

I LISA
RAVIMI OMADUSTE KOKKUVÕTE

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid

2. KVALITATIIVNE JA KVANTITATIIVNE KOOSTIS

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid

Üks pehmekapsel sisaldab nintedaniibesilaati, mis vastab 100 mg nintedaniibile.

Teadaolevat toimet omav abiaine

Üks 100 mg pehmekapsel sisaldab 1,2 mg sojaletsitiini.

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid

Üks pehmekapsel sisaldab nintedaniibesilaati, mis vastab 150 mg nintedaniibile.

Teadaolevat toimet omav abiaine

Üks 150 mg pehmekapsel sisaldab 1,8 mg sojaletsitiini.

Abiainete täielik loetelu vt lõik 6.1.

3. RAVIMVORM

Pehmekapsel (kapsel)

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid

Piklikud läbipaistmatud virsikuvärvi pehmed želatiinkapslid, millel on märgistus „JF1“, mõõtmed on ligikaudu 16 mm × 6 mm.

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid

Piklikud läbipaistmatud pruunid pehmed želatiinkapslid, millel on märgistus „JF2“, mõõtmed on ligikaudu 18 mm × 7 mm.

4. KLIINILISED ANDMED

4.1 Näidustused

Nintedanib Viatris on näidustatud idiopaatilise kopsufibroosi raviks täiskasvanutele.

Nintedanib Viatris on näidustatud ka progresseeruva fenotüübiga teiste krooniliste fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaiguste raviks täiskasvanutele (vt lõik 5.1).

Nintedanib Viatris on näidustatud kliiniliselt oluliste progresseeruvate fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaiguste raviks lastele ja noorukitele vanuses 6...17 aastat (vt lõigud 4.2 ja 5.1).

Nintedanib Viatris on näidustatud süsteemse skleroosiga kaasneva interstitsiaalse kopsuhaiguse raviks täiskasvanutele, noorukitele ja lastele alates 6 aasta vanusest.

4.2 Annustamine ja manustamisviis

Täiskasvanud: ravi tohib alustada nende haiguste ravikogemusega arst, mille raviks nintedaniib on müügiloo saanud.

Lapsed: ravi tohib alustada alles pärast fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaiguste (*interstitial lung disease*, ILD) diagnoosimise ja ravi kogemusega multidistsiplinaarse meeskonna (arstid, radioloogid, patoloogid) kaasamist.

Annustamine

Täiskasvanud

- *Idiopaatiline kopsufibroos (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF)*
- *Teised progresseeruva fenotüübiga kroonilised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (ILD-id)*
- *Süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalne kopsuhaigus (systemic sclerosis associated interstitial lung disease, SSc-ILD)*

Soovitav annus on 150 mg nintedaniibi kaks korda ööpäevas manustatuna ligikaudu 12-tunnise vahega.

Annust 100 mg kaks korda ööpäevas soovitatakse kasutada ainult nendel patsientidel, kes ei talu annust 150 mg kaks korda ööpäevas.

Kui annus jääb vahele, tuleb järgmine soovitatav annus sisse võtta järgmisel võtmiskorral. Kui annus jääb vahele, ei tohi patsient võtta lisaannust. Soovitatavat maksimaalset ööpäevast annust – 300 mg – ei tohi ületada.

Annuse kohandamine

Peale vajadusel kasutatavat sümptomaatilist ravi, võib nintedaniibi kõrvaltoimete (vt lõigud 4.4 ja 4.8) ravi hõlmata ka annuse vähendamist ja ravi ajutist katkestamist, kuni spetsiifiline kõrvaltoime on taandunud sel määral, et raviga on võimalik jätkata. Ravi nintedaniibiga võib jätkata täisannuses (täiskasvanud patsientidel 150 mg kaks korda ööpäevas) või vähendatud annuses (täiskasvanud patsientidel 100 mg kaks korda ööpäevas). Kui täiskasvanud patsient ei talu annust 100 mg kaks korda ööpäevas, tuleb ravi nintedaniibiga lõpetada.

Kui kõhulahtisus, iiveldus ja/või oksendamine jätkuvad, hoolimata asjakohasest toetavast ravist (sh antiemeetiline ravi), võib olla vaja annust vähendada või ravi katkestada. Ravi võib uuesti alustada vähendatud annusega (täiskasvanud patsientidel 100 mg kaks korda ööpäevas) või täisannusega (täiskasvanud patsientidel 150 mg korda ööpäevas). Juhul kui raske kõhulahtisus, iiveldus ja/või oksendamine püsivad sümptomaatilise ravist hoolimata, tuleb ravi nintedaniibiga lõpetada (vt lõik 4.4).

Kui ravi katkestati aspartaadi aminotransferaasi (ASAT) võialaniini aminotransferaasi (ALAT) väärtuse suurenemise tõttu > 3 korda üle normi ülempiiri, võib pärast aminotransferaaside väärtuste alanemist ravi alguse tasemele ravi nintedaniibiga uuesti alustada vähendatud annusega (täiskasvanud patsientidel 100 mg kaks korda ööpäevas), mida seejärel võib suurendada täisannuseni (täiskasvanud patsientidel 150 mg kaks korda ööpäevas) (vt lõigud 4.4 ja 4.8).

Spetsiifilised annuse vähendamise soovitused kõrvaltoimete raviks lastel vt tabel 1.

Lapsed ja noorukid vanuses 6...17 aastat

- *Kliiniliselt oluliste progresseeruvate fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaiguste (ILD-d) ravi*
- *Süsteemse skleroosiga kaasneva interstitsiaalse kopsuhaiguse (SSc-ILD) ravi*

Kasvu tuleb regulaarselt jälgida ja avatud epifüüsiga patsientidel on soovitatav hinnata epifüüsi kasvuplaadi muutusi luu iga-aastaste piltuuringutega. Kasvupeatuse või epifüüsi kasvuplaatide muutuse nähtudega patsientidel tuleb kaaluda ravi katkestamist (vt lõigud 4.4 ja 4.8).

Kuni hammaste lõpliku väljaarenemiseni tuleb vähemalt iga 6 kuu järel käia regulaarselt hambaid kontrollimas (vt lõigud 4.4 ja 4.8).

Nintedaniibi soovitatav annus 6...17-aastastele lastele põhineb patsiendi kehakaalul ja seda manustatakse kaks korda ööpäevas ligikaudu 12-tunnise vahega (vt tabel 1). Ravi jooksul tuleb annust kohandada kehakaalu järgi.

Tabel 1. Nintedaniibi soovitatavad annused ja vähendatud annused milligrammides (mg) kehakaalu järgi kilogrammides (kg) lastele vanuses 6...17 aastat

Kehakaalu vahemik	Nintedaniibi annus	Nintedaniibi vähendatud annus*
13,5** ...22,9 kg	50 mg (kaks 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas	25 mg (üks 25 mg kapsel) kaks korda ööpäevas
23,0...33,4 kg	75 mg (kolm 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas	50 mg (kaks 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas
33,5...57,4 kg	100 mg (üks 100 mg kapsel või neli 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas	75 mg (kolm 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas
57,5 kg ja rohkem	150 mg (üks 150 mg kapsel või kuus 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas	100 mg (üks 100 mg kapsel või neli 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas
* Vähendatud annus on soovitatav kerge maksakahjustusega (Childi-Pugh' staadium A) lastele ja noorukitele ning kõrvaltoimete ravimiseks lastel. Lisateave kõrvaltoimete ravi kohta vt eespool.		
** Kui kehakaal on alla 13,5 kg Kui patsiendi kehakaal langeb alla 13,5 kg, tuleb ravi katkestada.		

#Nintedanib Viatrix on saadaval ainult 100 mg ja 150 mg pehmekapslitena. Seega ei saa Nintedanib Viatrix manustada lastele, kellel on vaja 100 mg täisannusest väiksemat annust. Kui on vaja väiksemat annust, tuleb kasutada teisi nintedaniibi sisaldavaid preparaate, mille puhul on selline annus olemas.

Patsientide erirühmad

Eakad (≥ 65-aastased)

Eakatel patsientidel ei täheldatud üldisi erinevusi ohutuses ja efektiivsuses. Eakatel ei ole *a priori* annuse kohandamine vajalik. ≥ 75-aastastel patsientidel võib annuse vähendamise vajadus kõrvaltoimete ohjamiseks olla tõenäolisem (vt lõik 5.2).

Neerukahjustus

Algannuse kohandamine kerge kuni mõõduka neerukahjustusega täiskasvanud patsientidel ega lastel ei ole vajalik. Raske neerukahjustusega (kreatiniini kliirens < 30 ml/min) täiskasvanud patsientidel ega lastel ei ole nintedaniibi ohutust, efektiivsust ega farmakokineetikat uuritud.

Maksakahjustus

Kerge maksakahjustusega (Childi-Pugh' staadium A) täiskasvanud patsientidel on nintedaniibi soovitatav annus 100 mg kaks korda ööpäevas, manustatuna ligikaudu 12-tunniste intervallidega. Kerge maksakahjustusega (Childi-Pugh' staadium A) lastel on soovitatav kasutada vähendatud algannust (vt tabel 1). Kerge maksakahjustusega (Childi-Pugh' staadium A) täiskasvanud patsientidel ja lastel tuleb kõrvaltoimete ravimiseks kaaluda ravi katkestamist või lõpetamist. Nintedaniibi ohutust ja efektiivsust Childi-Pugh' staadiumitega B ja C maksakahjustusega täiskasvanud patsientidel ega lastel ei ole uuritud. Mõõduka (Childi-Pugh' staadium B) ja raske (Childi-Pugh' staadium C) maksakahjustusega täiskasvanud patsientidel ega lastel ei ole ravi nintedaniibiga soovitatav (vt lõik 5.2).

Lapsed

Alla 6-aastastel lastel ei ole nintedaniibi ohutust ega efektiivsust uuritud. Seetõttu ei ole ravi nintedaniibiga soovitatav alla 6-aastastele lastele. Nintedaniibi kasutamist alla 13,5 kg kehakaaluga

patsientidel ei ole uuritud ja seetõttu ei ole ravimi kasutamine selles populatsioonis soovitatav (vt lõik 5.1).

Manustamisviis

Nintedanib Viatris on suukaudseks kasutamiseks. Kapslid tuleb sisse võtta koos toiduga ja alla neelata tervelt koos veega. Kapsleid ei tohi närida. Kapslit ei tohi avada ega purustada (vt lõik 6.6).

Nintedanib Viatrise kapsleid võib võtta koos väikese koguse (üks teelusikatäis) külma või toasooja pehme toiduga, nt õunapüree või šokolaadipuding, ning need tuleb kapsli terviklikkuse tagamiseks ilma närimata kohe alla neelata.

4.3 Vastunäidustused

- Rasedus (vt lõik 4.6).
- Ülitundlikkus nintedaniibi, maapähklite, soja või lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainete suhtes. Ravim sisaldab sojaletsitiini.

4.4 Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel

Seedetrakti häired

Kõhulahtisus

Kliinilistes uuringutes oli kõhulahtisus kõige sagedamini teatatud seedetrakti kõrvaltoime (vt lõik 4.8). Enamikul patsientidest oli see kõrvaltoime kerge kuni mõõduka intensiivsusega ja esines esimese 3 ravikuu jooksul.

Turuletulekujärgselt on teatatud tõsistest kõhulahtisuse juhtudest, mis lõppesid dehüdratsiooni ja elektrolüütide tasakaalu häiretega. Patsiente tuleb alates esimestest nähtudest ravida küllaldase vedeliku ja kõhulahtisusevastaste ravimpreparaatidega, näiteks loperamiidiga, ja vajalik võib olla annuse vähendamine või ravi katkestamine. Ravi Nintedanib Viatrisega võib jätkata vähendatud annusega või täisannusega (vt lõik 4.2). Raske kõhulahtisuse püsimisel, vaatamata sümptomaatilisele ravile, tuleb ravi nintedaniibiga lõpetada.

Iiveldus ja oksendamine

Iiveldus ja oksendamine olid sageli esinevad seedetrakti kõrvaltoimed (vt lõik 4.8). Enamikul patsientidest olid iiveldus ja oksendamine kerge kuni mõõduka intensiivsusega. Kliinilistes uuringutes tuli iivelduse tõttu ravi nintedaniibiga lõpetada kuni 2,1% patsientidest ja oksendamise tõttu ravi nintedaniibiga lõpetada kuni 1,4% patsientidest.

Kui sümptomid püsivad, vaatamata asjakohasele toetavale ravile (kaasa arvatud antiemeetiline ravi), võib olla vajalik annuse vähendamine või ravi katkestamine. Ravi võib jätkata vähendatud annusega või täisannusega (vt lõik 4.2 „Annuse kohandamine“). Raskete sümptomite püsimisel tuleb ravi nintedaniibiga lõpetada.

Maksafunktsioon

Nintedaniibi ohutust ja efektiivsust ei ole uuritud mõõduka (Childi-Pugh' staadium B) ja raske (Childi-Pugh' staadium C) maksakahjustusega patsientidel. Seega ei ole nendel patsientidel ravi nintedaniibiga soovitatav (vt lõik 4.2). Ekspositsiooni suurenemise tõttu võib kõrvaltoimete risk olla suurenenud kerge maksakahjustusega patsientidel (Childi-Pugh' staadium A). Kerge maksakahjustusega täiskasvanud patsiente (Childi-Pugh' staadium A) tuleb ravida nintedaniibi vähendatud annusega (vt lõigud 4.2 ja 5.2).

Ravi korral nintedaniibiga on täheldatud ravimist tingitud maksakahjustusi, sh raskeid, letaalse lõppega maksakahjustusi. Enamik maksaga seotud kõrvaltoimetest ilmneb esimese kolme ravikuu

jooksul, seega tuleb maksa transaminaaside aktiivsust ja bilirubiini sisaldust kontrollida enne ravi alustamist nintedaniibiga ja esimese ravikuu jooksul. Seejärel tuleb patsiente regulaarselt jälgida järgmise kahe ravikuu jooksul ning seejärel perioodiliselt, näiteks patsiendi igal visiidil või vastavalt kliinilisele vajadusele.

Maksaensüümide (ALAT, ASAT, vere aluseline fosfataas (*blood alkaline phosphatase*, ALP), gammaglutamüüli transferaas (GGT), vt lõik 4.8) ja bilirubiini väärtuste suurenemised olid enamikul juhtudel pärast annuse vähendamist või ravi katkestamist pöörduvad. Kui tuvastatakse transferaaside (ASAT või ALAT) aktiivsuse suurenemine > 3 korda üle normi ülempiiri, on soovitatav nintedaniibi annust vähendada või ravi katkestada ning patsienti tähelepanelikult jälgida. Kui transferaaside aktiivsus väheneb uuesti ravi alguse tasemele, võib ravi nintedaniibiga jätkata täisannusega või vähendatud annusega, mida seejärel võib uuesti suurendada täisannuseni (vt lõik 4.2 „Annuse kohandamine“). Kui maksafunktsiooni näitajate aktiivsuse suurenemist seostatakse maksakahjustuse kliiniliste nähtude või sümptomitega, näiteks ikterusega, tuleb ravi nintedaniibiga püsivalt lõpetada. Patsienti tuleb uurida maksaensüümide aktiivsuse suurenemise teiste põhjuste suhtes.

Väikese kehakaaluga (< 65 kg) täiskasvanud patsientidel, Aasia päritolu ja naissoost patsientidel on maksaensüümide aktiivsuse suurenemise risk suurem. Nintedaniibi ekspositsioon suurenes lineaarselt lähtuvalt patsiendi vanusest, mis võib suurendada ka maksaensüümide aktiivsuse suurenemise riski (vt lõik 5.2). Nende riskiteguritega patsiente soovitatakse tähelepanelikult jälgida.

Neerufunktsioon

Nintedaniibi kasutamisel on teatatud neerukahjustuse/-puudulikkuse juhtudest, mis mõnel juhul olid letaalse lõppega (vt lõik 4.8).

Patsiente tuleb nintedaniibiga ravi ajal jälgida, erilist tähelepanu tuleb pöörata patsientidele, kellel esinevad neerukahjustuse/-puudulikkuse riskitegurid. Neerukahjustuse/-puudulikkuse korral tuleb kaaluda ravi kohandamist (vt lõik 4.2).

Verejooks

Vaskulaarse endoteeli kasvufaktori retseptori (VEGFR, *vascular endothelial growth factor receptor*) inhibeerimist võib seostada verejooksuriski suurenemisega.

Kliinilistesse uuringutesse ei kaasatud patsiente, kellel oli teadaolev veristsusrisk, sealhulgas veritsuse päriliku eelsoodumusega patsiendid või täisannuses antikoagulantravi saavad patsiendid. Turuletulekujärgselt on teatatud mittetõsistest ja tõsistest veritsuste juhtudest, sh surmaga lõppenud juhtudest (nii patsientidel, kes said, kui ka patsientidel, kes ei saanud samaaegselt hüübimisvastast ravi või teisi ravimeid, mis võivad veritsust põhjustada). Seega tohib neid patsiente ravida nintedaniibiga ainult siis, kui eeldatav kasu ületab võimaliku riski.

Arteriaalne trombemboolia

Kliinilistest uuringutest jäeti välja patsiendid, kellel oli anamneesis hiljuti esinenud müokardiinfarkt või insult. Täiskasvanud patsientidel tehtud kliinilistes uuringutes teatati arteriaalsest trombembooliast harva (uuringus INPULSIS 2,5% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 0,7%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus INBUILD 0,9% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 0,9%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus SENCIS 0,7% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 0,7%-ga platseebot saanud patsientidest). Uuringutes INPULSIS oli müokardiinfarkti esinemissagedus nintedaniibiga ravitud rühmas suurem (1,6%) võrreldes platseeborühmaga (0,5%), samal ajal kui südame isheemiatõvele viitavate kõrvaltoimete osakaal oli nintedaniibi ja platseeborühmades ühetaoline. Uuringus INBUILD täheldati müokardiinfarkti harva: 0,9% nintedaniibiga ravitud rühma patsientidest ja 0,9% platseeborühma patsientidest. Uuringus SENCIS täheldati müokardiinfarkti platseeborühmas harva (0,7%) ja nintedaniibiga ravitud rühmas ei täheldatud.

Suurema kardiovaskulaarse riskiga patsientide, sealhulgas teadaoleva koronaararterite haigusega patsientide ravimisel tuleb olla ettevaatlik. Ägeda müokardi isheemia nähtude või sümptomitega patsientidel tuleb kaaluda ravi katkestamist.

Aneurüsmid ja arteridissektsioonid

VEGF-raja inhibiitorite kasutamine hüpertensiooniga või hüpertensioonita patsientidel võib soodustada aneurüsmide ja arteridissektsioonide teket. Enne nintedaniibiga kasutamist tuleb riskiteguritega patsientidel (nt hüpertensioon või anamneesis aneurüsm) seda riski hoolikalt hinnata.

Venoosne trombemboolia

Kliinilistes uuringutes ei täheldatud nintedaniibiga ravitud patsientidel venoosse trombemboolia riski suurenemist. Lähtuvalt nintedaniibi toimemehhanismist võib patsientidel olla suurem trombembooliate tekkerisk.

Seedetrakti perforatsioonid ja isheemiline koliit

Täiskasvanud patsientidel tehtud kliinilistes uuringutes oli perforatsiooni esinemissagedus mõlema ravirühma patsientidel kuni 0,3%. Lähtuvalt nintedaniibi toimemehhanismist võib patsientidel olla suurem seedetrakti perforatsioonide tekkerisk. Turuletulekujärgselt on teatatud seedetrakti perforatsiooni ja isheemilise koliidi juhtudest, millest mõned olid letaalse lõppega. Eriline ettevaatus on vajalik varasema kõhuõõneoperatsiooniga, peptilise haavandi või divertikuloosi anamneesiga või samaaegselt kortikosteroidide või MSPVA-sid saavate patsientide ravimisel. Ravi nintedaniibiga tohib alustada mitte varem kui 4 nädalat pärast kõhuõõneoperatsiooni. Patsientidel, kellel tekib seedetrakti perforatsioon või isheemiline koliit, tuleb ravi nintedaniibiga püsivalt lõpetada. Erandkorras võib nintedaniibi manustamist uuesti alustada pärast isheemilise koliidi täielikku taandumist ja patsiendi seisundi ning muude riskitegurite hoolikat hindamist.

Nefrootilise raskusastmega proteinuuria ja trombootiline mikroangiopaatia

Turuletulekujärgselt on teatatud väga vähestest nefrootilise raskusastmega proteinuuria juhtudest kas koos neerufunktsiooni kahjustusega või ilma. Histoloogilised leiud olid igal individuaalsel juhul samasugused nagu glomerulaarse mikroangiopaatia puhul (kas koos renaalsete trombidega või ilma). Pärast nintedaniibi manustamise lõpetamist on täheldatud sümptomite pöördumist, mõnel juhul jäi püsima proteinuuria. Nefrootilise sündroomi nähtude ja sümptomite tekkimisel tuleb kaaluda nendel patsientidel ravi katkestamist.

VEGF-raja inhibiitoreid, sh üksikutel juhtudel nintedaniibi, on seostatud trombootilise mikroangiopaatiaga (TMA). Kui nintedaniibiga ravitaval patsiendil tuvastatakse TMA-ga seostatavad laboratoorsed või kliinilised leiud, tuleb ravi nintedaniibiga lõpetada ja teha põhjalik hindamine TMA suhtes.

Posterioorne pöörduv entsefalopaatia sündroom (PRES)

Turuletulekujärgselt on teatatud mõnest posterioorse pöörduva entsefalopaatia sündroomi (*posterior reversible encephalopathy syndrome*, PRES) juhust. PRES on neuroloogiline häire (kinnitatakse magnetresonantstomograafia uuringuga), mis võib väljenduda peavalu, hüpertensiooni, nägemishäirete, krambihogude, letargia, segasuse ja muude nägemis- ja neuroloogiliste häiretena ja võib lõppeda surmaga. PRES-ist on teatatud ka teiste VEGF-i inhibiitorite kasutamisel. PRES-i kahtluse korral tuleb nintedaniibiga ravi lõpetada. Nintedaniibiga ravi taas alustamine PRES-i anamneesiga patsientidel ei ole teada ja seda peab tegema arsti soovitusel.

Hüpertensioon

Nintedaniibi manustamine võib tõsta vererõhku. Süsteemset vererõhku tuleb mõõta regulaarselt ja kliinilise vajaduse korral.

Pulmonaalne hüpertensioon

Andmeid nintedaniibi kasutamise kohta pulmonaalse hüpertensiooniga patsientidel on piiratud hulgal. Raske pulmonaalhüpertensiooniga (südame minutimaht $\leq 2 \text{ l / min / m}^2$ või parenteraalne epoprostenooli/treprostiniili manustamine või äge parempoolne südamepuudulikkus) patsiente ei kaasatud uuringutesse INBUILD ja SENSIS.

Raske pulmonaalhüpertensiooniga patsientidel ei tohi nintedaniibi kasutada. Kerge kuni mõõduka pulmonaalhüpertensiooniga patsiente soovitatakse tähelepanelikult jälgida.

Haava paranemine

Kliinilistes uuringutes ei täheldatud haava paranemise häirete esinemissageduse suurenemist. Toimemehhanismile tuginedes võib nintedaniib takistada haava paranemist. Spetsiifilisi uuringuid nintedaniibi toime kohta haavaparanemisele ei ole tehtud. Ravi nintedaniibiga tuleb seega alustada või – perioperatiivse katkestamise korral – jätkata ainult siis, kui haav on kliinilise hinnangu kohaselt küllaldaselt paranenud.

Manustamine koos pirfenidooniga

Spetsiifilises farmakokineetika uuringus uuriti nintedaniibi ja pirfenidooni samaaegset kasutamist IPF-iga patsientidel. Selle tulemuste põhjal puuduvad tõendid olulise farmakokineetilise koostoime kohta nintedaniibi ja pirfenidooni koosmanustamisel (vt lõik 5.2). Võttes arvesse mõlema ravimpreparaadi ohutusprofiilide sarnasust, võib eeldada aditiivsete kõrvaltoimete, sh seedetrakti ja maksaga seotud kõrvaltoimete, teket. Pirfenidooniga samaaegse ravi kasu/riski suhe ei ole tõestatud.

Toime QT-intervallile

Nintedaniibi kliiniliste uuringute programmis QT-intervalli pikenemist ei täheldatud (lõik 5.1). Kuna mõned teised türosiini kinaasi inhibiitorid avaldavad teadaolevalt toimet QT-intervallile, tuleb olla ettevaatlik nintedaniibi manustamisel QTc-intervalli pikenemise riskiga patsientidele.

Allergilised reaktsioonid

Nintedanib Viatrix sisaldab sojaletsitiini. Sojatooted põhjustavad sojaallergiaga patsientidel allergilisi reaktsioone, sealhulgas rasket anafülaksiat (vt lõik 4.3). Teadaolevalt maapähklivalgu allergiaga patsientidel on suurem risk rasketeks reaktsioonideks sojatoodete suhtes.

Lapsed

Andmed nintedaniibi kasutamise kohta lastel piirduvad fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaigustega patsientide väikesest alarühmast saadud andmetega (vt lõik 5.1). See alaraühm ei hõlma kõiki lastel fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaigustega seostatavaid etioloogiaid.

Võrreldes täiskasvanutega on laste puhul ravist saadava kasu suurus ebaselgem.

Täiskasvanud patsientide jaoks eespool loetletud ettevaatusabinõusid tuleb järgida ka laste puhul.

Spetsiifilised annuse vähendamise soovitused lastel vt tabel 1.

Eripärad lastel on üksikasjalikult kirjeldatud allpool.

Luude areng ja kasv

Prekliinilistes uuringutes täheldati epifüüsi kasvuplaadi pöörduvaid muutusi (vt lõik 5.3). Laste kliinilises uuringus ei täheldatud nintedaniibiga ravi ajal kasvu olulist aeglustumist. Samas puuduvad pikaajalised ohutusandmed laste kohta.

Kasvu tuleb regulaarselt jälgida ja avatud epifüüsiga patsientidel on soovitatav hinnata epifüüsi kasvuplaadi muutusi luu iga-aastaste piltuuringutega. Kasvupeetuse või epifüüsi kasvuplaatide muutuse nähtudega patsientidel tuleb kaaluda ravi katkestamist.

Hammaste arenguhäired

Prekliinilistes uuringutes täheldati hammaste arenguhäireid (vt lõik 5.3). Laste kliinilises uuringus hammaste arenguhäirete risk kinnitust ei leidnud.

Ettevaatusabinõuna tuleb suuõõnt/hambaid kontrollida regulaarselt vähemalt iga 6 kuu järel, kuni hambad on lõplikult välja arenenud.

4.5 Koostoimed teiste ravimitega ja muud koostoimed

P-glükoproteiin (P-gp)

Nintedaniib on P-gp substraat (vt lõik 5.2). Spetsiaalses ravimi koostoimete uuringus suurendas tugeva P-gp inhibiitori ketokonasooli samaaegne manustamine nintedaniibi ekspositsiooni AUC järgi 1,61 korda ja C_{max} -i järgi 1,83 korda. Tugeva P-gp indutseerija rifampitsiiniga tehtud ravimite koostoimete uuringus vähendas nintedaniibi manustamine koos rifampitsiiniga nintedaniibi ekspositsiooni AUC järgi 50,3% ja C_{max} -i järgi 60,3% võrreldes ainult nintedaniibi manustamisega. Nintedaniibiga koosmanustamisel võivad tugevad P-gp inhibiitorid (nt ketokonasool, erütromütsiin või tsüklosporiin) suurendada nintedaniibi ekspositsiooni. Sellistel juhtudel tuleb patsienti tähelepanelikult jälgida nintedaniibi taluvuse suhtes. Kõrvaltoimete raviks võib olla vajalik nintedaniibiga ravi katkestamine, annuse vähendamine või ravi lõpetamine (vt lõik 4.2).

Tugevad P-gp indutseerijad (nt rifampitsiin, karbamasepiin, fenütoiin ja liht-naistepuna) võivad vähendada nintedaniibi ekspositsiooni. Kaaluma peab koosmanustamiseks sellise ravimi valimist, millel P-gp indutseerimise võime puudub või on minimaalne.

Tsütokroomi (CYP) ensüümid

Ainult väike osa nintedaniibi biotransformatsioonist toimus CYP ainevahetusradade kaudu. Nintedaniib ja selle metaboliidid, vaba happefragment BIBF 1202 ja selle glükuroniid BIBF 1202-glükuroniid, ei pärssinud ega indutseerinud prekliinilistes uuringutes CYP ensüüme (vt lõik 5.2). Seega peetakse CYP metabolismil põhinevat ravimite koostoimet nintedaniibiga vähe tõenäoliseks.

Manustamine koos teiste ravimpreparaatidega

Nintedaniibi manustamine koos suukaudsete hormonaalsete rasestumisvastaste vahenditega ei muutnud olulisel määral suukaudsete hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite farmakokineetikat (vt lõik 5.2).

Nintedaniibi manustamine koos bosentaaniga ei muutnud nintedaniibi farmakokineetikat (vt lõik 5.2).

Lapsed

Koostoimete uuringud on läbi viidud ainult täiskasvanutel.

4.6 Fertiilsus, rasedus ja imetamine

Rasestumisvõimelised naised / kontratseptsioon

Nintedaniib võib inimestel põhjustada kahjulikku toimet lootele (vt lõik 5.3). Rasestumisvõimelistel naistel tuleb soovitada vältida rasestumist nintedaniibiga ravi ajal ja kasutada väga efektiivseid rasestumisvastaseid vahendeid ravi alguses, selle ajal ja vähemalt 3 kuud pärast nintedaniibi viimase annuse võtmist. Nintedaniib ei mõjuta olulisel määral etüüülöstradiooli ja levonorgestreeli kontsentratsiooni plasmas (vt lõik 5.2). Suukaudsete hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite efektiivsust võivad häirida oksendamine ja/või kõhulahtisus või muud seisundid, mille puhul imendumine võib olla häiritud. Naistel, kes kasutavad suukaudseid hormonaalseid rasestumisvastaseid vahendeid ja kellel esineb selliseid seisundeid, tuleb soovitada kasutada alternatiivset väga efektiivset rasestumisvastast vahendit.

Rasedus

Nintedaniibi kasutamise kohta rasedatel andmed puuduvad, kuid selle toimeainega tehtud prekliinilised loomkatsed on näidanud kahjulikku toimet reproduktiivsusele (vt lõik 5.3). Kuna nintedaniib võib ka inimestel lootekahjustusi põhjustada, ei tohi seda kasutada raseduse ajal (vt lõik 4.3) ja rasedustele tuleb teha enne ravi alustamist nintedaniibiga ja vajaduse korral ravi ajal.

Naispatsientidele tuleb soovitada, et nad teavitaksid oma arsti või apteekrit, kui nad nintedaniibiga ravi ajal rasestuvad.

Kui patsient rasestub nintedaniibiga ravi ajal, tuleb ravi katkestada ja patsienti tuleb teavitada potentsiaalsest riskist lootele.

Imetamine

Andmed nintedaniibi ja selle metaboliitide eritumise kohta inimese rinnapiima puuduvad. Prekliinilised uuringud näitasid, et imetavate rottide piima eritus väike kogus nintedaniibi ja selle metaboliite ($\leq 0,5\%$ manustatud annusest). Riski vastsündinutele/imikutele ei saa välistada. Rinnaga toitmine tuleb lõpetada nintedaniibiga ravi ajal.

Fertiilsus

Prekliiniliste uuringute andmete alusel puuduvad tõendid meeste fertiilsuse kahjustuste kohta (vt lõik 5.3). Subkroonilise ja kroonilise toksilisuse uuringutes ei leitud tõendeid emaste rottide viljakuse kahjustumise kohta süsteemsel ekspositsioonil, mis on võrreldav inimestele soovitatava maksimaalse annusega 150 mg kaks korda ööpäevas saavutatava ekspositsiooniga (vt lõik 5.3).

4.7 Toime reaktsioonikiirusele

Nintedaniib mõjutab kergelt autojuhtimise ja masinate käsitlemise võimet. Patsientidel tuleb soovitada nintedaniibiga ravi ajal olla autojuhtimise või masinate käsitlemise ajal ettevaatlik.

4.8 Kõrvaltoimed

Ohutusprofiili kokkuvõte

Kliinilistes uuringutes ja turuletulekujärgselt kuulusid nintedaniibi kasutamisega seoses kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimete hulka muuhulgas kõhulahtisus, iiveldus ja oksendamine, kõhuvalu, söögiisu vähenemine, kehakaalu vähenemine ja maksaensüümide aktiivsuse suurenemine. Teave valitud kõrvaltoimete ravimise kohta vt lõik 4.4.

Kõrvaltoimete loetelu tabelina

Tabelis 2 on esitatud kokkuvõtte kõrvaltoimetest MedDRA organsüsteemi klasside ja esinemissageduste kategooriate kaupa järgmiselt: väga sage ($\geq 1/10$), sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$), aeg-ajalt ($\geq 1/1000$ kuni $< 1/100$), harv ($\geq 1/10\,000$ kuni $< 1/1000$), väga harv ($< 1/10\,000$), teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel).

Tabel 2. Kõrvaltoimete kokkuvõtte esinemissageduste järgi.

Esinemissagedus			
Organsüsteemi klass eelistermin	Idiopaatiline kopsufibroos	Progresseeruva fenotüübiga teised kroonilised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (<i>interstitial lung diseases, ILD</i>)	Süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalne kopsuhaigus
Vere ja lümfisüsteemi häired			
Trombotsütopeenia	aeg-ajalt	aeg-ajalt	aeg-ajalt
Ainevahetus- ja toitumishäired			
Kehakaalu vähenemine	sage	sage	sage
Söögiisu vähenemine	sage	väga sage	sage
Dehüdratsioon	aeg-ajalt	aeg-ajalt	teadmata
Närvisüsteemi häired			
Peavalu	sage	sage	sage
Posterioorne pöörduv entsefalopaatia sündroom	teadmata	teadmata	teadmata
Südame häired			
Müokardiinfarkt	aeg-ajalt	aeg-ajalt	teadmata
Vaskulaarsed häired			
Verejooks (vt lõik 4.4)	sage	sage	sage
Hüpertensioon	aeg-ajalt	sage	sage
Aneurüsmid ja arteri- dissektatsioonid	teadmata	teadmata	teadmata
Seedetrakti häired			
Kõhulahtisus	väga sage	väga sage	väga sage
Iiveldus	väga sage	väga sage	väga sage
Kõhuvalu	väga sage	väga sage	väga sage
Oksendamine	sage	väga sage	väga sage
Pankreatiit	aeg-ajalt	aeg-ajalt	teadmata
Koliit	aeg-ajalt	aeg-ajalt	aeg-ajalt
Maksa ja sapiteede häired			
Ravimitest tingitud maksakahjustus	aeg-ajalt	sage	aeg-ajalt
Maksaensüümide aktiivsuse suurenemine	väga sage	väga sage	väga sage
Alaniini aminotransferaasi (ALAT) aktiivsuse suurenemine	sage	väga sage	sage
Aspartaadi aminotransferaasi (ASAT) aktiivsuse suurenemine	sage	sage	sage
Gammaglutamüüli transferaasi (GGT) aktiivsuse suurenemine	sage	sage	sage

Esinemissagedus			
Organsüsteemi klass eelistetermin	Idiopaatiline kopsufibroos	Progresseeruva fenotüübiga teised kroonilised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (<i>interstitial lung diseases, ILD</i>)	Süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalne kopsuhaigus
Hüperbilirubineemia	aeg-ajalt	aeg-ajalt	teadmata
Vere aluselise fosfataasi (ALP) aktiivsuse suurenemine	aeg-ajalt	sage	sage
Naha ja nahaaluskoe kahjustused			
Lööve	sage	sage	aeg-ajalt
Pruritus	aeg-ajalt	aeg-ajalt	aeg-ajalt
Alopeetsia	aeg-ajalt	aeg-ajalt	teadmata
Neerude ja kuseteede häired			
Neerupuudulikkus (vt lõik 4.4)	teadmata	teadmata	aeg-ajalt
Proteinuuria	aeg-ajalt	aeg-ajalt	teadmata

Valitud kõrvaltoimete kirjeldus

Kõhulahtisus

Kliinilistes uuringutes (vt lõik 5.1) oli kõhulahtisus kõige sagedamini teatatud seedetraktiga seotud kõrvaltoime. Enamikul patsientidest esines see kõrvaltoime kerge kuni mõõduka intensiivsusega. Enam kui 2/3 kõhulahtisusega patsientidest teatas kõhulahtisuse tekkest juba esimese kolme ravikuu jooksul. Enamikul patsientidest oli võimalik sümptomeid leevendada kõhulahtisusevastase ravi, annuse vähendamise või ravi katkestamisega (vt lõik 4.4). Tabelis 3 on esitatud kokkuvõtte kliinilistes uuringutes teatatud kõhulahtisuse juhtudest.

Tabel 3. Kõhulahtisus kliinilistes uuringutes 52 nädala jooksul

	INPULSIS		INBUILD		SENSCIS	
	Platseebo	Nintedaniib	Platseebo	Nintedaniib	Platseebo	Nintedaniib
Kõhulahtisus	18,4%	62,4%	23,9%	66,9%	31,6%	75,7%
Raske kõhulahtisus	0,5%	3,3%	0,9%	2,4%	1,0%	4,2%
Kõhulahtisus, mille tagajärjel tuli nintedaniibi annust vähendada	0%	10,7%	0,9%	16,0%	1,0%	22,2%
Kõhulahtisus, mille tagajärjel tuli nintedaniibi manustamine lõpetada	0,2%	4,4%	0,3%	5,7%	0,3%	6,9%

Maksaensüümide aktiivsuse suurenemine

Uuringutes INPULSIS teatati maksaensüümide aktiivsuse suurenemisest (vt lõik 4.4) 13,6% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 2,6% platseebot saanud patsientidest. Uuringus INBUILD teatati maksaensüümide aktiivsuse suurenemisest 22,6% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 5,7% platseebot saanud patsientidest. Uuringus SENSCIS teatati maksaensüümide aktiivsuse suurenemisest 13,2% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 3,1% platseebot saanud patsientidest. Maksaensüümide aktiivsuse suurenemine oli pöörduv ega olnud seotud kliiniliselt väljendunud maksahaigusega.

Lisateave patsientide erirühmade, kõhulahtisuse ja maksaensüümide aktiivsuse suurenemise puhul soovitatavate abinõude ja annuse kohandamise kohta vt vastavalt lõigud 4.4 ja 4.2.

Veritsus

Kliinilistes uuringutes oli veritsuste esinemissagedus nintedaniibiga ravitud patsientidel veidi suurem või esinemissagedused olid ravirühmades sarnased (uuringus INPULSIS 10,3% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 7,8%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus INBUILD 11,1% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 12,7%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus SENSICIS 11,1% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 8,3%-ga platseebot saanud patsientidest). Veritsuse korral teatati kõige sagedamini mittetõsisest ninaverejooksust. Tõsisest veritsusest teatati kahes ravirühmas harva (uuringus INPULSIS 1,3% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 1,4%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus INBUILD 0,9% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 1,5%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus SENSICIS 1,4% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 0,7%-ga platseebot saanud patsientidest).

Turuletulekujärgselt teatatud veritsused hõlmavad muu hulgas seedetrakti, respiratoorse süsteemi ja kesknärvisüsteemi veritsusi. Kõige sagedamini esineb veritsusi seedetraktis (vt lõik 4.4).

Proteинуuria

Kliinilistes uuringutes oli proteинуuria esinemissagedus väike ja ravirühmades sarnane (uuringus INPULSIS 0,8% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 0,5%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus INBUILD 1,5% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 1,8%-ga platseebot saanud patsientidest; uuringus SENSICIS 1,0% nintedaniibiga ravitud patsientidest võrreldes 0,0%-ga platseebot saanud patsientidest). Kliinilistes uuringutes ei ole nefrootilisest sündroomist teatatud. Turuletulekujärgselt on teatatud väga vähestest nefrootilise raskusastmega proteинуuria juhtudest kas koos neerufunktsiooni kahjustusega või ilma. Histoloogilised leiud olid igal individuaalsel juhul samasugused nagu glomerulaarse mikroangiopaatia puhul koos renaalsete trombidega või ilma. Pärast nintedaniibi manustamise lõpetamist on täheldatud sümptomite pöördumist, mõnel juhul jäi püsima proteинуuria. Nefrootilise sündroomi nähtude ja sümptomite tekkimisel tuleb kaaluda nendel patsientidel ravi katkestamist (vt lõik 4.4).

Lapsed

Nintedaniibi ohutusandmed lastel on piiratud.

Randomiseeritud topeltpimedas platseebokontrolliga uuringus kestusega 24 nädalat raviti kokku 39 patsienti vanuses 6...17 aastat, millele järgnes erineva kestusega avatud ravi nintedaniibiga (vt lõik 5.1). Kooskõlas teadaoleva ohutusprofiiliga IPF-i, teiste progresseeruva fenotüübiga krooniliste fibroseerivate ILD-dega ja SSc-ILD-ga täiskasvanud patsientidel olid platseebokontrolliga perioodil nintedaniibi kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimed kõhulahtisus (38,5%), oksendamine (26,9%), iiveldus (19,2%), kõhuvalu (19,2%) ja peavalu (11,5%).

Platseebokontrolliga perioodil olid nintedaniibi kasutamisel maksa ja sapiteede häireteks maksakahjustus (3,8%) ja maksafunktsiooni näitajate aktiivsuse suurenemine analüüsides (3,8%). Piiratud andmete tõttu ei ole täpselt teada, kas ravimite põhjustatud maksakahjustuse risk on lastel samasugune kui täiskasvanutel (vt lõik 4.4).

Prekliiniliste leidude põhjal jälgiti laste kliinilises uuringus kasvu ning luude ja hammaste arengut kui potentsiaalseid riskide allikaid (vt lõigud 4.2, 4.4 ja 5.3).

Ravist tingitud epifüüsiplaadi patoloogilise leiuga patsientide osakaal oli 24. nädalal ravirühmades sarnane (mõlemas ravirühmas 7,7%). Kuni 52. nädalani oli patoloogiliste leidudega patsientide osakaal nintedaniibi/nintedaniibi rühmas 11,5% ja platseebo/nintedaniibi rühmas 15,4%;

Nende patsientide osakaal, kellel tuvastati hambaarsti läbivaatusel või piltuuringul ravist tingitud patoloogilised leiud, oli 24. nädalal nintedaniibi rühmas 46,2% ja platseeborühmas 38,5%. Kuni 52. nädalani oli patoloogiliste leidudega patsientide osakaal nintedaniibi/nintedaniibi rühmas 50,0% ja platseebo/nintedaniibi rühmas 46,2%.

Pikaajalised ohutusandmed laste kohta puuduvad. Võimalik mõju kasvule ja hammaste arengule, puberteedile ning maksakahjustuse risk ei ole lõplikult välja selgitatud.

Võimalikest kõrvaltoimetest teatamine

Ravimi võimalikest kõrvaltoimetest on oluline teatada ka pärast ravimi müügiloo väljastamist. See võimaldab jätkuvalt hinnata ravimi kasu/riski suhet. Tervishoiutöötajatel palutakse kõigist võimalikest kõrvaltoimetest teatada riikliku teavitamissüsteemi (vt [V lisa](#)) kaudu.

4.9 Üleannustamine

Nintedaniibi üleannustamise vastu puudub spetsiifiline antidoot või ravi. Onkoloogilise raviprogrammi raames said kaks patsienti kuni kaheksa päeva jooksul üleannusena maksimaalselt 600 mg kaks korda ööpäevas. Täheldatud kõrvaltoimed ühtisid nintedaniibi teadaoleva ohutusprofiiliga, s.t esinesid maksaensüümide aktiivsuse suurenemine ja seedetrakti sümptomid. Mõlemad patsiendid taastusid nendest kõrvaltoimetest. Uuringutes INPULSIS oli ühel patsiendil ekspositsioon juhuslikult 600 mg ööpäevas kokku 21 päeva jooksul. Esines mittetõsine kõrvaltoime (nasofarüngiit), mis lahenes ebaõige annuse manustamise perioodi jooksul. Teisi teatatud kõrvaltoimeid selle perioodi jooksul ei tekkinud. Üleannustamise korral tuleb ravi katkestada ja vajadusest lähtuvalt kasutada üldisi toetavaid abinõusid.

5. FARMAKOLOOGILISED OMADUSED

5.1 Farmakodünaamilised omadused

Farmakoterapeutiline rühm: kasvajavastased ained, proteiini kinaasi inhibiitorid, ATC-kood: L01EX09

Toimemehhanism

Nintedaniib on väikesemolekuliline türosiinkinaasi inhibiitor, toimides muuhulgas trombotsüütidest pärineva kasvufaktori retseptoritesse (*platelet-derived growth factor receptor*, PDGFR) alfa ja beeta ja fibroblastide kasvufaktori retseptoritesse (*fibroblast growth factor receptor*, FGFR) 1-3 ja VEGFR 1-3. Peale selle inhibeerib nintedaniib Lck (lümfotsüüdispetsiifilist valgu türosiinkinaasi), Lyn (valgu türosiinkinaasi lyn) ja Src (pro-onkogeeni valgu türosiinkinaasi src) ja CSF1R (*colony stimulating factor 1 receptor*, kolooniat stimuleeriva faktori 1 retseptori) kinaase. Nintedaniib seondub konkureerivalt nende kinaaside adenosiintrifosfaadi (*adenosine triphosphate*, ATP) seondumiskohaga ja blokeerib rakusisesed signaalikaskaadid, mille osalemist fibrootilise koe remodelleerimise patogeneesis on täheldatud interstitsiaalsete kopsuhaiguste korral.

Farmakodünaamilised toimed

Inimrakkudega tehtud *in vitro* uuringutes on nintedaniib inhibeerinud neid protsesse, mis oletatavasti osalevad fibrootilise patogeneesi käivitamisel, profibrootiliste mediaatorite vabastamisel perifeerse vere monotsüütidest ja makrofaagide polariseerimisel alternatiivselt aktiveeritud makrofaagideks. On näidatud, et nintedaniib inhibeerib elundite fibroosi põhiprotsesse, fibroplastide proliferatsiooni ja migratsiooni ning transformeerumist aktiivseks müofibroblasti fenotüübiks ja rakuvälise maatriksi sekretsiooni. Loomkatsetes on nintedaniibil olnud IPF-i, SSc/SSc-ILD, reumatoidartriidiga seostatud (RA)-ILD ja teiste elundite fibroosi mitmetes mudelites põletikuvastane toime ja kopsudes, nahal, südames, neerudes ja maksas fibroosivastane toime. Samuti avaldas nintedaniib mõju vaskulaarsele aktiivsusele. Ravim vähendas vaskulaarsete silelihasrakkude proliferatsiooni, kopsuveresoonte seinte paksust ja ummistunud kopsuveresoonte osakaalu, seeläbi vähendades naha mikrovaskulaarsete endoteelirakkude apoptoosi ja nõrgendades pulmonaalset vaskulaarset remodelleerumist.

Kliiniline efektiivsus ja ohutus

Idiopaatiline kopsufibroos (IPF)

Nintedaniibi kliinilist efektiivsust on IPF-iga patsientidel uuritud kahes identse ülesehitusega III faasi topeltpimedas randomiseeritud platseebokontrolliga uuringus (INPULSIS-1 (1199.32) ja INPULSIS-2 (1199.34)). Uuringutest jäeti välja patsiendid, kelle forsseeritud vitaalkapatsiteedi (*forced vital capacity*, FVC) väärtus oli uuringu alguses < 50% eeldatavast või kelle süsinikmonooksiidi diffusioonikapatsiteedi näitaja (hemoglobiini suhtes korrigeeritud DLCO [*carbon monoxide diffusing capacity*]) väärtus oli uuringu alguses < 30% eeldatavast. Patsiendid randomiseeriti suhtes 3 : 2 kahte rühma: kas 52 nädalat kestev ravi 150 mg nintedaniibiga kaks korda ööpäevas või platseebo manustamine kaks korda ööpäevas.

Esmane tulemusnäitaja oli forsseeritud vitaalkapatsiteedi (FVC) vähenemise määr aastas. Peamised teised tulemusnäitajad olid Saint George'i hingamisküsimustiku (SGRQ, *Saint George's Respiratory Questionnaire*) koguskoori muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega ja aeg IPF-i esimese akuutse ägenemiseni.

FVC vähenemise määr aastas

FVC (milliliitrites) vähenemise määr aastas oli nintedaniibi saanud patsientidel oluliselt väiksem kui platseebot saanud patsientidel. Ravitoime oli ühesugune mõlemas uuringus. Uuringutulemused eraldi ja koondandmetena vt tabel 4.

Tabel 4. FVC (ml) vähenemise määr aastas uuringutes INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 ning uuringute koondandmed ravitud patsientidel.

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed	
	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	204	309	219	329	423	638
Vähenemise määr ¹ (standardviga) 52 nädala jooksul	-239,9 (18,71)	-114,7 (15,33)	-207,3 (19,31)	-113,6 (15,73)	-223,5 (13,45)	-113,6 (10,98)
Võrdlus platseeboga						
Erinevus ¹		125,3		93,7		109,9
95% CI		(77,7; 172,8)		(44,8; 142,7)		(75,9; 144,0)
p-väärtus		< 0,0001		0,0002		< 0,0001

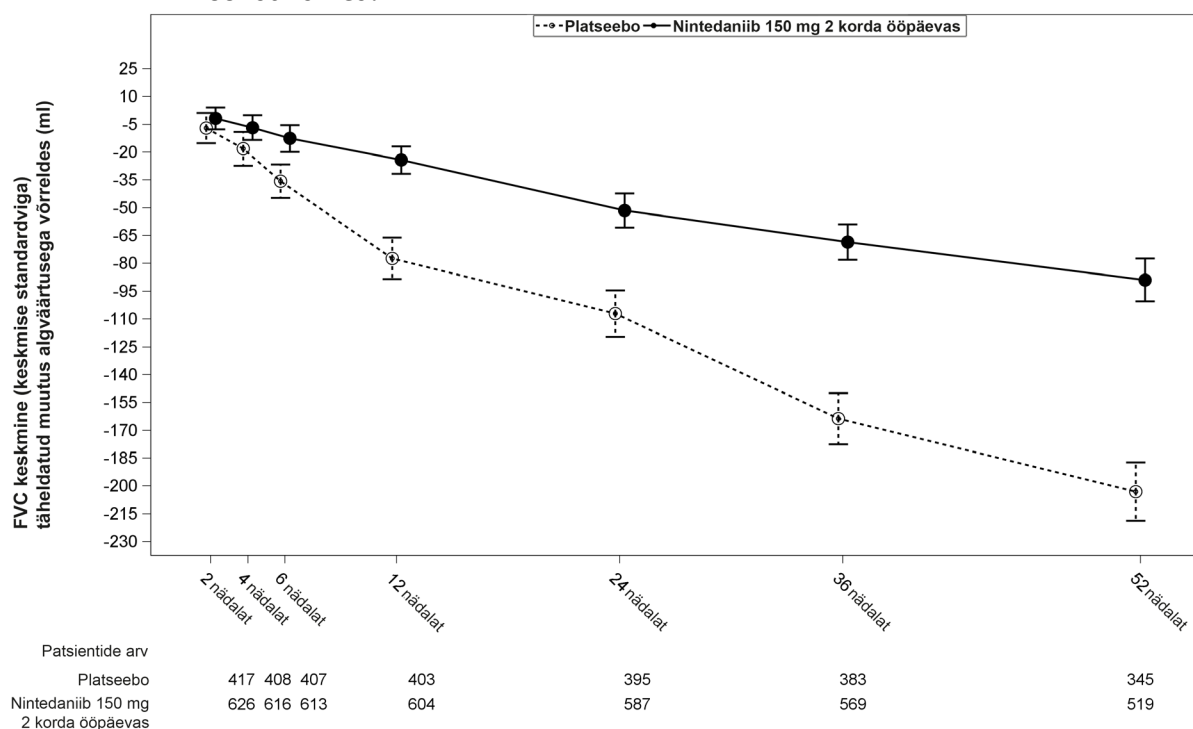
¹ Hinnatud juhusliku koefitsiendi regressioonimudeli põhjal.

CI (*confidence interval*): usaldusvahemik

Tundlikkuse analüüsis, milles eeldati, et 52. nädalal puuduolevate andmetega patsientidel oli FVC vähenemine pärast viimast täheldatud väärtust sama nagu kõigil platseeborühma patsientidel, oli näitajate vähenemise iga-aastane kohandatud erinevus nintedaniibi ja platseeborühmade vahel uuringus INPULSIS-1 113,9 ml aastas (95% CI 69,2; 158,5) ja uuringus INPULSIS-2 83,3 ml aastas (95% CI 37,6; 129,0).

Muutuste kulg alates uuringu algusest on esitatud mõlema ravirühma kohta uuringute INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondanalüüsi alusel joonisel 1.

Joonis 1. Keskmise (keskmise standardviga) täheldatud FVC muutus (ml) aja jooksul uuringu algusega võrreldes, uuringute INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed.



bid = kaks korda ööpäevas

FVC osas ravivastuse saavutanute analüüs

Mõlemas uuringus INPULSIS oli FVC osas ravivastuse saavutanute – määratletud kui patsiendid, kellel eeldatava FVC % väärtuse absoluutne vähenemine ei olnud suurem kui 5% (läviväärtus, mis näitab IPF-ist tingitud suremusriski suurenemist) – osakaal nintedaniibi rühmas oluliselt suurem kui platseeborühmas. Sarnaseid tulemusi täheldati ka analüüsides, milles kasutati konservatiivset 10%-list läviväärtust. Uuringutulemused eraldi ja koondandmetena vt tabel 5.

Tabel 5. FVC osas ravivastuse saavutanute osakaal 52. nädalal uuringutes INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 ja koondandmete alusel – ravitud patsiendid

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed	
	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	204	309	219	329	423	638
5% läviväärtus						
FVC osas ravivastuse saavutanute arv (%) ¹	78 (38,2)	163 (52,8)	86 (39,3)	175 (53,2)	164 (38,8)	338 (53,0)
Võrdlus platseeboga						
Šansside suhe		1,85		1,79		1,84
95% CI		(1,28; 2,66)		(1,26; 2,55)		(1,43; 2,36)
p-väärtus ²		0,0010		0,0011		< 0,0001

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed	
	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
10% lüviväärtus						
FVC osas ravivastuse saavutanute arv (%) ¹	116 (56,9)	218 (70,6)	140 (63,9)	229 (69,6)	256 (60,5)	447 (70,1)
Võrdlus platseeboga						
Šansside suhe		1,91		1,29		1,58
95% CI		(1,32; 2,79)		(0,89; 1,86)		(1,21; 2,05)
p-väärtus ²		0,0007		0,1833		0,0007

¹ Ravivastuse saavutanud patsiendid on need, kellel ei olnud FVC absoluutne vähenemine suurem kui 5% või suurem kui 10% eeldatavast FVC % väärtusest, sõltuvalt kasutatavast lävest; hindamiseks kasutati FVC väärtust 52. nädalal.

² Tugineb logistilisele regressioonile.

Aeg progressioonini (eeldatava FVC % absoluutne vähenemine $\geq$ 10% või surm)

Mõlemas uuringus INPULSIS oli progressiooni risk statistiliselt oluliselt väiksem nintedaniibiga ravitud patsientidel võrreldes platseeboga. Koondanalüüsis oli riskitiheduste suhe (*hazard ratio*, HR) 0,60, mis näitab %progressiooniriski 40% vähenemist nintedaniibiga ravitud patsientidel võrreldes platseeboga.

Tabel 6. Eeldatava FVC $\geq$ 10% absoluutse vähenemise või surmajuhtude esinemissagedus 52 nädala jooksul ja aeg progressioonini uuringutes INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 ja nende uuringute koondandmed – ravitud patsiendid

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed	
	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Ohustatud patsientide arv	204	309	219	329	423	638
Juhtudega patsiendid, N (%)	83 (40,7)	75 (24,3)	92 (42,0)	98 (29,8)	175 (41,4)	173 (27,1)
Võrdlus platseeboga ¹						
p-väärtus ²		0,0001		0,0054		< 0,0001
Riskitiheduste suhe ³		0,53		0,67		0,60
95% CI		(0,39; 0,72)		(0,51; 0,89)		(0,49; 0,74)

¹ Tugineb kuni 372 päeva jooksul kogutud andmetele (52 nädalat $\pm$ 7 päeva).

² Tugineb logaritmilisele astaktestile.

³ Tugineb Coxi regressioonimudelile.

SGRQ koguskoori muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega

Uuringute INPULSIS koondanalüüsi alusel oli SGRQ skoor uuringu alguses nintedaniibi rühmas 39,51 ja platseeborühmas 39,58. SGRQ koguskoori hinnanguline keskmine muutus uuringu algusest kuni 52. nädalani oli nintedaniibi rühmas (3,53) väiksem kui platseeborühmas (4,96) ning ravirühmade vaheline erinevus oli -1,43 (95% CI: -3,09, 0,23; $p = 0,0923$). Üldiselt oli nintedaniibi SGRQ koguskoori alusel mõõdetud toime tervisega seotud elukvaliteedile tagasihoidlik, näidates platseeboga võrreldes väiksemat haiguse halvenemist.

Aeg IPF-i esimese akuutse ägenemiseni

Uuringute INPULSIS koondanalüüsi alusel täheldati nintedaniibi rühmas väiksemat esimese akuutse ägenemise riski võrreldes platseeboga. Uuringutulemused eraldi ja koondandmetena vt tabel 7.

Tabel 7. IPF-i akuutse ägenemise esinemissagedus 52 nädala jooksul ja aeg esimese ägenemiseni, tuginedes uurija teatatud kõrvaltoimetele uuringutes INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 ja koondandmetele – ravitud patsiendid

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed	
	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Ohustatud patsientide arv	204	309	219	329	423	638
Juhtudega patsiendid, N (%)	11 (5,4)	19 (6,1)	21 (9,6)	12 (3,6)	32 (7,6)	31 (4,9)
Võrdlus platseeboga ¹						
p-väärtus ²		0,6728		0,0050		0,0823
Riskitiheduste suhe ³		1,15		0,38		0,64
95% CI		(0,54; 2,42)		(0,19; 0,77)		(0,39; 1,05)

¹ Tugineb kuni 372 päeva jooksul kogutud andmetele (52 nädalat +/-7 päeva).

² Tugineb logaritmilisele astaktestile.

³ Tugineb Coxi regressioonimudelile.

Eelnevalt määratletud tundlikkusanalüüsides oli vähemalt 1 hinnatud, 52 nädala jooksul esinenud ägenemisega patsientide osakaal nintedaniibi rühmas (1,9% patsientidest) väiksem kui platseeborühmas (5,7% patsientidest). Hinnatud, ägenemiste tekkeni kulunud aja analüüsimisel koondandmete alusel saadi tulemuseks riskitiheduste suhe (HR) 0,32 (95% CI 0,16; 0,65; p = 0,0010).

Elulemuse analüüs

Uuringute INPULSIS elulemuse andmete eelnevalt määratletud koondanalüüsi alusel oli üldine suremus 52 nädala jooksul nintedaniibi rühmas (5,5% patsientidest) väiksem kui platseeborühmas (7,8% patsientidest). Surmani kulunud aja analüüsimisel saadi tulemuseks riskitiheduste suhe (HR) 0,70 (95% CI 0,43; 1,12; p = 0,1399). Elulemuse kõigi tulemusnäitajate (nt ravიაegne suremus ja suremus respiratoorsetesse haigustesse) osas esines püsiv arvuline erinevus nintedaniibi kasuks.

Tabel 8. Kõigist põhjustest tingitud suremus 52 nädala jooksul uuringutes INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 ja koondandmete alusel – ravitud patsiendid

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 ja INPULSIS-2 koondandmed	
	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Ohustatud patsientide arv	204	309	219	329	423	638
Juhtudega patsiendid, N (%)	13 (6,4)	13 (4,2)	20 (9,1)	22 (6,7)	33 (7,8)	35 (5,5)
Võrdlus platseeboga ¹						
p-väärtus ²		0,2880		0,2995		0,1399
Riskitiheduste suhe ³		0,63		0,74		0,70
95% CI		(0,29; 1,36)		(0,40; 1,35)		(0,43; 1,12)

¹ Tugineb kuni 372 päeva jooksul kogutud andmetele (52 nädalat +/-7 päeva).

² Tugineb logaritmilisele astaktestile.

³ Tugineb Coxi regressioonimudelile.

Pikaajaline ravi nintedaniibiga IPF-iga patsientidel (INPULSIS-ON)

Nintedaniibi avatud jätku-uuringusse kaasati 734 IPF-iga patsienti. Uuringus INPULSIS 52-nädalase raviperioodi lõpetanud patsiendid said jätku-uuringus INPULSIS-ON avatud ravi nintedaniibiga. Nii INPULSIS kui ka INPULSIS-ON uuringutes nintedaniibiga ravitud patsientide ekspositsiooni mediaaneg 44,7 kuud (vahemik 11,9...68,3). Esialgsed efektiivsuse tulemusnäitajad olid muu hulgas FVC vähenemine aastas 192 nädala jooksul: see oli kõigil ravitud patsientidel –135,1 (5,8) ml aastas ja langes kokku III faasi uuringutes INPULSIS nintedaniibiga ravitud patsientidel täheldatud vähenemise määraga aastas (–113,6 ml aastas). Nintedaniibi kõrvaltoimete profiil oli uuringus INPULSIS-ON ja III faasi uuringutes INPULSIS sarnane.

Kaugelearenenud kopsufunktsiooni kahjustusega IPF-iga patsiendid (INSTAGE)

INSTAGE oli 24-nädalane mitmekeskuseline, prospektiivne, randomiseeritud, topeltpime paralleelrühmadega kliiniline uuring IPF-iga patsientidel, kellel oli kaugelearenenud kopsufunktsiooni kahjustus (DLCO ≤ 35%). Neist 136 patsienti said nintedaniibi monoteraapiat. Esmase tulemusnäitaja andmed näitasid, et lähtuvalt korrigeeritud keskmisest muutusest võrreldes uuringu algusega vähenes St Georges'i respiratoorse küsimustiku (SGRQ) üldskoor 12. nädalaks –0,77 ühiku võrra. *Post hoc* võrdlus näitas, et nende patsientide FVC vähenemine oli kooskõlas FVC vähenemisega uuringute INPULSIS III faasis nintedaniibiga ravitud patsientidel, kelle haigus ei olnud nii kaugele arenenud. Nintedaniibi ohutuse ja talutavuse profiil kaugelearenenud kopsufunktsiooni kahjustusega IPF-iga patsientidel oli kooskõlas uuringute INPULSIS III faasis täheldatuga.

Lisaandmed IV faasi uuringust INJOURNEY, milles manustati 150 mg nintedaniibi kaks korda ööpäevas ja pirfenidooni sellele lisaks

Nintedaniibi ja pirfenidooni samaaegset ravi on uuritud avatud randomiseeritud uuringus, kus 105 randomiseeritud patsiendile manustati 12 nädala jooksul nintedaniibi annuses 150 mg kaks korda ööpäevas koos pirfenidooniga (tiitrituna annuseni 801 mg kolm korda ööpäevas) või ainult nintedaniibi annuses 150 mg kaks korda ööpäevas. Esmase tulemusnäitaja oli seedetrakti kõrvaltoimete patsientide osakaal 12. nädalal võrreldes uuringu algusega. Seedetrakti kõrvaltoimed esinesid sageli ja olid kooskõlas iga uuritava ravimi kinnitatud ohutusprofiiliga. Kõige sagedamad kõrvaltoimed olid kõhulahtisus, iiveldus ja oksendamine, millest teatati patsientidel, keda raviti vastavalt kas nintedaniibi ja pirfenidooniga või ainult nintedaniibiga.

Keskmsed (SE) FVC absoluutmuutused 12 nädalal võrreldes uuringu algusega olid nintedaniibi ja pirfenidooniga ravitud patsientidel (n = 48) -13,3 (17,4) ml võrreldes ainult nintedaniibiga ravitud patsientidega (n = 44) -40,9 (31,4) ml.

Teised progresseeruva fenotüübiga kroonilised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (ILD-d)

Nintedaniibi kliinilist efektiivsust on uuritud teiste progresseeruva fenotüübiga krooniliste fibroseerivate ILD-dega patsientidel topeltpimedas randomiseeritud, platseebokontrolliga III faasi uuringus (INBUILD). IPF-iga patsiente uuringusse ei kaasatud. Kroonilise fibroseeriva ILD kliinilise diagnoosiga patsiendid valiti välja juhul, kui neil oli HRCT-uuringu põhjal oluline fibroos (fibroseerumine üle 10%) ja neil esinesid progressiooni kliinilised nähud (määratletud FVC vähenemisena $\geq 10\%$, FVC vähenemisena $\geq 5\%$ ja $< 10\%$ koos sümptomite või piltuuringu tulemuste halvenemisega või sümptomite halvenemise ja piltuuringu tulemuste halvenemisena, mis kõik esinesid 24 kuu jooksul enne skriinimist). Patsientidel pidi olema FVC 45% eeldatavast või suurem ja DLCO 30% kuni alla 80% eeldatavast. Patsientidel pidi haigus olema progresseerunud hoolimata sellest, et nad oli saanud ravi, mida peeti kliinilises praktikas patsiendi ILD tüübile asjakohaseks.

Kokku randomiseeriti 663 patsienti suhtes 1 : 1 saama kas nintedaniibi annuses 150 mg kaks korda ööpäevas või sobivat platseebot vähemalt 52 nädala jooksul. Nintedaniibi mediaanne ekspositsioon oli kogu uuringu jooksul 17,4 kuud ja nintedaniibi keskmine ekspositsioon oli kogu uuringu jooksul 15,6 kuud. Randomiseerimine stratifitseeriti HRCT-uuringuga tuvastatud fibrootilise mustri järgi, mida hindasid tsentraalsed lugejad. Randomiseeriti 412 patsienti, kellel oli HRCT-uuringu põhjal tavalisele interstitsiaalsele kopsupõletikule (*usual interstitial pneumonia*, UIP) omane fibrootiline muster, ja 251 patsienti, kellel tuvastati HRCT-uuringuga muud fibrootilised mustrid. Selle uuringu analüüsi jaoks määratleti 2 põhipopulatsiooni: kõik patsiendid (kogu populatsioon) ja HRCT-uuringu järgi UIP-le omase fibrootilise mustriga patsiendid. Patsiendid, kellel tuvastati HRCT-uuringuga muud fibrootilised mustrid, moodustasid täiendava populatsiooni.

Esmane tulemusnäitaja oli forsseeritud vitaalkapatsiteedi (FVC) (milliliitrites) vähenemise määr aastas, hinnatuna 52 nädala jooksul. Peamised teised tulemusnäitajad olid Kingi interstitsiaalse kopsuhaiguse lühiküsimustiku (*King's Brief Interstitial Lung Disease Questionnaire*, K-BILD) koguskoori absoluutne muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega, aeg ILD esimese akuutse ägenemiseni või surmani 52 nädala jooksul ja aeg surmani 52 nädala jooksul.

Patsientide keskmine (standardhälve [*standard deviation* (SD), min...max]) vanus oli 65,8 (9,8; 27...87) aastat, keskmine eeldatav FVC protsent oli 69,0% (15,6; 42...137). Uuringus esindatud patsiendirühmades olid ILD põhihaiguse kliinilised diagnoosid järgmised: ülitundlikkuspneumoniit (26,1%), autoimmuunsed ILD-d (25,6%), idiopaatiline mittespetsiifiline interstitsiaalne kopsupõletik (18,9%), mitteklassifitseeritav idiopaatiline interstitsiaalne kopsupõletik (17,2%) ja muud ILD-d (12,2%).

Uuring INBUILD ega selle võimsus ei olnud kavandatud tõendusmaterjali saamiseks nintedaniibi kasulikkuse kohta spetsiifiliste diagnoosidega alarühmades. ILD diagnooside järgi moodustatud alarühmades ilmnasid sarnased toimed. Nintedaniibi kasutamise kogemus väga harva esinevate progresseeruvate fibroseerivate ILD-de ravis on piiratud.

FVC vähenemise määr aastas

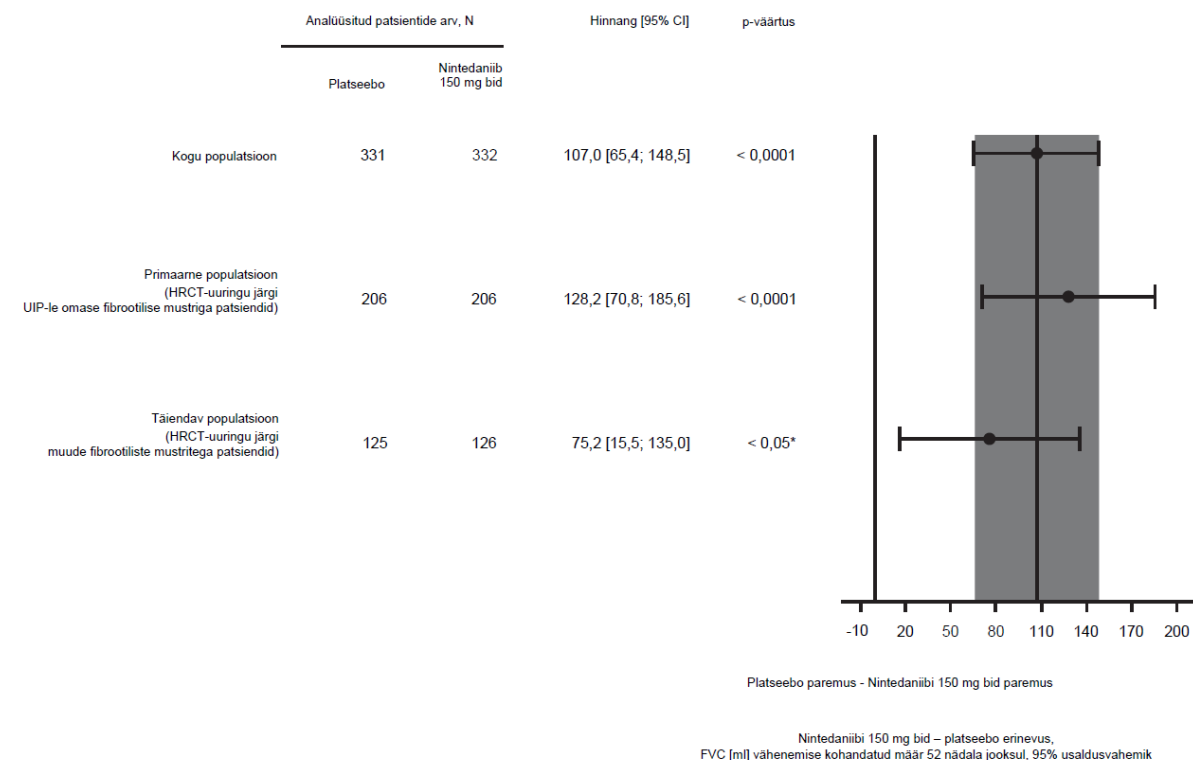
FVC (milliliitrites) vähenemise määr aastas vähenes 52 nädala jooksul oluliselt: 107,0 ml võrra nintedaniibi saanud patsientidel võrreldes platseebot saanud patsientidega (tabel 9), mis vastab 57,0%-lisele suhtelisele ravitoimele.

Tabel 9. FVC (ml) vähenemise määr aastast 52 nädala jooksul

	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	331	332
Vähenemise määr ¹ (standardviga) 52 nädala jooksul	-187,8 (14,8)	-80,8 (15,1)
Võrdlus platseeboga		
Erinevus ¹		107,0
95% CI		(65,4; 148,5)
p-väärtus		< 0,0001

¹ Põhineb juhusliku koefitsiendiga regressioonimudelil, mille fikseeritud kategoriaalsed muutujad olid ravi, muster HRCT-uuringu järgi, fikseeritud pidevad muutujad olid aeg ja uuringueelne FVC [ml], ning mis hõlmas ravi-aja ja uuringueelsete väärtuste-aja interaktsiooni.

Sarnaseid tulemusi täheldati teises põhipopulatsioonis, mis hõlmas HRCT-uuringu järgi UIP-le omase fibrootilise mustri patsiente. Ravitoime oli samasugune täiendavas populatsioonis, mis hõlmas patsiente, kellel tuvastati HRCT-uuringuga muud fibrootilised mustrid (interaktsiooni p-väärtus 0,2268) (joonis 2).

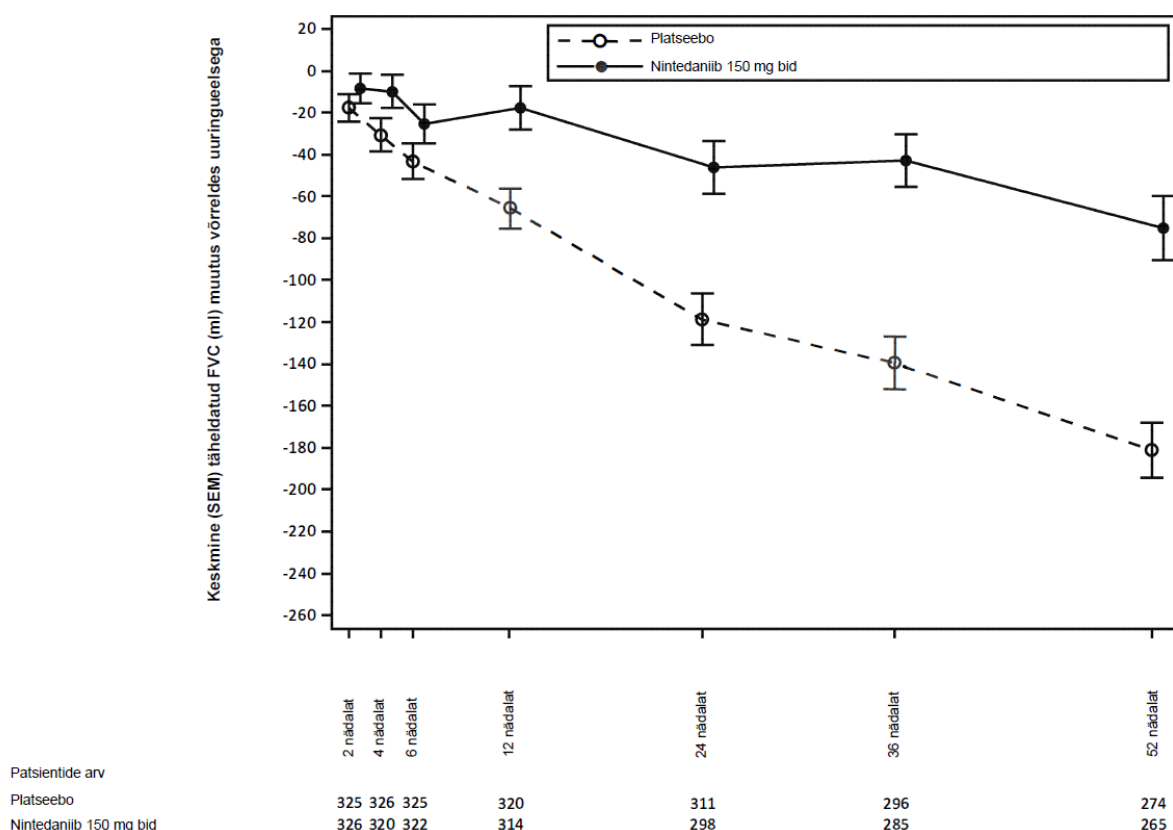
Joonis 2. Blobogramm: FVC (ml) vähenemise määr aastast 52 nädala jooksul patsiendipopulatsioonide kaupa

bid = kaks korda ööpäevas

Nintedaniib vähendas FVC vähenemise määra aastast, seda toimet kinnitati kõigi eelmääratletud tundlikkusanalüüsides ja eelmääratletud efektiivsuse alarühmades (soo, vanuserühma, rassilise kuuluvuse, eeldatava uuringueelse FVC % ja ILD põhihaiguse algse kliinilised diagnoosi järgi) täheldati ühesuguseid tulemusi.

Joonisel 3 on esitatud FVC muutus aja jooksul võrreldes uuringu algusega ravirühmade kaupa.

Joonis 3. Keskmine (keskmine standardviga) täheldatud FVC (ml) muutus võrreldes uuringu algusega 52 nädala jooksul



bid = kaks korda ööpäevas

Lisaks täheldati nintedaniibi soodsat toimet eeldatava FVC % kohandatud keskmisele absoluutmuutusele 52. nädalal võrreldes uuringu algusega. Eeldatava FVC % kohandatud keskmine absoluutmuutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega oli nintedaniibi rühmas väiksem (-2,62%) kui platseeborühmas (-5,86%). Kohandatud keskmine erinevus ravirühmade vahel oli 3,24 (95% CI: 2,09; 4,40; nominaalne $p < 0,0001$).

FVC osas ravivastuse saavutanute analüüs

FVC osas ravivastuse saavutanute (määratletud kui patsiendid, kellel ei olnud eeldatava FVC % väärtuse suhteline vähenemine suurem kui 5%) osakaal oli nintedaniibi rühmas suurem kui platseeborühmas. Sarnaseid tulemusi täheldati ka analüüsides, milles kasutati 10%-list lätviväärtust (tabel 10).

Tabel 10. FVC osas reageerijate osakaal 52. nädalal uuringus INBUILD

	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	331	332
5% lätviväärtus		
FVC osas ravivastuse saavutanute arv (%) ¹	104 (31,4)	158 (47,6)
Võrdlus platseeboga		
Šansside suhe ²		2,01
95% CI		(1,46; 2,76)
Nominaalne p-väärtus		< 0,0001

	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
10% läviväärtus		
FVC osas ravivastuse saavutanute arv (%) ¹	169 (51,1)	197 (59,3)
Võrdlus platseeboga		
Šansside suhe ²		1,42
95% CI		(1,04; 1,94)
Nominaalne p-väärtus		0,0268

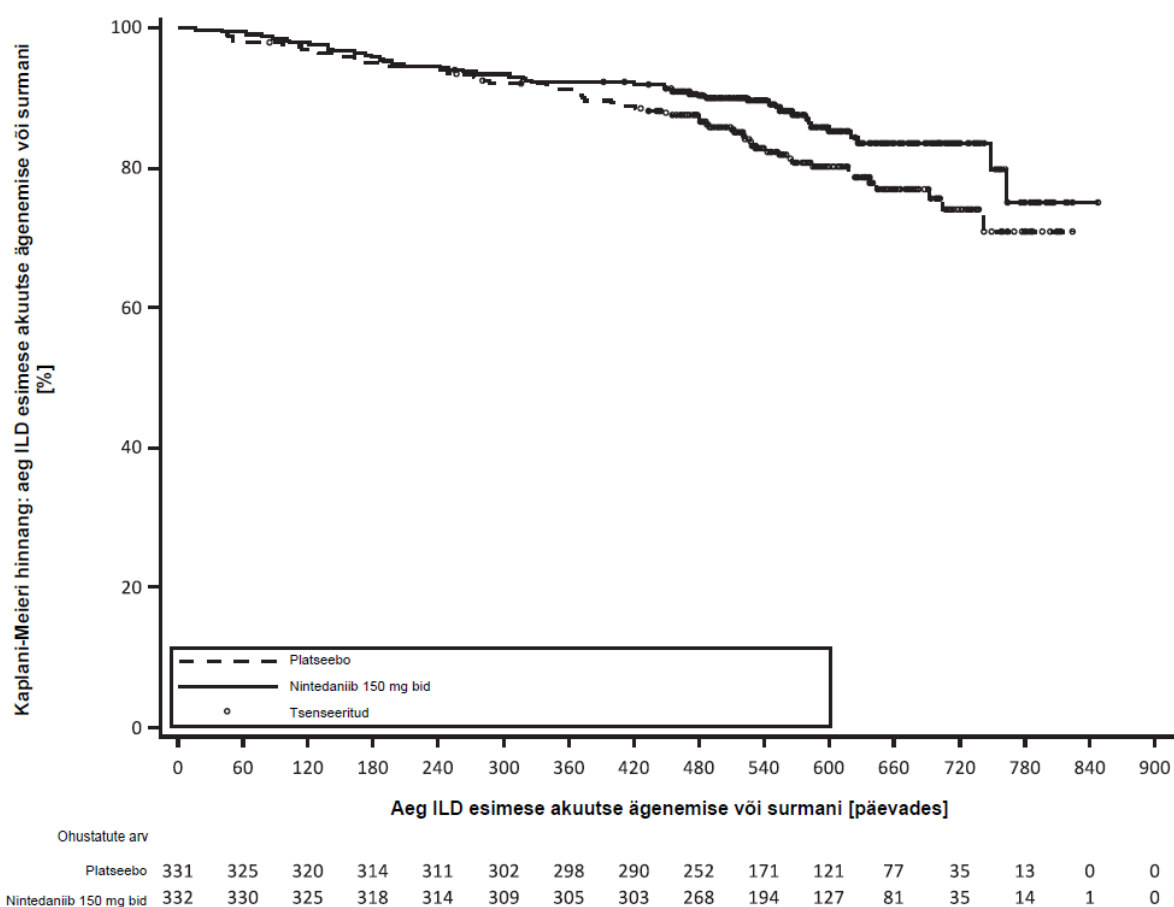
¹ Ravivastuse saavutanud patsiendid on need, kellel ei olnud suhteline vähenemine rohkem kui 5% või rohkem kui 10% eeldatava FVC % väärtusest, olenevalt kasutatavast läviväärtusest; FVC-d hinnati 52. nädalal (patsiente, kelle kohta andmed 52. nädala puudusid, peeti ravivastuse mittesaavutanuteks).

² Põhineb logistilisel regressioonimudelil, mille pidev kovariant oli uuringueelne eeldatav FVC % ja binaarne kovariant oli muster HRCT-uuringu järgi.

Aeg ILD esimese akuutse ägenemise või surmani

Kogu uuringu jooksul esines 13,9% nintedaniibi rühma patsientidest ja 19,6% platseeborühma patsientidest vähemalt üks ILD esimese akuutse ägenemise juht või surm. Riskitiheduste suhe (HR) oli 0,67 (95% CI: 0,46; 0,98; nominaalne p = 0,0387), mis näitab nintedaniibi saanud patsientidel ILD esimese akuutse ägenemise juhu esinemise või surma riski 33% vähenemist võrreldes platseebot saanud patsientidega (joonis 4).

Joonis 4. Kaplani-Meieri kõver: aeg ILD esimese akuutse ägenemise või surmani kogu uuringu jooksul



bid = kaks korda ööpäevas

Elulemuse analüüs

Nintedaniibi rühmas oli surma risk väiksem kui platseeborühmas. HR oli 0,78 (95% CI: 0,50; 1,21; nominaalne $p = 0,2594$), mis näitab nintedaniibi saanud patsientidel surma riski 22% vähenemist võrreldes platseebot saanud patsientidega.

Aeg progressioonini (eeldatava FVC % absoluutne vähenemine $\geq 10\%$) või surmani

Uuringus INBUILD vähenes nintedaniibiga ravitud patsientidel progressiooni (eeldatava FVC % absoluutne vähenemine $\geq 10\%$) või surma risk. Nintedaniibi rühmas esines neid 40,4% patsientidest ja platseeborühmas 54,7% patsientidest. HR oli 0,66 (95% CI: 0,53; 0,83; $p = 0,0003$), mis näitab nintedaniibi saanud patsientidel progressiooni (eeldatava FVC % absoluutne vähenemine $\geq 10\%$) või surma riski 34% vähenemist võrreldes platseebot saanud patsientidega.

Elukvaliteet

K-BILDI koguskoori kohandatud keskmine muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega oli – 0,79 ühikut platseeborühmas ja 0,55 ühikut nintedaniibi rühmas. Ravirühmade vaheline erinevus oli 1,34 (95% CI: –0,31; 2,98; nominaalne $p = 0,1115$).

L-PF-i (*Living with Pulmonary Fibrosis*, elu pulmonaalfibroosiga) sümptomite düspnoe valdkonna skoori kohandatud keskmine absoluutmuutus võrreldes uuringu algusega oli 52. nädalal nintedaniibi rühmas 4,28 ja platseeborühmas 7,81. Rühmadevaheline kohandatud keskmine erinevus oli –3,53 (95% CI: –6,14; –0,92; nominaalne $p = 0,0081$) nintedaniibi kasuks. L-PF-i sümptomite köha valdkonna skoori kohandatud keskmine absoluutmuutus võrreldes uuringueelsega oli 52. nädalal nintedaniibi rühmas –1,84 ja platseeborühmas 4,25. Rühmadevaheline kohandatud keskmine erinevus oli –6,09 (95% CI: –9,65; –2,53; nominaalne $p = 0,0008$).

Süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalne kopsuhaigus (SSc-ILD)

Nintedaniibi kliinilist efektiivsust on uuritud SSc-ILD-ga patsientidega tehtud topeltpimedas randomiseeritud, platseebokontrolliga III faasi uuringus (SENSCIS). Patsientidel diagnoositi SSc-ILD Ameerika Reumatoloogiakolledži / Euroopa Reumavastase Liiga süsteemse skleroosi 2013. a klassifitseerimiskriteeriumite järgi ja rindkere HRCT-uuringuga, mis tehti 12 kuu jooksul enne seda. Kokku randomiseeriti 580 patsienti suhtes 1 : 1 saama vähemalt 52 nädala jooksul kas nintedaniibi 150 mg kaks korda ööpäevas või sobivat platseebot; neist said ravi 576 patsienti. Randomiseerimine stratifitseeriti topoisoмераasivastase antikeha (*antitopoisomerase antibody*, ATA) olemasolu või puudumise alusel. Patsiendid said pimendatud uuringuravi kuni 100 nädalat (nintedaniibi ekspositsiooni mediaanne kestus 15,4 kuud; keskmine nintedaniibi ekspositsioon 14,5 kuud).

Esmane tulemusnäitaja oli FVC vähenemise määr aastas 52 nädala jooksul. Peamised teised tulemusnäitajad olid Rodnani modifitseeritud nahaskoori (*modified Rodnan Skin Score*, mRSS) absoluutne muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega ja Saint George'i hingamisküsimustiku (SGRQ) koguskoori absoluutne muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega.

Üldpopulatsioonist oli 75,2% naissoost. Keskmine (standardhälve [SD, min-max]) vanus oli 54,0 (12,2; 20...79) aastat. Kokku oli 51,9% patsientidest difuusne kutaanne süsteemne skleroos (SSc) ja 48,1% patsientidest oli piiratud kutaanne SSc. Esmakordsest mitte-Raynaud' sümptomi tekkest möödunud aeg oli keskmiselt (SD) 3,49 (1,7) aastat. Uuringu alguses sai 49,0% patsientidest stabiilset ravi mükofenolaadiga (46,5% mükofenolaatmofetiiliga; 1,9% mükofenolaatnaatriumiga; 0,5% mükofenoolhappega). Nii mükofenolaadiga ravitavate patsientide kui ka mükofenolaadiga ravi mittesaavate patsientide ohutusprofiilid oli uuringueelselt võrreldavad.

FVC vähenemise määr aastas

FVC (ml) vähenemise määr aastas 52 nädala jooksul oli nintedaniibi saanud patsientidel oluliselt väiksem (41,0 ml) kui platseebot saanud patsientidel (tabel 11); see vastab suhtelisele ravitoimele 43,8%.

Tabel 11. FVC (ml) vähenemise määr aastas 52 nädala jooksul

	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	288	287
Vähenemise määr ¹ (SE) 52 nädala jooksul	-93,3 (13,5)	-52,4 (13,8)
Võrdlus platseeboga		
Erinevus ¹		41,0
95% CI		(2,9; 79,0)
p-väärtus		< 0,05

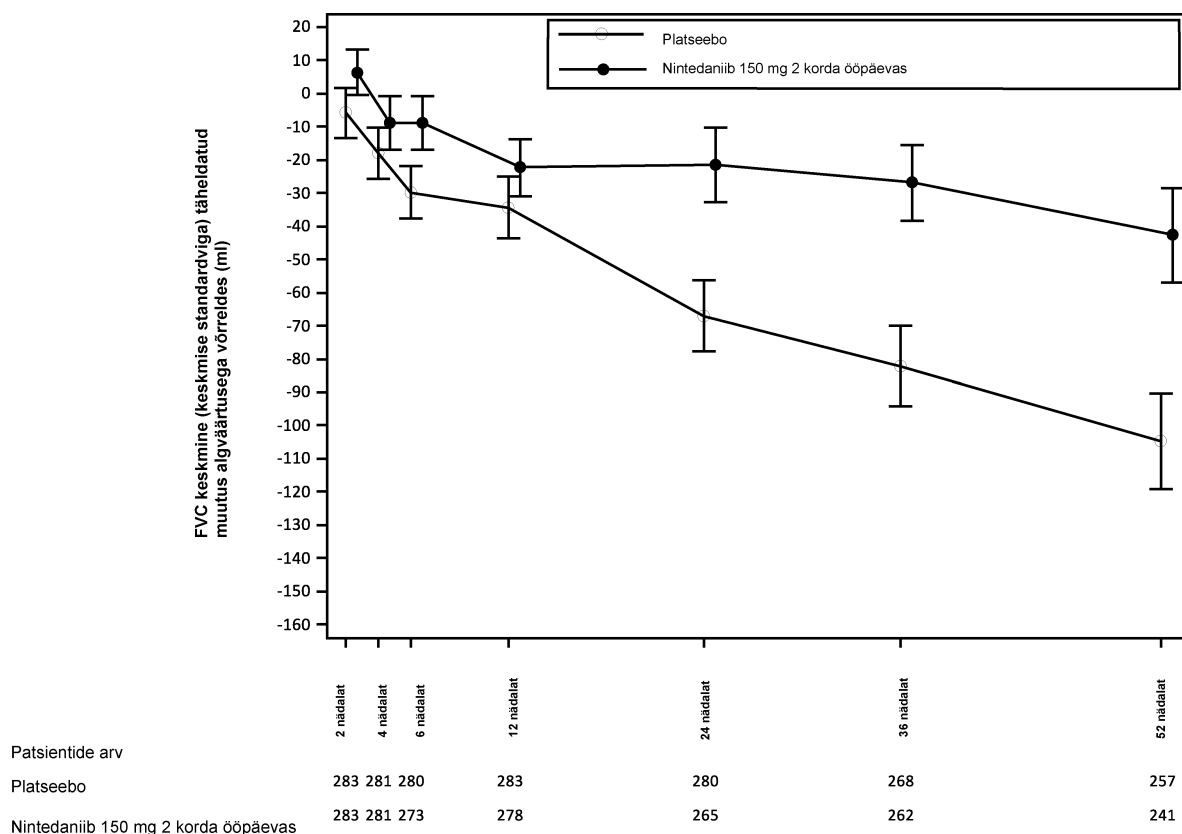
¹ Põhineb juhusliku koefitsiendiga regressioonimudelil, mille fikseeritud kategoriaalsed muutujad olid ravi, ATA olemasolu või puudumine ja sugu, fikseeritud pidevad muutujad uuringueelne FVC [ml], vanus ja pikkus, ning mis hõlmas ravi-aja ja uuringueelsete väärtuste-aja interaktsiooni. Juhuslikku efekti kasutati patsiendispetsiifilise konstandi ja aja puhul. Ühe konkreetse patsiendi vead modelleeriti struktureerimata dispersiooni-kovariatsioonimaatriksi abil. Patsientidevaheline varieeruvus modelleeriti dispersioonikomponentidega dispersiooni-kovariatsioonimaatriksi abil.

Nintedaniib vähendas FVC vähenemise määra aastas kõigis eelmääratletud tundlikkusanalüüsides sarnaselt ja heterogeensust eelmääratletud alarühmades (nt vanuse, soo ja mükofenolaadi kasutamise või mittekasutamise järgi) ei tuvastatud.

Lisaks täheldati sarnast toimet kopsufunktsiooni teistele tulemusnäitajatele, nt FVC (ml) absoluutsele muutusele 52. nädalal võrreldes uuringu algusega (joonis 5 ja tabel 12) ning FVC eeldatavale vähenemise määrale protsentides 52 nädala jooksul (tabel 13), mis veelgi tõendavad nintedaniibi SSc-ILD progresseerumist aeglustavat toimet. Lisaks oli nintedaniibi rühmas vähem neid patsiente, kellel oli FVC absoluutne vähenemine suurem kui oletatav 5% (20,6% nintedaniibi rühmas vs. 28,5% platseeborühmas, šansside suhe = 0,65; p = 0,0287). FVC suhteline vähenemine milliliitrites > 10% oli mõlemas rühmas võrreldav (16,7% nintedaniibi rühmas vs. 18,1% platseeborühmas, šansside suhe = 0,91; p = 0,6842). Analüüsides kasutati 52. nädalal puuduva FVC väärtuse asemel patsiendil ravi ajal mõõdetud kõige halvemat väärtust.

Kuni 100 nädala (ravi maksimaalne kestus uuringus SENSICIS) andmete uurival analüüsil ilmnas, et nintedaniibi ravi toime SSc-ILD progresseerumise aeglustumisele püsis üle 52 nädala.

Joonis 5. Keskmise (keskmise standardviga) täheldatud FVC muutus (ml) aja jooksul uuringu algusega võrreldes 52 nädala jooksul



bid = kaks korda ööpäevas

Tabel 12. FVC (ml) absoluutne muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega

	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	288	288
Keskmine (standardhälve) uuringueelselt	2541,0 (815,5)	2458,5 (735,9)
Keskmine ¹ (standardviga) muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega	-101,0 (13,6)	-54,6 (13,9)
Võrdlus platseeboga		
Keskmine ¹		46,4
95% CI		(8,1; 84,7)
p-väärtus		< 0,05

¹ Põhineb korduvmõõtmistega segamudelil (*Mixed Model for Repeated Measures*, MMRM), mille fikseeritud kategooriaalsed muutujad olid ATA olemasolu või puudumine, visiit, ravi-visiidi interaktsioon, uuringueelsete andmete-visiidi interaktsioon, vanus, sugu ja pikkus. Kordusmõõdetav faktor oli visiit. Ühe konkreetse patsiendi vead modelleeriti struktureerimata dispersiooni-kovariatsioonimaatriksi abil. Kohandatud keskmine põhines kõigi mudeliga analüüsitud patsientide andmetel (mitte ainult nende patsientide andmetel, kelle kohta olid uuringueelsed andmed ja mõõtmistulemused 52. nädalal).

Tabel 13. FVC (oletatav %) vähenemise määr aastas 52 nädala jooksul

	Platseebo	Nintedaniib 150 mg kaks korda ööpäevas
Analüüsitud patsientide arv	288	287
Vähenemise määr ¹ (standardviga) 52 nädala jooksul	-2,6 (0,4)	-1,4 (0,4)
Võrdlus platseeboga		
Erinevus ¹		1,15
95% CI		(0,09; 2,21)
p-väärtus		< 0,05

¹ Põhineb juhusliku koefitsiendiga regressioonimudelil, mille fikseeritud kategoriaalsed muutujad olid ravi, ATA olemasolu või puudumine, fikseeritud pidevad muutujad aeg ja uuringueelne FVC [oletatav %], ning mis hõlmas ravi-aja ja uuringueelsete väärtuste-aja interaktsioone. Juhuslikku efekti kasutati patsiendispetsiifilise konstandi ja aja puhul. Ühe konkreetse patsiendi vead modelleeriti struktureerimata dispersiooni-kovariatsioonimaatriksi abil. Patsientidevaheline varieeruvus modelleeriti dispersioonikomponentidega dispersiooni-kovariatsioonimaatriksi abil.

Rodnani modifitseeritud nahaskoori (mRSS) muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega

Kohandatud keskmised absoluutsed mRSS-i muutused 52. nädalal võrreldes uuringu algusega olid nintedaniibi rühmas (-2,17 (95% CI -2,69; -1,65)) ja platseeborühmas (-1,96 (95% CI -2,48; -1,45)) võrreldavad. Kohandatud keskmine erinevus ravirühmade vahel oli -0,21 (95% CI -0,94; 0,53; p = 0,5785).

Saint George'i hingamisküsimustiku (SGRQ) koguskoori muutus 52. nädalal võrreldes uuringu algusega

SGRQ üldskoori kohandatud keskmised absoluutsed muutused võrreldes uuringu algusega olid 52. nädalal nintedaniibi rühmas (0,81 (95% CI -0,92; 2,55)) ja platseeborühmas (-0,88 (95% CI -2,58; 0,82)) võrreldavad. Kohandatud keskmine erinevus ravirühmade vahel oli 1,69 (95% CI -0,73; 4,12; p = 0,1711).

Elulemuse analüüs

Suremus kogu uuringu jooksul oli nintedaniibi rühmas (N = 10; 3,5%) ja platseeborühmas (N = 9; 3,1%) võrreldav. Analüüsides surmani kulunud aega kogu uuringu jooksul, saadi tulemuseks riskitiheduste suhe 1,16 (95% CI 0,47; 2,84; p = 0,7535).

QT-intervall

Neerurakulise vähiga patsientidel tehtud spetsiaalses uuringus registreeriti QT/QTc näitajad ning näidati, et 200 mg nintedaniibi üks suukaudne annus ning 200 mg nintedaniibi korduvad suukaudsed annused manustatuna kaks korda ööpäevas 15 päeva jooksul ei pikendanud QTcF-intervalli.

Lapsed

Kliiniliselt olulised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (ILD-d) ja süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalne kopsuhaigus (SSc-ILD) lastel ja noorukitel vanuses 6...17 aastat

Nintedaniibi kliinilist ohutust ja efektiivsust kliiniliselt oluliste fibroseerivate ILD-dega lastel ja noorukitel vanuses 6...17 aastat on uuritud eksploratiivses randomiseeritud topeltpimedas platseebokontrolliga III faasi uuringus (InPedILD 1199-0337).

Patsiendid randomiseeriti suhtes 2 : 1 saama 24 nädala jooksul kaks korda ööpäevas kas nintedaniibi (kehakaalu järgi kohandatud annused, sh 25 mg kapsli kasutamine) või sobivat platseebot, millele järgnes erineva kestusega avatud ravi nintedaniibiga. Standardravi, mida raviarst pidas kliiniliselt näidustatuks, oli lubatud.

Uuringu InPedILD esmane eesmärk oli hinnata nintedaniibi annusega seotud ekspositsiooni ja ohutust kliiniliselt olulise fibroseeriva ILD-ga lastel ja noorukitel. Efektiivsuse hindamine oli ainult teisene eesmärk.

Uuringus InPedILD osalesid lapsed ja noorukid vanuses 6...17 aastat, kellel on kliiniliselt oluline fibroseeriv ILD ja eeldatav FVC vähemalt 25 %. Patsientidel klassifitseeriti fibroseeriv ILD kahe HRCT-uuringu tulemustega (millest üks oli tehtud viimase 12 kuu jooksul) tõendatud fibroosi tunnuste põhjal või kopsu biopsiaga ja viimase 12 kuu jooksul tehtud ühe HRCT-uuringu tulemustega tõendatud fibroosi tunnuste põhjal.

Kliiniliselt oluline haigus määratleti kui haigus, mille Fani skoor oli ≥ 3 või mille kohta olid dokumenteeritud tõendid kliinilise progresseerumise kohta mis tahes aja jooksul. Kliinilise progresseerumise tõendid põhinesid eeldatava FVC suhtelisel langusel vähenemisel ≥ 10 %, eeldatava FVC suhtelisel langusel vähenemisel 5...10 % koos sümptomite halvenemisega, fibroosi süvenemisel (kinnitatud HRCT-uuringuga) või muudel progresseeruvast kopsufibroosist tingitud kliinilise halvenemise muudel nähtudel (nt suurenenud hapnikuvajadus, vähenenud difusioonivõime), kuigi see ei olnud nõue uuringusse kaasamiseks patsientidel, kellel oli Fani skoor ≥ 3 .

Kokku randomiseeriti 39 patsienti (61,5% naissoost). Põhinäitajad olid uuringu alguses järgmised.

- 12 patsienti olid vanuses 6...11 aastat, 27 patsienti vanuses 12...17 aastat. Keskmine (SD) vanus oli 12,6 (3,3) aastat.
- Keskmine (SD) kehakaal oli 42,2 kg (17,8 kg); 6...11-aastastel 26,6 kg (10,4 kg) ja 12...17-aastastel 49,1 kg (16,0 kg).
- Üldine uuringueelne keskmine vanusepõhise KMI Z-skoor (SD) oli 0,6 (1,8).
- Üldine uuringueelne keskmine FVC Z-skoor (SD) oli -3,5 (1,9).

Uuringusse kaasatud patsientidel olid kõige sagedamad ühe ILD põhihaiguse diagnoosid:

- pindaktiivse valgu puudulikkus (nintedaniibi rühmas 26,9%, platseeborühmas 38,5%);
- süsteemne skleroos (nintedaniibi rühmas 15,4%, platseeborühmas 23,1%);
- toksiline pneumoniit / ravimindutseeritud pneumoniit (nintedaniibi rühmas 11,5%, platseeborühmas 7,7%);
- kroonilisest ülitundlikkuspneumoniidist teatati kahel patsiendil (nintedaniibi rühmas 7,7%);
- ülejäänud ILD põhihaiguse diagnoosid (igast teatati ühel patsiendil) olid:
 - vereloome tüvirakkude siirdamise järgne fibroos,
 - juveniilne reumatoidartriit,
 - juveniilne idiopaatiline artriit,
 - dermatomüosiit,
 - deskvamatiivne interstitsiaalne pneumoniit,
 - H1N1-gripp,
 - ebaselge diagnoos (krooniline difuusne kopsuhaigus),
 - Copa sündroom,
 - Copa geenimutatsioon,
 - diferentseerumata sidekoehaigus,
 - infektsioonijärgne oblitereeriv bronhioliit,
 - täpsustamata ILD,
 - idiopaatiline,
 - Sting-iga seotud vaskulopaatia.

Esmased tulemusnäitajad olid järgmised.

- **Ekspositsioon nintedaniibile:**
 - ekspositsioon nintedaniibile, mida kirjeldati kui $AUC_{\tau,ss}$ (kui proov võeti tasakaalukontsentratsiooni seisundis), oli üldiselt võrreldav nii lastel ja noorukitel kui ka täiskasvanutel täheldatud $AUC_{\tau,ss}$ -ga (vt lõik 5.2).

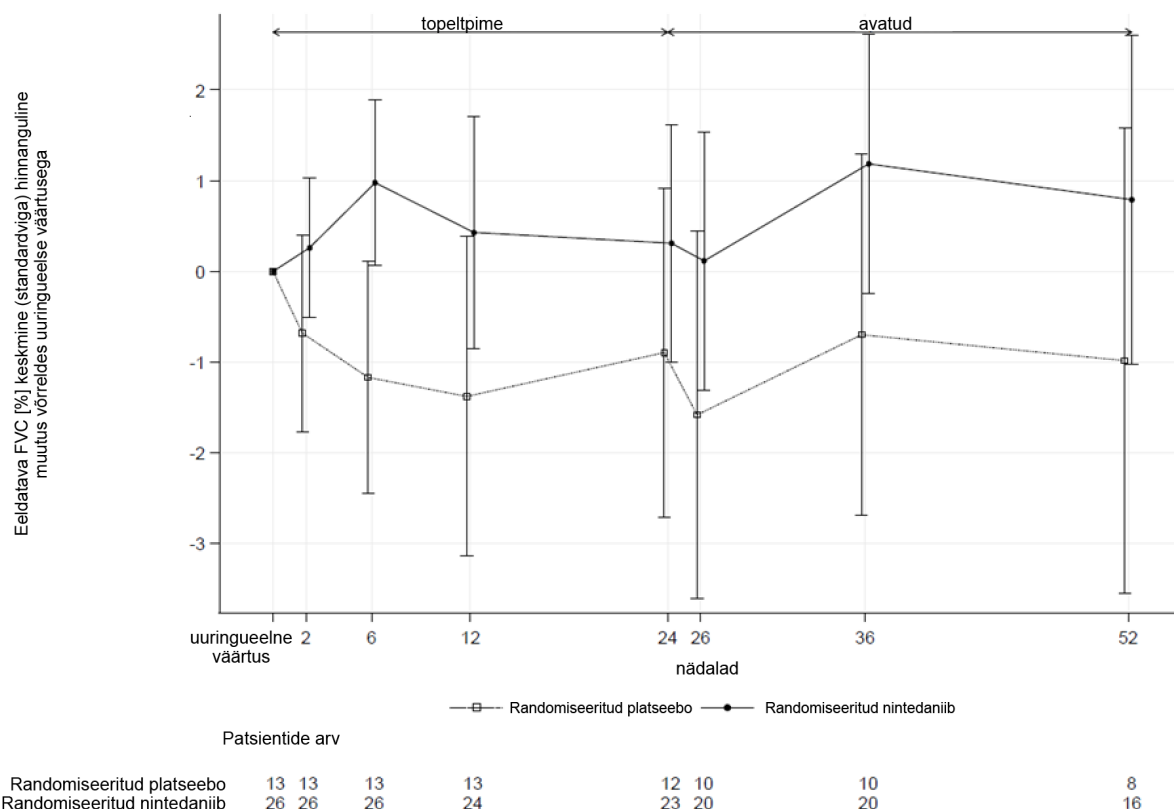
- **Raviga seotud kõrvaltoimed (24. nädal):**
 - o nintedaniibi rühmas: 84,6% patsientidest (6...11-aastased: 75,0%, 12...17-aastased: 88,9%);
 - o platseeborühmas: 84,6% patsientidest (6...11-aastased: 100%, 12...17-aastased: 77,8%).

Efektiivsuse teisese tulemusnäitajana uuriti forsseeritud vitaalkapatsiteedi eeldatav FVC % muutust võrreldes uuringu algusega. Tulemused vt joonis 6.

- **24. nädal**
 - o Nintedaniibi rühm: kohandatud keskmine muutus = 0,31 (95% CI: -2,36; 2,98)
 - o Platseeborühm: kohandatud keskmine muutus = -0,89 (95% CI: -4,61; 2,82)
 - o Eeldatava FVC % erinevus 1,21 (95% CI: -3,40; 5,81) näitas nintedaniibi paremust
- **52. nädal**
 - o Nintedaniibi randomiseeritud rühm: kohandatud keskmine muutus = 0,79 (95% CI: -2,95; 4,53)
 - o Randomiseeritud platseeborühm: kohandatud keskmine muutus = -0,98 (95% CI: -6,26; 4,30)

Proгноositava tulemusnäitaja FVC % ning mitme teise uurimusliku efektiivsuse tulemusnäitaja osas täheldati laste seas suurt ravivastuse varieeruvust ravi korral nintedaniibiga.

Joonis 6. Eeldatava FVC % absoluutse muutuse korrigeeritud keskmine (SE) 52 nädala jooksul võrreldes uuringueelsete näitajatega – ravitud patsiendid*



* Pärast 24 nädalat said kõik patsiendid uuringu avatud osas nintedaniibi.

Euroopa Ravimiamet ei kohusta esitama nintedaniibi sisaldava võrdlusravimiga läbi viidud uuringute tulemusi laste kõikide alarühmade kohta idiopaatilise kopsufibroosi korral.

Euroopa Ravimiamet ei kohusta esitama nintedaniibi sisaldava võrdlusravimiga läbi viidud uuringute tulemusi alla 6-aastaste laste kohta fibroseerivate interstitsiaalsete kopsuhaiguste korral (teave lastel kasutamise kohta: vt lõik 4.2).

5.2 Farmakokineetilised omadused

Imendumine

Nintedaniibi maksimaalne kontsentratsioon plasmas saavutati täis kõhu tingimustes ligikaudu 2...4 tundi pärast pehme želatiinkapsli suukaudset manustamist (ajavahemik 0,5...8 tundi). 100 mg annuse absoluutne biosaadavus tervetel vabatahtlikel oli 4,69% (90% CI: 3,615...6,078). Imendumine ja biosaadavus vähenevad transporterite toimete ja märkimisväärse esmase maksapassaaži tõttu. Nintedaniibi ekspositsioon suurenes annusega proportsionaalselt annusevahemikus 50...450 mg üks kord ööpäevas ja 150...300 mg kaks korda ööpäevas. Tasakaalukontsentratsioon saavutati plasmas maksimaalselt ühe nädala jooksul alates manustamisest.

Pärast toidu kasutamist suurenes nintedaniibi kontsentratsioon plasmas ligikaudu 20% võrreldes paastutingimustes manustamisega (CI: 95,3...152,5%) ja imendumine viibis (mediaan t_{max} paastununa: 2,00 h; täis kõhuga: 3,98 h).

Ühes *in vitro* uuringus ei avaldanud nintedaniibi kapslite segamine kuni 15 minutiks väikese koguse õunapüree või šokolaadipudinguga mingit mõju ravimi farmatseutilisele kvaliteedile. Pikema kokkupuuteaja korral pehme toiduga täheldati kapslite pundumist ja kujumuutust, mis oli tingitud vee imendumisest želatiinkapsli kesta. Seetõttu kliiniline toime eeldatavasti ei muutu, kui kapslid võetakse koos pehme toiduga kohe sisse.

Tervetel täiskasvanud meestel tehtud nintedaniibi üksikannuse suhtelise biosaadavuse uuringus, kus osalejatele manustati kas üks 100 mg pehme želatiinkapsel või neli 25 mg pehmet želatiinkapslit, oli biosaadavus mõlema ravi korral sarnane.

Jaotumine

Nintedaniibi puhul esineb vähemalt kahefaasiline jaotumiskineetika. Intravenoosse infusiooni järel täheldati suurt jaotusruumala (V_{ss} : 1050 l, 45,0% gCV [geomeetriline variatsioonikoefitsient, *geometric coefficient of variation*]).

Nintedaniibi seondumine inimese plasmavalkudega *in vitro* oli suur – seonduvus 97,8%. Peamiseks siduvaks valguks peetakse seerumi albumiini. Nintedaniib jaotub eelistatult plasmas, kusjuures vere/plasma suhe on 0,869.

Biotransformatsioon

Nintedaniibi peamine metaboolne reaktsioon on hüdrolüütiline lõhustamine esteraaside poolt, mille tulemusena tekib BIBF 1202 vaba hape. BIBF 1202 glükuroonitakse seejärel uridiini 5'-difosfoglükuronosüültransferaasi (UGT) ensüümide, täpsemalt UGT 1A1, UGT 1A7, UGT 1A8 ja UGT 1A10 poolt BIBF 1202-glükuroniidiks.

Ainult väike osa nintedaniibi biotransformatsioonist toimus CYP radade kaudu, kusjuures valdavalt osales seejuures ensüüm CYP 3A4. Inimese ADME (*absorption, distribution, metabolism and excretion*, imendumine, jaotumine, ainevahetus ja eritumine) uuringus ei suudetud plasmas tuvastada peamist CYP-st sõltuvat metaboliiti. *In vitro* moodustas CYP-st sõltuv metabolism ligikaudu 5% ning esteraaside poolt lõhustamine ligikaudu 25%. Nintedaniib, BIBF 1202 ja BIBF 1202-glükuroniid ei pärssinud ega indutseerinud prekliinilistes uuringutes CYP ensüüme. Ravimite koostoimeid nintedaniibi ja CYP substraatide, CYP inhibiitorite või CYP indutseerijate vahel ei ole seega oodata.

Eritumine

Pärast intravenooset infusiooni oli kogukliirens plasmast suur (CL: 1390 ml/min; 28,8% gCV). Uriiniga eritus 48 h jooksul muutumatul kujul suukaudse manustamise korral 0,05% toimeainest (31,5% gCV) ja intravenoosse manustamise järel ligikaudu 1,4% annusest (24,2% gCV); kliirens neerude kaudu oli 20 ml/min (32,6% gCV). [14C]-nintedaniibi suukaudse manustamise järel oli ravimiga seotud radioaktiivsuse peamine eritustee rooja/sapi kaudu (93,4% annusest, 2,61% gCV). Neerude kaudu eritumise osakaal kogukliirensist oli väike (0,649% annusest, 26,3% gCV). Eritumine loeti täielikuks (üle 90%) 4 ööpäeva jooksul alates manustamisest. Nintedaniibi lõplik poolväärtusaeg oli 10...15 tundi (gCV% ligikaudu 50%).

Lineaarsus/mittelineaarsus

Nintedaniibi farmakokineetikat võib pidada aja suhtes lineaarseks (s.t ühe annuse kohta saadud andmeid võib laiendada mitmele annusele). Akumuleerumine korduval manustamisel oli C_{max} puhul 1,04 ja AUC_{τ} puhul 1,38-kordne. Nintedaniibi minimaalne kontsentratsioon püsis stabiilne kauem kui 1 aasta.

Transport

Nintedaniib on P-gp substraat. Nintedaniibi potentsiaalseid koostoimeid selle transporteriga vt lõik 4.5. Näidati, et nintedaniib ei ole OATP-1B1 (orgaanilisi anioone transportiv polüpeptiid, *organic anion-transporting polypeptide*), OATP-1B3, OATP-2B1, OCT-2 (orgaaniliste katioonide transporter, *organic cation transporter*) ega MRP-2 (mitme ravimi suhtes resistentne valk, *multidrug resistance protein*) substraat ega inhibiitor *in vitro*. Nintedaniib ei olnud ka BCRP (rinnavähi resistentsusvalk, *breast cancer resistance protein*) substraat. Täheldati ainult nõrka inhibeerivat toimet OCT-1, BCRP ja P-gp suhtes *in vitro* ning seda peetakse kliiniliselt väheoluliseks. Sama kehtib ka nintedaniibi kui OCT-1 substraadi kohta.

Populatsiooni farmakokineetika analüüs patsientide erirühmades

Nintedaniibi farmakokineetilised omadused olid ühetaolised nii tervetel vabatahtlikel, IPF-iga patsientidel, teiste progresseeruva fenotüübiga krooniliste fibroseerivate ILD-dega patsientidel, SSc-ILD-ga patsientidel kui ka pahaloomulise kasvajaga patsientidel. IPF-iga ja mitteväikerakk-kopsuvähiga (N = 1191) patsientidel tehtud populatsiooni farmakokineetika uuringu tulemuste alusel ei mõjutanud nintedaniibi ekspositsiooni sugu (korrigeerituna kehakaalu suhtes), kerge ega mõõdukas neerukahjustus (kreatiniini kliirensi järgi hinnatuna), alkoholitarbimine ega P-gp genotüüp.

Populatsiooni farmakokineetika analüüsid näitasid vanusest, kehakaalust ja rassist (vt allpool) sõltuvaid mõõdukaid toimeid nintedaniibi ekspositsioonile. Tuginedes ekspositsiooni suurele indiviididevahelisele varieeruvusele ei peeta neid mõõdukaid toimeid kliiniliselt olulisteks (vt lõik 4.4).

Vanus

Nintedaniibi ekspositsioon suurenes lineaarselt vanusega. Võrreldes 62-aastase mediaanse vanusega patsiendiga oli $AUC_{\tau,ss}$ 45-aastaselt patsiendil 16% väiksem ja 76-aastaselt patsiendil 13% suurem. Analüüsiga hõlmatud vanusevahemik oli 29...85 aastat, kusjuures ligikaudu 5% populatsioonist olid vanemad kui 75 aastat. Populatsiooni farmakokineetilise mudeli põhjal täheldati ≥ 75 -aastastel patsientidel alla 65-aastaste patsientidega võrreldes nintedaniibi ekspositsiooni suurenemist ligikaudu 20...25%.

Lapsed

Uuringu InPedILD (1199-0337) farmakokineetika andmete analüüsi põhjal jäi nintedaniibi ekspositsioon ravimi suukaudsel manustamisel kehakaalul põhineva annustamisalgoritmi kohaselt samasse vahemikku, mida täheldati täiskasvanud patsientidel. Täheldatud geomeetriline keskmine $AUC_{\tau,ss}$ (geomeetriline variatsioonikordaja) oli 10 patsiendil vanuses 6...11 aastat 175 ng/ml·tunnis (85,1%) ja 23 patsiendil vanuses 12...17 aastat 167 ng/ml·tunnis (83,6%).

Uuringu InPedILD andmete ekspositsiooni-ravivastuse analüüsid näitasid E_{max} -ile (maksimaalne ravitoime, *maximum effect*) sarnast seost ekspositsiooni ja eeldatava FVC % ning FVC Z-skoori vahel, mida toetasid täiskasvanutelt saadud andmed. Eeldatava FVC % korral oli EC50 (kontsentratsioon, millega saavutatakse 50%-line toime, *concentration producing 50% of the maximum effect*) 4,4 ng/ml (suhteline standardviga 28,6%), samas kui FVC Z-skoori korral oli EC50 5,0 ng/ml (suhteline standardviga 75,3%).

Maksakahjustusega lastel ja noorukitel nintedaniibi kasutamist ei uuritud.

Fibroseeriva ILD ja kerge maksakahjustusega (Childi-Pugh' staadium A) lastel ja noorukitel näitab populatsiooni farmakokineetika mudel, et soovitatavate annuse vähendamistega (vt lõik 4.2) saavutatav ekspositsioon sarnaneb nintedaniibi ekspositsiooniga kerge maksakahjustusega (Childi-Pugh' staadium A) täiskasvanud patsientidel.

Kehakaal

Kehakaalu ja nintedaniibi ekspositsiooni vahel tuvastati pöördvõrdeline korrelatsioon. Võrreldes patsiendiga, kelle keskmine kehakaal on 71,5 kg, oli $AUC_{\tau,ss}$ 50 kg patsiendil (5. protsentiil) 25% suurem ja 100 kg patsiendil (95. protsentiil) 19% väiksem.

Rass

Populatsiooni keskmine ekspositsioon nintedaniibile oli 33...50% suurem Hiina, Taiwani ja India patsientidel ning 16% suurem Jaapani patsientidel; Korea patsientidel oli see euroopiidse rassiga võrreldes 16...22% väiksem (kehakaalu suhtes korrigeerituna). Andmed mustanahaliste patsientide kohta on väga piiratud, kuid need on samades piirides nagu europiidsest rassist patsientidel.

Maksakahjustus

Spetsiaalses üksikannuse I faasi uuringus oli nintedaniibi ekspositsioon C_{max} ja AUC alusel kerge maksakahjustusega vabatahtlikel (Childi-Pugh' staadium A) tervete isikutega võrreldes 2,2 korda suurem (90% usaldusvahemik C_{max} puhul 1,3...3,7 ja AUC puhul 1,2...3,8). Tervete vabatahtlikega võrreldes oli mõõduka maksakahjustusega patsientidel (Childi-Pugh' staadium B) ekspositsioon C_{max} alusel 7,6 korda suurem (90% usaldusvahemik 4,4...13,2) ja AUC alusel 8,7 korda suurem (90% usaldusvahemik 5,7...13,1). Raske maksakahjustusega patsiente (Childi-Pugh' staadium C) ei ole uuritud.

Samaaegne ravi pirfenidooniga

Spetsiaalses farmakokineetika uuringus uuriti nintedaniibi ja pirfenidooni samaaegset ravi IPF-iga patsientidel. Esimeses rühmas osalejatele manustati nintedaniibi üksikannus 150 mg enne ja pärast pirfenidooni ülestiitrimist annuseni 801 mg kolm korda ööpäevas (tasakaalukontsentratsiooni seisundis) (N = 20 ravitud patsienti). Teises rühmas osalejad said pirfenidooniga ravi annusega 801 mg kolm korda ööpäevas (püsikontsentratsiooni seisundis) ja neil hinnati FK profiili enne ja pärast vähemalt seitsmepäevast samaaegset ravi nintedaniibiga annuses 150 mg kaks korda ööpäevas (N = 17 ravitud patsienti).

Esimeses rühmas olid nintedaniibi C_{max} ja AUC_{0-tz} kohandatud geomeetriliste keskmiste suhted (90% usaldusvahemik (CI)) vastavalt 93% (57...151%) ja 96% (70...131%) (n = 12 isikupõhiseks võrdluseks). Teises rühmas olid pirfenidooni $C_{max,ss}$ ja $AUC_{\tau,ss}$ kohandatud geomeetriliste keskmiste suhted (90% CI) vastavalt 97% (86...110%) ja 95% (86...106%) (n = 12 isikupõhiseks võrdluseks).

Nende tulemuste põhjal puuduvad tõendid olulise farmakokineetilise koostoime kohta nintedaniibi ja pirfenidooni koosmanustamisel (vt lõik 4.4).

Samaaegne ravi bosentaaniga

Spetsiaalses farmakokineetika uuringus uuriti nintedaniibi ja bosentaani samaaegset ravi tervetel vabatahtlikel. Osalejatele manustati nintedaniibi üksikannus 150 mg enne ja pärast mitut 125 mg bosentaani annust kaks korda ööpäevas (tasakaalukontsentratsiooni seisundis). Kohandatud geomeetriliste keskmiste suhted (90% CI) olid nintedaniibi (n = 13) C_{max} and $AUC_{0...tz}$ puhul vastavalt 103% (86...124%) ja 99% (91...107%), mis näitas, et nintedaniibi manustamine koos bosentaaniga ei muutnud nintedaniibi farmakokineetikat.

Samaaegne ravi suukaudsete hormonaalsete rasestumisvastaste vahenditega

Spetsiaalses farmakokineetika uuringus manustati SSc-ILD-ga naissoost patsientidele 30 µg etüüülöstradioli ja 150 µg levonorgestreeli kombinatsiooni üksikannus enne ja pärast 150 mg nintedaniibi manustamist kaks korda ööpäevas vähemalt 10 päeva jooksul. Kohandatud geomeetriliste keskmiste suhted (90% CI) olid vastavalt etüüülöstradioli puhul 117% (108...127%; C_{max}) ja 101% (93...111%; AUC_{0-tz}) ning levonorgestreeli puhul 101% (90...113%; C_{max}) ja 96% (91...102%; AUC_{0-tz}) (n = 15), mis näitab, et nintedaniibi samaaegsel manustamisel ei ole olulist mõju etüüülöstradioli ja levonorgestreeli ekspositsioonile plasmas.

Ekspositsiooni ja ravivastuse vaheline seos

Ekspositsiooni ja ravivastuse vahelise seose analüüs IPF-i ja teiste progresseeruva fenotüübiga krooniliste fibroseerivateILD-dega patsientidel näitas nõrka seost nintedaniibi ekspositsiooni plasmas ja ALAT-i ja/või ASAT-i aktiivsuse suurenemise vahel. Tegelik manustatud annus võib sobida paremini mis tahes raskusega kõhulahtisuse tekkeriski prognoosimiseks, isegi kui ekspositsiooni plasmas ei saa riski määratleva tegurina välistada (vt lõik 4.4). Ekspositsiooni ravivastuse analüüsid lastel vt alalõik „Lapsed“.

5.3 Prekliinilised ohutusandmed

Üldine toksikoloogia

Üksikannuse toksilisuse uuringud rottidel ja hiirtel näitasid nintedaniibi väikest potentsiaali ägeda toksilisuse tekitamiseks. Korduvtoksisuse uuringutes noortel rottidel täheldati hambaemali ja -dentiini pöördumatuid muutusi pidevalt kiiresti kasvavatel lõikehammastel, aga mitte ees- ega tagapurihammastel. Lisaks täheldati luu kasvufaaside ajal epifüüsiplaatide paksenemist, mis oli pärast ravi katkestamist pöörduv. Need muutused on teada kogemusest teiste VEGFR-2 inhibiitoritega ja neid peetakse ravimiklassi toimeteks.

Mittenärilistel tehtud toksilisuse uuringutes täheldati kõhulahtisust ja oksendamist, millega kaasnes toidu vähenenud tarbimine ja kehakaalu vähenemine.

Rottidel, koertel ja makaakidel (*Cynomolgus*) ei leitud tõestusmaterjali maksaensüümide aktiivsuse suurenemise kohta. Kergelt maksaensüümide aktiivsuse suurenemist, mis ei olnud tingitud tõsistest kõrvaltoimetest, näiteks kõhulahtisusest, täheldati ainult reesusmakaakidel.

Reproduktsioonitoksilisus

Rottidel täheldati embrüofetaalset letaalsust ja teratogeenseid toimeid maksimaalse soovitatava inimannusega 150 mg kaks korda ööpäevas saavutatavast inimekspositsioonist väiksemal ekspositsioonil. Subterapeutilise ekspositsiooni puhul täheldati ka toimeid aksiaalse skeleti arengule ja suurte arterite arengule.

Küülikutel täheldati embrüofetaalset letaalsust ja teratogeenseid toimeid ekspositsioonil, mis on ligikaudu 3 korda suurem kui inimestele soovitatava maksimaalse annusega saavutatav ekspositsioon, kuid ebaselgeid toimeid aksiaalse skeleti ja südame embrüofetaalsele arengule täheldati juba ekspositsioonil, mis on väiksem kui inimesele soovitatava maksimaalse annusega 150 mg kaks korda ööpäevas saavutatav ekspositsioon.

Rottidel tehtud pre- ja postnataalse arengu uuringutes täheldati toimeid pre- ja postnataalsele arengule ekspositsioonil, mis on väiksem kui inimestele soovitatava maksimaalse annusega saavutatav ekspositsioon.

Rottidel tehtud isasloomade fertiilsuse ja varase, munaraku implantatsioonile eelneva embrüonaalse arengu uuringutes ei tuvastatud toimeid isasloomade reproduktiivtraktile ega isasloomade fertiilsusele.

Rottidel eritus piima väike osa ($\leq 0,5\%$ manustatud annusest) radioaktiivse märgistusega nintedaniibist ja/või selle metaboliitidest.

Hiirtel ja rottidel tehtud 2-aastases kartsinogeensusuuringus puudus tõestusmaterjal nintedaniibi kartsinogeense potentsiaali kohta.

Genotoksilisuse uuringud ei näidanud nintedaniibil mutageenset potentsiaali.

6. FARMATSEUTILISED ANDMED

6.1 Abiainete loetelu

Kapsli sisu

Keskmise ahelaga triglütseriidid
Lauroülmakrogoolglütseriidid
Sojaletsitiin (E322)

Kapsli kest

Želatiin

Glütserool (E422)

Titaandioksiid (E171)

Punane raudoksiid (E172)

Kollane raudoksiid (E172)

Must trükk

Šellak

Must raudoksiid (E172)

Ammooniumhüdrosiid

Propüleenglükool (E1520)

6.2 Sobimatus

Ei kohaldata.

6.3 Kõlblikkusaeg

3 aastat.

6.4 Säilitamise eritingimused

See ravimpreparaat ei vaja säilitamisel eritingimusi.

6.5 Pakendi iseloomustus ja sisu

Alumiiniumist/alumiiniumist üheannuselised blisterpakendid 30 × 1 ja 60 × 1 pehmekapsliga.

Kõik pakendi suurused ei pruugi olla müügil.

6.6 Erihoiatused ravimpreparaadi hävitamiseks ja käsitlemiseks

Kapsli sisuga kokkupuute korral tuleb käed pesta kohe puhtaks rohke veega (vt lõik 4.2).

Kasutamata ravimpreparaat või jäätmematerjal tuleb hävitada vastavalt kohalikele nõuetele.

7. MÜÜGILOA HOIDJA

Viartis Limited

Damastown Industrial Park

Mulhuddart

Dublin 15

DUBLIN

Iirimaa

8. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid

EU/1/25/1959/001

EU/1/25/1959/002

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid

EU/1/25/1959/003

EU/1/25/1959/004

9. ESMASE MÜÜGILOA VÄLJASTAMISE/MÜÜGILOA UUENDAMISE KUUPÄEV

Müügiloa esmase väljastamise kuupäev: {PP. kuu AAAA}

10. TEKSTI LÄBIVAATAMISE KUUPÄEV

Täpne teave selle ravimpreparaadi kohta on Euroopa Ravimiameti kodulehel:

<https://www.ema.europa.eu>.

II LISA

- A. RAVIMIPARTII KASUTAMISEKS VABASTAMISE EEST VASTUTAV(AD) TOOTJA(D)**
- B. HANKE- JA KASUTUSTINGIMUSED VÕI PIIRANGUD**
- C. MÜÜGILOA MUUD TINGIMUSED JA NÕUDED**
- D. RAVIMPREPARAADI OHUTU JA EFEKTIIVSE KASUTAMISE TINGIMUSED JA PIIRANGUD**

A. RAVIMIPARTII KASUTAMISEKS VABASTAMISE EEST VASTUTAV(AD) TOOTJA(D)

Ravimipartii kasutamiseks vabastamise eest vastutava(te) tootja(te) nimi ja aadress

Mylan Germany GmbH,
Benzstrasse 1
61352 Bad Homburg v. d. Hohe
Saksamaa

Mylan Hungary Kft./Mylan Hungary Ltd.
Mylan utca 1
Komarom
2900, Ungari

Ravimi trükitud pakendi infolehel peab olema vastava ravimipartii kasutamiseks vabastamise eest vastutava tootja nimi ja aadress.

B. HANKE- JA KASUTUSTINGIMUSED VÕI PIIRANGUD

Piiratud tingimustel väljastatav retseptiravim (vt I lisa: Ravimi omaduste kokkuvõte, lõik 4.2).

C. MÜÜGILOA MUUD TINGIMUSED JA NÕUDED

• **Perioodilised ohutusaruanded**

Nõuded asjaomase ravimi perioodiliste ohutusaruannete esitamiseks on sätestatud direktiivi 2001/83/EÜ artikli 107c punkti 7 kohaselt liidu kontrollpäevade loetelus (EURD loetelu) ja iga hilisem uuendus avaldatakse Euroopa ravimite veebiportaalis.

D. RAVIMPREPARAADI OHUTU JA EFEKTIIVSE KASUTAMISE TINGIMUSED JA PIIRANGUD

• **Riskijuhtimiskava**

Müügiloa hoidja peab nõutavad ravimiohutuse toimingud ja sekkumismeetmed läbi viima vastavalt müügiloa taotluse moodulis 1.8.2 esitatud kokkulepitud riskijuhtimiskavale ja mis tahes järgmistele ajakohastatud riskijuhtimiskavadele.

Ajakohastatud riskijuhtimiskava tuleb esitada:

- Euroopa Raviameti nõudel;
- kui muudetakse riskijuhtimissüsteemi, eriti kui saadakse uut teavet, mis võib oluliselt mõjutada riski/kasu suhet, või kui saavutatakse oluline (ravimiohutuse või riski minimeerimise) eesmärk.

III LISA
PAKENDI MÄRGISTUS JA INFOLEHT

A. PAKENDI MÄRGISTUS

VÄLISPAKENDIL PEAVAD OLEMA JÄRGMISED ANDMED

Karp

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid
nintedanibum

2. TOIMEAINE(TE) SISALDUS

Üks pehmekapsel sisaldab nintedaniibesilaati, mis vastab 100 mg nintedaniibile.

3. ABIAINED

Sisaldab sojaletsitiini. Lisateavet vt pakendi infolehtelt.

4. RAVIMVORM JA PAKENDI SUURUS

Pehmekapslid

30 × 1 pehmekapslit

60 × 1 pehmekapslit

5. MANUSTAMISVIIS JA -TEE(D)

Suukaudne.

Enne ravimi kasutamist lugege pakendi infolehte.

6. ERIHOIATUS, ET RAVIMIT TULEB HOIDA LASTE EEST VARJATUD JA KÄTTESAAMATUS KOHAS

Hoida laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

7. TEISED ERIHOIATUSED (VAJADUSEL)**8. KÕLBLIKKUSAEG**

EXP

9. SÄILITAMISE ERITINGIMUSED

**10. ERINÕUDED KASUTAMATA JÄÄNUD RAVIMPREPARAADI VÕI SELLEST
TEKKINUD JÄÄTMEMATERJALI HÄVITAMISEKS, VASTAVALT VAJADUSELE**

11. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI JA AADRESS

Viartis Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
DUBLIN
Iirimaa

12. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/25/1959/001 (30 × 1 kapsel)
EU/1/25/1959/002 (60 × 1 kapsel)

13. PARTII NUMBER

Lot

14. RAVIMI VÄLJASTAMISTINGIMUSED

15. KASUTUSJUHEND

16. TEAVE BRAILLE' KIRJAS (PUNKTKIRJAS)

Nintedanib Viartis 100 mg

17. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – 2D-vöötkood

Lisatud on 2D-vöötkood, mis sisaldab ainulaadset identifikaatorit.

18. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – INIMLOETAVAD ANDMED

PC
SN
NN

MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL

Üheannuseline blister

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid
nintedanibum

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Viatris Limited

3. KÕLBLIKUSAEG

EXP

4. PARTII NUMBER

Lot

5. MUU

Suukaudne

VÄLISPAKENDIL PEAVAD OLEMA JÄRGMISED ANDMED

Karp

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid
nintedanibum

2. TOIMEAINE(TE) SISALDUS

Üks pehmekapsel sisaldab nintedaniibesilaati, mis vastab 150 mg nintedaniibile.

3. ABIAINED

Sisaldab sojaletsitiini. Lisateavet vt pakendi infolehtelt.

4. RAVIMVORM JA PAKENDI SUURUS

Pehmekapslid

30 × 1 pehmekapslit

60 × 1 pehmekapslit

5. MANUSTAMISVIIS JA -TEE(D)

Suukaudne
Enne ravimi kasutamist lugege pakendi infolehte.

6. ERIHOIATUS, ET RAVIMIT TULEB HOIDA LASTE EEST VARJATUD JA KÄTTESAAMATUS KOHAS

Hoida laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

7. TEISED ERIHOIATUSED (VAJADUSEL)

8. KÕLBLIKKUSAEG

EXP

9. SÄILITAMISE ERITINGIMUSED

**10. ERINÕUDED KASUTAMATA JÄÄNUD RAVIMPREPARAADI VÕI SELLEST
TEKKINUD JÄÄTMEMATERJALI HÄVITAMISEKS, VASTAVALT VAJADUSELE**

11. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI JA AADRESS

Viartis Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
DUBLIN
Iirimaa

12. MÜÜGILOA NUMBER (NUMBRID)

EU/1/25/1959/001 (30 × 1 kapsel)
EU/1/25/1959/002 (60 × 1 kapsel)

13. PARTII NUMBER

Lot

14. RAVIMI VÄLJASTAMISTINGIMUSED

15. KASUTUSJUHEND

16. TEAVE BRAILLE' KIRJAS (PUNKTKIRJAS)

Nintedanib Viartis 150 mg

17. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – 2D-vöötkood

Lisatud on 2D-vöötkood, mis sisaldab ainulaadset identifikaatorit

18. AINULAADNE IDENTIFIKAATOR – INIMLOETAVAD ANDMED

PC
SN
NN

MINIMAALSED ANDMED, MIS PEAVAD OLEMA BLISTER- VÕI RIBAPAKENDIL

Üheannuseline blister

1. RAVIMPREPARAADI NIMETUS

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid
nintedanibum

2. MÜÜGILOA HOIDJA NIMI

Viatris Limited

3. KÕLBLIKUSAEG

EXP

4. PARTII NUMBER

Lot

5. MUU

Suukaudne

B. PAKENDI INFOLEHT

Pakendi infoleht: teave patsiendile

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid

Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid

nintedaniib

Enne ravimi võtmist lugege hoolikalt infolehte, sest siin on teile vajalikku teavet.

- Hoidke infoleht alles, et seda vajadusel uuesti lugeda.
- Kui teil on lisaküsimusi, pidage nõu oma arsti või apteekriga.
- Ravim on välja kirjutatud üksnes teile. Ärge andke seda kellelegi teisele. Ravim võib olla neile kahjulik, isegi kui haigusnähud on sarnased.
- Kui teil tekib ükskõik milline kõrvaltoime, pidage nõu oma arsti või apteekriga. Kõrvaltoime võib olla ka selline, mida selles infolehes ei ole nimetatud. Vt lõik 4.

Infolehe sisukord

1. Mis ravim on Nintedanib Viatris ja milleks seda kasutatakse
2. Mida on vaja teada enne Nintedanib Viatrise võtmist
3. Kuidas Nintedanib Viatrist võtta
4. Võimalikud kõrvaltoimed
5. Kuidas Nintedanib Viatrist säilitada
6. Pakendi sisu ja muu teave

1. Mis ravim on Nintedanib Viatris ja milleks seda kasutatakse

Nintedanib Viatris sisaldab toimeainet nintedaniibi, mis on nn türosiinkinaasi inhibiitorite klassi kuuluv ravim, ja seda kasutatakse järgmiste haiguste raviks.

Idiopaatiline kopsufibroos (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) täiskasvanutel

IPF on seisund, mille puhul teie kopsude kude aja jooksul pakseneb, jäigastub ja armistub.

Armistumine vähendab hapniku ülekandumist kopsudest vereringesse ja sügavalt hingamine muutub raskeks. Nintedanib Viatris aitab vähendada kopsude edasist armistumist ja jäigastumist.

Progresseeruva fenotüübiga teised kroonilised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (interstitial lung diseases, ILD-id) täiskasvanutel

Peale IPF-i on teisi seisundeid, mis põhjustavad aja jooksul kopsudes olevate kudede paksenemist, jäigastumist ja armistumist (kopsufibroos) ja mis jätkuvalt halvenevad (progresseeruva fenotüübiga). Sellised seisundid on näiteks ülitundlikkuspneumoniit, autoimmuunsed ILD-d (nt reumatoidartriidiga kaasnev ILD), idiopaatiline mittespetsiifiline interstitsiaalne kopsupõletik, mitteklassifitseeritav idiopaatiline interstitsiaalne kopsupõletik ja muud ILD-d. Nintedanib Viatris aitab vähendada kopsude edasist armistumist ja jäigastumist.

Kliiniliselt olulised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (ILD-d) lastel ja noorukitel vanuses 6...17 aastat

Kopsufibroos võib esineda lapseea interstitsiaalse kopsuhaigusega patsientidel. Sellisel juhul pakseneb, jäigastub ja armistub kopsukude lastel ja noorukitel aja jooksul. Nintedanib Viatris aitab vähendada kopsude edasist armistumist ja jäigastumist.

Süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalne kopsuhaigus (SSc-ILD) täiskasvanutel ja 6-aastastel ning vanematel lastel ja noorukitel

Süsteemne skleroos (systemic sclerosis, SSc), mida nimetatakse ka sklerodermaks (ja lastel ning noorukitel juveniilseks süsteemseks skleroosiks), on harvaesinev krooniline autoimmuunhaigus, mis kahjustab sidekude paljudes kehaosades. SSc põhjustab naha ja siseorganite, nt kopsude fibroosi (armistumist ja jäigastumist). Kui fibroos on kahjustanud kopse, nimetatakse seda interstitsiaalseks kopsuhaiguseks (ILD) ja haigust nimetatakse süsteemse skleroosiga kaasnev interstitsiaalseks kopsuhaiguseks (SSc-ILD). Kopsufibroosi tagajärjel väheneb hapniku imendumine vereringesse ja

kopsude hingamisvõime. Nintedanib Viatris aitab vähendada kopsude edasist armistumist ja jäigastumist.

2. Mida on vaja teada enne Nintedanib Viatrise võtmist

Nintedanib Viatrist ei tohi võtta

- kui olete rase;
- kui olete nintedaniibi, maapähklite, soja või selle ravimi mis tahes koostisosade (loetletud lõigus 6) suhtes allergiline.

Hoiatused ja ettevaatusabinõud

Enne Nintedanib Viatrise võtmist pidage nõu oma arsti või apteekriga,

- kui teil on või on olnud probleeme maksaga;
- kui teil on või on olnud probleeme neerudega või kui teie uriinis on tuvastatud valgusisalduse suurenemine;
- kui teil on või on olnud probleeme verejooksuga;
- kui te võtate trombide tekke ennetamiseks verd vedeldavaid ravimeid (nt varfariin, fenprokumoon või hepariin);
- kui te võtate pirfenidooni, sest see võib suurendada kõhulahtisuse, iivelduse, oksendamise ja maksaprobleemide tekkeohtu;
- kui teil on või on olnud probleeme südamega (nt südamelihase infarkt);
- kui teil on hiljuti olnud operatsioon. Nintedanib võib mõjutada teie haavade paranemist. Kui teile tehakse operatsioon, siis tavaliselt katkestatakse mõneks ajaks ravi Nintedanib Viatrisega. Teie arst otsustab, millal jätkata ravi selle ravimiga;
- kui teil on kõrge vererõhk;
- kui teil on ebanormaalselt kõrge vererõhk kopsuveresoontes (pulmonaalne hüpertensioon);
- kui teil on praegu või on varem olnud aneurüsm (veresooneina laienemine ja nõrgenemine) või veresooneina rebend.

Sellele infole tuginedes võib arst teha mõned vereproovid, et kontrollida näiteks teie maksafunktsiooni. Teie arst arutab teiega nende analüüside tulemusi ja otsustab, kas teile on võimalik Nintedanib Viatrist määrata.

Selle ravimi võtmise ajal rääkige kohe oma arstile:

- kui teil tekib kõhulahtisus – kõhulahtisuse varane ravi on oluline (vt lõik 4 „Võimalikud kõrvaltoimed“);
- kui te oksendate või teid ajab iiveldama;
- kui teil esineb seletamatuid sümptomeid nagu naha või silmavalgete kollaseks värvumine (kollatõbi), tume või pruun (tee värvi) uriin, valu kõhu parempoolses ülaosas, tavapärasest kergemini tekkivad verejooksud või verevalumid või väsimustunne. Need sümptomid võivad viidata tõsistele maksaprobleemidele;
- kui teil tekib tugev kõhuvalu, palavik, külmavärinad, iiveldus, oksendamine või kõht muutub kõvaks või tekib kõhupuhitus, sest need võivad olla sooleseina tekkinud augu (seedetrakti perforatsioon) sümptomid. Samuti teatage oma arstile, kui teil on varem olnud peptiline haavand või divertikuloos või kui teid ravitakse samaaegselt põletikuvastaste ravimite (MSPVA-d) (kasutatakse valu ja tursete leevendamiseks) või steroididega (kasutatakse põletike ja allergiate ravis), kuna see võib nimetatud riski suurendada;
- kui teil tekivad samal ajal tugev valu või krambid maos, helepunane veri roojas või kõhulahtisus, sest need võivad olla ebapiisavast verevarustusest tingitud soolepõletiku sümptomid;
- kui teil tekivad jäseme valu, paistetust, punetus või jäse muutub soojaks, sest see võib olla veenis (teatud veresoontes) oleva trombi sümptom;
- kui teil tekivad survetunne või valu rindkeres, tüüpiliselt keha vasakul poolel; valu kaelas, lõuas, õlas või käsivarres; kiirenenud südame löögisagedus, hingeldus või õhupuudus, iiveldus või oksendamine, sest need võivad olla südamelihase infarkti tunnused;

- kui teil on mis tahes suur verejooks;
- kui teil tekivad verevalumid, verejooks, palavik, väsimus ja segasus. Need võivad olla trombootiliseks mikroangiopaatiaks (TMA) nimetatava veresoonte kahjustuse nähud;
- kui teil tekivad sellised sümptomid nagu peavalu, nägemise muutused, segasus, krambihood või muud neuroloogilised häired, nt nõrkus käes või jalas, koos kõrge vererõhuga või ilma. Need võivad olla posterioorseks pöörduvaks entsefalopaatia sündroomiks (*posterior reversible encephalopathy syndrome*, PRES) nimetatava ajuhaiguse sümptomid.

Lapsed ja noorukid

Alla 6-aastased lapsed ei tohi Nintedanib Viatrist võtta.

Arst võib selle ravimi võtmise ajal kontrollida teie hambaid regulaarselt vähemalt üks kord 6 kuu jooksul, kuni hambad on lõplikult välja arenenud, ning jälgida igal aastal teie kasvu (luu piltuuringutega).

Muud ravimid ja Nintedanib Viatris

Teatage oma arstile või apteekrile, kui te kasutate või olete hiljuti kasutanud või kavatsete kasutada mis tahes muid ravimeid, sealhulgas taimsed ravimid ja ilma retseptita ostetud ravimid.

Nintedanib Viatrisel võib teatud teiste ravimitega olla koostoimeid. Alljärgnevad on näited ravimitest, mis võivad suurendada nintedanibi sisaldust veres ja seega suurendada kõrvaltoimete riski (vt lõik 4 „Võimalikud kõrvaltoimed“):

- seennakkuste raviks kasutatav ravim (ketokonasool);
- bakteriaalsete nakkuste raviks kasutatav ravim (erütromütsiin);
- immuunsüsteemi mõjutav ravim (tsüklosporiin).

Alljärgnevad on näited ravimitest, mis võivad vähendada nintedanibi sisaldust veres ja seega vähendada Nintedanib Viatrise tõhusust:

- tuberkuloosi raviks kasutatav antibiootikum (rifampitsiin);
- krambihoogude raviks kasutatavad ravimid (karbamasepiin, fenütoiin);
- depressiooni raviks kasutatav ravimtaim (liht-naistepuna).

Rasedus ja imetamine

Kui te olete rase, imetate või arvate end olevat rase või kavatsete rasestuda, pidage enne selle ravimi kasutamist nõu oma arsti või apteekriga.

Rasedus

Ärge võtke seda ravimit raseduse ajal, sest see võib kahjustada teie sündimata last ja põhjustada sünnidefekte.

Enne Nintedanib Viatrisega ravi alustamist peate tegema rasedustesti veendumaks, et te ei ole rase. Pidage nõu oma arstiga.

Rasestumisvastased vahendid

- Rasestumisvõimelised naised peavad Nintedanib Viatrisega ravi alustamisel, selle ajal ja vähemalt 3 kuud pärast ravi lõppu kasutama raseduse vältimiseks väga efektiivset rasestumisvastast vahendit.
- Pidage kõige sobivamate rasestumisvastaste vahendite leidmiseks nõu oma arstiga.
- Oksendamine ja/või kõhulahtisus või muud seedetrakti seisundid võivad mõjutada suukaudsete hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite, näiteks rasestumisvastaste tablettide imendumist ja vähendada nende efektiivsust. Seetõttu pidage selliste seisundite tekkimise korral nõu oma arstiga muu, sobivama rasestumisvastase meetodi osas.
- Kui te Nintedanib Viatrisega ravi ajal rasestute või arvate end olevat rase, siis rääkige sellest kohe oma arstile või apteekrile.

Imetamine

Ärge imetage last Nintedanib Viatrisega ravi ajal, sest see võib imikut kahjustada.

Autojuhtimine ja masinatega töötamine

Nintedanib Viatris võib mõjutada kergelt teie autojuhtimise ja masinate käsitlemise võimet. Kui tunnete end halvasti, siis te ei tohi juhtida autot ega kasutada masinaid.

Nintedanib Viatris sisaldab sojaletsitiini

Kui te olete maapähklitele või sojale allergiline, ei tohi te seda ravimit kasutada (vt lõik 2 „Nintedanib Viatrist ei tohi võtta“).

3. Kuidas Nintedanib Viatrist võtta

Võtke seda ravimit alati täpselt nii, nagu arst või apteeker on teile selgitanud. Kui te ei ole milleski kindel, pidage nõu oma arsti või apteekriga.

Võtke kapslid kaks korda ööpäevas, ligikaudu 12-tunnise vahetega iga päev umbes samal kellaajal – näiteks üks kapsel hommikul ja üks kapsel õhtul. See tagab nintedaniibi stabiilse koguse vereringes. Neelake terved kapslid alla koos veega ja ärge närige kapsleid. Kapslid on soovitatav võtta koos toiduga, s.t kas söögi ajal või vahetult enne või pärast sööki. Ärge avage ega purustage kapslit (vt lõik 5 „Kuidas Nintedanib Viatrist säilitada“). Neelamise hõlbustamiseks võite võtta kapsleid koos väikese koguse (üks teelusikatäis) külma või toasooja pehme toiduga, nt õunapüree või šokolaadipudinguga. Kapsli terviklikkuse tagamiseks tuleb need ilma närimata kohe alla neelata.

Täiskasvanud

Soovitatav annus on üks 100 mg või 150 mg kapsel kaks korda ööpäevas (kokku 200 mg või 300 mg ööpäevas).

Ärge võtke ööpäevas rohkem kui soovitatav annus, milleks on 200 mg või 300 mg ööpäevas.

Kui te ei talu soovitatavat annust (võimalikud kõrvaltoimed vt lõik 4), võib teie arst Nintedanib Viatrise ööpäevast annust vähendada või soovitada teil Nintedanib Viatrise võtmise lõpetada. Ärge ise annust vähendage ega lõpetage ravi ilma eelnevalt arstiga nõu pidamata.

Kasutamine lastel ja noorukitel

Soovitatav annus oleneb patsiendi kehakaalust.

Teatage oma arstile, kui patsiendi kehakaal langeb mis tahes hetkel ravi ajal alla 13,5 kg.

Teatage oma arstile, kui teil on probleeme maksaga.

Teie arst määrab õige annuse. Arst võib ravi edenedes vajaduse korral annust kohandada.

Kui te ei talu Nintedanib Viatrise kapslite soovitatavat ööpäevast annust (vt lõik 4 „Võimalikud kõrvaltoimed“), võib arst Nintedanib Viatrise ööpäevast annust vähendada.

Ärge ise annust vähendage ega lõpetage ravi ilma eelnevalt arstiga nõu pidamata.

Nintedaniibi kapslite kehakaalupõhine annustamine lastele ja noorukitele

Kehakaalu vahemik kilogrammides (kg)	Nintedaniibi annus milligrammides (mg)
13,5...22,9 kg	50 mg (kaks 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas
23,0...33,4 kg	75 mg (kolm 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas
33,5...57,4 kg	100 mg (üks 100 mg kapsel või neli 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas
57,5 kg ja rohkem	150 mg (üks 150 mg kapsel või kuus 25 mg kapslit) kaks korda ööpäevas

[#]Nintedanib Viatris on saadaval ainult 100 mg ja 150 mg pehmekapslitena. Seega ei saa Nintedanib Viatrist manustada lastele, kellel on vaja 100 mg täisannusest väiksemat annust. Kui on vaja väiksemat annust, tuleks kasutada teisi nintedaniibi sisaldavaid tooteid, mille puhul on selline annus olemas.

Kui te võtate Nintedanib Viatrist rohkem, kui ette nähtud

Võtke kohe ühendust oma arsti või apteekriga.

Kui te unustate Nintedanib Viatrist võtta

Ärge võtke kahte kapslit korraga, kui annus jäi eelmisel korral võtmata. Võtke Nintedanib Viatrise järgmine plaaniline annus järgmisel võtmiskorral arsti või apteekri soovitude kohaselt.

Kui te lõpetate Nintedanib Viatrise võtmise

Ärge lõpetage Nintedanib Viatrise võtmist ilma eelnevalt arstiga nõu pidamata. Oluline on ravimit võtta iga päev seni, kuni arst on seda teile määranud.

Kui teil on lisaküsimusi selle ravimi kasutamise kohta, pidage nõu oma arsti või apteekriga.

4. Võimalikud kõrvaltoimed

Nagu kõik ravimid, võib ka see ravim põhjustada kõrvaltoimeid, kuigi kõigil neid ei teki.

Eriline tähelepanu on vajalik juhul, kui Nintedanib Viatrisega ravi ajal tekivad alljärgnevad kõrvaltoimed.

Kõhulahtisus (väga sage, võib esineda rohkem kui 1 inimesel 10-st)

Kõhulahtisus võib põhjustada dehüdratsiooni: vedelike ja oluliste soolade (elektrolüüdid, nt naatrium või kaalium) kadu organismist. Kõhulahtisuse esimeste nähtude korral jooge palju vedelikke ja võtke kohe ühendust oma arstiga. Alustage sobiva kõhulahtisusevastase ravimi, näiteks loperamiidi, kasutamist nii kiiresti kui võimalik.

Ravi ajal selle ravimiga täheledati ka teisi alljärgnevaid kõrvaltoimeid.

Kui teil esineb kõrvaltoimeid, pidage nõu oma arstiga.

Idiopaatiline kopsufibroos (IPF)***Väga sageli esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda rohkem kui 1 inimesel 10-st)***

- iiveldus;
- valu alakehas (kõhus);
- kõrvalekalded maksafunktsiooni analüüsides.

Sageli esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda kuni 1 inimesel 10-st)

- oksendamise;
- isutus;
- kehakaalu vähenemine;
- verejooks;
- lööve;
- peavalu.

Aeg-ajalt esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda kuni 1 inimesel 100-st)

- kõhunäärmepõletik;
- jämesoolepõletik;
- tõsised probleemid maksaga;
- vereliistakute vähesus (trombotsütopeenias);
- kõrge vererõhk (hüpertensioon);
- ikterus, mis on vere suurest bilirubiinisaldusest tingitud naha ja silmavalgete kollasus;
- sügelus;
- südameinfarkt;
- juuste väljalangemine (alopeesia);
- valgusisalduse suurenemine uriinis (proteiinuuria).

Teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel)

- neerupuudulikkus;
- veresooneina laienemine ja nõrgenemine või rebend (aneürüsmid ja arteridissektioonid);
- ajuhaigus, mille sümptomid on nt peavalu, nägemise muutused, segasus, krampihood või muud neuroloogilised häired, nt nõrkus käes või jalgas, koos kõrge vererõhuga või ilma (posterioorne pöörduv entsefalopaatia sündroom).

Teised progresseeruva fenotüübiga kroonilised fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (ILD-d)

Väga sageli esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda rohkem kui 1 inimesel 10-st)

- iiveldus;
- oksendamine;
- isutus;
- valu alakehas (kõhus);
- kõrvalekalded maksafunktsiooni analüüsides.

Sageli esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda kuni 1 inimesel 10-st)

- kehakaalu vähenemine;
- kõrge vererõhk (hüpertensioon);
- verejooks;
- tõsised probleemid maksaga;
- lööve;
- peavalu.

Aeg-ajalt esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda kuni 1 inimesel 100-st)

- kõhunäärmepõletik;
- jämesoolepõletik;
- vereliistakute vähesus (trombotsütopeenia);
- ikterus, mis on vere suurest bilirubiinisaldusest tingitud naha ja silmavalgete kollasus;
- sügelus;
- südameinfarkt;
- juuste väljalangemine (alopeetsia);
- valgusisalduse suurenemine uriinis (proteiinuuria).

Teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel)

- neerupuudulikkus;
- veresooneina laienemine ja nõrgenemine või rebend (aneürüsmid ja arteridissektioonid);
- ajuhaigus, mille sümptomid on nt peavalu, nägemise muutused, segasus, krampihood või muud neuroloogilised häired, nt nõrkus käes või jalgas, koos kõrge vererõhuga või ilma (posterioorne pöörduv entsefalopaatia sündroom).

Süsteemse sklesoosiga seostatud interstitsiaalne kopsuhaigus (SSc-ILD)

Väga sageli esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda rohkem kui 1 inimesel 10-st)

- iiveldus;
- oksendamine;
- valu alakehas (kõhus);
- kõrvalekalded maksafunktsiooni analüüsides.

Sageli esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda kuni 1 inimesel 10-st)

- verejooks;
- kõrge vererõhk (hüpertensioon);
- isutus;
- kehakaalu vähenemine;
- peavalu.

Aeg-ajalt esinevad kõrvaltoimed (võivad esineda kuni 1 inimesel 100-st)

- jämesoolepõletik;
- tõsised probleemid maksaga;
- neerupuudulikkus;
- vereliistakute vähesus (trombotsütopeenia);
- lööve;
- sügelus.

Teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel)

- südameinfarkt;
- kõhunäärmepõletik;
- kollatõbi, mis on vere suurest bilirubiinisaldusest tingitud naha ja silmavalgete kollasus;
- veresoonesina laienemine ja nõrgenemine või rebend (aneürüsmid ja arteridissektioonid);
- juuste väljalangemine (alopecia);
- valgusalduse suurenemine uriinis (proteiinuuria);
- ajuhaigus, mille sümptomid on nt peavalu, nägemise muutused, segasus, krampihood või muud neuroloogilised häired, nt nõrkus käes või jalgas, koos kõrge vererõhuga või ilma (posterioorne pöörduv entsefalopaatia sündroom).

Fibroseerivad interstitsiaalsed kopsuhaigused (ILD-d) lastel ja noorukitel

Lastel ja noorukitel tekkinud kõrvaltoimed olid sarnased täiskasvanud patsientidel tekkinud kõrvaltoimetega.

Kõrvaltoimete tekkimise korral pidage nõu oma arstiga.

Kõrvaltoimetest teatamine

Kui teil tekib ükskõik milline kõrvaltoime, pidage nõu oma arsti või apteekriga. Kõrvaltoime võib olla ka selline, mida selles infolehes ei ole nimetatud. Kõrvaltoimetest võite ka ise teatada **riikliku teavitussüsteemi** (vt [V lisa](#)) kaudu. Teatades aitate saada rohkem infot ravimi ohutusest.

5. Kuidas Nintedanib Viatrist säilitada

Hoidke seda ravimit laste eest varjatud ja kättesaamatus kohas.

Ärge kasutage seda ravimit pärast kõlblikkusaega, mis on märgitud karbil ja blistril. Kõlblikkusaeg viitab selle kuu viimasele päevale.

See ravimpreparaat ei vaja säilitamisel eritingimusi.

Ärge kasutage seda ravimit, kui täheldate, et kapsleid sisaldav blister on avatud või kui kapsel on katki. Kui puutute kokku kapsli sisuga, peske käed puhtaks kohe rohke veega (vt lõik 3).

Ärge visake ravimeid kanalisatsiooni ega olmejäätmete hulka. Küsige oma apteekrilt, kuidas hävitada ravimeid, mida te enam ei kasuta. Need meetmed aitavad kaitsta keskkonda.

6. Pakendi sisu ja muu teave

Mida Nintedanib Viatris sisaldab

- Toimeaine on nintedaniib.
Üks 100 mg Nintedanib Viatrise pehmekapsel sisaldab nintedaniibesilaati, mis vastab 100 mg nintedaniibile.
Üks 150 mg Nintedanib Viatrise pehmekapsel sisaldab nintedaniibesilaati, mis vastab 150 mg nintedaniibile.

- Teised koostisosad on:
Kapsli sisu: keskmise ahelaga triglütseriidid, lauroüülmakrogloolglütseriidid ja sojaletsitiin (E322).
Kapsli kest: želatiin, glütserool (E422), titaandioksiid (E171), punane raudoksiid (E172), kollane raudoksiid (E172).
Must trükitint: šellak, must raudoksiid (E172), ammooniumhüdroksiid ja propüleenglükool (E1520).

Kuidas Nintedanib Viatris välja näeb ja pakendi sisu

Nintedanib Viatris 100 mg pehmekapslid on virsikuvärvi läbipaistmatud piklikud pehmed želatiinkapslid märgistusega „JF1“, mõõtetega ligikaudu 16 mm × 6 mm.
Nintedanib Viatris 150 mg pehmekapslid on pruunid läbipaistmatud piklikud pehmed želatiinkapslid märgistusega „JF2“, mõõtetega ligikaudu 18 mm × 7 mm.

Nintedanib Viatris on saadaval üheannuselistes blistrites, mis sisaldavad 30 × 1 või 60 × 1 kapslit.

Kõik pakendi suurused ei pruugi olla müügil.

Müügiloa hoidja

Viatri Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
DUBLIN
Iirimaa

Tootja

Mylan Germany GmbH,
Benzstrasse 1
61352 Bad Homburg v. d. Höhe
Saksamaa

Mylan Hungary Kft./Mylan Hungary Ltd.
Mylan utca 1
Komárom
2900, Ungari

Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole:

België/Belgique/Belgien

Viatri
Tél/Tel: + 32 (0)2 658 61 00

Lietuva

Viatri UAB
Tel: +370 5 205 1288

България

Майлан ЕООД
Тел.: +359 2 44 55 400

Luxembourg/Luxemburg

Viatri
Tél/Tel: + 32 (0)2 658 61 00
(Belgique/Belgien)

Česká republika

Viatri CZ s.r.o.
Tel: + 420 222 004 400

Magyarország

Viatri Healthcare Kft.
Tel.: + 36 1 465 2100

Danmark

Viatri ApS
Tlf.: +45 28 11 69 32

Deutschland

Viatri Healthcare GmbH
Tel: +49 800 0700 800

Eesti

Viatri OÜ
Tel: + 372 6363 052

Ελλάδα

Viatri Hellas Ltd
Τηλ: +30 2100 100 002

España

Viatri Pharmaceuticals, S.L.
Tel: + 34 900 102 712

France

Viatri Santé
Tél: +33 4 37 25 75 00

Hrvatska

Viatri Hrvatska d.o.o.
Tel: +385 1 23 50 599

Ireland

Viatri Limited
Tel: +353 1 8711600

Ísland

Icepharma hf.
Sími: +354 540 8000

Italia

Viatri Italia S.r.l.
Tel: + 39 (0) 2 612 46921

Κύπρος

CPO Pharmaceuticals Limited
Τηλ: +357 22863100

Latvija

Viatri SIA
Tel: +371 676 055 80

Malta

V.J. Salomone Pharma Ltd
Tel: + 356 21 22 01 74

Nederland

Mylan BV
Tel: +31 (0)20 426 3300

Norge

Viatri AS
Tlf: + 47 66 75 33 00

Österreich

Viatri Austria GmbH
Tel: +43 1 86390

Polska

Viatri Healthcare Sp. z o.o.
Tel.: + 48 22 546 64 00

Portugal

Mylan, Lda.
Tel: + 351 214 127 200

România

BGP Products SRL
Tel: +40 372 579 000

Slovenija

Viatri d.o.o.
Tel: + 386 1 23 63 180

Slovenská republika

Viatri Slovakia s.r.o.
Tel: +421 2 32 199 100

Suomi/Finland

Viatri Oy
Puh/Tel: +358 20 720 9555

Sverige

Viatri AB
Tel: +46 (0)8 630 19 00

Infoleht on viimati uuendatud

Täpne teave selle ravimi kohta on Euroopa Ravimiameti kodulehel: <https://www.ema.europa.eu>.