättning av Tasigna eller genom dosminskning (se avsnitt 4.2).

QT-förlängning

Nilotinib har visat sig förlänga ventrikulär repolarisation i hjärtat på ett koncentrationsberoende sätt vid mätning av QT-intervall med EKG hos vuxna och pediatrika patienter.

I Fas III-studien på patienter med nydiagnostiserad KML i kronisk fas, som fick 300 mg nilotinib två gånger dagligen, var förlängningen i det genomsnittliga, tidsberäknade QTcF-intervall vid steady state 6 msek. Ingen patient hade ett QTcF-värde om >480 msek. Inga episoder av ”torsade de pointes” observerades.

I Fas II-studien på KML-patienter i den kroniska och accelererade fasen, som visat resistens och intolerans mot imatinib och som fick 400 mg nilotinib två gånger dagligen, var förlängningen i det genomsnittliga, tidsberäknade QTcF-intervall vid steady state 5 msek respektive 8 msek. Ett QTcF-värde om >500 msek sågs hos <1 % av dessa patienter. Inga episoder av ”torsade de pointes” observerades i kliniska prövningar.

I en studie på friska frivilliga med exponeringar som var jämförbara med dem som setts hos patienter var den genomsnittliga tidsberäknade QTcF-förlängningen, med avdrag för placebo, 7 msek (CI±4 msek) Ingen försöksperson hade ett QTcF >450 msek. Inga kliniskt relevanta arytmier sågs heller under prövningens gång. Framförallt sågs inga episoder av ”torsade de pointes” (tillfälligt eller varaktigt).

Signifikant förlängning av QT-intervall kan inträffa när nilotinib tas på ett olämpligt sätt med starka CYP3A4-hämmare och/eller läkemedel med känd potential för förlängning av QT-intervall, och/eller föda (se avsnitt 4.5). Hypokalemi och hypomagnesemi kan ytterligare förstärka denna effekt. Förlängning av QT-intervall kan utsätta patienter för dödlig risk.

Tasigna skall användas med försiktighet till patienter som har eller löper signifikant risk att utveckla QTc-förlängning, som dem:

- med medfödd, lång QT-förlängning
- med okontrollerad eller signifikant hjärtsjukdom inklusive nyligen inträffad hjärtinfarkt, kronisk hjärtsvikt, instabil angina eller klinisk signifikant bradykardi.
- som tar läkemedel mot arytmier eller andra substanser som leder till QT-förlängning.

Noggrann monitorering av effekt på QTc-intervall är tillrådligt och ett EKG rekommenderas före inledande av nilotinib behandling och när kliniskt indicerat. Hypokalemi eller hypomagnesemi måste åtgärdas före behandling med Tasigna och monitoreras tidvis under behandlingen.

Plötslig död

Plötslig död har i mindre vanliga fall (0,1 till 1 %) rapporterats hos KML-patienter i kronisk eller accelererad fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, och med tidigare medicinsk historia av hjärtsjukdom eller signifikanta kardiella riskfaktorer. Komorbiditet utöver den underliggande maligniteten var också vanligt förekommande liksom annan samtidig behandling. Avvikelser i ventrikulär repolarisation kan också ha varit en bidragande faktor. Inga fall av plötslig död har rapporterats i Fas III-studien på nydiagnostiserade patienter med KML i kronisk fas.

Vätskeretention och ödem

Svåra former av läkemedelsrelaterad vätskeretention såsom pleurautgjutning, lungödem och perikardiell utgjutning var mindre vanligt förekommande (0,1 till 1 %) i en fas III-studie på nydiagnostiserade KML-patienter. Liknande händelser observerades i rapporter efter marknadsintroduktion. Övåntad snabb viktuppgång bör utredas noggrant. Vid tecken på svår vätskeretention vid behandling med nilotinib bör etiologin utredas och patienter bli behandlade därefter (se avsnitt 4.2 för instruktioner vid hantering av icke-hematologisk toxicitet).

Kardiovaskulära händelser

Kardiovaskulära händelser har rapporterats i en randomiserad fas III-studie på nydiagnostiserade KML-patienter samt observerats i rapporter efter marknadsintroduktion. I denna kliniska studie med en behandlingstid på 60,5 månader (median), inkluderade grad 3-4 kardiovaskulära händelser perifer arteriell ocklusiv sjukdom (1,4 % och 1,1 % vid 300 mg respektive 400 mg nilotinib två gånger dagligen), ischemisk hjärtsjukdom (2,2 % och 6,1 % vid 300 mg respektive 400 mg nilotinib två gånger dagligen) och ischemiska cerebrovaskulära händelser (1,1 % och 2,2 % vid 300 mg respektive 400 mg nilotinib två gånger dagligen). Patienter bör rådas att omedelbart söka läkarvård vid akuta tecken eller symtom på kardiovaskulära händelser. Kardiovaskulär status bör utvärderas och kardiovaskulära riskfaktorer bör övervakas och hanteras aktivt hos patienter enligt standardiserade riktlinjer vid behandling med nilotinib. Lämplig behandling bör ordinerats för att hantera kardiovaskulära riskfaktorer (se avsnitt 4.2 för instruktioner vid hantering av icke-hematologisk toxicitet).

Hepatit B-reakivering

Hos kroniska bärare av hepatit B virus har reaktivering av hepatit B förekommit efter att dessa patienter fått BCR-ABL tyrosinkinashämmare. Vissa fall ledde till akut leversvikt eller fulminant hepatit med levertransplantation eller dödlig utgång som följd.

Patienter ska testas för HBV-infektion innan behandling med nilotinib påbörjas. Specialister på leversjukdomar och på behandling av hepatit B bör konsulteras innan behandling påbörjas hos patienter som testats positivt för hepatit B-serologi (inräknat dem med aktiv sjukdom) och vid patienter som testats positivt för HBV-infektion under behandlingen. Bärare av HBV som behöver behandling med nilotinib ska följas noga avseende tecken och symtom på aktiv HBV-infektion under hela behandlingen och i flera månader efter avslutad behandling (se avsnitt 4.8).

Särskild övervakning av vuxna Ph+ KML patienter i kronisk fas och som har uppnått ett varaktigt djupt molekyllärt svar

Förutsättningar för utsättning av behandling

För lämpliga patienter som bekräftats uttrycka de typiska BCR-ABL transkripten e13a2/b2a2 eller e14a2/b3a2 kan man överväga att avbryta behandlingen. Patienterna måste ha typiska BCR-ABL transkript för att möjliggöra kvantifiering av BCR-ABL, utvärdering av djupet av det molekyllära svaret och fastställande av en eventuell förlust av molekyllär remission efter att behandlingen med nilotinib avbrutits.

Övervakning av patienter som avbrutit behandling

Frekvent övervakning av nivåer av BCR-ABL-transkript hos patienter som är lämpade för att avsluta behandlingen måste utföras med ett kvantitativt diagnostiskt test validerat för att mäta molekyllära svarnivåer med en känslighet på minst MR4,5 ($BCR-ABL/ABL \leq 0,0032$ % IS). Nivåer av BCR-ABL-transkript skall bedömas innan och under den behandlingsfria perioden (se avsnitt 4.2 och 5.1).

Förlust av betydande molekyllärt svar ($MMR=BCR-ABL/ABL \leq 0,1$ % IS) hos KML patienter som fått nilotinib som första eller andra linjens behandling eller konstaterad förlust av MR4 (förlust av MR4 ($=BCR-ABL/ABL \leq 0,01$ % IS) konstaterad vid två på varandra följande mätningar med minst fyra veckor emellan) hos KML patienter som fått nilotinib som andra linjens behandling, innebär återupptagande av behandlingen inom 4 veckor från det att det blev känt att förlusten av remissionen inträffat. Molekyllär relaps kan förekomma under den behandlingsfria perioden och långtidsdata är ännu inte tillgängliga. Det är därför avgörande att frekvent övervakning av nivåerna av BCR-ABL-transkript och fullständig blodstatus med differentialräkning utförs för att upptäcka eventuell förlust av remission (se avsnitt 4.2). För patienter som inte uppnått MMR tre månader efter återinsatt behandling ska mutationstest av BCR-ABL kinasdomän utföras.

Laboratorietester och monitorering

Blodlipider

I en fas III-studie på nydiagnostiserade KML-patienter, visade 1,1 % av patienterna som behandlats med 400 mg nilotinib två gånger dagligen en grad 3-4 ökning av totalkolesterol; emellertid observerades ingen grad 3-4 ökning i gruppen som fått 300 mg två gånger dagligen (se avsnitt 4.8). Det rekommenderas att lipidprofilen bestäms före behandlingsstart med nilotinib, utvärderas 3 och 6 månader efter start av behandling och åtminstone årligen under långvarig behandling (se avsnitt 4.2). Om en HMG-CoA reductasinhämmare (ett lipidsänkande medel) behövs, se avsnitt 4.5, innan behandling påbörjas eftersom vissa HMG-CoA reductasinhämmare också metaboliseras av CYP3A4-systemet.

Blodglukos

I en fas III-studie på nydiagnostiserade KML-patienter, visade 6,9 % respektive 7,2 % av patienterna som behandlats med 400 mg nilotinib respektive 300 mg nilotinib två gånger dagligen en grad 3-4 ökning av blodglukos. Det rekommenderas att blodglukosnivån bedöms före behandlingsstart med Tasigna och monitoreras under behandling, när kliniskt indicerat (se avsnitt 4.2). Om provresultaten motiverar behandling bör läkaren följa lokala standarder för praxis och behandlingsriktlinjer.

Interaktioner med andra läkemedel

Administrering av Tasigna tillsammans med medel som är kraftiga hämmare av CYP3A4 (inklusive men inte begränsat till ketokonazol, itraconazol, vorikonazol, klaritromycin, telitromycin, ritonavir) bör undvikas. Om behandling med något av dessa medel skulle bli nödvändigt, rekommenderas att nilotinib behandlingen om möjligt avbryts (se avsnitt 4.5). Om behandlingen inte kan avbrytas tillfälligt, skall patienten monitoreras noggrant vad avser förlängning av QT-intervallet (se avsnitten 4.2, 4.5 och 5.2).

Samtidig användning av nilotinib och läkemedel som är potenta inducerare av CYP3A4 (t.ex. fenytoin, rifampicin, karbamazepin, fenobarbital och johannesört) minskar sannolikt exponeringen för nilotinib i kliniskt relevant utsträckning. För patienter som får nilotinib skall därför alternativt läkemedel med mindre risk för CYP3A4-inducering väljas vid samtidig administrering (se avsnitt 4.5).

Påverkan från föda

Nilotinibs biotillgänglighet ökar vid intag tillsammans med måltid. Tassigna skall inte tas tillsammans med måltid (se avsnitten 4.2 och 4.5), utan bör tas 2 timmar efter måltid. Måltid ska inte intas förrän tidigast minst en timme efter dosintag. Grapefruktjuice och annan föda som är känd för att hämma CYP3A4 skall undvikas. För patienter som inte kan svälja hårda kapslar kan innehållet i den hårda kapseln blandas med 1 tesked mosat äpple, och därefter tas omedelbart. Högst 1 tesked mosat äpple och inget annat än mosat äpple får användas (se avsnitt 5.2).

Nedsatt leverfunktion

Nedsatt leverfunktion har en måttlig effekt på nilotinibs farmakokinetik. Singeldosadministrering av 200 mg nilotinib resulterade i öknings i AUC med 35 %, 35 % och 19 % hos försökspersoner med mild, måttlig respektive svårt nedsatt leverfunktion, jämfört med en kontrollgrupp bestående av försökspersoner med normal leverfunktion. Förutspådd C_{max} av nilotinib vid steady-state visade en ökning på 29 %, 18 % respektive 22 %. I kliniska studier har patienter med alaninaminotransaminas (ALAT) och/eller aspartataminotransaminas (ASAT) $>2,5$ (eller >5 om relaterat till sjukdomen) gånger övre normalgränsen och/eller totalt bilirubin $>1,5$ gånger övre normalgränsen uteslutits. Nilotinib metaboliseras främst genom levern. Patienter med nedsatt leverfunktion kan därför ha ökad exponering för nilotinib och försiktighet bör iaktas vid behandling (se avsnitt 4.2).

Serumlipas

Förhöjt serumlipasvärde har observerats. Försiktighet rekommenderas hos patienter med pankreatit i anamnesen. Om de förhöjda lipasvärdena åtföljs av buksymtom skall nilotinib behandlingen avbrytas och lämpliga diagnostiska åtgärder övervägas för att utesluta pankreatit.

Total gastrektomi

Biotillgängligheten av nilotinib kan vara reducerad hos patienter med total gastrektomi (se avsnitt 5.2). Mer frekvent uppföljning av dessa patienter bör övervägas.

Tumörlyssyndrom

På grund av en eventuell förekomst av tumörlyssyndrom (TLS) rekommenderas korrigerande dehydrering, om klinisk signifikant, samt behandling av höga urinsyranivåer före insättning av nilotinib (se avsnitt 4.8).

Laktos

Tassigna hårda kapslar innehåller laktos. Patienter med något av följande sällsynta ärftliga tillstånd bör inte använda detta läkemedel: galaktosintolerans, total laktasbrist eller glukos-galaktosmalabsorption.

Pediatrik population

Laboratorieavvikelser från mild till måttlig övergående ökning av aminotransferaser och totalbilirubin har observerats i en högre frekvens hos barn än hos vuxna, vilket indikerar en högre risk för hepatotoxicitet hos den pediatrika populationen (se avsnitt 4.8). Leverfunktionen (nivåer av bilirubin och levertransaminaser) ska övervakas månatligen eller som kliniskt indicerat. Förhöjda värden av bilirubin och levertransaminaser ska hanteras genom tillfälligt uppehåll av behandlingen med nilotinib, dosreduktion och/eller att avbryta behandlingen med nilotinib (se avsnitt 4.2). Påverkan på tillväxten har dokumenterats hos patienter som behandlats med nilotinib i en studie i den pediatrika KML-populationen (se avsnitt 4.8). Noga övervakning av tillväxten hos pediatrika patienter rekommenderas under behandling med nilotinib.

4.5 Interaktioner med andra läkemedel och övriga interaktioner

Om kliniskt indicerat, kan Tasigna ges i kombination med hematopoetiska tillväxtfaktorer såsom erythropoetin eller granulocyt-kolonistimulerande faktor (G-CSF). Om kliniskt indicerat, kan det ges tillsammans med hydroxyurea eller anagrelid.

Nilotinib metaboliseras främst i levern och CYP3A4 antas vara den viktigaste bidragsfaktorn till oxidativ metabolism. Nilotinib är också ett substrat för multidrog-effluxpumpen, P-glykoprotein (Pgp). Absorption och åtföljande eliminering av systemiskt absorberat nilotinib kan därför påverkas av substanser som påverkar CYP3A4 och/eller Pgp.

Substanser som kan öka serumkoncentrationerna av nilotinib

Samtidig administrering av nilotinib med imatinib (ett substrat och moderator av Pgp och CYP3A4) påvisade en svagt hämmande effekt på CYP3A4 och/eller Pgp. AUC för imatinib ökade med 18 % till 39 % och AUC för nilotinib ökade med 18 % till 40 %. Dessa förändringar saknar sannolikt klinisk betydelse.

Exponering för nilotinib hos friska försökspersoner ökade 3-faldigt vid samtidig behandling med den kraftiga CYP3A4-hämmaren ketokonazol. Samtidig behandling med kraftiga CYP3A4-hämmare, inklusive ketokonazol, itraconazol, vorikonazol, ritonavir, klaritromycin och telitromycin bör därför undvikas (se avsnitt 4.4). Ökad exponering för nilotinib kan också förväntas med måttliga CYP3A4-hämmare. Alternativ samtidig behandling med läkemedel med ingen eller minimal CYP3A4-hämning bör övervägas.

Substanser som kan minska serumkoncentrationerna av nilotinib

Rifampicin, en potent inducerare av CYP3A4, minskar C_{max} för nilotinib med 64 % och minskar nilotinibs AUC med 80 %. Rifampicin och nilotinib skall inte användas samtidigt.

Samtidig administrering av andra läkemedel som inducerar CYP3A4 (t ex fenytoin, karbamazepin, fenobarbital och johannesört) minskar sannolikt på samma sätt exponeringen för nilotinib i kliniskt relevant utsträckning. Hos patienter där CYP3A4-inducerare är indicerat, skall alternativa läkemedel med mindre risk för enzyminduktion väljas.

Nilotinib har pH-beroende löslighet med lägre löslighet vid högre pH. Hos friska frivilliga som fått esomeprazol 40 mg en gång dagligen under 5 dagar var pH i magen påfallande förhöjt, men absorptionen av nilotinib var bara något minskad (27 % minskning av C_{max} och 34 % minskning av $AUC_{0-\infty}$). Nilotinib kan användas tillsammans med esomeprazol eller andra protonpumpshämmare om det behövs.

I en studie med friska försökspersoner, observerades ingen signifikant skillnad i nilotinibs farmakokinetik när en enkel 400 mg dos av nilotinib administrerades 10 timmar efter och 2 timmar före famotidin. Således, när samtidig användning med en H₂-blockerare är nödvändig, så kan det administreras ungefär 10 timmar innan och ungefär 2 timmar efter dosen av Tasigna.

I samma studie som ovan, ändrades inte nilotinibs farmakokinetik vid administrering av en antacid (aluminium hydroxid/magnesium hydroxid/simetikon) 2 timmar innan eller efter en enkel 400 mg dos av nilotinib. Således, om nödvändigt, så kan en antacida administreras ungefär 2 timmar före eller ungefär 2 timmar efter dosen av Tasigna.

Substanser som kan få förändrad systemisk koncentration på grund av nilotinib

In vitro är nilotinib en relativt stark hämmare av CYP3A4, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6 och UGT1A1, med lägst K_i -värde för CYP2C9 ($K_i = 0,13$ mikroM).

En läkemedelsinteraktionsstudie på friska frivilliga med engångsdos 25 mg warfarin, ett känsligt CYP2C9 substrat, och 800 mg nilotinib resulterade inte i någon förändring av warfarins farmakokinetiska parametrar eller farmakodynamik mätt i protrombintid (PT) och international normalised ratio (INR). Steady-state data saknas. Studien tyder på att en klinisk betydelsefull läkemedelsinteraktion mellan nilotinib och warfarin är mindre sannolik vid en dos upp till 25 mg warfarin. På grund av avsaknad av steady-statedata rekommenderas kontroll av farmakodynamiska markörer för warfarin (INR eller PT) vid påbörjad behandling med nilotinib (åtminstone under de två första veckorna).

Hos KML patienter ökade nilotinib, 400 mg administrerat två gånger dagligen under 12 dagar, den systemiska exponeringen (AUC och C_{max}) av oralt midazolam (ett substrat till CYP3A4) 2,6-faldigt respektive 2,0-faldigt. Nilotinib är en moderat CYP3A4 inhibitor. Som ett resultat av detta kan den systemiska exponeringen av andra läkemedel som metaboliseras av CYP3A4 (t.ex. vissa HMG-CoA reduktasinhibitorer) öka vid samtidig administrering av nilotinib. Adekvat monitorering och dosjustering kan vara nödvändig för läkemedel som är CYP3A4-substrat och har ett smalt terapeutiskt index (inklusive men ej begränsat till alfentanil, cyklosporin, dihydroergotamin, ergotamin, fentanyl, sirolimus och takrolimus) vid samtidig administrering med nilotinib.

Kombinationen av nilotinib med de statiner som huvudsakligen elimineras av CYP3A4 kan öka risken för statininducerad myopati, inklusive rbdomyolys.

Antiarytmiska läkemedel och andra substanser som kan förlänga QT-intervallet

Nilotinib bör användas med försiktighet till patienter som har eller kan utveckla förlängning av QT-intervallet, inklusive de patienter som tar antiarytmiläkemedel, såsom amiodaron, disopyramid, prokainamid, kinidin och sotalol eller andra läkemedel som kan leda till QT-förlängning, såsom klorokin, halofantrin, klaritromycin, haloperidol, metadon och moxifloxacin (se avsnitt 4.4).

Interaktioner med föda

Absorptionen och biotillgängligheten av nilotinib ökar om det tas tillsammans med måltid, vilket ger högre serumkoncentrationer (se avsnitten 4.2, 4.4 och 5.2). Grapefruktjuice och annan föda som är känd för att hämma CYP3A4 skall undvikas.

Pediatrik population

Interaktionsstudier har endast utförts hos vuxna.

4.6 Fertilitet, graviditet och amning

Fertila kvinnor/Preventivmedel

Fertila kvinnor skall använda en mycket effektiv preventivmetod under behandling med nilotinib och upp till två veckor efter avslutad behandling.

Graviditet

Det finns inga eller begränsad mängd data från användningen av nilotinib i gravida kvinnor. Djurstudier har visat reproduktionstoxikologiska effekter (se avsnitt 5.3). Tassigna skall endast användas under graviditet om kvinnans kliniska tillstånd kräver behandling med nilotinib. Om det används under graviditet måste patienten informeras om den potentiella risken för fostret.

Om en kvinna som behandlas med nilotinib överväger graviditet, kan avbrytande av behandlingen övervägas baserat på de kriterier för avbrytande av behandlingen som beskrivs i avsnitt 4.2 och 4.4. Det finns en begränsad mängd data om graviditeter hos patienter under försök till behandlingsfri remission (TFR). Om graviditet planeras under TFR-fasen måste patienten informeras om ett eventuellt behov av att påbörja nilotinib behandling under graviditeten (se avsnitt 4.2 och 4.4).

Amning

Det är okänt om nilotinib utsöndras i bröstmjolk. Tillgängliga toxikologiska djurdata har visat att nilotinib utsöndras i mjölk (se avsnitt 5.3). Kvinnor ska inte amma under behandling med Tasigna och 2 veckor efter den sista dosen eftersom en risk för det nyfödda barnet/spädbarnet inte kan uteslutas.

Fertilitet

Djurstudier visade ingen effekt på fertiliteten hos han- och honråttor (se avsnitt 5.3).

4.7 Effekter på förmågan att framföra fordon och använda maskiner

Tasigna har ingen eller försumbar effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner. Det rekommenderas dock att patienter som upplever yrsel, trötthet, försämrad syn eller andra negativa effekter som eventuellt kan påverka förmågan att säkert framföra fordon eller använda maskiner bör avstå från dessa aktiviteter så länge som effekten kvarstår (se avsnitt 4.8).

4.8 Biverkningar

Sammanfattning av säkerhetsprofilen

Säkerhetsprofilen är baserad på sammanslagna data från 3 422 patienter som behandlats med Tasigna i 13 kliniska studier på de godkända indikationerna: vuxna och pediatrika patienter med nydiagnostiserad Philadelphiakromosompositiv kronisk myeloisk leukemi (KML) i kronisk fas (5 kliniska studier med 2 414 patienter); vuxna patienter med Philadelphiakromosompositiv KML i kronisk och accelererad fas med resistens eller intolerans mot tidigare behandling där imatinib ingått (6 kliniska studier med 939 patienter) och pediatrika patienter med Philadelphiakromosompositiv KML med resistens eller intolerans mot tidigare behandling där imatinib ingått. (2 kliniska studier med 69 patienter). Dessa sammanslagna data representerar 9 039,34 patientår av exponering.

Säkerhetsprofilen för nilotinib är överensstämmande över alla indikationer.

De vanligaste biverkningarna (incidens ≥ 15 %) från de ovan beskrivna sammanslagna data var: utslag (26,4 %), övre luftvägsinfektion (inklusive faryngit, nasofaryngit, rinit) (24,8 %), huvudvärk (21,9 %), hyperbilirubinemi (inklusive ökning av bilirubinhalten i blodet) (18,6 %), artralgi (15,8 %), trötthet (15,4 %), illamående (16,8 %), klåda (16,7 %) och trombocytopeni (16,4 %).

Tabell över biverkningar

Biverkningar från kliniska studier och rapporter efter godkännande för försäljning (Tabell 3) är listade enligt MedDRA systemets organklassificering och frekvenskategorier. Frekvenskategorierna definieras enligt följande konvention: mycket vanliga ($\geq 1/10$), vanliga ($\geq 1/100$, $< 1/10$), mindre vanliga ($\geq 1/1 000$, $< 1/100$), sällsynta ($\geq 1/10 000$, $< 1/1 000$), mycket sällsynta ($< 1/10 000$), ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data).

Tabell 3 Biverkningar

Infektioner och infestationer	
Mycket vanliga:	Övre luftvägsinfektion (inklusive faryngit, nasofaryngit, rinit)
Vanliga:	Follikulit, bronkit, candida-infektion (inklusive oral candida-infektion), lunginflammation, gastroenterit, urinvägsinfektion
Mindre vanliga:	Herpesvirusinfektion, anal abscess, candida-infektion (kandidos), furunkel, sepsis, subkutan abscess, tinea pedis
Sällsynta	Hepatit B reaktivering
Neoplasier; benigna, maligna och ospecificerade (samt cystor och polyper)	
Mindre vanliga:	Hudpapillom
Sällsynta:	Oral papillom, paraproteinemi
Blodet och lymfsystemet	
Mycket vanliga:	Anemi, trombocytopeni
Vanliga:	Leukopeni, leukocytos, neutropeni, trombocytemi
Mindre vanliga:	Eosinofili, febril neutropeni, lymfopeni, pancytopeni
Immunsystemet	
Mindre vanliga:	Överkänslighet
Endokrina systemet	
Mycket vanliga:	Tillväxthämning
Vanliga:	Hypotyreos
Mindre vanliga:	Hypertyreos
Sällsynta:	Sekundär hyperparatyreoidism, tyreoidit
Metabolism och nutrition	
Vanliga:	Elektrolytobalans (inklusive hypomagnesemi, hyperkalemi, hypokalemi, hyponatremi, hypokalcemi, hyperkalcemi, hyperfosfatemi), diabetes mellitus, hyperglykemi, hyperkolesterolemi, hyperlipidemi, hypertriglyceridemi, minskad aptit, gikt, hyperurikemi, hypofosfatemi (inklusive minskade halter av fosfater i blodet)
Mindre vanliga:	Dehydrering, ökad aptit, dyslipidemi, hypoglykemi
Sällsynta:	Aptitstörning, tumörlyssyndrom
Psykiska störningar	
Vanliga:	Depression, insomni, oro
Mindre vanliga	Amnesi, förvirringstillstånd, desorientering
Sällsynta	Dysfori
Centrala och perifera nervsystemet	
Mycket vanliga:	Huvudvärk
Vanliga:	Yrsel, hypoestesi, parestesi, migrän
Mindre vanliga:	Cerebrovaskulär händelse, intrakraniell/cerebral blödning, ischemisk stroke, transitorisk ischemisk attack, cerebral infarkt, medvetandeförlust (inklusive synkope), tremor, uppmärksamhetsstörning, hyperestesi, dysestesi, letargi, perifer neuropati, restless legs, ansiktsförflamning
Sällsynta	Stenos i arteria basilaris, hjärnödem, optikusneurit
Ögon	
Vanliga:	Konjunktivit, torra ögon (inkluderande xeroftalmi), ögonirritation, hyperemi (skleral, konjunktival, okulär), dimsyn
Mindre vanliga:	Synnedstättning, konjunktival blödning, reducerad synskärpa, ögonlocksödem, blefarit, fotopsi, allergisk konjunktivit, diplopi, ögonblödning, ögonsmärta, ögonpruritus, ögonsvullnad, sjukdom på ögonytan, periorbitalt ödem, fotofobi
Sällsynta:	Korioretinopati, papillödem
Öron och balansorgan	
Vanliga:	Vertigo, öronsmärta, tinnitus
Mindre vanliga:	Hörselnedsättning (övergående dövhet)

Hjärtat	
Vanliga:	Angina pectoris, arytmier (inklusive atrioventrikulärt block, hjärtfladder, ventrikulära extrasystole, takykardi, förmaksflimmer, bradykardi), palpitationer, förlängt EKG-QT, koronarartärsjukdom
Mindre vanliga:	Hjärtinfarkt, hjärtblåsljud, perikardiell utgjutning, hjärtsvikt, diastolisk dysfunktion, vänstersidigt grenblock, perikardit
Sällsynta:	Cyanos, minskad ejektionsfraktion
Ingen känd frekvens:	Ventrikulär dysfunktion
Blodkärl	
Vanliga:	Hypertoni, flushing, perifer ocklusiv artärsjukdom
Mindre vanliga:	Hypertensiv kris, claudicatio intermittens, perifer artärstenos, hematomb, arteriell skleros, hypotoni, trombos
Sällsynta	Hemorragisk chock
Andningsvägar, bröstorg och mediastinum	
Mycket vanliga	Hosta
Vanliga:	Dyspné, ansträngningsdyspné, epistaxis, smärta i (mun)svalget
Mindre vanliga:	Lungödem, pleurautgjutning, interstitiell lungsjukdom, pleurasmärta, pleurit, halsirritation, dysfoni, pulmonell hypertension, väsande andning
Sällsynta:	Smärta i svalg/strupe
Magtarmkanalen	
Mycket vanliga:	Illamående, smärta i övre delen av buken, förstoppning, diarré, kräkningar
Vanliga:	Pankreatit, magbesvär, utspänd buk, väderspänning, buksmärta, dyspepsi, gastrit, gastroesofageal reflux, hemorrojder, stomatit
Mindre vanliga:	Gastrointestinal blödning, melena, munsår, esofagal smärta, muntorrhet, känslighet i tänderna (hyperestesi), dysgeusi, enterokolit, magsår, gingivit, hiatusbräck, rektal blödning
Sällsynta:	Gastrointestinalt sår med perforation, hematemes, esofagus sår, ulcerös esofagit, retroperitoneal blödning, subileus
Lever och gallvägar	
Mycket vanliga:	Hyperbilirubinemi (inklusive ökning av bilirubinhalten i blodet)
Vanliga:	Onormal leverfunktion
Mindre vanliga:	Hepatotoxicitet, toxisk hepatit, gulsot, kolestas, hepatomegali
Hud och subkutan vävnad	
Mycket vanliga	Hudutslag, klåda, alopeci
Vanliga:	Nattliga svettningar, eksem, urtikaria, hyperhidros, kontusion, akne, dermatit (inklusive allergisk, exfolierande och akneform), torr hud, erytem
Mindre vanliga:	Exfoliativt utslag, läkemedelsutslag, hudsmärta, ekkymos, ansiktssvullnad, blåsor, hudcystor, erythema nodosum, hyperkeratos, petekier, ljusöverkänslighet, psoriasis, hudmissfärgning, hudexfoliering, hudhyperpigmentering, hudhypertrofi, hudsår
Sällsynta:	Erythema multiforme, palmar plantar erytrodysestesi syndrom, sebaceus hyperplasi, hudatrofi
Muskuloskeletala systemet och bindväv	
Mycket vanliga:	Myalgi, artralgi, ryggsmärta, smärta i extremiteter
Vanliga:	Muskuloskeletala bröstsmärta, muskuloskeletala smärta, nacksmärta, muskelsvaghet, muskelspasmer, skelettsmärta
Mindre vanliga:	Muskuloskeletala stelhet, svullna leder, artrit, flanksmärta
Njurar och urinvägar	
Vanliga:	Pollakisuri, dysuri
Mindre vanliga:	Urinträngningar, nokturi, kromaturi, hematuri, njursvikt, urininkontinens
Reproduktionsorgan och bröstkörtel	
Vanliga	Erektill dysfunktion, menorrhagi
Mindre vanliga:	Ont i bröstet, gynekomasti, svullna bröstvårtor
Sällsynta:	Bröstinduration

Allmänna symtom och/eller symtom vid administreringsstället	
Mycket vanliga:	Trötthet, pyrexia
Vanliga:	Bröstmärta (inkluderande icke kardiell bröstsmärta), smärta, bröstbesvär, sjukdomskänsla, asteni och perifert ödem, frossa, influensaliknande sjukdom
Mindre vanliga:	Ansiktsödem, gravitationsödem, känsla av kroppstemperaturförändringar (inkluderande värmekänsla, köldkänsla), lokaliserat ödem
Sällsynta:	Plötslig död
Undersökningar	
Mycket vanliga:	Ökat alaninaminotransferas, ökat lipas
Vanliga:	Minskat hemoglobin, ökat blodamylas, ökat aspartataminotransferas, ökat alkaliskt fosfat i blod, ökat gamma-glutamyltransferas, ökat blodkreatinfosfokinase, viktnedgång, viktökning, förhöjt kreatinin, ökat totalt kolesterol
Mindre vanliga:	Ökat blodlaktatdehydrogenas, ökat blodurea, ökat okonjugerat bilirubin i blodet, ökat paratyreoideahormon i blodet, förhöjda triglycerider i blodet, minskning av globuliner, förhöjt lipoproteinkolesterol (inklusive låg densitet och hög densitet), ökat troponin
Sällsynta:	Minskat blodglukos, minskning av insulin i blodet, ökning av insulin i blodet, minskning av insulin C-peptid

Notera: Alla biverkningar observerades inte i pediatrika studier.

Beskrivning av valda biverkningar

Plötslig död

Plötslig död har i mindre vanliga fall (0,1 till 1 %) rapporterats i kliniska studier och/eller uppföljande studieprogram med Tasigna hos patienter med KML i kronisk eller accelererad fas, med resistens eller intolerans mot imatinib, med tidigare medicinsk historia av hjärtsjukdom eller signifikanta kardiella riskfaktorer (se avsnitt 4.4).

Hepatit B-reakivering

Hepatit B-reakivering har rapporterats i samband med BCR-ABL TKI. Vissa fall ledde till akut leversvikt eller fulminant hepatit med levertransplantation eller dödlig utgång som följd (se avsnitt 4.4).

Pediatrik population

Säkerheten för nilotinib hos pediatrika patienter (från 2 till <18 år) med Philadelphia-kromosompositiv KML i kronisk fas (n=58) har undersökts i en huvudstudie under en period om 60 månader (se avsnitt 5.1). Hos pediatrika patienter har frekvensen, typen och svårighetsgraden av biverkningarna som observerats generellt överensstämmt med de som observerats hos vuxna, med undantag för hyperbilirubinemi/ökning av blodbilirubin (grad 3/4: 10,3 %) och transaminashöjning (ASAT grad 3/4: 1,7 %, ALAT grad 3/4: 12,1 %) som rapporterades vid en högre frekvens än hos vuxna patienter. Nivåer av bilirubin- och levertransaminaser ska övervakas under behandlingen (se avsnitt 4.2 och 4.4).

Tillväxtpåverkan i den pediatrika populationen

I en studie som genomfördes i den pediatrika KML populationen, med en median exponering på 51,9 månader hos patienter med nydiagnostiserad Ph+KML-CP och 59,9 månader hos patienter med imatinib/dasatinib-resistent eller intolerant Ph+KML-CP, observerades en tillväxtnedgång (definierat som: korsning av minst 2 percentiler [5, 10, 25, 50, 75, 90, 95] jämfört med studiestart) hos åtta patienter: fem (8,6 %) korsade två percentiler jämfört med studiestart och tre (5,2 %) korsade tre percentiler jämfört med studiestart. Händelser relaterade till tillväxthämning rapporterades hos 3 patienter (5,2 %). Noggrann övervakning av tillväxten hos pediatrika patienter som behandlas med nilotinib rekommenderas (se avsnitt 4.4).

Rapportering av misstänkta biverkningar

Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning via [det nationella rapporteringssystemet listat i bilaga V](#).

4.9 Överdoser

Enstaka rapporter med avsiktlig överdosering med nilotinib har rapporterats där ett okänt antal Tasigna hårda kapslar har intagits i kombination med alkohol och andra medicinska produkter. Händelser inkluderade neutropeni, kräkningar och dåsighet. Inga förändringar av EKG eller hepatotoxicitet rapporterades. Utfallet rapporterades som återhämtande.

Vid överdosering bör patienten övervakas och lämplig understödande behandling insättas.

5. FARMAKOLOGISKA EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiska egenskaper

Farmakoterapeutisk grupp: Antineoplastiska medel, BCR-ABL tyrosinkinashämmare, ATC-kod: L01EA03.

Verkningsmekanism

Nilotinib är en potent hämmare av ABL-tyrosinkinasaktiviteten hos BCR-ABL-onkoprotein, både i cellinjer och i primära Philadelphiakromosompositiva leukemiceller. Substansen binds med hög affinitet till ATP-bindningsstället på ett sådant sätt att den kraftigt hämmar vildtyps-BCR-ABL och bibehåller aktiviteten mot 32/33 imatinibresistent, mutanta former av BCR-ABL. Som en följd av denna biokemiska aktivitet hämmar nilotinib proliferationen selektivt och inducerar apoptos i cellinjer och primära leukemiceller från patienter med Philadelphiakromosompositiv KML. I musmodeller av KML minskar nilotinib, givet som enda medel, tumörbördan och förlänger överlevnaden efter peroral administrering.

Farmakodynamisk effekt

Nilotinib har liten eller ingen effekt på majoriteten av andra proteinkinaser som undersökts, inklusive Src, utom på PDGF, KIT- och efrinreceptorkinaser, som hämmas vid koncentrationer inom det område som uppnås efter peroral administrering av de terapeutiska doser som rekommenderas vid behandling av KML (se Tabell 4).

Tabell 4 Nilotinibs kinasprofil (fosforylering IC₅₀ nM)

BCR-ABL	PDGFR	KIT
20	69	210

Klinisk effekt

Kliniska studier på nydiagnostiserade patienter med KML i kronisk fas

En öppen, multicenter, randomiserad studie i Fas III har genomförts för att fastställa effekten hos nilotinib, jämfört med imatinib, hos 846 vuxna patienter med cytogenetiskt bekräftad, nyligen diagnostiserad Philadelphia-kromosompositiv KML i kronisk fas. Patienterna befann sig inom sex månader efter diagnos och var tidigare obehandlade, förutom med hydroxyurea och/eller anagrelid. Patienterna randomiserades 1:1:1 till att få antingen nilotinib 300 mg två gånger dagligen (n=282), nilotinib 400 mg två gånger dagligen (n=281) eller imatinib 400 mg en gång dagligen (n=283). Randomiseringen stratifierades enligt Sokal risk score vid tiden för diagnosen.

Karakteristika vid baslinjen balanserades väl mellan de tre behandlingsarmarna. Medianåldern var 47 år i båda nilotinibarmarna och 46 år i imatinibarmen, och 12,8 %, 10,0 % och 12,4 % av patienterna var ≥ 65 år i behandlingsarmen för nilotinib 300 mg två gånger dagligen, nilotinib 400 mg två gånger dagligen respektive imatinib 400 mg en gång dagligen. Det fanns något fler manliga än kvinnliga patienter (56,0 %, 62,3 % och 55,8 % för nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 400 mg två gånger dagligen respektive imatinib 400 mg en gång dagligen). Mer än 60 % av patienterna var kaukasier och 25 % var asiater.

Tidpunkten för den primära dataanalysen var när alla 846 patienterna hade fullföljt 12 månaders behandling (eller tidigare om behandlingen utsatts). Efterföljande analyser reflekterar när patienterna hade fullföljt 24, 36, 48, 60 och 72 månader av behandling (eller tidigare om behandlingen utsatts). Mediantiden för behandling var cirka 70 månader i de grupper som behandlades med nilotinib och 64 månader i imatinibgruppen. Den faktiska mediantiosen var 593 mg/dag för nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 772 mg/dag för nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 400 mg/dag för imatinib 400 mg en gång dagligen. Studien pågår.

Det primära effektmåttet var betydande molekyllärt svar (MMR) efter 12 månader. MMR definierades som $\leq 0,1$ % BCR-ABL/ABL % enligt den internationella skalan (IS) som uppmätts genom RQ-PCR, vilket motsvarar en logminskning om ≥ 3 av BCR-ABL-återgivningen från den standardiserade baslinjen. MMR-frekvensen vid 12 månader var statistiskt signifikant högre för nilotinib 300 mg två gånger dagligen, jämfört med imatinib 400 mg en gång dagligen (44,3 % mot 22,3 %, $p < 0,0001$). MMR-frekvensen vid 12 månader var även statistiskt signifikant högre för nilotinib 400 mg två gånger dagligen, jämfört med imatinib 400 mg en gång dagligen (42,7 % mot 22,3 %, $p < 0,0001$).

MMR-frekvenserna vid 3, 6, 9 och 12 månader var 8,9 %, 33,0 %, 43,3 % och 44,3 % för nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 5,0 %, 29,5 %, 38,1 % och 42,7 % för nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 0,7 %, 12,0 %, 18,0 % och 22,3 % för imatinib 400 mg en gång dagligen.

MMR-frekvensen vid 12, 24, 36, 48, 60 och 72 månader presenteras i Tabell 5.

Tabell 5 Betydande molekyllärt svar (MMR)

	Nilotinib 300 mg två gånger dagligen n=282 (%)	Nilotinib 400 mg två gånger dagligen n=281 (%)	Imatinib 400 mg en gång dagligen n=283 (%)
MMR vid 12 månader			
Svarsfrekvens (95 % KI)	44,3 ¹ (38,4; 50,3)	42,7 ¹ (36,8; 48,7)	22,3 (17,6; 27,6)
MMR vid 24 månader			
Svarsfrekvens (95 % KI)	61,7 ¹ (55,8; 67,4)	59,1 ¹ (53,1; 64,9)	37,5 (31,8; 43,4)
MMR vid 36 månader²			
Svarsfrekvens (95 % KI)	58,5 ¹ (52,5; 64,3)	57,3 ¹ (51,3; 63,2)	38,5 (32,8; 44,5)
MMR vid 48 månader³			
Svarsfrekvens (95 % KI)	59,9 ¹ (54,0; 65,7)	55,2 (49,1; 61,1)	43,8 (38,0; 49,8)
MMR vid 60 månader⁴			
Svarsfrekvens (95 % KI)	62,8 (56,8; 68,4)	61,2 (55,2; 66,9)	49,1 (43,2; 55,1)
MMR vid 72 månader⁵			
Svarsfrekvens (95% CI)	52,5 (46,5; 58,4)	57,7 (51,6; 63,5)	41,7 (35,9; 47,7)

¹ Cochran-Mantel-Haenzsel (CMH)-test p-värde för svarsfrekvens (mot imatinib 400 mg) <0,0001

² Enbart patienter som medverkade i MMR vid en specifik tidpunkt är inkluderade för den givna tidpunkten. Totalt var 199 (35,2 %) av alla patienter inte utvärderbara för MMR vid 36 månader (87 i nilotinib-gruppen på 300 mg två gånger dagligen och 112 i imatinib-gruppen) på grund av missad/icke-utvärderbar PCR-bedömning (n=17), atypiska transkripter vid baslinjen (n=7), eller utsättning före tidpunkten på 36 månader (n=175).

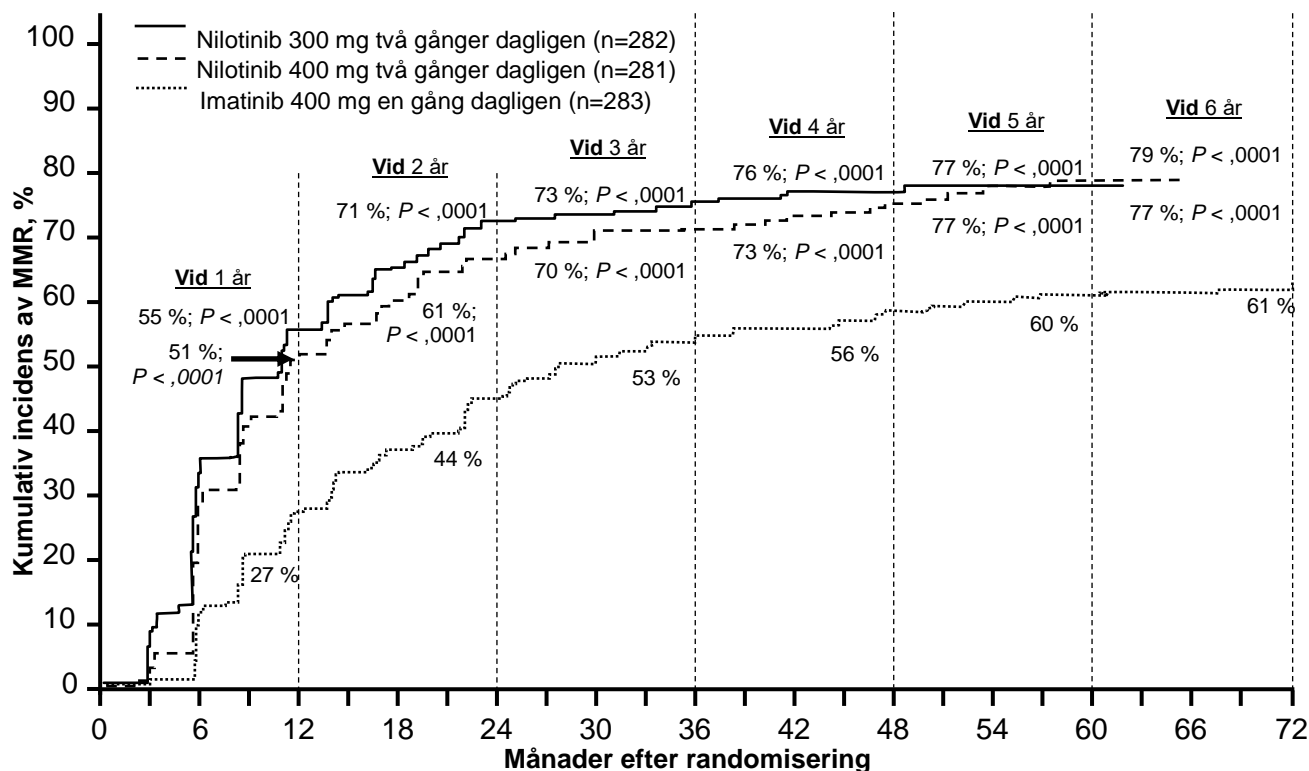
³ Enbart patienter som uppnått MMR vid en specifik tidpunkt är inkluderade för den givna tidpunkten. Totalt var 305 (36,1 %) av alla patienter inte utvärderbara för MMR vid 48 månader (98 i nilotinib-gruppen på 300 mg två gånger dagligen, 88 i nilotinib-gruppen på 400 mg två gånger dagligen och 119 i imatinib-gruppen) på grund av missad/icke-utvärderbar PCR-bedömning (n=18), atypiska transkripter vid baslinjen (n=8), eller utsättning före tidpunkten på 48 månader (n=279).

⁴ Enbart patienter som uppnått MMR vid en specifik tidpunkt är inkluderade för den givna tidpunkten. Totalt var 322 (38,1%) av alla patienter inte utvärderbara för MMR vid 60 månader (99 i nilotinib-gruppen på 300 mg två gånger dagligen, 93 i nilotinib-gruppen på 400 mg två gånger dagligen och 130 i imatinib-gruppen) på grund av missad/icke-utvärderbar PCR-bedömning (n=9), atypiska transkripter vid baslinjen (n=8), eller utsättning före tidpunkten på 60 månader (n=305).

⁵ Enbart patienter som uppnått MMR vid en specifik tidpunkt är inkluderade för den givna tidpunkten. Totalt var 395 (46,7%) av alla patienter inte utvärderbara för MMR vid 72 månader (130 i nilotinib-gruppen på 300 mg två gånger dagligen, 110 i nilotinib-gruppen på 400 mg två gånger dagligen och 155 i imatinib-gruppen) på grund av missad/icke-utvärderbar PCR-bedömning (n=25), atypiska transkripter vid baslinjen (n=8), eller utsättning före tidpunkten på 72 månader (n=362).

MMR-frekvensen vid olika tidpunkter (inklusive patienter som uppnådde MMR vid eller före dessa tidpunkter) presenteras i den kumulativa incidensen av MMR (se Figur 1).

Figur 1 Kumulativ incidens av MMR



För alla Sokal-riskgrupperna, förblev MMR-svarsfrekvenserna vid alla tidpunkter genomgående högre i de två nilotinib-grupperna än i imatinib-gruppen.

I en retrospektiv analys uppnådde 91 % (234/258) av patienterna med nilotinib 300 mg två gånger dagligen BCR-ABL nivåer ≤ 10 % vid 3 månaders behandling jämfört med 67 % (176/264) av patienterna med imatinib 400 mg en gång dagligen. Patienter med BCR-ABL nivåer ≤ 10 % vid 3 månaders behandling uppvisar en högre total överlevnad vid 72 månader jämfört med dem som inte uppnådde denna molekylära svarsnivå (94,5 % respektive 77,1 % [p=0,0005]).

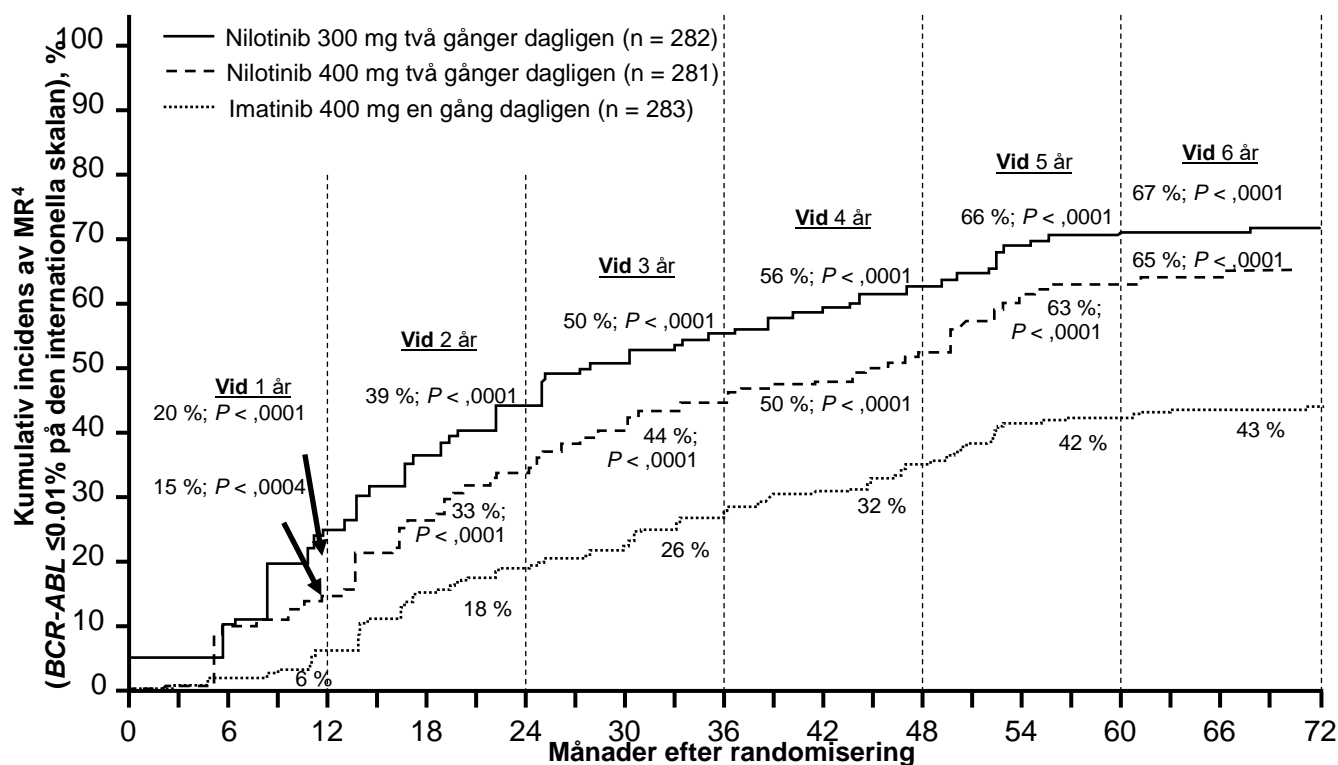
Baserat på Kaplan-Meier-analysen av tiden till första MMR var sannolikheten för att uppnå MMR vid olika tidpunkter högre för både nilotinib 300 mg och 400 mg två gånger dagligen, jämfört med imatinib 400 mg en gång dagligen (HR=2,17 och stratifierad logrankning p<0,0001 mellan nilotinib 300 mg två gånger dagligen och imatinib 400 mg en gång dagligen, HR=1,88 och stratifierad logrankning p<0,0001 mellan nilotinib 400 mg två gånger dagligen och imatinib 400 mg en gång dagligen).

Andelen patienter som uppnådde ett molekylärt svar om $\leq 0,01$ % och $\leq 0,0032$ % enligt IS vid olika tidpunkter presenteras i Tabell 6 och andelen patienter som uppnådde ett molekylärt svar om $\leq 0,01$ % och $\leq 0,0032$ % enligt IS vid olika tidpunkter presenteras i Figureerna 2 och 3. Molekylärt svar om $\leq 0,01$ % och $\leq 0,0032$ % enligt IS svarar mot en ≥ 4 logminskning respektive $\geq 4,5$ logminskning av BCR-ABL-transkripter från en standardiserad baslinje.

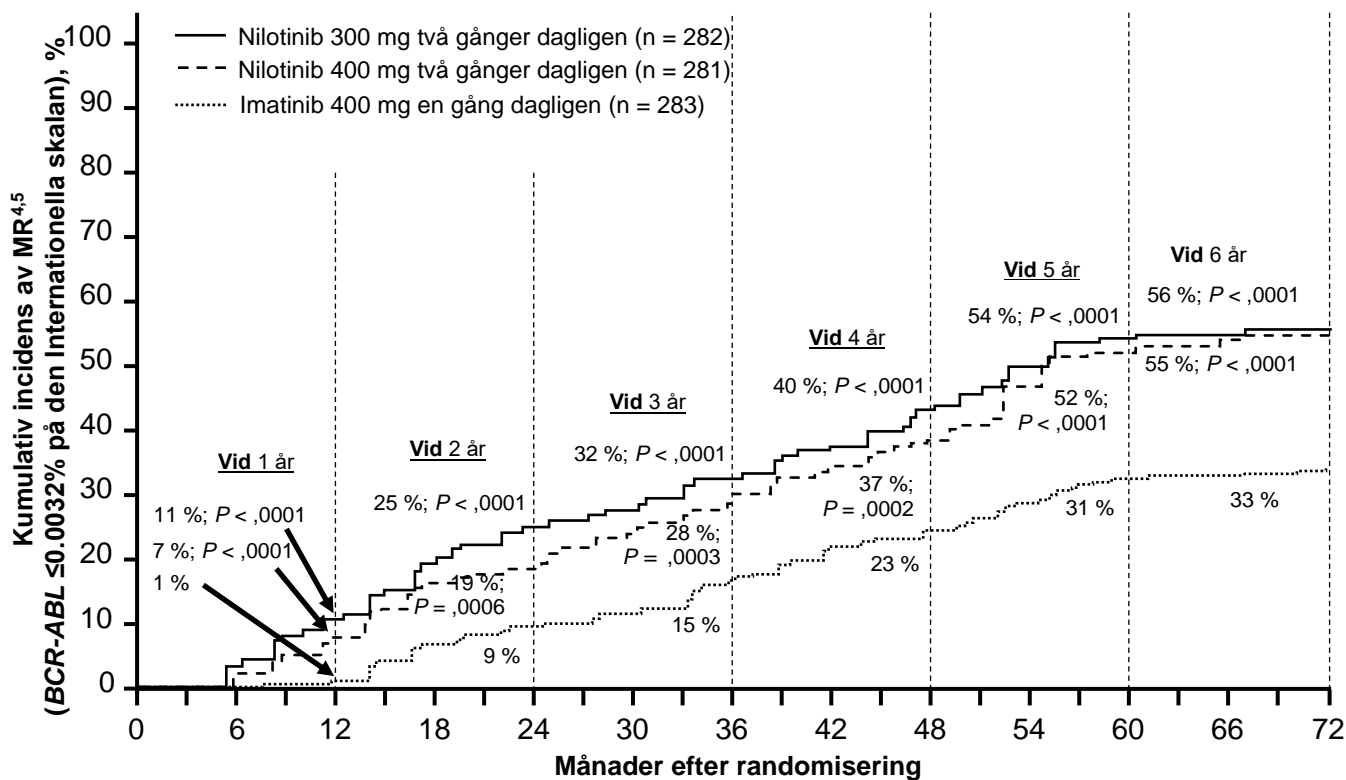
Tabell 6 Andelen patienter med molekylärt svar om $\leq 0,01\%$ (4 logminskning) och $\leq 0,0032\%$ (4,5 logminskning)

	Nilotinib 300 mg två gånger dagligen n=282 (%)		Nilotinib 400 mg två gånger dagligen n=281 (%)		Imatinib 400 mg en gång dagligen n=283 (%)	
	$\leq 0,01\%$	$\leq 0,0032\%$	$\leq 0,01\%$	$\leq 0,0032\%$	$\leq 0,01\%$	$\leq 0,0032\%$
Vid 12 månader	11,7	4,3	8,5	4,6	3,9	0,4
Vid 24 månader	24,5	12,4	22,1	7,8	10,2	2,8
Vid 36 månader	29,4	13,8	23,8	12,1	14,1	8,1
Vid 48 månader	33,0	16,3	29,9	17,1	19,8	10,2
Vid 60 månader	47,9	32,3	43,4	29,5	31,1	19,8
Vid 72 månader	44,3	31,2	45,2	28,8	27,2	18,0

Figur 2 Kumulativ incidens av molekylärt svar om $\leq 0,01\%$ (4-log reduktion)



Figur 3 Kumulativ incidens av molekyllärt svar om $\leq 0,0032\%$ (4.5 log reduktion)



Baserat på Kaplan-Meier skattning av varaktigheten av första MMR var andelen patienter som bibehöll svar under 72 månader av de som uppnått MMR 92,5 % (95 % KI: 88,6-96,4 %) i gruppen nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 92,2 % (95 % KI: 88,5-95,9 %) i gruppen nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 88,0 % (95 % KI: 83,0-93,1 %) i gruppen imatinib 400 mg en gång dagligen.

Fullständigt cytogenetiskt svar (CCyR) definierades som 0 % Ph+-metafaser i benmärg, baserat på ett minimum om 20 utvärderade metafaser. Bästa CCyR-frekvens vid 12 månader (inkluderande patienter som uppnådde CCyR vid eller före 12 månaderstidpunkten som svarare) var statistiskt högre för både nilotinib 300 mg och 400 mg två gånger dagligen, jämfört med imatinib 400 mg en gång dagligen, se Tabell 7.

CCyR-frekvens vid 24 månader (inkluderande patienter som uppnådde CCyR vid eller före 24 månaderstidpunkten) var statistiskt högre för både gruppen nilotinib 300 mg två gånger dagligen och 400 mg två gånger dagligen jämfört med gruppen imatinib 400 mg en gång dagligen.

Tabell 7 Bästa CCyR

	Nilotinib 300 mg två gånger dagligen n=282 (%)	Nilotinib 400 mg två gånger dagligen n=281 (%)	Imatinib 400 mg en gång dagligen n=283 (%)
Vid 12 månader			
Svar (95 % KI)	80,1 (75,0; 84,6)	77,9 (72,6; 82,6)	65,0 (59,2; 70,6)
Inget svar	19,9	22,1	35,0
CMH test-p-värde för svarsfrekvens (mot imatinib 400 mg en gång dagligen)	<0,0001	0,0005	
Vid 24 månader			
Svar (95 % KI)	86,9 (82,4; 90,6)	84,7 (79,9; 88,7)	77,0 (71,7; 81,8)
Inget svar	13,1	15,3	23,0
CMH test-p-värde för svarsfrekvens (mot imatinib 400 mg en gång dagligen)	0,0018	0,0160	

Baserat på Kaplan-Meier skattning var andelen patienter som bibehöll svar under 72 månader av de som uppnådde CCyR 99,1 % (95 % KI: 97,9-100 %) i gruppen nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 98,7 % (95 % KI: 97,1-100 %) i gruppen nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 97,0 % (95 % KI: 94,7-99,4 %) i gruppen imatinib 400 mg en gång dagligen.

Progression till accelererad fas (AP) eller blastkris (BK) under behandling definieras som tiden från randomisering till första dokumenterade sjukdomsprogressionen till accelererad fas eller blastkris eller KML-relaterad död. Progression till accelererad fas eller blastkris under behandlingen sågs hos totalt 17 patienter: 2 patienter som fick nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 3 patienter som fick nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 12 patienter som fick imatinib 400 mg en gång dagligen. Beräknad frekvens patienter som var fri från progression till accelererad fas eller blastkris vid 72 månader var 99,3 %, 98,7 % respektive 95,2 % (HR=0,1599 och stratifierat log-rank p=0,0059 mellan nilotinib 300 mg två gånger dagligen och imatinib en gång dagligen, HR=0,2457 och stratifierat log-rank p=0,0185 mellan nilotinib 400 mg två gånger dagligen och imatinib en gång dagligen). Inga nya händelser av progression till AP/BK har rapporterats sedan 2-årsanalysen.

Vid inkluderande av klonal evolution som kriterium för progression progredierade totalt 25 patienter till accelererad fas eller blastkris efter behandling vid avbrytande (3 i gruppen nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 5 i gruppen nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 17 i gruppen imatinib 400 mg en gång dagligen). Beräknad frekvens patienter som var fri från progression till accelererad fas eller blastkris inkluderande klonal evolution vid 72 månader var 98,7%, 97,9 % respektive 93,2 % (HR=0,1626 och stratifierat log-rank p=0,0009 mellan nilotinib 300 mg två gånger dagligen och imatinib en gång dagligen, HR=0,2848 och stratifierat log-rank p=0,0085 mellan nilotinib 400 mg två gånger dagligen och imatinib en gång dagligen).

Totalt 55 patienter avled under behandling och under uppföljningen efter avslutad behandling (21 i gruppen nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 11 i gruppen nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 23 i gruppen imatinib 400 mg en gång dagligen). Tjugosex (26) av dessa 55 dödsfall var relaterade till KML (6 i gruppen nilotinib 300 mg två gånger dagligen, 4 i gruppen nilotinib 400 mg två gånger dagligen och 16 i gruppen imatinib 400 mg en gång dagligen). Beräknad frekvens patienter som levde vid 72 månader var 91,6 %, 95,8 % respektive 91,4 % (HR=0,8934 och stratifierat log-rank p=0,7085 mellan nilotinib 300 mg två gånger dagligen och imatinib, HR=0,4632 och stratifierat log-rank p=0,0314 mellan nilotinib 400 mg två gånger dagligen och imatinib). För enbart händelsen KML-relaterad död var beräknad frekvens total överlevnad vid 72 månader 97,7 %, 98,5 % respektive 93,9 % (HR=0,3694 och stratifierat log-rank p=0,0302 mellan nilotinib 300 mg två gånger dagligen och imatinib, HR=0,2433 och stratifierat log-rank p=0,0061 mellan nilotinib 400 mg två gånger dagligen och imatinib).

Kliniska studier av patienter med KML i kronisk och accelererad fas, med resistens eller intolerans mot imatinib

En öppen, okontrollerad, multicenterstudie i fas II har utförts för att utvärdera effekten av nilotinib hos vuxna patienter med KML med resistens eller intolerans mot imatinib med separata behandlingsarmar för kronisk och accelererad sjukdomsfas. Effekten baserades på de 321 patienter i kronisk fas och 137 patienter i accelererad fas som tagits in i studien. Medianduration för behandlingen var 561 dagar för patienter i kronisk fas och 264 dagar för patienter i accelererad fas (se Tabell 8). Tasigna gavs kontinuerligt (två gånger dagligen, 2 timmar efter måltid, samt utan måltid under minst en timme efter administreringen), såvida det inte fanns tecken på otillräckligt svar eller sjukdomsprogression. Dosen var 400 mg två gånger dagligen och dosupptrappning till 600 mg två gånger dagligen var tillåtet.

Tabell 8 Exponeringsduration för nilotinib

	Kronisk fas n=321	Accelererad fas n=137
Medianduration för behandling, antal dagar (25:e-75:e percentilen)	561 (196-852)	264 (115-595)

Resistens mot imatinib inkluderade misslyckat försök att uppnå komplett hematologiskt svar på behandlingen (efter 3 månader), cytogenetiskt svar (efter 6 månader) eller betydande cytogenetiskt svar (efter 12 månader), eller sjukdomsprogression efter tidigare cytogenetiskt eller hematologiskt svar. Imatinibintolerans inkluderade patienter hos vilka behandlingen med imatinib utsattes på grund av toxicitet och som inte visat betydande cytogenetiskt svar vid tiden för inträde i studien.

Totalt sett var 73 % av patienterna resistent mot imatinib, medan 27 % var intoleranta mot imatinib. Majoriteten av patienterna hade en lång sjukdomshistoria av KML, med omfattande behandlingar med andra antineoplastiska medel, inkluderande imatinib, hydroxyurea och interferon, och vissa patienter hade även misslyckat utfall av organtransplantation (Tabell 9). Medianvärdet för högsta dos som tidigare getts av imatinib var 600 mg/dag. Högsta imatinibdosen som getts tidigare var ≥ 600 mg/dag hos 74 % av alla patienter; 40 % av patienterna hade fått imatinibdoserna om ≥ 800 mg/dag.

Tabell 9 **Karakteristika för KMLs sjukdomshistoria**

	Kronisk fas (n=321)	Accelererad fas (n=137)*
Mediantid sedan diagnos, antal månader (variationsbredd)	58 (5-275)	71 (2-298)
Imatinib Resistens	226 (70 %)	109 (80 %)
Intolerans utan MCyR	95 (30 %)	27 (20 %)
Mediantid för behandling med imatinib, antal dagar (25:e-75:e percentilen)	975 (519-1 488)	857 (424-1 497)
Tidigare hydroxiurea	83 %	91 %
Tidigare interferon	58 %	50 %
Tidigare benmärgstransplantation	7 %	8 %
* Information om imatinib-resistens/intolerans status saknas för en patient.		

Det primära effektmåttet för patienterna i kronisk fas var betydande cytogenetiskt svar (MCyR), definierat som elimination (CCyR, fullständigt cytogenetiskt svar) eller signifikant reduktion till <35 % Ph+-metafaser (partiellt cytogenetiskt svar) av de Ph+-hematopoetiska cellerna. Fullständigt hematologiskt svar (CHR) hos patienterna i kronisk fas bedömdes som ett sekundärt effektmått. Det primära effektmåttet hos patienterna i accelererad fas var bekräftat totalt hematologiskt svar (HR), definierat som antingen fullständigt hematologiskt svar, inga tecken på leukemi eller återgång till kronisk fas.

Kronisk fas

MCyR-frekvensen hos 321 patienter i kronisk fas var 51 %. De flesta som svarade på behandlingen uppnådde MCyR snabbt inom 3 månader (median 2,8 månader) efter start av behandling med nilotinib, och detta upprätthölls. Mediantiden för att uppnå CCyR var strax över 3 månader (median 3,4 månader). Av de patienter som uppnådde MCyR, svarade 77 % (95 % CI 70 % - 84 %) på behandlingen efter 24 månader. Medianduration av MCyR har ej uppnåtts. Av de patienter som uppnådde CCyR, svarade 85 % (95 % CI: 78 % - 93 %) på behandlingen efter 24 månader. Mediandurationen av CCyR har ej uppnåtts. Patienter med ett CHR vid baslinjen uppnådde MCyR snabbare (1,9 månader jämfört med 2,8 månader). Av patienterna i kronisk fas utan CHR vid baslinjen, uppnådde 70 % CHR, mediantiden till CHR var 1 månad och mediandurationen till CHR var 32,8 månader. Den förväntade totala överlevnaden av KML patienter i kronisk fas efter 24 månader var 87 %.

Accelererad fas

Bekräftad total HR-frekvens hos 137 patienter i accelererad fas var 50 %. De flesta som svarade på behandlingen uppnådde HR tidigt med nilotinib (median 1 månad), och detta har varit bestående (mediandurationen av bekräftad HR var 24,2 månader). Av de patienter som uppnådde HR, svarade 53 % (95 % CI: 39 % - 67 %) på behandlingen efter 24 månader. MCyR-frekvensen var 30 % med en mediantid till svar om 2,8 månader. Av de patienter som uppnådde HR, svarade 63 % (95 % CI: 45 % - 80 %) på behandlingen efter 24 månader. Mediandurationen av MCyR var 32,7 månader. Den förväntade totala överlevnaden av KML patienter i accelererad fas efter 24 månader var 70 %.

Svarsfrekvenserna för de två behandlingsarmarna framgår av Tabell 10.

Tabell 10 Svar hos KML-patienter

(Bästa svarsfrekvens)	Kronisk fas			Accelererad fas		
	Intolerans (n=95)	Resistens (n=226)	Totalt (n=321)	Intolerans (n=27)	Resistens (n=109)	Totalt* (n=137)
Hematologiskt svar (%)						
Totalt (95 % CI)	-	-	-	48 (29-68)	51 (42-61)	50 (42-59)
Fullständigt	87 (74-94)	65 (56-72)	70 ¹ (63-76)	37	28	30
NEL	-	-	-	7	10	9
Återgång till kronisk fas	-	-	-	4	13	11
Cytogenetiskt svar (%)						
Betydande (95 % CI)	57 (46-67)	49 (42-56)	51 (46-57)	33 (17-54)	29 (21-39)	30 (22-38)
Fullständigt	41	35	37	22	19	20
Partiellt	16	14	15	11	10	10

NEL = inga tecken på leukemi/märg-svar

¹ 114 patienter i kronisk fas hade CHR vid baslinjen och kunde därför inte bedömas vad gäller fullständigt hematologiskt svar.

*Information om imatinib resistens/intolerans status saknas för en patient.

Effektdata för patienter med KML i blastkris är ännu inte tillgängliga. Separata behandlingsarmar var också inkluderade i fas II-studien för att undersöka Tasigna på en grupp patienter i kronisk och accelererad fas, som tidigare fått omfattande behandlingar med ett flertal läkemedel, inkluderande tyrosinkinashämmare, i kombination med imatinib. Av dessa patienter var 30/36 (83 %) behandlingsresistenta, ej intoleranta. Hos 22 patienter i kronisk fas, som utvärderats vad avser effekt, medförde nilotinib en MCyR-frekvens om 32 % och en CHR-frekvens om 50 %. Hos 11 patienter i accelererad fas som utvärderats vad avser effekt medförde behandlingen en total HR-frekvens om 36 %.

Efter sviktande behandling med imatinib noterades 24 olika BCR-ABL-mutationer hos 42 % av patienterna i kronisk fas och hos 54 % av patienterna i accelererad fas av KML, som utvärderats vad gäller mutationer. Tasigna visades vara effektivt hos patienter som hade en mångfald av BCR-ABL-mutationer, förknippade med imatinibresistens, utom T315I.

Utsättning av behandling hos vuxna patienter med Ph+ KML i kronisk fas som har behandlats med nilotinib som förstahandsbehandling och uppnått ett varaktigt djupt molekyllärt svar

I en öppen, enarmad studie inkluderades 215 vuxna patienter med Ph+ KML i kronisk fas som behandlats med nilotinib i första linjen under ≥ 2 år och som uppnått MR4,5 mätt med MolecularMD MRDx BCR-ABL test. Patienterna fick fortsätta behandlingen med nilotinib under ytterligare 52 veckor (nilotinib konsolideringsfas). Av de 215 patienterna gick 190 (88,4 %) in i TFR-fasen efter att de uppnått ett varaktigt djupt molekyllärt svar under konsolideringsfasen, definierat av följande kriterier:

- de 4 sista kvartalsmätningarna (tagna var 12:e vecka) var minst MR4,0 (BCR-ABL/ABL $\leq 0,01$ % IS), och bibehölls under ett år
- den sista mätningen var MR4,5 (BCR-ABL/ABL $\leq 0,0032$ % IS)
- inte mer än två mätningar med utfall mellan MR4,0 och MR4,5 ($0,0032$ % IS < BCR-ABL/ABL $\leq 0,01$ % IS).

Det primära effektmåttet var andelen patienter i MMR 48 veckor efter att den behandlingsfria fasen startat (patienter som behövt återuppta behandlingen ansågs vara non-responders).

Tabell 11 Behandlingsfri remission efter nilotinib som första linjens behandling

190	190	
Patienter som gick in i TFR fasen	190	
veckor efter start av TFR fasen	48 veckor	264 veckor
Patienter kvar i MMR eller bättre	98 (51,6 %, [95 % KI: 44,2; 58,9])	79 ^[2] (41,6 %, 95 % KI: 34,5; 48,9)
Patienter som avbröt TFR fasen	93 ^[1]	109
på grund av förlust av MMR	88 (46,3 %)	94 (49,5 %)
av andra skäl	5	15
Patienter som återstartat behandling efter förlust av MMR	86	91
återfått MMR	85 (98,8 %)	90 (98,9 %)
återfått MR4,5	76 (88,4%)	84 (92,3 %)

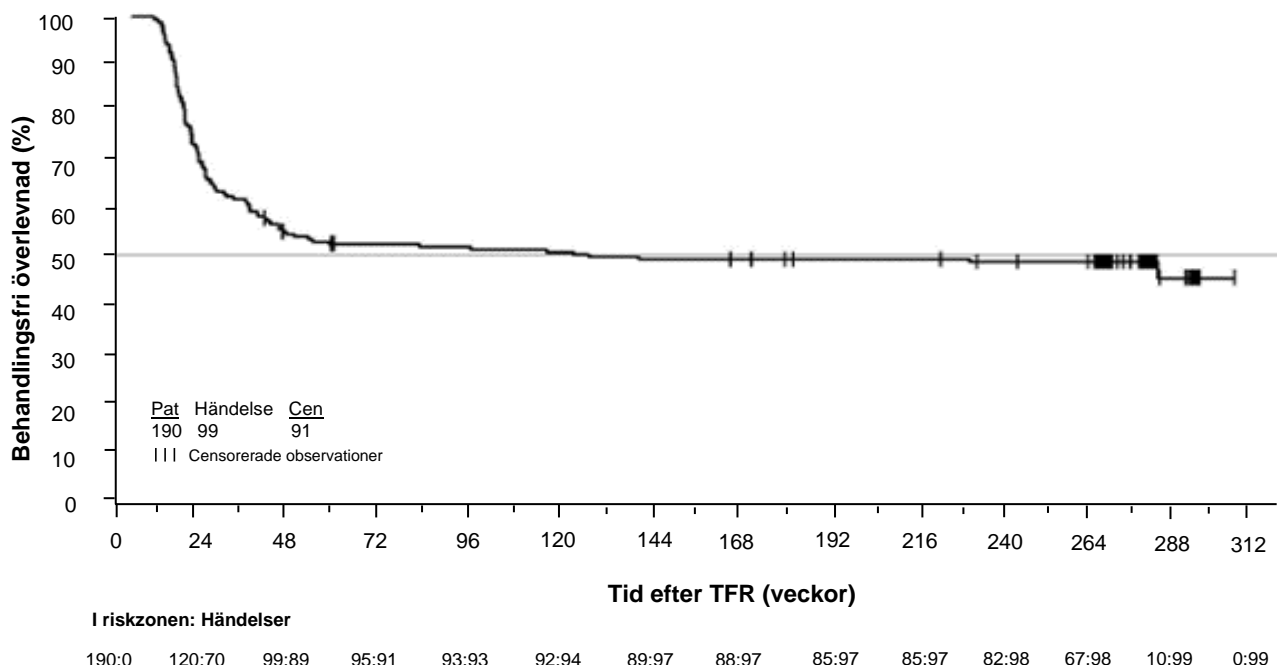
[1] En patient förlorade inte MMR vid vecka 48 men avbröt TFR fasen.

[2] För 2 patienter var PCR-bedömning inte tillgänglig vid vecka 264 varför deras svar inte beaktades i analysen med brytdatum för data vecka 264.

Tiden vid vilken 50 % av de patienter som återstartade behandling återfick MMR och MR4,5 var 7 respektive 12,9 veckor. Den kumulativa andelen som återfick MMR vid 24 veckor efter återinsatt behandling var 97,8 % (89/91 patienter) och andelen som återfick MR4,5 vid 48 veckor var 91,2 % (83/91 patienter).

Kaplan Meier beräkning av median behandlingsfri överlevnad (treatment free survival, TFS) var 120,1 veckor (95 % KI: 36,9; ej uppskattningsbar (not-estimable [NE])) (figur 4); 91 av 190 patienter (47,9 %) hade inte en TFS händelse.

Figur 4 Kaplan-Meier kurva för behandlingsfri överlevnad efter start av TFR (full analysis set)



Utsättande av behandling hos vuxna patienter med KML i kronisk fas som har uppnått ett varaktigt djupt molekyllärt svar under behandling med nilotinib efter tidigare behandling med imatinib

I en öppen, enarmad studie inkluderades 163 vuxna patienter med Ph+ KML i kronisk fas som behandlats med tyrosinkinasinhibitorer (TKI) i ≥ 3 år (imatinib som första behandling i mer än 4 veckor, utan dokumenterad MR4,5 på imatinib vid tidpunkten för byte till nilotinib, sedan behandling med nilotinib i minst två år) och som uppnått MR4,5 under behandling med nilotinib mätt med MolecularMD MRDx BCR-ABL test. Patienterna fick fortsätta behandling med nilotinib under ytterligare 52 veckor (nilotinib konsolideringsfas). Av 163 patienter gick 126 in i den behandlingsfria fasen efter att de uppnått ett varaktigt djupt molekyllärt svar under konsolideringsfasen, definierat av följande kriterie:

- De sista 4 kvartalsmätningarna under ett år (tagna var 12:e vecka) visade ingen konstaterad förlust av MR4,5 (BCR-ABL/ABL $\leq 0,0032$ % IS).

Det primära effektmåttet var andelen patienter utan bekräftad förlust av MR4,0 eller MMR inom 48 veckor efter avslutad behandling.

Tabell 12 Behandlingsfri remission efter behandling med nilotinib följt av tidigare behandling med imatinib

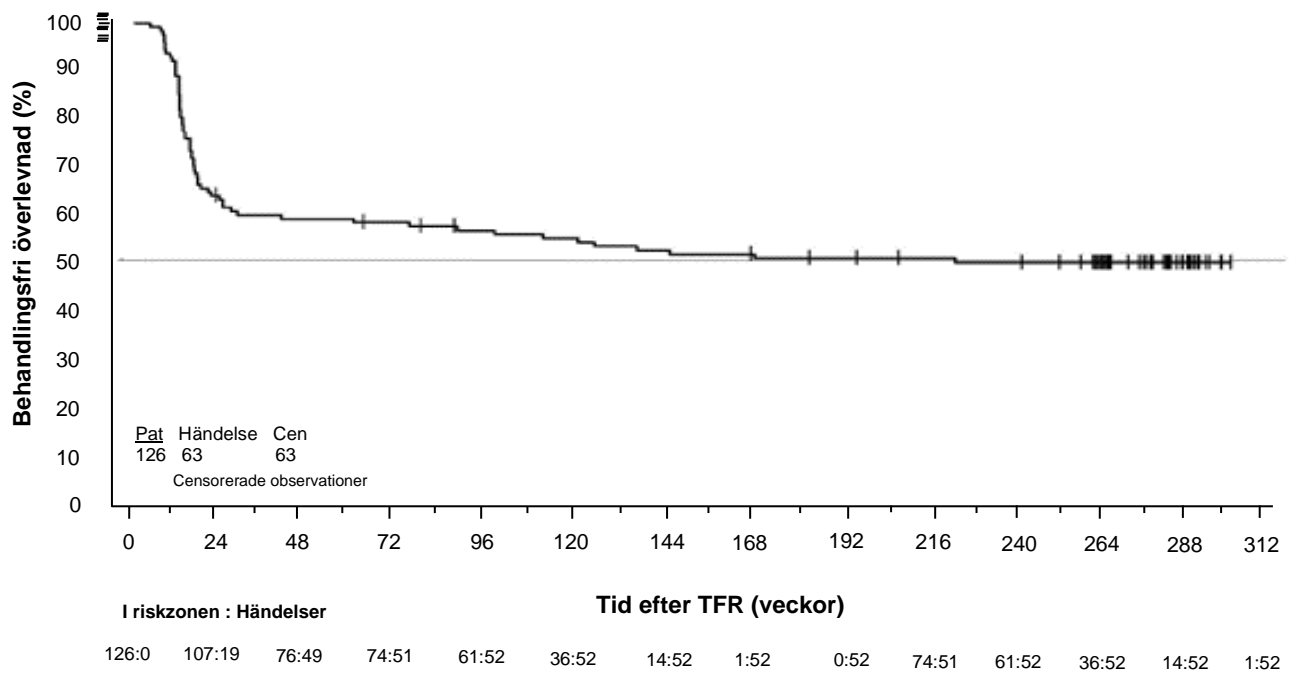
Patienter som gick in i TFR fasen	126	
	48 veckor	264 veckor
Veckor efter start av TFR fasen	48 veckor	264 veckor
Patienter kvar i MMR, ingen bekräftad förlust av MR4,0 och ingen återstart av behandling med nilotinib	73 (57,9 %, [95 % KI: 48,8; 66,7])	54 (42,9 % [54/126, 95 % KI: 34,1; 52,0])
Patienter som avbröt TFR fasen	53	74 ^[1]
på grund av bekräftad förlust av MR4,0 eller förlust av MMR	53 (42,1 %)	61 (82,4 %)
av andra skäl	0	13
Patienter som återstartat behandling efter förlust av MMR eller bekräftad förlust av MR4,0	51	59
återfått MR4,0	48 (94,1 %)	56 (94,9 %)
återfått MR4,5	47 (92,2 %)	54 (91,5 %)

[1] två patienter hade MMR (PCR bedömt) vid 264 veckor men avbröt senare och hade ingen ytterligare PCR bedömning.

Kaplan-Meier beräkning av mediantiden på behandling med nilotinib för att återfå MR4,0 och MR 4,5 var 11,1 veckor (95 % KI: 8,1; 12,1) respektive 13,1 veckor (95 % KI: 12,0; 15,9). Den kumulativa andelen som återfick MR4 och MR4,5 vid 48 veckor efter återinsatt behandling var 94,9 % (56/59 patienter) respektive 91,5 % (54/59 patienter).

Kaplan-Meier beräkning av median TFS är 224 veckor (95 % KI: 39,9; ej uppskattningsbart) (figur 5); 63 av 126 patienter (50,0 %) hade inte en TFS händelse.

Figur 5 Kaplan-Meier kurva över behandlingsfri överlevnad efter start av TFR (full analysis set)



Pediatriisk population

I den pediatriiska huvudstudien som genomfördes med nilotinib fick totalt 58 patienter från 2 till <18 år (25 patienter med nydiagnostiserad Ph+ KML i kronisk fas och 33 patienter med imatinib/dasatinib-resistent eller imatinib intolerant Ph+ KML i kronisk fas) behandling med nilotinib i dosen 230 mg/m² två gånger dagligen, avrundat till närmsta 50 mg dos (till en maximal singeldos på 400 mg). Viktiga studiedata sammanfattas i tabell 13.

Tabell 13 Sammanfattning av data från den pediatriiska huvudstudien med nilotinib

	Nydiagnosticerad Ph+ KML-Kronisk fas (n=25)	Resistent eller intolerant Ph+ KML-Kronisk fas (n=33)
Mediantid på behandling, antal månader, (intervall)	51,9 (1,4 – 61,2)	60,5 (0,7 – 63,5)
Faktisk dosintensitet i median (intervall) (mg/m ² /dag)	377,0 (149 - 468)	436,9 (196 - 493)
Relativ dosintensitet (%) jämfört med den planerade dosen om 230 mg/m ² två gånger dagligen Median (intervall) Antal patienter med >90%	82,0 (32-102) 12 (48,0 %)	95,0 (43-107) 19 (57,6 %)
MMR (BCR-ABL/ABL ≤0,1 % IS) vid 12 cykler, (95 % KI)	60 %, (38,7; 78,9)	48,5 %, (30,8; 66,5)
MMR vid cykel 12, (95 % KI)	64,0 %, (42,5; 82,0)	57,6 %, (39,2; 74,5)
MMR vid cykel 66, (95 % KI)	76,0 %, (54,9; 90,6)	60,6 %, (42,1; 77,1)
Mediantid till MMR, antal månader (95 % KI)	5,56 (5,52; 10,84)	2,79 (0,03; 5,75)
Antal patienter (%) som uppnådde MR4,0 (BCR-ABL/ABL ≤0,01 % IS) vid cykel 66	14 (56,0 %)	9 (27,3 %)
Antal patienter (%) som uppnådde MR4,5 (BCR-ABL/ABL ≤0,0032 % IS) vid cykel 66	11 (44,0 %)	4 (12,1 %)
Bekräftad förlust av MMR hos patienter som uppnådde MMR	3 av 19	Ingen av 20
Mutation som tillkommit under behandling	Ingen	Ingen
Sjukdomsprogression under behandling	1 patient matchade tillfälligt den tekniska definitionen för progression till AP/BC *	1 patient progredierade till AP/BC efter 10,1 månader på behandling
Total överlevnad Antal händelser Dödsfall under behandling Dödsfall under uppföljning för överlevnad	0 3 (12%) Ej uppskattningsbart	0 1 (3%) Ej uppskattningsbart

* en patient matchade tillfälligt den tekniska definitionen för progression till AP/BC (på grund av ökat basofilantal) en månad efter starten av nilotinib (med ett tillfälligt behandlingsavbrott på 13 dagar under den första cykeln). Patienten stannade i studien, återgick till CP och var i CHR och CCyR vid 6 cykler av nilotinib behandling.

5.2 Farmakokinetiska egenskaper

Absorption

Maximala koncentrationer av nilotinib uppnås 3 timmar efter peroral administrering. Nilotinibs absorption efter peroral administrering var cirka 30 %. Den absoluta biotillgängligheten för nilotinib har inte fastställts. Vid jämförelse med en oral dryckeslösning (pH 1,2 till 1,3), så är den relativa biotillgängligheten för nilotinib kapsel ungefär 50 %. Hos friska frivilliga ökar nilotinibs C_{\max} och AUC i serum med 112 % respektive 82 %, då Tasigna ges tillsammans med måltid, jämfört med vid fasta. Administrering av Tasigna 30 minuter eller 2 timmar efter måltid ökade nilotinibs biotillgänglighet med 29 % respektive 15 % (se avsnitten 4.2, 4.4 och 4.5).

Absorptionen av nilotinib (relativ biotillgänglighet) kan reduceras med ca 48 % och 22 % hos patienter med total gastrektomi respektive partiell gastrektomi.

Distribution

Nilotinibs-blod-plasma-kvot är 0,71. Baserat på *in vitro*-studier är plasmaproteinbindningen cirka 98 %.

Metabolism

De främsta metaboliseringsvägarna som identifierats hos friska försökspersoner är oxidering och hydroxylering. Nilotinib är den största cirkulerande komponenten i serum. Ingen av metaboliterna bidrar signifikant till nilotinibs farmakologiska aktivitet. Nilotinib metaboliseras primärt av CYP3A4, med eventuellt mindre bidrag från CYP2C8.

Eliminering

Efter en engångsdos av radioaktivt märkt nilotinib till friska försökspersoner eliminerades mer än 90 % av dosen inom 7 dagar, huvudsakligen i feces (94 % av dosen). Omärkt nilotinib svarade för 69 % av dosen.

Apparent eliminationshalveringstid, som fastställts från farmakokinetiken vid multipla doser som doserats en gång dagligen var cirka 17 timmar. De interindividuella variationerna hos nilotinibs farmakokinetik var måttliga till höga.

Linjäritet/icke-linjäritet

Exponeringen för nilotinib vid steady state var dosberoende, med mindre än dosproportionerliga ökning av den systemiska exponeringen vid högre dosnivåer än 400 mg, givet en gång dagligen. Daglig systemisk exponering för nilotinib med 400 mg två gånger dagligen vid steady state var 35 % högre än med 800 mg en gång dagligen. Systemisk exponering (AUC) av nilotinib vid steady state vid en dosnivå om 400 mg två gånger dagligen var cirka 13,4 % högre än vid en dosnivå om 300 mg två gånger dagligen. De genomsnittliga dal- och maxkoncentrationerna av nilotinib över 12 månader var cirka 15,7 % och 14,8 % högre efter 400 mg två gånger dagligen, jämfört med 300 mg två gånger dagligen. Exponeringen för nilotinib ökade inte relevant när dosen ökades från 400 mg två gånger dagligen till 600 mg två gånger dagligen.

Steady state uppnåddes i huvudsak efter 8 dagar. Vid dosering en gång dagligen sågs en 2-faldig ökning av serumexponeringen för nilotinib mellan den första dosen och steady state. Vid dosering två gånger dagligen var ökningen 3,8-faldig.

Biotillgänglighet/bioekvivalens studier

En engångsdos om 400 mg nilotinib, med 2 hårda kapslar à 200 mg, där innehållet i varje hård kapsel blandades med 1 tesked mosat äpple, visade sig vara bioekvivalent med en engångsdos om 2 intakta hårda kapslar à 200 mg.

Pediatrisk population

Efter administrering av nilotinib till pediatrika patienter vid dosen 230 mg/m² två gånger dagligen, avrundat till närmsta 50 mg dos (upp till en maximal singeldos om 400 mg) visades steady-state exponering och clearance för nilotinib vara likartade (inom 2-faldig) som för vuxna patienter som behandlats med 400 mg två gånger dagligen. Den farmakokinetiska exponeringen av nilotinib efter en eller flera doser visade sig vara jämförbar mellan pediatrika patienter från 2 år till < 10 år och från ≥10 år till <18 år.

5.3 Prekliniska säkerhetsuppgifter

Nilotinib har utvärderats i studier av säkerhetsfarmakologi, allmäntoxicitet, genotoxicitet, reproduktionstoxicitet, fototoxicitet och karcinogenicitet (råttor och möss).

Farmakologiska säkerhetsstudier

Nilotinib påverkade inte det centrala nervsystemet eller andningsfunktionen. Kardiella säkerhetsstudier *in vitro* har visat prekliniska tecken på QT-förlängning, baserat på blockad av hERG-strömmarna och förlängning av aktionspotentialens duration i isolerade kaninhjärtan, på grund av nilotinib. Ingen effekt sågs vid EKG-mätningar på hund eller apa, som fick behandling i upp till 39 veckor, eller i en särskild telemetr studie på hund.

Toxicitetsstudier vid upprepad dosering

I toxicitetsstudier vid upprepad dosering på hund i upp till 4 veckor och på cynomolgusapa i upp till 9 månader visades att levern var främsta målorgan för toxicitet på grund av nilotinib. Förändringarna inkluderade ökning av alaninaminotransferas- och alkaliskt fosfatasaktiviteten samt histopatologiska fynd (huvudsakligen sinusoidalcell- eller Kupffer-cellhyperplasi/hypertrofi, gallvägshyperplasi och periportal fibros). I allmänhet var förändringarna i den kliniska kemin helt reversibla efter en 4-veckors återhämningsperiod, och de histologiska förändringarna visade partiell reversibilitet. Exponeringar för de lägsta dosnivåerna, då levereffekterna sågs, var lägre än exponeringen hos människa vid en dos om 800 mg/dag. Endast mindre leverförändringar sågs hos mus eller råttor som behandlades i upp till 26 veckor. Huvudsakligen reversibla öknings i kolesterolnivåerna sågs hos råttor, hund och apa.

Genotoxicitetsstudier

Genotoxicitetsstudier på bakteriesystem *in vitro* och på mammaliesystem *in vitro* och *in vivo*, med och utan metabolisk aktivering, visade inga tecken på mutagen potential hos nilotinib.

Karcinogenicitetsstudier

I den 2-åriga karcinogenicitetsstudien på råttor var målorganet för icke-neoplastiska förändringar livmodern (dilatation, vaskulär utvidgning, endotelcellshyperplasi, inflammation och/eller epitelhyperplasi). Det fanns inga tecken på karcinogenicitet vid administrering av nilotinib 5, 15 och 40 mg/kg/dag. Exponering (i form av AUC) vid den högsta dosnivån motsvarade ungefär 2 till 3 gånger daglig human steady state exponering (baserat på AUC) för nilotinib vid dosen 800 mg/dag.

I 26-veckors Tg.rasH2 karcinogenicitetsstudien på mus, i vilken nilotinib administrerades i doser om 30, 100 och 300 mg/kg/dag upptäcktes hudpapillom/karcinom vid 300 mg/kg motsvarande cirka 30 till 40 gånger (baserat på AUC) den humana exponeringen av den högsta godkända dosen om 800 mg/dag (administrerat som 400 mg två gånger dagligen). No-Observed-Effect-Level för neoplastiska hudförändringar var 100 mg/kg/dag vilket motsvarar cirka 10 till 20 gånger den humana exponeringen av den högsta godkända dosen om 800 mg/dag (givet som 400 mg två gånger dagligen). De huvudsakliga målorganen för icke-neoplastiska förändringar var huden (epidermal hyperplasi), växande tänder (degeneration/atrofi av emaljorganet i övre framtänderna och inflammation i tandköttet/odontogena epitel i framtänderna) och tymus (ökad incidens och/eller svårighetsgrad av minskat antal lymfocyter).

Reproduktionstoxicitet och fertilitetsstudier

Nilotinib inducerade inte teratogenicitet, men visade embryo- och fostertoxicitet vid doser som också visade maternell toxicitet. Ökad förlust efter implantation observerades i såväl fertilitetsstudien, som inkluderade behandling av både hon- och handjur, som embryotoxicitetsstudien, som inkluderade behandling av hondjur. Embryodödighet och fostereffekter (huvudsakligen minskad fostervikt, för tidig sammanväxning av ansiktsbenen (sammansmält maxilla/zygomaticus) viscerala och skeletala variationer) hos råttor samt ökad resorption av foster och skeletala variationer hos kanin har setts i embryotoxicitetsstudier. Vid en studie på pre- och postnatal utveckling hos råttor orsakade exponering för nilotinib till mödrarna minskad födelsevikt med tillhörande förändringar i fysiska utvecklingsparametrar samt även minskad parning och fertilitet hos avkomman. Exponeringen för nilotinib hos hondjur vid NOAEL (nivån för ingen observerad toxisk effekt) var i allmänhet mindre eller likvärdig den hos människa vid 800 mg/dag.

Inga effekter noterades på spermieantal/motilitet eller på fertilitet hos han- och honråttor upp till högsta testade dos, ungefär 5 gånger den rekommenderade dosen hos människa.

Juvenila djurstudier

I en juvenil utvecklingsstudie gavs nilotinib via oral sondmatning till unga råttor från den första veckan post partum upp till unga vuxna (dag 70 post partum) i doser om 2, 6 och 20 mg/kg/dag. Förutom standardparametrarna för studien utvärderades de utvecklingsmässiga milstolparna, CNS-effekter, parning och fertilitet. Baserat på en minskning av kroppsvikten hos båda könen samt en fördröjd preputial separering hos handjur (vilket kan associeras med viktminskningen), ansågs NOEL-nivån hos unga råttor vara 6 mg/kg/dag. De unga djuren utvecklade ingen ökad känslighet mot nilotinib, jämfört med vuxna djur. Toxicitetsprofilen hos unga råttor var också jämförbar med den som sågs hos vuxna råttor.

Fototoxicitetsstudier

Nilotinib visades kunna absorbera ljuset inom UV-B- och UV-A-området och distribueras in i huden. Fototoxisk potential har påvisats *in vitro*, men inga effekter *in vivo*. Risken för fotosensibilisering hos patienter på grund av nilotinib anses därför mycket låg.

6. FARMACEUTISKA UPPGIFTER

6.1 Förteckning över hjälpämnen

Tasigna 50 mg hårda kapslar

Kapselinnehåll

Laktosmonohydrat
Kros повідon Typ A
Poloxamer 188
Kolloidal, vattenfri kiseldioxid
Magnesiumstearat

Kapselskal

Gelatin
Titandioxid (E171)
Röd järnoxid (E172)
Gul järnoxid (E172)

Trycksvärta

Shellack (E904)
Svart järnoxid (E172)
Propylenglykol
Ammoniumhydroxid

Tasigna 150 mg hårda kapslar

Kapselinnehåll

Laktosmonohydrat
Kros повідon Typ A
Poloxamer 188
Kolloidal, vattenfri kiseldioxid
Magnesiumstearat

Kapselskal

Gelatin
Titandioxid (E171)
Röd järnoxid (E172)
Gul järnoxid (E172)

Trycksvärta

Shellack (E904)
Svart järnoxid (E172)
n-Butylalkohol
Propylenglykol
Vattenfri etanol
Isopropylalkohol
Ammoniumhydroxid

Tasigna 200 mg hårda kapslar

Kapselinnehåll

Laktosmonohydrat
Krospovidon Typ A
Poloxamer 188
Kolloidal vattenfri kiseldioxid
Magnesiumstearat

Kapselskal

Gelatin
Titandioxid (E171)
Gul järnoxid (E172)

Trycksvärta

Shellack (E904)
Vattenfri etanol
Isopropylalkohol
Butylalkohol
Propylenglykol
Stark ammoniaklösning
Kaliumhydroxid
Röd järnoxid (E172)

6.2 Inkompatibiliteter

Ej relevant.

6.3 Hållbarhet

3 år.

6.4 Särskilda förvaringsanvisningar

Förvaras vid högst 30°C.

Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

6.5 Förpackningstyp och innehåll

Tasigna tillhandahålls i följande förpackningsstorlekar:

Tasigna 50 mg hårda kapslar

Blister av PVC/PVDC/Alu

- Förpackning innehållande 120 (3 förpackningar om 40) hårda kapslar.

Tasigna 150 mg hårda kapslar

Blister av PVC/PVDC/Alu

- Enhetsförpackningar innehållande 28 hårda kapslar (7 endagarsblister, varje innehållande 4 hårda kapslar) eller 40 hårda kapslar (5 blister, varje innehållande 8 hårda kapslar).
- Multipelförpackningar innehållande 112 (4 paket om 28) hårda kapslar, 120 (3 paket om 40) hårda kapslar eller 392 (14 paket om 28) hårda kapslar.

Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att marknadsföras.

Tasigna 200 mg hårda kapslar

Blister av PVC/PVDC/Alu

- Enhetsförpackningar innehållande 28 hårda kapslar i en plånboksförpackning.
- Enhetsförpackningar innehållande 28 hårda kapslar (7 endagarsblister, varje innehållande 4 hårda kapslar) eller 40 hårda kapslar (5 blister, varje innehållande 8 hårda kapslar).
- Multipelförpackningar innehållande 112 (4 plånboksförpackningar om 28) hårda kapslar.
- Multipelförpackningar innehållande 112 (4 paket om 28) hårda kapslar, 120 (3 paket om 40) hårda kapslar eller 392 (14 paket om 28) hårda kapslar.

Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att marknadsföras.

6.6 Särskilda anvisningar för destruktion

Ej använt läkemedel och avfall ska kasseras enligt gällande anvisningar.

7. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

8. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Tasigna 50 mg hårda kapslar

EU/1/07/422/015

Tasigna 150 mg hårda kapslar

EU/1/07/422/005-006

EU/1/07/422/009-010

EU/1/07/422/013

Tasigna 200 mg hårda kapslar

EU/1/07/422/001

EU/1/07/422/003

EU/1/07/422/007-008

EU/1/07/422/011-012

EU/1/07/422/014

9. DATUM FÖR FÖRSTA GODKÄNNANDE/FÖRNYAT GODKÄNNANDE

Datum för det första godkännandet: 19 november 2007

Datum för den senaste förnyelsen: 20 September 2012

10. DATUM FÖR ÖVERSYN AV PRODUKTRESUMÉN

Ytterligare information om detta läkemedel finns på Europeiska läkemedelsmyndighetens webbplats
<http://www.ema.europa.eu>

BILAGA II

- A. TILLVERKARE SOM ANSVARAR FÖR FRISLÄPPANDE AV TILLVERKNINGSSATS**
- B. VILLKOR ELLER BEGRÄNSNINGAR FÖR TILLHANDAHÅLLANDE OCH ANVÄNDNING**
- C. ÖVRIGA VILLKOR OCH KRAV FÖR GODKÄNNANDET FÖR FÖRSÄLJNING**
- D. VILLKOR ELLER BEGRÄNSNINGAR AVSEENDE EN SÄKER OCH EFFEKTIV ANVÄNDNING AV LÄKEMEDLET**

A. TILLVERKARE SOM ANSVARAR FÖR FRISLÄPPANDE AV TILLVERKNINGSSATS

Namn och adress till tillverkare som ansvarar för frisläppande av tillverkningsatts

50 mg hårda kapslar

Novartis Farmacéutica SA
Gran Via de les Corts Catalanes, 764
08013 Barcelona
Spanien

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25
D-90429 Nürnberg
Tyskland

Lek d.d, PE PROIZVODNJA LENDA VA
Trimlini 2D
Lendava, 9220
Slovenien

150 mg hårda kapslar, 200 mg hårda kapslar

Lek d.d, PE PROIZVODNJA LENDA VA
Trimlini 2D
Lendava, 9220
Slovenien

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25
D-90429 Nürnberg
Tyskland

I läkemedlets tryckta bipacksedel ska namn och adress till tillverkaren som ansvarar för frisläppandet av den relevanta tillverkningsattsen anges.

B. VILLKOR ELLER BEGRÄNSNINGAR FÖR TILLHANDAHÅLLANDE OCH ANVÄNDNING

Läkemedel som med begränsningar lämnas ut mot recept (se bilaga I: Produktresumén, avsnitt 4.2).

C. ÖVRIGA VILLKOR OCH KRAV FÖR GODKÄNNANDET FÖR FÖRSÄLJNING

• Periodiska säkerhetsrapporter

Kraven för att lämna in periodiska säkerhetsrapporter för detta läkemedel anges i den förteckning över referensdatum för unionen (EURD-listan) som föreskrivs i artikel 107c.7 i direktiv 2001/83/EG och eventuella uppdateringar som finns på Europeiska läkemedelsmyndighetens webbplats.

D. VILLKOR ELLER BEGRÄNSNINGAR AVSEENDE EN SÄKER OCH EFFEKTIV ANVÄNDNING AV LÄKEMEDLET

- **Riskhanteringsplan**

Innehavaren av godkännandet för försäljning ska genomföra de erforderliga farmakovigilansaktiviteter och -åtgärder som finns beskrivna i den överenskomna riskhanteringsplanen (Risk Management Plan, RMP) som finns i modul 1.8.2 i godkännandet för försäljning samt eventuella efterföljande överenskomna uppdateringar av riskhanteringsplanen.

En uppdaterad riskhanteringsplan ska lämnas in

- på begäran av Europeiska läkemedelsmyndigheten,
- när riskhanteringssystemet ändras, särskilt efter att ny information framkommit som kan leda till betydande ändringar i läkemedlets nytta-riskprofil eller efter att en viktig milstolpe (för farmakovigilans eller riskminimering) har nåtts.

BILAGA III
MÄRKNING OCH BIPACKSEDEL

A. MÄRKNING

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN**YTTERKARTONG****1. LÄKEMEDLETS NAMN**

Tasigna 50 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 50 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELSFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

120 (3 paket om 40) hårda kapslar.

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.
Oral användning.

6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN- OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT**8. UTGÅNGSDATUM**

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL

11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/015

120 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT

Tasigna 50 mg

17. UNIK IDENTITETSBETECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

Tvådimensionell streckkod som innehåller den unika identitetsbeteckningen.

18. UNIK IDENTITETSBETECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

PC
SN
NN

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN

INRE KARTONGFÖRPACKNING

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 50 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 50 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELSFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

40 hårda kapslar. Säljs ej separat.

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.
Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT

8. UTGÅNGSDATUM

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL

11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/015

120 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT

Tasigna 50 mg

17. UNIK IDENTITETSBETECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

18. UNIK IDENTITETSBETECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ BLISTER ELLER STRIPS

BLISTER

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 50 mg hårda kapslar
nilotinib

2. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Novartis Europharm Limited

3. UTGÅNGSDATUM

EXP

4. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

5. ÖVRIGT

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN

KARTONG MED ENHETSFÖRPACKNING

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 150 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 150 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

28 hårda kapslar
40 hårda kapslar

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.
Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT

8. UTGÅNGSDATUM

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL

11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/005	28 hårda kapslar
EU/1/07/422/009	40 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT

Tasigna 150 mg

17. UNIK IDENTITETSBETECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

TVÅDIMENSIONELL streckkod som innehåller den unika identitetsbeteckningen.

18. UNIK IDENTITETSBETECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

PC
SN
NN

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ BLISTER ELLER STRIPS

BLISTER

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 150 mg hårda kapslar
nilotinib

2. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Novartis Europharm Limited

3. UTGÅNGSDATUM

EXP

4. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

5. ÖVRIGT

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN

KARTONG MED MULTIFÖRPACKNING (INKLUSIVE BLUE BOX)

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 150 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 150 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

Multipelförpackning: 112 (4 paket om 28) hårda kapslar.
Multipelförpackning: 120 (3 paket om 40) hårda kapslar.
Multipelförpackning: 392 (14 paket om 28) hårda kapslar.

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.
Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT

8. UTGÅNGSDATUM

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL

11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/006	112 hårda kapslar
EU/1/07/422/010	120 hårda kapslar
EU/1/07/422/013	392 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT

Tasigna 150 mg

17. UNIK IDENTITETSBETECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

Tvådimensionell streckkod som innehåller den unika identitetsbeteckningen.

18. UNIK IDENTITETSBETECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

PC
SN
NN

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN

INRE KARTONGFÖRPACKNING I MULTIFÖRPACKNINGEN (UTAN BLUE BOX)

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 150 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 150 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELSFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

28 hårda kapslar. Del av en multipelförpackning. Säljs ej separat.

40 hårda kapslar. Del av en multipelförpackning. Säljs ej separat.

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.

Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT

8. UTGÅNGSDATUM

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.

Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL

11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/006	112 hårda kapslar
EU/1/07/422/010	120 hårda kapslar
EU/1/07/422/013	392 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT

Tasigna 150 mg

17. UNIK IDENTITETSBETECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

18. UNIK IDENTITETSBETECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN

KARTONG MED ENHETSFÖRPACKNING (PLÅNBOKSFÖRPACKNING)
KARTONG MED ENHETSFÖRPACKNING (KARTONG)

1. LÄKEMEDELTS NAMN

Tasigna 200 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 200 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hårda kapslar

28 hårda kapslar

40 hårda kapslar

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.
Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT

8. UTGÅNGSDATUM

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL

11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/001	PVC/PVDC/Alu [i plånboksförpackning] 28 hårda kapslar
EU/1/07/422/007	PVC/PVDC/A1u [i kartong] 28 hårda kapslar
EU/1/07/422/011	PVC/PVDC/A1u [i kartong] 40 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING

15. BRUKSANVISNING

16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT

Tasigna 200 mg

17. UNIK IDENTITETSBECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

Tvådimensionell streckkod som innehåller den unika identitetsbeteckningen.

18. UNIK IDENTITETSBECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

PC
SN
NN

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ BLISTER ELLER STRIPS

BLISTER

1. LÄKEMEDLETS NAMN

Tasigna 200 mg hårda kapslar
nilotinib

2. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Novartis Europharm Limited

3. UTGÅNGSDATUM

EXP

4. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

5. ÖVRIGT

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN

KARTONG MED MULTIFÖRPACKNING (PLÅNBOKSFÖRPACKNING) (INKLUSIVE BLUE BOX)

KARTONG MED MULTIFÖRPACKNING (KARTONG) (INKLUSIVE BLUE BOX)

1. LÄKEMEDELTS NAMN

Tasigna 200 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 200 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

Multipelförpackning: 112 (4 plånboksförpackningar om 28) hårda kapslar.

Multipelförpackning: 112 (4 paket om 28) hårda kapslar.

Multipelförpackning: 120 (3 paket om 40) hårda kapslar.

Multipelförpackning: 392 (14 paket om 28) hårda kapslar.

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.

Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDELLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT

8. UTGÅNGSDATUM

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL**11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)**

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/003	PVC/PVDC/Alu [i plånboksförpackning] 112 hårda kapslar
EU/1/07/422/008	PVC/PVDC/A1u [i kartong] 112 hårda kapslar
EU/1/07/422/012	PVC/PVDC/A1u [i kartong] 120 hårda kapslar
EU/1/07/422/014	PVC/PVDC/Alu [i kartong] 392 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING**15. BRUKSANVISNING****16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT**

Tasigna 200 mg

17. UNIK IDENTITETSBECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD

Tvådimensionell streckkod som innehåller den unika identitetsbeteckningen.

18. UNIK IDENTITETSBECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA

PC
SN
NN

UPPGIFTER SOM SKALL FINNAS PÅ YTTRE FÖRPACKNINGEN**INRE PLÅNBOKSFÖRPACKNING I MULTIFÖRPACKNINGEN (UTAN BLUE BOX)
INRE KARTONG I MULTIFÖRPACKNINGEN (UTAN BLUE BOX)****1. LÄKEMEDLETS NAMN**

Tasigna 200 mg hårda kapslar
nilotinib

2. DEKLARATION AV AKTIV(A) SUBSTANS(ER)

En hård kapsel innehåller 200 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).

3. FÖRTECKNING ÖVER HJÄLPÄMNEN

Innehåller laktos – se bipacksedeln för ytterligare information.

4. LÄKEMEDELFORM OCH FÖRPACKNINGSTORLEK

Hård kapsel

28 hårda kapslar. Del av en multiförpackning innehållande 4 plånboksförpackningar. Säljs ej separat.

28 hårda kapslar. Del av en multiförpackning innehållande 4 kartonger. Säljs ej separat.

40 hårda kapslar. Del av en multiförpackning innehållande 3 kartonger. Säljs ej separat.

28 hårda kapslar. Del av en multiförpackning innehållande 14 kartonger. Säljs ej separat.

5. ADMINISTRERINGSSÄTT OCH ADMINISTRERINGSVÄG

Läs bipacksedeln före användning.

Oral användning.

**6. SÄRSKILD VARNING OM ATT LÄKEMEDLET MÅSTE FÖRVARAS UTOM SYN-
OCH RÄCKHÅLL FÖR BARN**

Förvaras utom syn- och räckhåll för barn.

7. ÖVRIGA SÄRSKILDA VARNINGAR OM SÅ ÄR NÖDVÄNDIGT**8. UTGÅNGSDATUM**

EXP

9. SÄRSKILDA FÖRVARINGSANVISNINGAR

Förvaras vid högst 30°C.
Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.

10. SÄRSKILDA FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER FÖR DESTRUKTION AV EJ ANVÄNT LÄKEMEDEL OCH AVFALL I FÖREKOMMANDE FALL**11. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING (NAMN OCH ADRESS)**

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

12. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

EU/1/07/422/003	PVC/PVDC/Alu [i plånboksförpackning] 112 hårda kapslar
EU/1/07/422/008	PVC/PVDC/A1u [i kartong] 112 hårda kapslar
EU/1/07/422/012	PVC/PVDC/A1u [i kartong] 120 hårda kapslar
EU/1/07/422/014	PVC/PVDC/Alu [i kartong] 392 hårda kapslar

13. TILLVERKNINGSSATSNUMMER

Lot

14. ALLMÄN KLASSIFICERING FÖR FÖRSKRIVNING**15. BRUKSANVISNING****16. INFORMATION I PUNKTSKRIFT**

Tasigna 200 mg

17. UNIK IDENTITETSBETECKNING – TVÅDIMENSIONELL STRECKKOD**18. UNIK IDENTITETSBETECKNING – I ETT FORMAT LÄSBART FÖR MÄNSKLIGT ÖGA**

B. BIPACKSEDEL

Bipacksedel: Information till användaren

Tasigna 50 mg, 150 mg och 200 mg hårda kapslar nilotinib

Läs noga igenom denna bipacksedel innan du börjar ta detta läkemedel. Den innehåller information som är viktig för dig.

- Spara denna information, du kan behöva läsa den igen.
- Om du har ytterligare frågor vänd dig till läkare eller apotekspersonal.
- Detta läkemedel har ordinerats enbart åt dig. Ge det inte till andra. Det kan skada dem, även om de uppvisar sjukdomstecken som liknar dina.
- Om du får biverkningar, tala med läkare eller apotekspersonal. Detta gäller även eventuella biverkningar som inte nämns i denna information. Se avsnitt 4.

I denna bipacksedel finns information om följande

1. Vad Tasigna är och vad det används för
2. Vad du behöver veta innan du tar Tasigna
3. Hur du tar Tasigna
4. Eventuella biverkningar
5. Hur Tasigna ska förvaras
6. Förpackningens innehåll och övriga upplysningar

1. Vad Tasigna är och vad det används för

Vad Tasigna är

Tasigna är ett läkemedel som innehåller den aktiva substansen nilotinib.

Vad Tasigna används för

Tasigna används för att behandla en typ av leukemi som kallas Philadelphiakromosompositiv, kronisk myeloisk leukemi (Ph-positiv KML). KML är en cancersjukdom i blodet, som gör att kroppen producerar för många onormala vita blodkroppar.

Tasigna används till vuxna och pediatrika patienter med nydiagnostiserad KML eller till patienter med KML, som inte längre har nytta av tidigare behandling där imatinib ingått. Tasigna används också till vuxna och pediatrika patienter som har upplevt allvarliga biverkningar vid tidigare behandling och därför inte kan fortsätta med det läkemedlet.

Hur Tasigna verkar

Hos patienter med KML sker en förändring i DNA (arvsmassan), vilket utlöser en signal till kroppen att den ska producera onormala vita blodkroppar. Tasigna blockerar denna signal och stoppar därmed produktionen av dessa celler.

Övervakning under behandling med Tasigna

Regelbundna prover, inklusive blodprov, kommer att tas under behandlingen. Dessa prover kontrollerar:

- antalet blodkroppar (vita blodkroppar, röda blodkroppar och blodplättar) i kroppen för att se hur Tasigna verkar.
- bukspottkörtel- och leverfunktion i kroppen för att se hur Tasigna verkar.
- elektrolyterna i kroppen (kalium, magnesium). Dessa är viktiga för funktionen av hjärtat.
- nivån av socker och fetter i blodet.

Hjärtfrekvensen kommer också att kontrolleras med hjälp av en maskin som mäter elektrisk aktivitet hos hjärtat (ett test kallat "EKG").

Din läkare kommer att utvärdera din behandling regelbundet och besluta om du ska fortsätta ta Tasigna. Om du blir tillsagd att sluta ta detta läkemedel kommer din läkare att fortsätta övervaka din KML och kan komma att säga till dig att återuppta behandlingen med Tasigna om ditt tillstånd visar på att det är nödvändigt.

Kontakta din läkare, om du har några frågor om hur Tasigna verkar eller varför det har ordinerats till dig eller ditt barn.

2. Vad du behöver veta innan du tar Tasigna

Följ läkarens instruktioner noggrant. De kan skilja sig från den allmänna information som finns i denna bipacksedel.

Ta inte Tasigna:

- om du är allergisk mot nilotinib eller något annat innehållsämne i detta läkemedel (anges i avsnitt 6).

Om du tror att du kan vara allergisk, fråga läkare om råd **innan du tar Tasigna**.

Varningar och försiktighet

Tala med läkare eller apotekspersonal innan du tar Tasigna:

- om du tidigare haft hjärt-kärlproblem såsom hjärtinfarkt, kärlkramp (angina), problem med blodtillförseln till din hjärna (stroke) eller problem med blodtillförseln till dina ben (claudicatio) eller om du har riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom såsom högt blodtryck (hypertoni), diabetes eller problem med nivån av fetter i ditt blod (blodfettrubbningar).
- om du har en **störning i hjärtfunktionen**, som t ex onormal elektrisk signal, s k "förlängt QT-intervall".
- om du **behandlas med läkemedel** som sänker dina kolesterolnivåer i blodet (statiner) eller påverkar hjärtslagen (läkemedel mot rytmrubbningar) eller levern (se under "**Andra läkemedel och Tasigna**").
- om du har kalium- eller magnesiumbrist.
- om du har någon störning i leverfunktionen eller bukspottkörteln.
- om du har symtom så som lätt att få blåmärken, känsla av trötthet eller andnöd eller har erfart återkommande infektioner.
- om du har genomgått ett kirurgiskt ingrepp där hela magsäcken har avlägsnats (total gastrektomi).
- om du någonsin haft eller nu kan ha en hepatit B-infektion. Skälet till detta är att Tasigna kan orsaka att din hepatit B blir aktiv igen, vilket i vissa fall kan vara dödligt. Patienter kommer att kontrolleras noggrant av sin läkare avseende tecken på denna infektion innan behandlingen påbörjas.

Om något av dessa stämmer in på dig eller ditt barn, tala med läkare.

Vid behandling med Tasigna

- om du svimmar (förlorar medvetandet) eller får oregelbunden hjärtrytm när du tar detta läkemedel, **tala omedelbart med din läkare** då det kan vara ett tecken på allvarligt hjärttillstånd. Förlängning av QT-intervallet eller en oregelbunden hjärtrytm kan leda till plötslig död. Plötslig död har i mindre vanliga fall rapporterats hos patienter som tar Tasigna.
- om du får plötslig hjärklappning, svår muskelsvaghet eller förlamning, kramper eller plötsliga förändringar i dina tankar eller nivå av vaksamhet, **tala omedelbart med din läkare** då det kan vara tecken på en snabb nedbrytning av cancerceller så kallad tumörlyssyndrom. Sällsynta fall av tumörlyssyndrom har rapporterats hos patienter som behandlats med Tasigna.
- om du får bröstsmärtor eller obehag, domningar eller svaghet, problem att gå eller med ditt tal, smärta, missfärgning av eller köldkänsla i arm eller ben, **tala omedelbart med din läkare** då detta kan vara tecken på påverkan på hjärta och kärl. Allvarlig påverkan på hjärta och kärl, inklusive problem med blodflödet till ben (perifer arteriell ocklusiv sjukdom), ischemisk hjärtsjukdom och problem med blodtillförseln till hjärnan (ischemisk cerebrovaskulär sjukdom) har rapporterats hos patienter som tar Tasigna. Din läkare bör bedöma nivån av fetter (lipider) och socker i blodet före påbörjad behandling med Tasigna samt under behandling.
- tala med din läkare om du får svullna fötter eller händer, allmän svullnad eller snabb viktuppgång, då detta kan vara tecken på svår vätskeretention. Svår vätskeretention har i mindre vanliga fall rapporterats hos patienter som behandlas med Tasigna.

Om du är förälder till ett barn som behandlas med Tasigna, kontakta läkare om något av ovanstående gäller ditt barn.

Barn och ungdomar

Tasigna är en behandling för barn och ungdomar med KML. Det finns ingen erfarenhet av användning av detta läkemedel hos barn under 2 år. Det finns ingen erfarenhet av användning av Tasigna hos nydiagnostiserade barn under 10 år och begränsad erfarenhet hos patienter under 6 år som inte längre har nytta av tidigare behandling mot KML.

En del barn och ungdomar som tar Tasigna kan växa långsammare än normalt. Läkaren kommer regelbundet kontrollera tillväxten.

Andra läkemedel och Tasigna

Tasigna kan påverka eller påverkas av vissa andra läkemedel.

Tala om för läkare eller apotekspersonal om du tar, nyligen har tagit eller kan tänkas ta andra läkemedel. Detta gäller i synnerhet följande läkemedel:

- läkemedel mot rytmrubbningar – används för att behandla oregelbundna hjärtslag
- klorokin, halofantrin, klaritromycin, haloperidol, metadon, moxifloxacin – läkemedel som kan ha en oönskad effekt på hjärtats elektriska aktivitet
- ketokonazol, itrakonazol, vorikonazol, klaritromycin, telitromycin – används för att behandla infektioner
- ritonavir – ett läkemedel ur klassen ”proteashämmare”, som används för att behandla HIV
- karbamazepin, fenobarbital, fenytoin – används för att behandla epilepsi
- rifampicin – används för att behandla tuberkulos
- johannesört – ett naturläkemedel som används för att behandla lätt nedstämdhet och lindrig oro (också känt under namnet *Hypericum perforatum*)
- midazolam – används för att lindra oro inför operation
- alfentanil och fentanyl - används för att behandla smärta och som ett lugnande medel före eller under kirurgi eller medicinska procedurer;
- cyklosporin, sirolimus och takrolimus – läkemedel som hämmar kroppens förmåga till ”självförsvar” och till att bekämpa infektioner och som vanligen används för att förhindra avstötning av transplanterade organ såsom lever, hjärta och njurar;
- dihydroergotamin och ergotamin – används för behandling av demens;
- lovastatin, simvastatin - används för att behandla höga nivåer av blodfetter;
- warfarin – används för att behandla störningar i blodets förmåga att levra sig (t ex blodpropp eller trombos)
- astemizol, terfenadin, cisaprid, pimozid, kinidin, bepridil eller ergotalkaloider (ergotamin, dihydroergotamin)

Dessa läkemedel bör undvikas när man behandlas med Tasigna. Om du tar något av dessa läkemedel kan läkaren eventuellt ordinera ett annat alternativ.

Om du tar en statin (en typ av läkemedel som sänker kolesterolnivåerna i blodet), tala med läkare eller apotekspersonal. Om Tasigna används tillsammans med vissa statiner kan det öka risken för statinrelaterade muskelproblem som i sällsynta fall kan leda till allvarlig muskelnedbrytning (rabdomyolys) och leda till njurskada.

Utöver detta, innan du tar Tasigna tala om för läkare eller apotekspersonal om du använder antacida, som är mediciner mot halsbränna. Dessa mediciner behöver tas separat från Tasigna:

- H2 blockerare, som minskar produktionen av syra i magen. H2 blockerare bör tas ungefär 10 timmar före och ungefär 2 timmar efter du tar Tasigna;
- antacida likt de som innehåller aluminium hydroxid, magnesium hydroxid och simetikon, som neutraliserar hög syrahalt i magen. Dessa antacida bör tas ungefär 2 timmar före eller ungefär 2 efter du tar Tasigna.

Om du redan tar Tasigna, och du nu ordineras ett nytt läkemedel som du inte tagit tidigare under Tasigna-behandlingen, ska du tala om det för läkaren.

Tasigna med mat och dryck

Ta inte Tasigna i samband med måltid. Mat kan öka absorptionen av Tasigna och därmed öka mängden Tasigna i blodet, eventuellt så mycket att det kan bli skadligt. Drick inte grapefruktjuice och ät inte grapefrukt. Detta kan öka mängden Tasigna i blodet, eventuellt så mycket att det kan bli skadligt.

Graviditet och amning

- **Tasigna rekommenderas inte under graviditet**, såvida det inte är absolut nödvändigt. Om du är gravid eller om du tror att du kan vara det, diskutera med din läkare om du kan ta detta läkemedel under din graviditet.
- **Kvinnor som kan bli gravida** rekommenderas att använda mycket effektiv preventivmetod under behandling och upp till två veckor efter avslutad behandling.
- **Amning rekommenderas inte** under behandling med Tasigna och under två veckor efter den sista dosen. Om du ammar, tala med läkare.

Om du är gravid eller ammar, tror att du kan vara gravid eller planerar att skaffa barn, rådfråga läkare eller apotekspersonal innan du använder detta läkemedel.

Körförmåga och användning av maskiner

Om du upplever biverkningar (som t ex yrsel eller synstörning) efter det att du har tagit detta läkemedel, som eventuellt kan påverka förmågan att köra bil eller använda verktyg eller maskiner på ett säkert sätt, bör du avstå från dessa aktiviteter tills effekten har försvunnit.

Tasigna innehåller laktos

Detta läkemedel innehåller laktos (även känt som mjölksocker). Om du inte tål vissa sockerarter, bör du kontakta din läkare innan du tar denna medicin.

3. Hur du tar Tasigna

Ta alltid detta läkemedel enligt läkarens eller apotekspersonalens anvisningar. Rådfråga läkare eller apotekspersonal om du är osäker.

Hur mycket Tasigna ska du ta

Användning för vuxna

- **Patienter som nyligen diagnostiserats med KML:** Rekommenderad dos är 600 mg per dag. Denna dos uppnås genom att ta två hårda kapslar à 150 mg två gånger dagligen.
- **Patienter som inte längre har nytta av tidigare behandling mot KML:** Rekommenderad dos är 800 mg per dag. Denna dos uppnås genom att ta två hårda kapslar à 200 mg två gånger dagligen.

Användning för barn och ungdomar

- Dosen som ges till ditt barn är beroende av ditt barns kroppsvikt och längd. Läkaren kommer att räkna ut den korrekta dosen och tala om för dig vilka och hur många kapslar av Tasigna som du ska ge ditt barn. Den totala dagliga dosen du ger till ditt barn får inte överstiga 800 mg.

Din läkare kan ordinera en lägre dos beroende på vilken effekt du får av behandlingen.

Äldre personer (65 år eller äldre)

Samma dos av Tasigna kan ges till äldre, 65 år eller äldre, som till övriga vuxna.

När ska Tasigna tas

Ta de hårda kapslarna:

- två gånger dagligen (cirka var 12:e timme)
- minst 2 timmar efter måltid av något slag
- vänta sedan 1 timme innan du äter igen

Om du har några frågor om när du ska ta detta läkemedel, tala med läkare eller apotekspersonal. Ta Tasigna vid samma tid varje dag, så är det lättare att komma ihåg att ta de hårda kapslarna.

Hur ska Tasigna tas

- Svälj de hårda kapslarna hela tillsammans med ett glas vatten.
- Ät inte mat i någon form i samband med att du tar de hårda kapslarna.
- Öppna inte de hårda kapslarna såvida du inte kan svälja dem. I såfall kan du blanda innehållet i varje hård kapsel med **1** tesked mosat äpple och ta det genast. Ta inte mer än 1 tesked mosat äpple till varje hård kapsel och blanda inte med något annat än mosat äpple.

Hur länge ska Tasigna tas

Fortsätt att ta Tasigna varje dag så länge som läkaren säger. Detta är en långtidsbehandling. Läkaren kommer att kontrollera dig regelbundet, för att se att behandlingen har önskad effekt.

Din läkare kan överväga att avsluta din behandling med Tasigna baserat på specifika kriterier.

Om du har några frågor om hur länge du ska ta Tasigna, tala med din läkare.

Om du har tagit för stor mängd av Tasigna

Om du har tagit mer Tasigna än du skulle, eller om någon annan av misstag har tagit dina hårda kapslar, kontakta genast läkare eller sjukhus för rådgivning. Visa dem förpackningen med de hårda kapslarna och denna bipacksedel. Medicinsk behandling kan bli nödvändig.

Om du har glömt att ta Tasigna

Om du missar en dos, ta nästa dos som planerat. Ta inte dubbel dos för att kompensera för en glömd hård kapsel.

Om du slutar att ta Tasigna

Sluta inte att ta detta läkemedel, såvida inte läkaren säger till dig det. Att sluta ta Tasigna utan din läkares rekommendation kan leda till en försämring av din sjukdom vilket kan ha livshotande följder. Diskutera med din läkare, sjuksköterska, och/eller apotekspersonal om du överväger att sluta ta Tasigna.

Om din läkare rekommenderar att du avbryter behandlingen med Tasigna

Din läkare kommer att utvärdera din behandling regelbundet med ett specifikt diagnostiskt test och besluta om du ska fortsätta ta detta läkemedel. Om du blir tillsagd att sluta ta Tasigna kommer din läkare fortsätta att noggrant övervaka din KML före, under och efter du avslutar behandlingen. Din läkare kan komma att säga till dig att återuppta behandlingen med Tasigna om ditt tillstånd visar på att det är nödvändigt.

Om du har ytterligare frågor om detta läkemedel, kontakta läkare eller apotekspersonal.

4. Eventuella biverkningar

Liksom alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar, men alla användare behöver inte få dem. De flesta biverkningar är lätta till måttliga och försvinner i allmänhet efter några få dagar till veckor.

Vissa biverkningar kan vara allvarliga.

- tecken på muskuloskeletal smärta: smärta i leder och muskler
- tecken på störning i hjärtfunktionen: bröstsmärta eller obehagskänsla, högt eller lågt blodtryck, oregelbunden hjärtrytm (snabb eller långsam), hjärtklappning (känsla av snabba hjärtslag), svimning, blå missfärgning av läppar, tunga eller hud
- tecken på blockerad artär: smärta, obehag, svaghet eller kramper i benmuskulerna som kan bero på minskat blodflöde, sår på benen eller armarna som läker långsamt eller inte alls och noterbara ändringar i hudfärg (blå- eller blekhet) eller kroppstemperatur (köldkänsla) i det berörda benet, armen, tårna eller fingrarna
- tecken på underaktiv sköldkörtel: viktuppgång, trötthet, håravfall, muskelsvaghet, köldkänsla

- tecken på överaktiv sköldkörtel: hjärtklappning, utstående ögon, viktminskning, svullnad på framsidan av halsen
- tecken på störning i funktionen i njurar eller urinvägar: törst, torr hud, irritabilitet, mörk urin, minskad urinproduktion, svårigheter och smärta när man kissar, kraftig känsla av att behöva kissa, blod i urinen, onormal urinfärg
- tecken på högt blodsocker: kraftig törst, stor urinproduktion, ökad aptit med vikt förlust, trötthet
- tecken på vertigo: yrsel eller snurrande känsla
- tecken på pankreatit: svår smärta i övre (mellersta eller vänstra) delen av buken
- tecken på hudsjukdom: smärtsamma röda knölar, smärta i huden, rodnad, fjällning eller blåsor
- tecken på vätskeansamling: snabb viktökning, svullnad i händerna, vristerna, fötterna eller ansiktet
- tecken på migrän: svår huvudvärk, ofta åtföljt av illamående, kräkningar och ljuskänslighet
- tecken på blodsjukdom: feber, lätt att få blåmärken eller blödning av okänd orsak, allvarliga eller ofta förekommande infektioner, svaghet av okänd orsak
- tecken på blodpropp i en ven: svullnad och smärta i någon del av kroppen
- tecken på störning i nervsystemet: svaghet eller förlamning i armar, ben eller ansiktet, talsvårigheter, kraftig huvudvärk, att se, känna eller höra sådant som inte finns där, synförändringar, förlorad medvetenhet, förvirring, desorientering, darrningar, känsla av stickningar, smärta eller domningar i fingrar och tår.
- tecken på störning i lungfunktionen: svårighet att andas eller smärtsam andning, hosta, väsljud med eller utan feber, svullnad i fötterna eller benen
- tecken på magtarmsjukdom: buksmärta, illamående, blodkräkningar, svart eller blodig avföring, förstoppning, halsbränna, magsaftsreflux, uppsvälld buk
- tecken på störning i leverfunktionen: gul hud och gula ögon, illamående, aptitförlust, mörkfärgad urin
- tecken på leverinfektion: återkommande (reaktivering) hepatit B infektion
- tecken på ögonsjukdom: synstörningar inkluderande dimsyn, dubbelseende, synfenomen med ljusblixtar, minskad synskärpa eller synförlust, blod i ögat, ökad ljuskänslighet i ögonen, smärta i ögonen, röda ögon, klåda eller irritation, torra ögon, svullnad eller klåda i ögonlocken
- tecken på obalans i elektrolytnivåer: illamående, andfåddhet, oregelbundna hjärtslag, grumlig urin, trötthet och/eller ledbesvär associerat med onormala blodvärden (t.ex. höga nivåer av kalium, urinsyra och fosfor, samt låga nivåer av kalcium)

Kontakta läkare omedelbart om du obeserverar någon av biverkningarna ovan

Vissa biverkningar är mycket vanliga (kan förekomma hos fler än 1 av 10 användare)

- diarré
- huvudvärk
- brist på energi
- muskelvärk
- klåda, utslag
- illamående
- förstoppning
- kräkningar
- håravfall
- smärta i extremiteter (armar och ben), skelettsmärta och ryggsmärta vid avslutad behandling med Tasigna
- långsam tillväxt hos barn och ungdomar
- övre luftvägsinfektion inklusive halsont och rinnande eller täppt näsa, nysningar
- låga nivåer av blodkroppar (röda blodkroppar, blodplättar) eller hemoglobin
- höga nivåer av lipas i blodet (pankreasfunktion)
- höga nivåer av bilirubin i blodet (leverfunktion)
- höga nivåer av alaninaminotransferas (leverenzym)

Vissa biverkningar är vanliga (kan förekomma hos upp till 1 av 10 användare)

- lunginflammation
- buksmärta, magbesvär efter att du ätit, gaser, svullen eller uppblåst buk
- skelettetsmärta, muskelryckningar
- smärta (inklusive nacksmärta)
- torr hud, akne, minskad hudkänslighet
- viktnedgång eller viktökning
- sömnlöshet, depression, oro
- nattliga svettningar, kraftig svettning
- allmän sjukdomskänsla
- näsblod
- tecken på gikt: smärtasamma och svullna leder
- oförmåga att få eller behålla erektion
- influensaliknande symtom
- halsont
- luftrörskatarr
- öronsmärta, ljud i öronen (t.ex. ringande, brummande) som inte har någon yttre källa (även kallat tinnitus)
- hemorrojder
- tunga perioder
- klåda i hårsäckarna
- oral eller vaginal svampinfektion
- tecken på konjunktivit: vätskande ögon med klåda, rödhet och svullnad
- ögonirritation, röda ögon
- tecken på hypertoni: högt blodtryck, huvudvärk, svindel
- rodnad
- tecken på perifer arteriell ocklusionssjukdom: smärta, obehagskänsla, svaghet eller kramper i benmuskulerna som kan bero på minskat blodflöde, sår på benen eller armarna som läker långsamt eller inte alls och noterbara ändringar i hudfärg (blå- eller blekhet) eller kroppstemperatur (köldkänsla) i benen eller armarna (möjliga tecken på en blockerad artär i det berörda benet, armen, tårna eller fingrarna)
- andfåddhet (även kallat dyspne)
- munsår med inflammation i tandköttet (även kallat stomatit)
- höga nivåer av amylas i blodet (pankreasfunktion)
- höga nivåer av kreatinin i blodet (njurfunktion)
- höga nivåer av alkaliskt fosfat eller kreatininfosfokinas
- höga nivåer av aspartataminotransferas (leverenzym)
- höga nivåer av gammaglutamyltransferas (leverenzym)
- tecken på leukopeni eller neutropeni: låga nivåer av vita blodkroppar
- ökat antal blodplättar eller vita blodkroppar
- låga nivåer av magnesium, kalium, natrium, kalcium eller fosfor i blodet
- förhöjda nivåer av kalium, kalcium eller fosfor i blodet
- höga nivåer av fetter i blodet (inklusive kolesterol)
- höga nivåer av urinsyra i blodet

Vissa biverkningar är mindre vanliga (kan förekomma hos upp till 1 av 100 användare)

- allergi (överkänslighet mot Tasiqna)
- muntorrhet
- bröstsmärta
- smärta eller obehag i sidan av kroppen
- ökad aptit
- bröstförstoring hos män
- infektion med herpesvirus
- muskel- och ledstelhet, svullna leder
- känsla av kroppstemperaturförändringar (inkluderande värmekänsla, köldkänsla)
- förändrat smaksinne
- behov av att kissa ofta
- tecken på inflammation i magslemhinnan: buksmärta, illamående, kräkningar, diarré, svullen mage
- minnesförlust
- hudcysta, förtunning eller förtjockning av huden, förtjockning av det yttersta hudlagret, missfärgning av huden
- tecken på psoriasis: förtjockade fläckar av röd/silvrig hud
- ökad ljuskänslighet i huden
- hörsvårigheter
- inflammation i lederna
- urininkontinens
- inflammation i tarmen (även kallat enterokolit)
- analabscess
- svullna bröstvårtor
- symptom på restless legs (ett oemotståndligt behov av att röra på en kroppsdel, vanligtvis benet, åtföljt av en obekväm känsla)
- tecken på blodförgiftning: feber, bröstsmärta, förhöjd/ökad puls, ansträngd andhämtning eller snabb andning
- hudinfektion (varbildning under huden)
- hudvårta
- ökning av specifika typer av vita blodkroppar (som kallas eosinofiler)
- tecken på lymfopeni: låga nivåer av vita blodkroppar
- höga nivåer av paratyreoideahormon i blodet (ett hormon som reglerar kalcium- och fosfornivåer)
- höga nivåer av laktatdehydrogenas (ett enzym)
- tecken på låg blodsockernivå: illamående, svettning, svaghet, svindel, darrningar, huvudvärk
- uttorkning
- onormal fetthalt i blodet
- ofrivilliga skakningar (även kallat tremor)
- koncentrationssvårigheter
- obehag och onormal känsla vid beröring (även kallat dysestesi)
- trötthet (även kallat fatigue)
- känsla av domningar eller stickningar i fingrar och tår (även kallat perifer neuropati)
- förlamning av en muskel i ansiktet
- röd fläck i ögonvitan orsakad av spruckna blodkärl (även kallat konjunktiv blödning)
- blod i ögonen (ögonblödning)
- ögonirritation
- tecken på hjärtattack (även kallat myokardinfarkt): plötslig och tryckande bröstsmärta, trötthet, oregelbundna hjärtslag
- tecken på blåsljud: trötthet, obehagskänsla i bröstet, ostadighetskänsla, bröstsmärta, hjärtklappning
- svampinfektion i fötterna
- tecken på hjärtsvikt: andfåddhet, andningssvårigheter i liggande ställning, svullna fötter eller ben
- smärta bakom bröstbenet (även kallat perikardit)
- tecken på hypertensiv kris: kraftig huvudvärk, yrsel, illamående

- smärtande och svaga ben vid gång (kallas även claudicatio intermittens)
- tecken på förträngning i artärerna i extremiteter: eventuellt högt blodtryck, smärtsamma kramper i ena eller båda höfterna, i låren eller i vadmusklerna efter vissa aktiviteter som gång eller gång i trappor, domningar eller svaghet i benen
- blåmärken (utan att man skadat sig)
- fettavlagringar i artärerna som kan orsaka blockering (även kallat arterioskleros)
- tecken på lågt blodtryck (även kallat hypotension), ostadighetskänsla, svindel eller svimning
- tecken på lungödem: andfåddhet
- tecken på pleauravätskeutgjutning: vätskeansamling mellan lagren av vävnad som omger lungorna och brösthålan (vilken om den är kraftig kan minska hjärtats förmåga att pumpa blod), bröstsmärta, hosta, hicka, snabb andning
- tecken på interstitiell lungsjukdom: hosta, andningssvårigheter, smärtsam andning
- tecken på pleurasmärta: bröstsmärta
- tecken på pleurit: hosta smärtsam andning
- heshet
- tecken på pulmonell hypertension: högt blodtryck i lungartärerna
- väsande andning
- känslighet i tänderna
- tecken på inflammation: (även kallad gingivit): blödande tandkött, ömmande eller svullet tandkött
- höga nivåer av urea i blodet (njurfunktion)
- förändring av blodproteiner (låga nivåer av globuliner eller förekomst av paraprotein)
- höga nivåer av okonjugerat bilirubin i blodet
- höga nivåer av troponiner i blodet

Vissa biverkningar är sällsynta (kan förekomma hos upp till 1 av 1 000 användare)

- rodnad och/eller svullnad, eventuell flagning av handflator och fotsulor (även kallat för hand-fot syndrom)
- vårtor i munnen
- känsla av hårdhet eller stelhet i bröstet
- inflammation i sköldkörteln (även kallat tyreoidit)
- påvekan på humöret eller nedstämdhet
- tecken på sekundär hyperparatyreoidism: skelett- och ledsmärta, kraftig urinering, buksmärta, svaghet, trötthet
- tecken på förträngning i artärerna i hjärnan: delvis eller helt synbortfall på båda ögonen, dubbelseende, vertigo (snurrande känsla), domningar eller stickningar, förlust av koordination, yrsel eller förvirring
- svullnad av hjärnan (eventuellt huvudvärk och/eller förändring i mental status)
- tecken på synnervsinflammation: dimsyn, synförlust
- tecken på hjärtsvikt (nedsatt ejektionsfraktion): trötthet, obehag i bröstet, ostadighetskänsla, smärta, hjärtklappning
- låga eller höga nivåer av insulin (ett hormon som reglerar blodsockernivån)
- låga nivåer av insulin C-peptid (mått på bukspottskörtelns funktion)
- plötslig död

Följande övriga biverkningar har rapporterats (förekommer hos ett okänt antal användare):

- tecken på hjärtsvikt (hjärtkammardysfunktion): andfåddhet, känsla av ansträngning vid vila, oregelbundna hjärtslag, obehag i bröstet, ostadighetskänsla, smärta, hjärtklappning, kraftig urinering, svullna fötter, anklar och svullen buk.

Rapportering av biverkningar

Om du får biverkningar, tala med läkare eller apotekspersonal. Detta gäller även eventuella biverkningar som inte nämns i denna information. Du kan också rapportera biverkningar direkt via det nationella rapporteringssystemet listat i [bilaga V](#). Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedlets säkerhet.

5. Hur Tassigna ska förvaras

- Förvara detta läkemedel utom syn- och räckhåll för barn.
- Används före utgångsdatum som anges på kartongen och blistret efter EXP. Utgångsdatumet är den sista dagen i angiven månad.
- Förvaras vid högst 30°C.
- Förvaras i originalförpackningen. Fuktkänsligt.
- Använd inte detta läkemedel om du ser att förpackningen är skadad eller visar tecken på åverkan.
- Läkemedel ska inte kastas i avloppet eller bland hushållsavfall. Fråga apotekspersonalen hur man kastar läkemedel som inte längre används. Dessa åtgärder är till för att skydda miljön.

6. Förpackningens innehåll och övriga upplysningar

Innehållsdeklaration

- Den aktiva substansen är nilotinib.
- Varje 50 mg hård kapsel innehåller 50 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).
Övriga innehållsämnen är:
Kapselinnehåll: laktosmonohydrat, krospovidon typ A, poloxamer 188, kolloidial vattenfri kiseldioxid, magnesiumstearat.
Kapselskal: gelatin, titandioxid (E171), röd järnoxid (E172), gul järnoxid (E172)
Tryckfärg: shellack (E904), svart järnoxid (E172), propylenglykol, ammoniumhydroxid
- Varje 150 mg hård kapsel innehåller 150 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).
Övriga innehållsämnen är:
Kapselinnehåll: laktosmonohydrat, krospovidon typ A, poloxamer 188, kolloidial vattenfri kiseldioxid, magnesiumstearat.
Kapselskal: gelatin, titandioxid (E171), röd järnoxid (E172), gul järnoxid (E172)
Tryckfärg: shellack (E904), svart järnoxid (E172), n-butylalkohol, propylenglykol, vattenfri etanol, isopropylalkohol, ammoniumhydroxid
- Varje 200 mg hård kapsel innehåller 200 mg nilotinib (som hydrokloridmonohydrat).
Övriga innehållsämnen är:
Kapselinnehåll: laktosmonohydrat, krospovidon typ A, poloxamer 188, kolloidial vattenfri kiseldioxid, magnesiumstearat.
Kapselskal: gelatin, titandioxid (E171), gul järnoxid (E172)
Tryckfärg: shellack (E904), vattenfri alkohol, isopropylalkohol, butylalkohol, propylenglykol, stark ammoniaklösning, kaliumhydroxid, röd järnoxid (E172)

Läkemedlets utseende och förpackningsstorlekar

Tassigna 50 mg tillhandahålls som hårda kapslar. De hårda kapslarna är röda/ljusgula. Varje hård kapsel är präglad i svart ("NVR/ABL").

Tassigna 150 mg tillhandahålls som hårda kapslar. De hårda kapslarna är röda. Varje hård kapsel är präglad i svart ("NVR/BCR").

Tassigna 200 mg tillhandahålls som hårda kapslar. De hårda kapslarna är ljusgula. Varje hård kapsel är präglad i rött ("NVR/TKI").

Tassigna 50 mg tillhandahålls i förpackningar om 120 hårda kapslar (3 paket om 40 hårda kapslar).

Tassigna 150 mg tillhandahålls i förpackningar innehållande 28 eller 40 hårda kapslar och i multipelförpackningar innehållande 112 hårda kapslar (bestående av 4 kartonger, innehållande 28 hårda kapslar vardera), 120 hårda kapslar (bestående av 3 kartonger, innehållande 40 hårda kapslar vardera) eller 392 hårda kapslar (bestående av 14 kartonger, innehållande 28 hårda kapslar vardera).

Tasigna 200 mg tillhandahålls i plånboksförpackningar om 28 hårda kapslar och i kartongförpackningar om 28 eller 40 hårda kapslar. Tasigna tillhandahålls även i multiförpackningar om 112 hårda kapslar (bestående av 4 plånboksförpackningar, vardera innehållande 28 hårda kapslar), 112 hårda kapslar (bestående av 4 kartonger, vardera innehållande 28 kapslar), 120 hårda kapslar (bestående av 3 kartonger, vardera innehållande 40 hårda kapslar) eller 392 hårda kapslar (bestående av 14 kartonger, vardera innehållande 28 hårda kapslar).

Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att marknadsföras.

Innehavare av godkännande för försäljning

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irland

Tillverkare

Novartis Farmacéutica SA
Gran Via de les Corts Catalanes, 764
08013 Barcelona
Spanien

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25
D-90429 Nürnberg
Tyskland

Lek d.d., PE PROIZVODNJA LENDA VA
Trimlini 2D
Lendava, 9220
Slovenien

För ytterligare upplysningar om detta läkemedel, kontakta ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning:

België/Belgique/Belgien

Novartis Pharma N.V.
Tél/Tel: +32 2 246 16 11

Lietuva

SIA Novartis Baltics Lietuvos filialas
Tel: +370 5 269 16 50

България

Novartis Bulgaria EOOD
Тел.: +359 2 489 98 28

Luxembourg/Luxemburg

Novartis Pharma N.V.
Tél/Tel: +32 2 246 16 11

Česká republika

Novartis s.r.o.
Tel: +420 225 775 111

Magyarország

Novartis Hungária Kft.
Tel.: +36 1 457 65 00

Danmark

Novartis Healthcare A/S
Tlf: +45 39 16 84 00

Malta

Novartis Pharma Services Inc.
Tel: +356 2122 2872

Deutschland

Novartis Pharma GmbH
Tel: +49 911 273 0

Nederland

Novartis Pharma B.V.
Tel: +31 88 04 52 555

Eesti

SIA Novartis Baltics Eesti filiaal
Tel: +372 66 30 810

Ελλάδα

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
Τηλ: +30 210 281 17 12

España

Novartis Farmacéutica, S.A.
Tel: +34 93 306 42 00

France

Novartis Pharma S.A.S.
Tél: +33 1 55 47 66 00

Hrvatska

Novartis Hrvatska d.o.o.
Tel. +385 1 6274 220

Ireland

Novartis Ireland Limited
Tel: +353 1 260 12 55

Ísland

Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia

Novartis Farma S.p.A.
Tel: +39 02 96 54 1

Κύπρος

Novartis Pharma Services Inc.
Τηλ: +357 22 690 690

Latvija

SIA Novartis Baltics
Tel: +371 67 887 070

Norge

Novartis Norge AS
Tlf: +47 23 05 20 00

Österreich

Novartis Pharma GmbH
Tel: +43 1 86 6570

Polska

Novartis Poland Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 375 4888

Portugal

Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, S.A.
Tel: +351 21 000 8600

România

Novartis Pharma Services Romania SRL
Tel: +40 21 31299 01

Slovenija

Novartis Pharma Services Inc.
Tel: +386 1 300 75 50

Slovenská republika

Novartis Slovakia s.r.o.
Tel: +421 2 5542 5439

Suomi/Finland

Novartis Finland Oy
Puh/Tel: +358 (0)10 6133 200

Sverige

Novartis Sverige AB
Tel: +46 8 732 32 00

United Kingdom (Northern Ireland)

Novartis Ireland Limited
Tel: +44 1276 698370

Denna bipacksedel ändrades senast**Övriga informationskällor**

Ytterligare information om detta läkemedel finns på Europeiska läkemedelsmyndighetens webbplats <http://www.ema.europa.eu/>. Där finns också länkar till andra webbsidor rörande sällsynta sjukdomar och behandlingar.