

LIITE I
VALMISTEYHTEENVETO

1. LÄÄKEVALMISTEEN NIMI

Rixathon 100 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten

Rixathon 500 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten

2. VAIKUTTAVAT AINEET JA NIIDEN MÄÄRÄT

Rixathon 100 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten

Jokainen millilitra sisältää 10 mg rituksimabia (rituximabum).

Jokainen 10 ml:n injektiopullo sisältää 100 mg rituksimabia (rituximabum).

Rixathon 500 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten

Jokainen millilitra sisältää 10 mg rituksimabia (rituximabum).

Jokainen 50 ml:n injektiopullo sisältää 500 mg rituksimabia (rituximabum).

Rituksimabi on geeniteknologisesti tuotettu, kimeerinen hiiren/ihmisen monoklonaalinen vasta-aine. Se on glykosyloitu immunoglobuliini, joka muodostuu ihmisen IgG1:n vakioalueiden ja hiiren kevyt- ja raskasketjujen vaihtelevien osien sekvensseistä. Vasta-aine on tuotettu nisäkkäältä (kiinalaisen hamsterin munasarja- eli CHO-soluista) peräisin olevassa solususpensioviljelmässä ja puhdistettu affiniteettikromatografialla ja ioninvaihtotekniikalla. Valmistusprosessiin kuuluu erityisiä virusten inaktivaatio- ja poistotoimenpiteitä.

Apuaine, jonka vaikutus tunnetaan

Jokainen 10 ml:n injektiopullo sisältää natriumia 2,3 mmol (52,6 mg).

Jokainen 50 ml:n injektiopullo sisältää natriumia 11,5 mmol (263,2 mg).

Täydellinen apuaineluettelo, ks. kohta 6.1.

3. LÄÄKEMUOTO

Infuusiokonsentraatti, liuosta varten (steriili konsentraatti).

Kirkas, väritön tai hieman kellertävä neste, jonka pH on 6,3–6,7 ja osmolaliteetti on ≥ 240 mOsm/kg.

4. KLIINiset TIEDOT

4.1 Käyttöaiheet

Rixathon on tarkoitettu aikuisten hoitoon seuraavissa käyttöaiheissa:

Non-Hodgkin-lymfooma (NHL)

Rixathon on tarkoitettu yhdessä solunsalpaajahoitojen kanssa III–IV levinneisyysasteen follikulaarisen lymfooman hoitoon aikuisille potilaille, jotka eivät ole saaneet aikaisempaa hoitoa.

Rixathon-ylläpitohoito on tarkoitettu follikulaarista lymfoomaa sairastaville aikuisille potilaille, jotka ovat saaneet vasteen induktiohoitoon.

Rixathon-monoterapia on tarkoitettu III–IV levinneisyysasteen follikulaarisen lymfooman hoitoon aikuisille potilaille, kun tauti on solunsalpaajille resistentti tai kun tauti on uusiutunut kahdesti tai useammin solunsalpaajahoidon jälkeen.

Rixathon on tarkoitettu yhdessä CHOP-solunsalpaajahoidon (CHOP = syklofosfamidi, dokсорubisiini, vinkristiini, prednisoloni) kanssa aikuisille potilaille, joilla on CD20-positiivinen diffuusi suurisolainen non-Hodgkin-B-solulymfooma.

Rixathon on tarkoitettu yhdessä solunsalpaajahoidojen kanssa pediatriisille potilaille (iältään ≥ 6 kuukaudesta < 18-vuotiaisiin), joilla on aiemmin hoitamaton pitkälle edennyt CD20-positiivinen diffuusi suurisolainen B-solulymfooma (DLBCL), Burkittin lymfooma (BL) / Burkittin leukemia (kypsien B-solujen akuutti leukemia, BAL) tai Burkitt-tyyppinen lymfooma (BLL).

Krooninen lymfaattinen leukemia (KLL)

Rixathon on tarkoitettu yhdessä solunsalpaajahoidojen kanssa kroonisen lymfaattisen leukemian hoitoon aikaisemmin hoitamattomille potilaille ja potilaille, joilla on uusiutunut tai refraktorinen tauti. Tietoa tehosta ja turvallisuudesta on rajallisesti saatavilla potilailla, joita on aikaisemmin hoidettu monoklonaalisilla vasta-aineilla mukaan lukien rituksimabi, tai potilaista, joiden tauti ei ole reagoinut aiempaan rituksimabi- ja solunsalpaajahoitoon.

Ks. lisätietoja kohdasta 5.1.

Nivelreuma

Rixathon on tarkoitettu yhdessä metotreksaatin kanssa aikuispotilaiden vaikean aktiivisen nivelreuman hoitoon, kun muilla tautiprosessia hidastavilla reumalääkkeillä (DMARD), joihin on sisältynyt yksi tai useampi tuumorinekroositekijän (TNF) estäjä, ei ole saatu riittävää hoitovastetta, tai potilas ei siedä niitä.

Rituksimabin on osoitettu yhdessä metotreksaatin kanssa vähentävän nivelvaurion etenemistä röntgenkuvista mitattuna ja parantavan fyysistä toimintakykyä.

Granulomatoottinen polyangiitti (GPA) ja mikroskooppinen polyangiitti (MPA)

Rixathon on tarkoitettu yhdessä glukokortikoidien kanssa aikuispotilaiden vaikean aktiivisen granulomatoottisen polyangiitin (aiemmin Wegenerin granulomatoosi) ja mikroskooppisen polyangiitin hoitoon.

Rixathon on tarkoitettu yhdessä glukokortikoidien kanssa pediatristen potilaiden (≥ 2 vuoden – < 18 vuoden ikäisten) vaikean aktiivisen granulomatoottisen polyangiitin (GPA) (aiemmin Wegenerin granulomatoosi) ja mikroskooppisen polyangiitin (MPA) remission induktioon.

Tavallinen pemfigus (pemphigus vulgaris, PV)

Rixathon on tarkoitettu keskivaikean tai vaikean tavallisen pemfiguksen hoitoon.

4.2 Annostus ja antotapa

Rixathon on annettava kokeneen terveydenhuollon ammattilaisen valvonnassa sellaisessa hoitopaikassa, jossa kaikki potilaan elvyttämiseen tarvittavat välineet ovat välittömästi saatavilla (ks. kohta 4.4).

Esilääkitys ja estohoito

Esilääkitys antipyreettisellä lääkkeellä ja antihistamiinilla, esim. parasetamolilla ja difenhydramiinilla, pitää antaa ennen jokaista Rixathon-infuusiota.

Non-Hodgkin-lymfoomaa ja kroonista lymfaattista leukemiaa sairastaville aikuispotilaille pitää harkita esilääkitystä glukokortikoideilla, ellei Rixathonia anneta yhdessä glukokortikoideja sisältävien solunsalpaajahoitoyhdistelmien kanssa.

Non-Hodgkin-lymfoomaa ja kroonista lymfaattista leukemiaa sairastaville aikuispotilaille, joille annetaan Rixathonia 90 minuutin infuusionopeudella, pitää harkita esilääkitystä glukokortikoideilla, ellei Rixathonia anneta yhdessä glukokortikoideja sisältävien solunsalpaajahoito yhdistelmien kanssa.

Non Hodgkin-lymfoomaa sairastaville pediatriksille potilaille pitää antaa esilääkityksenä parasetamolia ja H1-antihistamiinia (= difenhydramiinia tai vastaavaa) 30–60 minuuttia ennen Rixathon-infuusion aloittamista. Lisäksi annetaan prednisonia taulukon 1 mukaisesti.

Tuumorilyysisyndrooman riskin vähentämiseksi on suositeltavaa, että kroonista lymfaattista leukemiaa sairastaville potilaille annetaan 48 tuntia ennen hoidon aloittamista estolääkitystä, johon kuuluu riittävä hydraatio ja veren virtsahappopitoisuutta tasapainottava lääkytys. Kroonista lymfaattista leukemiaa sairastaville potilaille, joiden lymfosyyttien kokonaismäärä on $> 25 \times 10^9/l$, on suositeltavaa antaa 100 mg prednisonia/prednisolonia laskimoon juuri ennen Rixathon-infuusiota akuuttien infuusioreaktioiden ja/tai sytokiinioireyhtymän vähentämiseksi ja lievittämiseksi.

Nivelreumapotilaille, granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia tai tavallista pemfigusta sairastaville potilaille pitää antaa esilääkityksenä 100 mg metyyliiprednisolonia laskimoon 30 minuuttia ennen kunkin Rixathon-infuusion aloittamista vähentämään infuusion liittyvien reaktioiden määrää ja vaikeusastetta.

Granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastaville aikuispotilaille suositellaan annettavaksi metyyliiprednisolonia 1000 mg:n vuorokausiannoksina 1–3 vuorokauden ajan laskimoon (viimeinen metyyliiprednisoloniannos voidaan antaa samana päivänä, jona ensimmäinen Rixathon-infuusio annetaan) ennen ensimmäistä Rixathon-infuusiota. Tämän jälkeen Rixathon-hoidon aikana ja sen 4 viikon induktiojakson jälkeen annetaan suun kautta prednisonia 1 mg/kg/vrk (enintään 80 mg/vrk, jota pienennetään mahdollisimman nopeasti kliinisen tarpeen mukaan).

Granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia tai tavallista pemfigusta sairastaville aikuispotilaille suositellaan Rixathon-hoidon aikana ja sen jälkeen annettavaksi *Pneumocystis jirovecii* -pneumonian (PJP) estohoitoa tarpeen mukaan paikallisen kliinisen hoitokäytännön mukaisesti.

Pediatriiset potilaat

Granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastaville pediatriksille potilaille pitää ennen ensimmäistä laskimonsisäistä Rixathon-infuusiota antaa vaikea-asteisen vaskuliitin oireiden hoitoon metyyliiprednisolonia laskimonsisäisesti kolme vuorokausiannosta 30 mg/kg/vrk (enintään 1 g/vrk). Metyyliiprednisolonin laskimonsisäisiä lisäannoksia voidaan antaa ennen ensimmäistä Rixathon-infuusiota enintään kolme vuorokausiannosta 30 mg/kg.

Laskimonsisäisesti annetun metyyliiprednisolonin jälkeen potilaille pitää lisäksi antaa suun kautta prednisonia annoksella 1 mg/kg/vrk (enintään 60 mg/vrk). Annosta pienennetään mahdollisimman nopeasti kliinisen tarpeen mukaan (ks. kohta 5.1).

Granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastaville pediatriksille potilaille suositellaan Rixathon-hoidon aikana ja sen jälkeen annettavaksi *Pneumocystis jirovecii* -pneumonian (PJP) estohoitoa tarpeen mukaan.

Annostus

On tärkeää tarkistaa lääkevalmisteen etiketistä, että potilaalle annetaan lääkemääräyksen mukaista lääkemuotoa.

Non-Hodgkin-lymfooma (NHL)

Folikulaarinen non-Hodgkin-lymfooma

Yhdistelmähoito

Rixathonin suositeltu aloitusannos solunsalpaajahoidon kanssa folikulaarista lymfoomaa sairastaville aikaisemmin hoitamattomille potilaille tai potilaille, joilla on uusiutunut tai refraktorinen tauti, on 375 mg/m² jokaisessa syklissä, enintään 8 syklin ajan.

Rixathon tulisi antaa jokaisen solunsalpaajasyklin ensimmäisenä päivänä solunsalpaajahoittoon mahdollisesti kuuluvan glukokortikoidin i.v.-annon jälkeen.

Ylläpitohoito

- Aiemmin hoitamaton folikulaarinen lymfooma

Ylläpitoehdossa Rixathonin suositeltu annos potilaille, joilla on aiemmin hoitamaton folikulaarinen lymfooma ja jotka ovat saaneet vasteen induktiohoitoon, on 375 mg/m² joka toinen kuukausi (alkaen kaksi kuukautta induktiohoidon viimeisen annoksen jälkeen), kunnes tauti etenee tai pisimmillään 2 vuoden ajan (yhteensä 12 infuusiota).

- Uusiutunut/refraktorinen folikulaarinen lymfooma

Ylläpitoehdossa Rixathonin suositeltu annos potilaille, joilla on uusiutunut tai refraktorinen tauti ja jotka ovat saaneet vasteen induktiohoitoon, on 375 mg/m² joka 3. kuukausi (alkaen kolme kuukautta induktiohoidon viimeisen annoksen jälkeen), kunnes tauti etenee tai pisimmillään 2 vuoden ajan (yhteensä 8 infuusiota).

Monoterapia

- Uusiutunut/refraktorinen folikulaarinen lymfooma

Monoterapiassa suositeltu Rixathon-annos aikuisille potilaille, joilla on III–IV levinneisyysasteen folikulaarinen lymfooma ja joiden tauti on solunsalpaajille resistentti tai uusiutunut kahdesti tai useammin solunsalpaajahoidon jälkeen, on 375 mg/m² annosteltuna laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa 4 viikon ajan.

Kun hoito uusitaan monoterapiassa potilaille, joilla on uusiutunut tai refraktorinen folikulaarinen lymfooma ja jotka ovat vastanneet aikaisemmin annetulle rituksimabimonoterapiahoitolle, suositusannos on 375 mg/m² annettuna laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa 4 viikon ajan (ks. kohta 5.1).

Aikuisten diffuusi suurisoluinen non-Hodgkin-B-solulymfooma

Rixathonia tulisi käyttää yhdessä CHOP-solunsalpaajahoidon kanssa. Suositeltu annostus on 375 mg/m² jokaisen kemoterapiasyklin ensimmäisenä päivänä 8 syklin ajan CHOP-hoittoon kuuluvan glukokortikoidin i.v.-infuusion jälkeen. Suurisoluisen non-Hodgkin-B-solulymfooman hoidossa rituksimabin turvallisuutta ja tehoa ei ole tutkittu yhdistelmäehdossa muiden solunsalpaajahoidojen kanssa.

Annoksen muuttaminen hoidon aikana

Rixathonin annosta ei suositella pienennettäväksi. Kun Rixathonia annetaan yhdistelmähoitona solunsalpaajien kanssa, solunsalpaajalääkkeiden yleisiä annosten pienentämistä koskevia ohjeita on noudatettava.

Krooninen lymfaattinen leukemia (KLL)

Rixathonin suositeltu annos solunsalpaajahoidon kanssa aikaisemmin hoitamattomille potilaille ja potilaille, joilla on uusiutunut tai refraktorinen tauti, on 375 mg/m² päivänä 0 ensimmäisessä hoitosyklissä. Sen jälkeen suositeltu annos on 500 mg/m² jokaisen seuraavan hoitosyklin ensimmäisenä päivänä, yhteensä 6 syklin ajan. Solunsalpaajahoido annetaan Rixathon-infuusion jälkeen.

Nivelreuma

Rixathon-hoitoa saaville potilaille on annettava Rixathon-potilaskortti jokaisen infuusion yhteydessä.

Rixathon-hoitojakso koostuu kahdesta 1000 mg:n laskimonsisäisestä infuusiosta. Suositeltu Rixathon-annos on 1000 mg infuusiona laskimoon ja sen jälkeen toinen 1000 mg:n laskimonsisäinen infuusio kahden viikon kuluttua.

Toistohoidon tarve tulisi arvioida 24 viikon kuluttua edellisestä hoitojaksosta. Toistohoito on annettava, jos tällöin todetaan taudin aktiivisuutta, muussa tapauksessa toistohoito annetaan kun taudin aktiivisuus palaa.

Saatavilla olevat tutkimustiedot viittaavat siihen, että kliininen vaste saavutetaan yleensä 16–24 viikon kuluessa ensimmäisestä hoitojaksosta. Hoidon jatkamista on harkittava huolellisesti uudelleen, jos potilaalla ei havaita näyttöä hoitovasteesta tämän ajan kuluessa.

Granulomatoottinen polyangiitti (GPA) ja mikroskooppinen polyangiitti (MPA)

Rixathon-hoitoa saaville potilaille on annettava Rixathon-potilaskortti jokaisen infuusion yhteydessä.

Remission induktio aikuisilla

Suosittelut Rixathon-annos aikuispotilaiden granulomatoottisen polyangiitin ja mikroskooppisen polyangiitin hoitoon remission induktiossa on 375 mg/m² kehon pinta-alan perusteella, joka annetaan infuusiona laskimoon kerran viikossa 4 viikon ajan (yhteensä neljä infuusiota).

Aikuisten ylläpitohoito

Rixathon-valmisteella indusoitua remissiota seuraava ylläpitohoito granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastaville aikuispotilaille aloitetaan aikaisintaan 16 viikon kuluttua viimeisen rituksimabi-infuusion jälkeen.

Muilla hoitokäytännön mukaisilla immunosuppressiivisilla valmisteilla indusoidun remission Rixathon-ylläpitohoito aloitetaan remission saavuttamisen jälkeisten 4 viikon aikana.

Rixathon pitää antaa kahtena 500 mg:n annoksena infuusiona laskimoon kahden viikon välein. Tämän jälkeen annetaan 500 mg:n annos infuusiona laskimoon 6 kuukauden välein. Rixathon-valmistetta pitää antaa vähintään 24 kuukauden ajan remission (ei sairauden oireita tai löydöksiä) saavuttamisen jälkeen. Jos potilaalla voi olla tavanomaista suurempi relapsin riski, lääkärin pitää harkita pidempää Rixathon-ylläpitohoitoa enimmillään 5 vuoteen saakka.

Tavallinen pemfigus (pemphigus vulgaris, PV)

Rixathon-hoitoa saaville potilaille on annettava jokaisen infuusion yhteydessä potilaskortti.

Suosittelut Rixathon-annos tavallisen pemfiguksen hoitoon on 1000 mg infuusiona laskimoon ja kahden viikon kuluttua toinen 1000 mg:n infuusio laskimoon yhdistelmänä glukokortikoidien kanssa, joiden annosta pienennetään vähitellen.

Ylläpitohoito

500 mg:n ylläpitoannos annetaan infuusiona laskimoon hoitokuukautena 12 ja 18, ja sen jälkeen 6 kuukauden välein tarvittaessa kliinisen arvion perusteella.

Relapsin hoito

Relapsin yhteydessä potilaalle voidaan antaa 1000 mg laskimoon. Terveystieteiden henkilöstön pitää myös harkita glukokortikoidihoidon aloittamista uudelleen tai annoksen suurentamista kliinisen arvion perusteella.

Seuraavat infuusiot voidaan antaa aikaisintaan 16 viikkoa edellisen infuusion jälkeen.

Erityisryhmät

Pediatriset potilaat

Non-Hodgkin-lymfooma (NHL)

Pediatrisille potilaille (iältään ≥ 6 kuukaudesta < 18 -vuotiaisiin), jotka sairastavat aiemmin hoitamattomalla pitkälle edennyt CD20-positiivista diffuusia suurisoluista B-solulymfoomaa, Burkittin lymfoomaa, Burkittin leukemiaa tai Burkitt-tyyppistä lymfoomaa, Rixathon-valmistetta pitää antaa yhdistelmänä systeemisen LMB (Lymphome Malin B) -solunsalpaajahoito-ohjelman kanssa (ks. taulukot 1 ja 2). Suositeltu Rixathon-annos on 375 mg/m^2 kehon pinta-alan perusteella infuusiona laskimoon. Rixathon-annosta ei tarvitse muuttaa muutoin kuin kehon pinta-alan perusteella.

Rituksimabin turvallisuutta ja tehoa ≥ 6 kuukauden – < 18 vuoden ikäisten pediatristen potilaiden hoidossa ei ole varmistettu muissa käyttöaiheissa kuin aiemmin hoitamattoman pitkälle edenneen CD20-positiivisen diffuusin suurisoluisen B-solulymfooman, Burkittin lymfooman, Burkittin leukemian ja Burkitt-tyyppisen lymfooman hoidossa. Tietoja on vain rajallisesti saatavilla alle 3-vuotiailla lapsipotilailla. Ks. lisätietoja kohdasta 5.1.

Rixathonia ei saa käyttää vastasyntyneiden ja < 6 kuukauden ikäisten pediatristen potilaiden CD20-positiivisen diffuusin suurisoluisen B-solulymfooman hoitoon (ks. kohta 5.1).

Taulukko 1 Rixathon-annostus pediatristen potilaiden non-Hodgkin-lymfooman hoidossa

| Hoitosykli | Hoitopäivä | Valmisteen antoa koskevat tiedot |
|---------------------------------|--|---|
| Esivaihe (COP) | Rituksimabia ei anneta | - |
| Induktiojakso 1 (COPADM1) | Päivä -2 (vastaa esivaiheen päivää 6) 1. rituksimabi-infuusio | 1. induktiojakson aikana annetaan prednisonia osana solunsalpaajahoitoa, ja se pitää antaa ennen rituksimabi-infuusiota. |
| | Päivä 1 2. rituksimabi-infuusio | Rituksimabi annetaan 48 tuntia ensimmäisen rituksimabi-infuusion jälkeen. |
| Induktiojakso 2 (COPADM2) | Päivä -2 3. rituksimabi-infuusio | 2. induktiojaksossa prednisonia ei anneta rituksimabi-infuusion annon aikana. |
| | Päivä 1 4. rituksimabi-infuusio | Rituksimabi annetaan 48 tuntia kolmannen rituksimabi-infuusion jälkeen. |
| Konsolidaatiojakso 1 (CYM/CYVE) | Päivä 1 5. rituksimabi-infuusio | Prednisonia ei anneta rituksimabi-infuusion annon aikana. |
| Konsolidaatiojakso 2 (CYM/CYVE) | Päivä 1 6. rituksimabi-infuusio | Prednisonia ei anneta rituksimabi-infuusion annon yhteydessä. |
| Ylläpitojakso 1 (M1) | 2. konsolidaatiojakson päivät 25–28 (CYVE) Rituksimabia ei anneta | Alkaa kun 2. konsolidaatiojakson (CYVE) jälkeen perifeeriseksi määriksi on korjautunut ANC $> 1,0 \times 10^9/l$ ja trombositit $> 100 \times 10^9/l$ |

| Hoitosykli | Hoitopäivä | Valmisteen antoa koskevat tiedot |
|---|---|----------------------------------|
| Ylläpitojakso 2 (M2) | 1. ylläpitojakson päivä 28 (M1) Rituksimabia ei anneta | - |
| ANC = absoluuttinen neutrofiilimäärä (Absolute Neutrophil Count); COP = syklofosfamidi, vinkristiini, prednisoni; COPADM = syklofosfamidi, vinkristiini, prednisoloni, doksorubisiini, metotreksaatti; CYM = sytarabiini (Aracytine, Ara-C), metotreksaatti; CYVE = sytarabiini (Aracytine, Ara-C), veposidi (VP16) | | |

Taulukko 2 Hoitosuunnitelma non-Hodgkin-lymfoomaa sairastaville pediatriisille potilaille: solunsalpaajahoitojen ja rituksimabin samanaikainen käyttö

| Hoitosuunnitelma | Potilaan taudin levinneisyysaste | Antoa koskevat tiedot |
|---|--|---|
| Ryhmä B | III levinneisyysaste sekä suuri LDH-pitoisuus (> N x 2), IV levinneisyysaste, ei levinnyt keskushermostoon | Esivaiheen jälkeen 4 jaksoa: 2 induktiojaksoa (COPADM) sekä HDMTX 3 g/m ² ja 2 konsolidaatiojaksoa (CYM) |
| Ryhmä C | Ryhmä C1: Burkittin leukemia ei levinnyt keskushermostoon, IV levinneisyysaste + Burkittin leukemia levinnyt keskushermostoon, mutta ei levinnyt aivo-selkäydinnesteeseen Ryhmä C3: Burkittin leukemia levinnyt aivo-selkäydinnesteeseen, IV levinneisyysaste levinnyt aivo-selkäydinnesteeseen | Esivaiheen jälkeen 6 jaksoa: 2 induktiojaksoa (COPADM) sekä HDMTX 8 g/m ² , 2 konsolidaatiojaksoa (CYVE) ja 2 ylläpitojaksoa (M1 ja M2) |
| Seuraava jakso pitää antaa heti, kun verisolumäärä on korjautunut ja potilaan tila sen sallii, lukuun ottamatta ylläpitojaksoja, jotka annetaan 28 päivän välein. | | |
| Burkittin leukemia = kypsien B-solujen akuutti leukemia; HDMTX = metotreksaatti suurina annoksina (High-dose Methotrexate); LDH = laktaattidehydrogenaasi (Lactic Acid Dehydrogenase) | | |

Granulomatoottinen polyangiitti (GPA) ja mikrokooppinen polyangiitti (MPA)

Remission induktio

Suosittelun Rixathon-annos pediatrien potilaiden vaikean, aktiivisen granulomatoottisen polyangiitin tai mikrokooppisen polyangiitin remission induktioon on 375 mg/m² kehon pinta-alan perusteella infuusiona laskimoon kerran viikossa 4 viikon ajan.

Rixathonin turvallisuutta ja tehoa ≥ 2 vuoden – < 18 vuoden ikäisten pediatrien potilaiden hoidossa ei ole varmistettu muissa käyttöaiheissa kuin vaikean, aktiivisen granulomatoottisen polyangiitin tai mikrokooppisen polyangiitin hoidossa.

Rixathonia ei pidä käyttää alle 2 vuoden ikäisten pediatrien potilaiden vaikean, aktiivisen granulomatoottisen polyangiitin tai mikrokooppisen polyangiitin hoitoon, koska näillä potilailla voi olla riittämätön immuunivaste niitä lapsuusiän rokotuksia vastaan, joilla pystytään estämään yleisiä lapsuusiän sairauksia (esim. tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko ja polio) (ks. kohta 5.1).

Iäkkäät

Annoksen muuttaminen ei ole tarpeen iäkkäitä (yli 65-vuotiaita) potilaita hoidettaessa.

Antotapa

Rixathon on tarkoitettu laskimonsisäiseen käyttöön. Laimennettu Rixathon-infusioneste on annettava erillisen laskimonsisäisen infuusiolinjan kautta. Laimennettuja infuusioliuoksia ei saa antaa laskimoon nopeina infuusioina eikä boluksina.

Potilaiden tilaa on seurattava huolellisesti mahdollisen sytokiinioireyhtymän ilmaantumisen varalta (ks. kohta 4.4). Infuusio on heti keskeytettävä potilailla, joilla ilmenee oireita vakavasta reaktiosta, etenkin jos esiintyy vakavaa hengenahdistusta, bronkospasmia tai hypoksiaa. Non-Hodgkin-lymfoomia sairastavia potilaita on tämän jälkeen tutkittava mahdollisen tuumorilyysisyndrooman varalta mm. laboratoriotestien sekä keuhkoinfiltraattien varalta keuhkojen röntgenkuvauksella. Seuraava koskee kaikkia potilaita: infuusiota ei saa jatkaa, ennen kuin kaikki oireet ovat hävinneet ja laboratoriotestien tulokset sekä keuhkoröntgenkuvat ovat normalisoituneet. Tällöin infuusiota voidaan jatkaa, mutta infuusionopeus saa olla enintään puolet edellisen infuusion nopeudesta. Jos samoja vakavia haittavaikutuksia taas ilmaantuu, on vakavasti ja tapauskohtaisesti harkittava lääkityksen lopettamista kokonaan.

Lievät tai keskivaikeat infuusion liittyvät oireet (kohta 4.8) yleensä vähenevät, kun infuusionopeutta hidastetaan. Kun oireet vähenevät, infuusionopeutta voidaan taas nostaa.

Ensimmäinen infuusio

Suosittelun aloitusnopeus on 50 mg/tunti. Ensimmäisten 30 minuutin jälkeen infuusionopeutta voidaan asteittain lisätä 50 mg/tunti joka 30. minuutti, korkeintaan nopeuteen 400 mg/tunti.

Seuraavat infuusiot

Kaikki käyttöaiheet

Seuraavat Rixathon-annokset voidaan aloittaa nopeudella 100 mg/tunti. Infuusionopeutta voidaan asteittain lisätä 100 mg/tunti joka 30. minuutti, korkeintaan nopeuteen 400 mg/tunti.

Pediatriset potilaat – non-Hodgkin-lymfooma

Ensimmäinen infuusio

Suosittelun aloitusnopeus on 0,5 mg/kg/tunti (korkeintaan 50 mg/tunti). Jos yliherkkyyttä tai infuusion liittyviä reaktioita ei ilmene, infuusionopeutta voidaan asteittain lisätä 0,5 mg/kg/tunti joka 30. minuutti, korkeintaan nopeuteen 400 mg/tunti.

Seuraavat infuusiot

Seuraavat Rixathon-annokset voidaan aloittaa nopeudella 1 mg/kg/tunti (korkeintaan 50 mg/tunti). Infuusionopeutta voidaan asteittain lisätä 1 mg/kg/tunti joka 30. minuutti, korkeintaan nopeuteen 400 mg/tunti.

Aikuispotilaat – ainoastaan non-Hodgkin-lymfooma ja krooninen lymfaattinen leukemia:

Jos potilaalle ei ole ilmaantunut infuusion liittyvää asteen 3 tai 4 haittatapahtumaa ensimmäisen syklin aikana, toisessa syklistä voidaan antaa 90 minuutin infuusio yhdessä glukokortikoideja sisältävän solunsalpaajahoidon kanssa. Infuusio aloitetaan antamalla 20 % kokonaisannoksesta ensimmäisten 30 minuutin aikana ja loput 80 % kokonaisannoksesta seuraavien 60 minuutin aikana. Jos potilas sietää 90 minuutin infuusion toisessa syklistä, myös jäljellä olevat hoitoannokset voidaan antaa tällä nopeudella (kuudennen tai kahdeksannen syklin loppuun saakka).

Potilaille, joilla on kliinisesti merkittävä sydän- ja verisuonitauti, kuten sydämen rytmihäiriöitä, tai joilla on esiintynyt vakavia infuusioreaktioita jonkin aiemmin annetun biologisen lääkehoidon tai rituksimabin yhteydessä, ei saa antaa nopeampaa infuusiota.

Ainoastaan nivelreuma

Seuraavien infuusioiden vaihtoehtoinen ja nopeampi antotapa

Jos potilaalle ei ole ilmaantunut vakavia infuusioon liittyviä reaktioita ensimmäisen tai sen jälkeen tavanomaisella antonopeudella annettujen 1000 mg:n Rixathon-infuusioiden yhteydessä, toinen ja sitä seuraavat infuusiot voidaan antaa nopeammin käyttämällä samaa pitoisuutta kuin aikaisemmissa infuusioissa (4 mg/ml 250 ml:n tilavuudessa). Infuusio aloitetaan nopeudella 250 mg/tunti ensimmäisen 30 minuutin ajan. Tämän jälkeen infuusionopeus nostetaan 600 mg:aan/tunti seuraavan 90 minuutin ajaksi. Jos potilas sietää nopeamman infuusion, myös seuraavat infuusiot voidaan antaa tällä nopeammalla antotavalla.

Potilaille, joilla on kliinisesti merkittävä sydän- ja verisuonitauti, kuten sydämen rytmihäiriöitä, tai joilla on esiintynyt vakavia infuusioreaktioita jonkin aiemmin annetun biologisen lääkehoidon tai rituksimabin yhteydessä, ei saa antaa nopeampaa infuusiota.

4.3 Vasta-aiheet

Vasta-aiheet non-Hodgkin-lymfoomassa (NHL) ja kroonisessa lymfaattisessa leukemiassa (KLL)

Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle, hiiren proteiineille tai kohdassa 6.1 mainituille apuaineille.

Aktiivinen vaikea infektio (ks. kohta 4.4).

Vaikeasti immuunipuutteiset potilaat.

Vasta-aiheet nivelreumassa, granulomatoottisessa polyangiitissa (GPA), mikroskooppisessa polyangiitissa (MPA) ja tavallisessa pemfiguksessa (PV)

Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle, hiiren proteiineille tai kohdassa 6.1 mainituille apuaineille.

Aktiivinen vaikea infektio (ks. kohta 4.4).

Vaikeasti immuunipuutteiset potilaat.

Vaikea sydämen vajaatoiminta (NYHA-luokka IV, NYHA = New York Heart Association) tai vaikea, kontrolloimaton sydänsairaus (muut kardiovaskulaariset taudit, ks. kohta 4.4).

4.4 Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet

Jäljitettävyys

Biologisten lääkevalmisteiden jäljitettävyyden parantamiseksi on annetun valmisteiden nimi ja eränumero dokumentoitava selkeästi.

Progressiivinen multifokaalinen leukoenkefalopatia (PML)

Kaikille Rixathon-hoitoa saaville nivelreumapotilaille, granulomatoottista polyangiittia, mikroskooppista polyangiittia tai tavallista pemfigusta sairastaville potilaille on annettava Rixathon-potilaskortti jokaisen infuusion yhteydessä (ks. Liite IIIA, myyntipäällysmarkinnat). Potilaskortti sisältää potilaille tärkeitä turvallisuustietoja, jotka liittyvät infektioiden, mukaan lukien progressiivisen multifokaalisen leukoenkefalopatian (PML), mahdollisesti kohonneeseen riskiin.

Hyvin harvinaisia fataaleja PML-tapauksia on raportoitu rituksimabin annostelun jälkeen. Potilaita on säännöllisin väliajoin seurattava kaikkien uusien tai pahenevien, mahdollisesti PML:ään viittaavien neurologisten oireiden ja merkkien varalta. Jos PML:ää epäillään, annostelu on keskeytettävä, kunnes PML on poissuljettu. Lääkärin tulee arvioida potilaan oireita selvittääkseen viittaavatko ne neurologiseen toimintahäiriöön, ja jos näin on, ovatko oireet mahdollisesti PML:ään viittaavia. Neurologin konsultaatiota on harkittava kliinisen tarpeen mukaan.

Jos PML:ää epäillään, lisätutkimuksia on harkittava. Tällaisia lisätutkimuksia ovat mm. MRI-kuvaus (mieluummin varjoaineella tehtynä), JC-viruksen DNA:n testaus aivo-selkäydinnesteestä CSF) ja toistuvat neurologiset arvioinnit.

Lääkärin on oltava erityisen valpas PML:ään viittaavissa oireissa, joita potilas ei ehkä itse havaitse (esim. kognitiiviset, neurologiset ja psykiatriset oireet). Potilaita tulee myös neuvoa kertomaan hoidostaan lähiomaisilleen, koska on mahdollista, että he huomaavat sellaisia oireita, joista potilas itse ei ole tietoinen.

Jos potilaalle kehitty PML, Rixathon-hoito on lopetettava pysyvästi.

Immuunivajausta ja PML:ää sairastavilla potilailla on havaittu immuunijärjestelmän toipumisen jälkeen tilanteen vakaantumista tai kohentumista. On edelleen epäselvää, voivatko PML:n varhainen havaitseminen ja rituksimabihoidon keskeyttäminen johtaa tilanteen samankaltaiseen vakaantumiseen tai kohentumiseen.

Non-Hodgkin-lymfooma (NHL) ja krooninen lymfaattinen leukemia (KLL)

Infuusioon liittyvät reaktiot

Rituksimabihoidon yhteydessä on esiintynyt infuusioon liittyneitä reaktioita, jotka saattavat liittyä sytokiinien ja/tai muiden kemiallisten välittäjäaineiden vapautumiseen. Sytokiinioireyhtymä ei välttämättä ole kliinisesti erotettavissa akuuteista yliherkkyysoireyhtymästä.

Tällaiset reaktiot, kuten sytokiinioireyhtymä, tuumorilyysisyndrooma sekä anafylaktiset ja yliherkkyysoireyhtymät, on kuvattu jäljempänä.

Rituksimabin laskimoon annettavan lääkemuodon käytössä on valmisteen markkinoilletulon jälkeen raportoitu vaikea-asteisia, kuolemaan johtaneita infuusioon liittyneitä reaktioita. Ne ovat ilmaantuneet 30 minuutista 2 tuntiin ensimmäisen laskimoon annettavan rituksimabi-infusion aloittamisen jälkeen. Näille reaktioille tyypillistä olivat keuhkotapahtumat ja joissakin tapauksissa nopea tuumorilyysi ja tuumorilyysisyndrooman piirteet sekä lisäksi kuume, vilunväristykset, kankeus, hypotensio, urtikaria, angioödeema ja muut oireet (ks. kohta 4.8).

Vakavaan sytokiinioireyhtymään kuuluu vaikea hengenahdistus, johon usein liittyy bronkospasmia ja hypoksiaa. Lisäksi esiintyy kuumetta, vilunväristyksiä, jäykkyyttä, urtikariaa ja angioödeemaa. Tähän reaktioon voi myös liittyä tuumorilyysisyndrooman oireita, kuten hyperurikemia, hyperkalemia, hypokalsemia, hyperfosfatemia, akuutti munuaisten vajaatoiminta, kohonnut LDH-arvo (laktaattidehydrogenaasi) ja lisäksi akuutti hengitystoiminnan pettäminen ja kuolema. Akuuttiin hengitystoiminnan pettämiseen voi liittyä esim. interstitielli keuhkoinfiltraatti tai ödeema, jotka näkyvät keuhkoröntgenkuvissa. Oireyhtymä ilmaantuu useimmiten kahden tunnin kuluessa ensimmäisen infusion aloittamisesta. Huonon lopputuloksen riski saattaa olla suurempi potilailla, joilla on/ollut keuhkojen vajaatoimintaa, sekä niillä, joilla on tuumori-infiltraatteja keuhkoissa. Näiden potilaiden hoidossa on siksi noudatettava erityistä varovaisuutta. Vakavan sytokiinioireyhtymän ilmaantuessa infusio on heti lopetettava (ks. kohta 4.2) ja potilaalle on annettava aggressiivista oireidenmukaista hoitoa. Kliinisten oireiden vähennyttä saattaa jälleen seurata niiden paheneminen, joten potilaiden tilaa on seurattava tarkoin, kunnes tuumorilyysisyndrooma ja keuhkoinfiltraatit ovat hävinneet tai on todettu, että niitä ei ole. Vakava sytokiinioireyhtymä on uusiutunut vain harvoissa tapauksissa, kun hoitoa on jatkettu kaikkien oireiden häviämisen jälkeen.

Jos potilaan kasvaintaakka on suuri tai verenkierrossa on paljon ($\geq 25 \times 10^9/l$) syöpäsoluja, kuten kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavilla potilailla, vakavan sytokiinioireyhtymän riski saattaa olla suurempi ja potilaan hoidossa on oltava äärimmäisen varovainen. Näitä potilaita hoidettaessa on noudatettava äärimmäistä varovaisuutta ja heitä on seurattava erityisen huolellisesti koko ensimmäisen infuusion ajan. Lääkärin on harkittava tavallista hitaamman infuusionopeuden käyttöä ensimmäisen infuusion ajan tai annoksen jakamista kahdelle päivälle ensimmäisen syklin aikana ja myös seuraavien syklien aikana, jos veren lymfosyyttimäärä yhä ylittää $25 \times 10^9/l$.

Erilaisia infuusioon liittyviä haittavaikutuksia on havaittu 77 %:lla rituksimabilla hoidetuista potilaista (muun muassa sytokiinioireyhtymä, johon liittyy hypotensiota ja bronkospasmia, ilmeni 10 %:lla potilaista) ks. kohta 4.8. Nämä oireet menevät yleensä ohi, kun rituksimabi-infuusio keskeytetään ja potilaalle annetaan antipyreettistä lääkettä, antihistamiinia sekä joskus tarvittaessa happea, fysiologista keittosuolaliuosta laskimonsisäisesti tai bronkodilataattoreita ja glukokortikoideja. Vakavien reaktioiden varalta, ks. edellä mainittu sytokiinioireyhtymä.

Anafylaktisia ja muita yliherkkyysoireyhtymiä on raportoitu proteiinien laskimonsisäisen annon yhteydessä. Toisin kuin sytokiiniinireaktion kohdalla, todelliset yliherkkyysoireyhtymät useimmiten ilmaantuvat muutamien minuuttien kuluessa infuusion aloittamisesta. Yliherkkyysoireyhtymien hoitamiseksi tarvittavia lääkkeitä eli adrenaliinia, antihistamiineja ja glukokortikoideja on oltava välittömästi saatavilla siltä varalta, että rituksimabihoiton aikana ilmaantuu allerginen reaktio. Anafylaktisen reaktion kliiniset oireet voivat vaikuttaa sytokiiniinireaktion kliinisiltä oireilta (kuvattu edellä). Yliherkkyyteen liittyviä oireita on raportoitu harvemmin kuin sytokiiniinireaktion oireita.

Muita yksittäisissä tapauksissa raportoituja infuusion liittyviä reaktioita ovat sydäninfarkti, eteisvärinä, pulmonaarinen ödeema ja akuutti ohimenevä trombosytopenia.

Koska rituksimabi-infuusion aikana saattaa esiintyä hypotensiota, on harkittava verenpainealäkkityksestä pidättäytymistä 12 tuntia ennen infuusion antamista.

Sydänvaivat

Rasitusrintakivun oireita, sydämen rytmihäiriöitä, kuten eteislepatusta ja eteisvärinää, sydämen vajaatoimintaa ja/tai sydäninfarkteja on esiintynyt rituksimabilla hoidetuilla potilailla. Potilaita, joilla aikaisemmin on ollut jokin sydänsairaus ja/tai joille on annettu kardiotoksista kemoterapiaa, on siksi seurattava huolellisesti.

Hematologinen toksisuus

Vaikka rituksimabi ei ole myelosuppressiivinen monoterapiassa, varovaisuutta on noudatettava harkittaessa rituksimabihoitoa potilaille, joilla neutrofiilien määrä on $< 1,5 \times 10^9/l$ ja/tai trombosyyttien määrä $< 75 \times 10^9/l$, sillä tästä potilasryhmästä kliinistä kokemusta on vain rajoitetusti. Rituksimabia on annettu 21:lle autologisen luuydinsiirron saaneelle potilaalle ja muille sellaisiin riskiryhmiin kuuluville potilaille, joiden luuytimen toiminnan voitiin olettaa olevan heikentynyt. Kummassakaan edellä mainitussa potilasryhmässä ei esiintynyt myelotoksisuutta.

Rixathon-hoidon aikana on otettava täydellinen verenkuva mukaan lukien neutrofiili- ja trombosyyttimäärät.

Infektiot

Vakavia infektioita, myös kuolemantapauksia, saattaa esiintyä rituksimabihoiton aikana (ks. kohta 4.8). Rixathonia ei pidä antaa potilaille, joilla on aktiivinen vaikea infektio (esim. tuberkuloosi, sepsis ja opportunistisia infektioita, ks. kohta 4.3).

Rixathon-hoitoa harkittaessa on noudatettava varovaisuutta, jos potilaalla on anamneesissa uusiutuvia tai kroonisia infektioita tai perussairaus, joka saattaa lisätä alttiutta vakavalle infektiolle (ks. kohta 4.8).

Rituksimabia saaneilla potilailla on raportoitu hepatiitti B -viruksen uudelleen aktivoitumista mukaan lukien fataalia fulminanttia maksatulehdusta. Suurin osa näistä potilaista oli altistunut myös

sytotoksiselle solunsalpaajahoidolle. Yhdestä tutkimuksesta saatu rajallinen tieto viittaa siihen, että uusiutunutta tai refraktorista kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavilla potilailla rituksimabihoito saattaa pahentaa myös primaarista B-hepatiitti-infektiota. Kaikille potilaille pitää tehdä hepatiitti B -viruksen (HBV) seulonta ennen Rixathon-hoidon aloittamista. Minimissään tähän on sisällytettävä HBsAg- ja HBcAb- status. Seulontaa voidaan täydentää muilla sopivilla markkereilla paikallisten ohjeistojen mukaan. Jos potilaalla on aktiivinen hepatiitti B -infektio, hänelle ei saa antaa Rixathon-hoitoa. Jos potilaan serologia todetaan HBV-positiiviseksi (joko HBsAg tai HBcAb), maksasairauksiin erikoistunutta lääkäriä pitää konsultoida ennen hoidon aloittamista, ja potilasta pitää seurata ja hoitaa paikallisten hoitokäytäntöjen mukaisesti hepatiitti B -viruksen uudelleen aktivoitumisen estämiseksi.

Myyntiluvan myöntämisen jälkeen on hyvin harvoin raportoitu progressiivista multifokaalista enkefalopatiaa (PML), kun rituksimabia on käytetty non-Hodgkin-lymfooman (NHL) ja kroonisen lymfaattisen leukemian (KLL) hoitoon (ks. kohta 4.8). Suurin osa potilaista oli saanut rituksimabia solunsalpaajahoidon tai hematopoieettisen kantasolusiirteen yhteydessä. Enteroviraalista meningoencefaliittia, myös fataalia, on raportoitu rituksimabi-annostelun jälkeen.

Infektioita koskeva virheellinen negatiivinen serologinen testitulos
Koska serologiset testit voivat antaa virheellisiä negatiivisia tuloksia, vaihtoehtoisia diagnosointityökaluja on harkittava potilaille, joilla on harvinaiseen infektiotautiin viittaavia oireita, kuten Länsi-Niilin virusinfektio tai neuroborreliosisi.

Rokotukset

Eläviä viruksia sisältävien rokotteiden turvallisuutta ei ole tutkittu rituksimabihoiton jälkeen non-Hodgkin-lymfoomaa eikä kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavilla potilailla. Rokottamista elävillä virusrokotteilla ei suositella. Rixathon-hoitoa saaville potilaille voidaan antaa inaktivoituja mikrobeja sisältäviä rokotteita. Hoitovaste inaktivoituille rokotteille saattaa kuitenkin olla alentunut. Ei-satunnaistetussa tutkimuksessa rokotteiden vasteita verrattiin aikuisilla potilailla, jotka saivat rituksimabimonoterapiaa uusiutuneeseen matala-asteiseen non-Hodgkin-lymfoomaan, ja terveillä vapaaehtoisilla henkilöillä. Vaste tetanus tehosterokotukselle oli heikompi rituksimabiryhmässä (16 %) kuin verrokkiryhmässä (81 %). Myös vaste Keyhole Limpet haemocyan (KLH) -neoantigeenille oli heikompi rituksimabiryhmässä (4 %) verrattuna verrokkiryhmään (76 %). Molemmissa tapauksissa vasteeksi arvioitiin yli 2-kertainen lisäys vasta-ainetitterissä. Kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavilla potilailla samantapaisia tuloksia on odotettavissa näiden kahden taudin samankaltaisuuden vuoksi, mutta asiaa ei ole varmistettu kliinisillä tutkimuksilla.

Keskimääräiset hoitoa edeltäneet vasta-ainetitterit lukuisia antigeeneja vastaan (pneumokokki, influenssa A, sikotauti, vihurirokko, vesirokko) säilyivät vähintään 6 kuukautta rituksimabihoiton jälkeen.

Ihoreaktiot

Vaikea-asteisia ihoreaktioita, kuten toksista epidermaalista nekrolyysiä (Lyellin oireyhtymä) ja Stevens–Johnsonin oireyhtymää, jotka toisinaan johtivat potilaan kuolemaan, on raportoitu (ks. kohta 4.8). Tällaisen tapahtuman ilmaantuessa, johon liittyy epäilty syy-yhteys rituksimabiin, hoito on lopetettava.

Pediatriset potilaat

Tietoja on vain rajallisesti saatavilla alle 3-vuotiailla lapsipotilailla. Ks. lisätietoja kohdasta 5.1.

Nivelreuma, granulomatoottinen polyangiitti (GPA), mikroskooppinen polyangiitti (MPA) ja tavallinen pemfigus (PV)

Nivelreumapotilaat, joita ei ole aiemmin hoidettu metotreksaatilla

Rituksimabia ei suositella potilaille, joita ei ole aiemmin hoidettu metotreksaatilla (MTX), koska suotuisaa hyöty-riski-suhdetta ei ole osoitettu.

Infuusioon liittyvät reaktiot

Rituksimabi voi aiheuttaa infuusioon liittyviä reaktioita, jotka voivat liittyä sytokiinien ja/tai muiden kemiallisten välittäjäaineiden vapautumiseen.

Kuolemaan johtaneita vaikeita infuusioon liittyviä reaktioita on raportoitu nivelreumapotilailla myyntiluvan myöntämisen jälkeisessä seurannassa. Suurin osa kliinisissä tutkimuksissa nivelreumapotilailla raportoiduista infuusioon liittyvistä tapahtumista oli vaikeusasteeltaan lieviä tai kohtalaisia. Yleisimpiin oireisiin kuuluivat allergiset reaktiot, kuten päänsärky, kutina, kurkun ärsytys, punoitus, ihottuma, urtikaria, hypertensio ja kuume. Infuusioon liittyviä reaktioita saavien potilaiden osuus oli yleensä suurempi ensimmäisen infuusion jälkeen kuin minkä tahansa hoitojakson toisen infuusion jälkeen. Infuusioon liittyvien reaktioiden ilmaantuvuus laski myöhempien infusioiden yhteydessä (ks. kohta 4.8). Raportoidut reaktiot korjautuivat yleensä, kun rituksimabin infuusionopeutta pienennettiin tai infuusio keskeytettiin ja potilaalle annettiin kuumelääkettä, antihistamiinia sekä joissakin tapauksissa tarvittaessa happea, natriumkloridi 9 mg/ml (0,9 %) -injektioliuosta laskimonsisäisesti tai bronkodilataattoreita ja glukokortikoideja. Sydänpotilaita ja kardiopulmonaalisia haittavaikutuksia aiemmin saaneita potilaita on tarkkailtava huolellisesti. Infuusioon liittyvän reaktion vaikeusasteesta ja tarvittavista interventioista riippuen Rixathon-infuusio keskeytetään tai lopetetaan kokonaan. Infuusio voidaan useimmiten aloittaa uudelleen 50 % pienemmällä nopeudella (esim. nopeus lasketaan 100 mg:sta 50 mg:aan tunnissa), kun oireet ovat kokonaan hävinneet.

Yliherkkyyksireaktion hoitamiseksi tarvittavia lääkkeitä, esim. epinefriinia (adrenaliinia), antihistamiineja ja glukokortikoideja, on oltava välittömästi saatavilla siltä varalta, että allerginen reaktio ilmaantuu Rixathon-hoidon aikana.

Rituksimabihoidon turvallisuudesta ei ole tutkimustietoa kohtalaista sydämen vajaatoimintaa (NYHA-luokka III) tai vaikeaa, kontrolloimatonta sydänsairautta sairastavien potilaiden hoidossa. rituksimabihoitoa saaneilla potilailla on todettu olemassa olevien iskeemisten sydänsairauksien, kuten angina pectoriksen, oireita sekä eteisvärinää ja eteislepatusta. Sydänpotilailla ja kardiopulmonaalisia haittavaikutuksia aiemmin saaneilla potilailla infuusioreaktioista johtuvien kardiovaskulaaristen komplikaatioiden riski on otettava huomioon ennen Rixathon-hoidon aloittamista, ja näiden potilaiden tilaa on seurattava tarkoin lääkkeen annon aikana. Koska rituksimabi-infuusion aikana saattaa esiintyä hypotensiota, on harkittava verenpainelääkityksestä pidättäytymistä 12 tuntia ennen Rixathon-infuusion antamista.

Kliinisissä tutkimuksissa ja valmisteen markkinoille tulon jälkeen havaitut infuusioon liittyneet reaktiot olivat yhdenmukaisia granulomatoottista polyangiittia, mikroskooppista polyangiittia tai tavallista pemfigusta sairastavilla potilailla ja nivelreumapotilailla (ks. kohta 4.8).

Sydänvaivat

Rasitusrintakivun oireita, sydämen rytmihäiriöitä, kuten eteislepatusta ja eteisvärinää, sydämen vajaatoimintaa ja/tai sydäninfarkteja on esiintynyt rituksimabilla hoidetuilla potilailla. Potilaita, joilla aikaisemmin on ollut jokin sydänsairaus on siksi seurattava huolellisesti (ks. yllä, Infuusioon liittyvät reaktiot).

Infektiot

Rituksimabihoitoa saavilla potilailla saattaa olla kohonnut riski sairastua infektioihin, mikä johtuu sekä rituksimabin vaikutusmekanismista että B-solujen tärkeästä roolista normaalin immuunivasteen ylläpitämisessä (ks. kohta 5.1). Vakavia infektioita, myös kuolemantapauksia, saattaa esiintyä rituksimabihoidon aikana (ks. kohta 4.8). Rixathonia ei pidä antaa potilaille, joilla on aktiivinen ja/tai vakava infektio (esim. tuberkuloosi, sepsis ja opportunistisia infektioita, ks. kohta 4.3) eikä potilaille, joilla on vaikea immuunivajavuus (esim. jos CD4- tai CD8-pitoisuus on hyvin alhainen). Rituksimabihoitoa harkittaessa on noudatettava varovaisuutta, jos potilaalla on anamneesissa uusiutuvia tai kroonisia infektioita tai perussairaus, joka saattaa lisätä alttiutta vakavalle infektiolle esim. hypogammaglobulinemia (ks. kohta 4.8). Immunoglobuliinitasojen määrittämistä suositellaan ennen Rixathon-hoidon aloittamista.

Jos Rixathon-hoidon jälkeen ilmaantuu infekioon viittaavia merkkejä tai oireita, potilas on tutkittava viipymättä ja aloitettava asianmukainen hoito. Ennen seuraavan Rixathon-hoitojakson antamista potilaan tila on arvioitava uudelleen mahdollisen infektioriskin suhteen.

Hyvin harvinaisia fataaleja PML-tapauksia (progressiivinen multifokaalinen leukoenkefalopatia) on raportoitu rituksimabiannostelun jälkeen nivelreuman ja autoimmuunisairauksien hoidossa, mukaan lukien systeeminen lupus erythematosus (SLE) ja vaskuliitti.

Enteroviraalista meningoencefaliittia, myös fataalia, on raportoitu rituksimabi-annostelun jälkeen.

Infektioita koskeva virheellinen negatiivinen serologinen testitulos

Koska serologiset testit voivat antaa virheellisiä negatiivisia tuloksia, vaihtoehtoisia diagnosointityökaluja on harkittava potilaille, joilla on harvinaiseen infektio-tilaan viittaavia oireita, kuten Länsi-Niilin virusinfektio tai neuroborreliosi.

B-hepatiitti-infektiot

B-hepatiitin uudelleen aktivoitumista, myös kuolemaan johtaneita tapauksia, on raportoitu rituksimabia saaneilla nivelreumaa, granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavilla potilailla.

Kaikille potilaille pitää tehdä hepatiitti B -viruksen (HBV) seulonta ennen Rixathon-hoidon aloittamista. Minimissään tähän on sisällytettävä HBsAg- ja HBcAb- status. Seulontaa voidaan täydentää muilla sopivilla markkereilla paikallisten ohjeistojen mukaan. Jos potilaalla on aktiivinen hepatiitti B -infektio, hänelle ei saa antaa rituksimabihoitoa. Jos potilaan serologia todetaan HBV-positiiviseksi (joko HBsAg tai HBcAb), maksasairauksiin erikoistunutta lääkäriä pitää konsultoida ennen hoidon aloittamista, ja potilasta pitää seurata ja hoitaa paikallisten hoitokäytäntöjen mukaisesti hepatiitti B -viruksen uudelleen aktivoitumisen estämiseksi.

Viivästynyt neutropenia

Veren neutrofiilitasot tulee määrittää ennen jokaista Rixathon-infuusiota ja säännöllisin välein kuuden kuukauden ajan hoidon päättymisestä sekä tapauksissa, joissa infekioon viittaavia oireita ilmenee (ks. kohta 4.8).

Ihoreaktiot

Vaikea-asteisia ihoreaktioita, kuten toksista epidermaalista nekrolyysiä (Lyellin oireyhtymä) ja Stevens–Johnsonin oireyhtymää, jotka toisinaan johtivat potilaan kuolemaan, on raportoitu (ks. kohta 4.8). Tällaisen tapahtuman ilmaantuessa, johon liittyy epäilty syy-yhteys Rixathoniin, hoito on lopetettava.

Rokotukset

Ennen Rixathon-hoidon aloittamista lääkärin pitää tarkistaa potilaan rokotusstatus, ja potilaan pitää saattaa kaikki rokotuksensa ajan tasalle voimassa olevan rokotusohjeistuksen mukaisesti, jos mahdollista. Viimeiset rokotukset on annettava vähintään 4 viikkoa ennen ensimmäistä Rixathon-infuusiota.

Eläviä viruksia sisältävien rokotteiden turvallisuutta ei ole tutkittu rituksimabihoitoon jälkeen. Siksi rokottamista elävillä virusrokotteilla ei suositella potilaille, joita hoidetaan Rixathonilla tai joilla on matala perifeerinen B-solunäärä.

Rixathon-hoitoa saavat potilaat voidaan rokottaa inaktivoituilla rokotteilla. Hoitovaste inaktivoituille rokotteille saattaa kuitenkin olla alentunut. Satunnaistetussa tutkimuksessa nivelreumapotilailla havaittiin, että vaste tetanus-tehosterokotukselle oli vastaava rituksimabilla ja metotreksaattilla hoidetuilla potilailla (39 %) kuin pelkkää metotreksaattia saavilla potilailla (42 %). Kuusi kuukautta rituksimabihoitoon jälkeen annetuille pneumokokki-polysakkaridirokotteelle ja KLH neoantigeenille vasteet olivat alentuneet rituksimabia ja metotreksaattia saavien ryhmässä verrattuna pelkkää metotreksaattia saavien ryhmään. rituksimabia ja metotreksaattia saavilla vaste polysakkaridirokotteelle oli 43 % (ainakin kahdelle pneumokokki vasta-aineen serotyypille) ja pelkkää

metotreksaattia saavilla 82 %. Vasteet KLH neoantigeenille olivat 47 % ja 93 %. Jos inaktivoidut rokotteet ovat tarpeellisia rituksimabihoidon aikana, rokotukset on annettava vähintään 4 viikkoa ennen seuraavaa rituksimabi-infuusiota.

Kokemukset yhden vuoden aikana nivelreumapotilaille annetuista rituksimabin toistohoidoista osoittivat, että potilaita, joilla oli positiivisia vasta-ainetittereitä pneumokokkia, influenssaa, sikotautia, vihurirokkoa, vesirokkoa ja tetanustoksoidia vastaan, oli yleisesti saman verran kuin hoidon alussa.

Nivelreumapotilaille samanaikaisesti/myöhemmin annettu DMARD-lääkitys

Rixathonin ja muiden antireumaattisten lääkkeiden samanaikaista käyttöä ei suositella (lukuun ottamatta kohdissa ”Käyttöaiheet” ja ”Annostus” mainittuja nivelreumalääkkeitä).

Kliinisistä tutkimuksista ei ole riittävästi tietoa, jotta voitaisiin täysin arvioida rituksimabihoidon jälkeen annettujen muiden tautiprosessia hidastavien reumalääkkeiden (DMARD), mukaan lukien TNF-estäjien ja muiden biologisten valmisteiden turvallisuutta (ks. kohta 4.5). Saatavilla oleva tieto viittaa siihen, että kliinisesti merkittävien infektioiden määrä pysyy muuttumattomana annettaessa tällaista hoitoa aikaisemmin rituksimabia saaneille potilaille. Potilaita on kuitenkin seurattava tarkasti infektiioon viittaavien merkkien varalta, jos biologisia ja/tai tautiprosessia hidastavia reumalääkkeitä (DMARD) käytetään rituksimabihoidon jälkeen.

Maligniteetit

Immuunivasteen muuntajat voivat lisätä maligniteettien riskiä. Saatavilla olevat tiedot eivät kuitenkaan viittaa siihen, että rituksimabin käyttö autoimmuunisairauksien hoidossa lisäisi maligniteettien riskiä verrattuna jo olemassa olevaan autoimmuuniperussairauksiin liittyvään maligniteettien riskiin.

Apuaineet

Tämä lääkevalmiste sisältää 2,3 mmol (eli 52,6 mg) natriumia per 10 ml:n injektio-pullo ja 11,5 mmol (eli 263,2 mg) natriumia per 50 ml:n injektio-pullo, joka vastaa 2,6 % (10 ml:n injektio-pullo) ja 13,2 % (50 ml:n injektio-pullo) WHO:n suosittelemasta natriumin 2 g:n päivittäisestä enimmäissaannista aikuisille.

4.5 Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset

Tällä hetkellä rituksimabin ja muiden lääkeaineiden mahdollisista interaktioista on rajallisesti tietoa.

KLL-potilailla samanaikainen rituksimabihoito ei näyttänyt vaikuttavan fludarabiinin tai syklofosfamidin farmakokinetiikkaan. Hoito fludarabiinilla ja syklofosfamidilla ei myöskään aiheuttanut selvää vaikutusta rituksimabin farmakokinetiikkaan.

Samanaikainen metotreksaattihoito ei vaikuttanut rituksimabin farmakokinetiikkaan nivelreumapotilailla.

Potilaat, joilla on humaanin vasta-aineita hiiren proteiineille (HAMA) tai lääkevasta-aineita (ADA), saattavat saada allergisia reaktioita tai yliherkkyysoireita, kun heille annetaan diagnostista tai terapeuttista monoklonaalista vasta-ainetta.

283 nivelreumapotilasta sai jatkohoitoa biologisella DMARDilla rituksimabihoidon jälkeen. Näillä potilailla kliinisesti merkittävien infektioiden määrä oli 6,01 tapausta 100 potilasvuotta kohden, kun potilaat saivat pelkkää rituksimabia ja 4,97 tapausta 100 potilasvuotta kohden, kun potilaat saivat jatkohoitoa biologisella DMARDilla.

4.6 Hedelmällisyys, raskaus ja imetys

Ehkäisy miehille ja naisille

Rituksimabin retentioajan tiedetään olevan pitkä potilailla, joilla on vähän B-soluja. Hedelmällisessä iässä olevien naisten on siksi huolehdittava raskauden tehokkaasta ehkäisystä Rixathon-hoidon aikana ja 12 kuukautta Rixathon-hoidon päättymisen jälkeen.

Raskaus

IgG-immunoglobuliinien tiedetään läpäisevän istukan.

Vastasyntyneiden lasten B-solupitoisuuksia raskaudenaikaisen rituksimabialtistuksen jälkeen ei ole tutkittu kliinisissä tutkimuksissa. Rituksimabin käytöstä raskauden aikana ei ole saatavilla riittävää, kontrolloitua kliinistä tutkimustietoa. B-solumäärän ohimenevää vähenemistä ja lymfosytopeniaa on kuitenkin jonkin verran raportoitu raskauden aikana rituksimabille altistuneiden naisten vastasyntyneillä vauvoilla. Eläinkokeissa on havaittu samankaltaisia vaikutuksia (ks. kohta 5.3). Siksi Rixathonia ei saa antaa raskaana oleville naisille, ellei hoidon mahdollista hyötyä arvioida suuremmaksi kuin mahdollista riskiä.

Imetys

Vähäiset tiedot rituksimabin erittymisestä rintamaitoon viittavat siihen, että rituksimabin pitoisuudet rintamaidossa ovat hyvin pienet (lapsen saama suhteellinen annos alle 0,4 %). Muutamien rintaruokittujen vauvojen jatkoseurannassa huomattiin normaalia kasvua ja kehitystä 2 ikävuoteen asti. Koska nämä tiedot ovat rajalliset ja pitkäaikaisen käytön vaikutukset rintaruokittuihin vauvoihin ovat edelleen tuntemattomia, imettämistä ei suositella rituksimabihoidon aikana eikä mieluiten 6 kuukauteen rituksimabihoidon päättymisen jälkeen.

Hedelmällisyys

Eläinkokeissa ei ole havaittu haitallisia vaikutuksia lisääntymiselimiin.

4.7 Vaikutus ajokykyyn ja koneidenkäyttökykyyn

Tutkimuksia rituksimabin vaikutuksesta ajokykyyn tai koneidenkäyttökykyyn ei ole tehty, vaikka farmakologinen vaikutus ja tähän mennessä raportoidut haittavaikutukset viittaavat siihen, että rituksimabilla ei ole haitallista vaikutusta ajokykyyn ja koneidenkäyttökykyyn.

4.8 Haittavaikutukset

Kokemukset aikuisten non-Hodgkin-lymfooman ja kroonisen lymfaattisen leukemian (KLL) hoidosta

Turvallisuusprofiilin yhteenveto

Rituksimabin yleinen turvallisuusprofiili non-Hodgkin-lymfooman ja kroonisen lymfaattisen leukemian hoidossa perustuu kliinisistä tutkimuksista ja markkinoille tulon jälkeen saatuihin kokemuksiin. Näitä potilaita oli hoidettu joko rituksimabimonoterapialla (induktiohoitona tai ylläpitohoitona induktiohoidon jälkeen) tai yhdistelmähoidolla solunsalpaajien kanssa.

Rituksimabilla hoidetuilla potilailla yleisimmin havaitut haittavaikutukset olivat infuusion liittyvät reaktiot, joita esiintyi suurimmalla osalla potilaista ensimmäisen rituksimabi-infuusion aikana. Infuusioreaktioiden esiintyvyys laskee huomattavasti seuraavien infuusioiden yhteydessä ja on vähäisempi kuin 1 % kahdeksannen rituksimabiannoksen jälkeen.

Infektiotapahtumia (lähinnä bakteeri- ja virusinfektioita) esiintyi kliinisissä tutkimuksissa noin 30–55 %:lla non-Hodgkin-lymfoomia sairastavista potilaista ja 30–50 %:lla kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavista potilaista.

Yleisimmin raportoidut tai havaitut vakavat haittavaikutukset olivat:

- Infuusioon liittyvät reaktiot (mukaan lukien sytokiini- ja tuumorilyysioireyhtymät), ks. kohta 4.4.
- Infektiot, ks. kohta 4.4.
- Kardiovaskulaariset tapahtumat, ks. kohta 4.4.

Muihin raportoituihin vakaviin haittavaikutuksiin kuuluvat B-hepatiitin uudelleen aktivoituminen ja progressiivinen multifokaalinen enkefalopatia (PML) (ks. kohta 4.4).

Haittavaikutustaulukko

Haittavaikutusten yleisyydet rituksimabimonoterapiassa tai yhdistelmähoidossa solunsalpaajien kanssa on koottu alla olevaan taulukkoon (taulukko 3). Esiintyvyys määritetään seuraavasti: hyvin yleinen ($\geq 1/10$), yleinen ($\geq 1/100$, $< 1/10$), melko harvinainen ($\geq 1/1\,000$, $< 1/100$), harvinainen ($\geq 1/10\,000$, $< 1/1\,000$), hyvin harvinainen ($< 1/10\,000$) ja tuntematon (koska saatavissa oleva tieto ei riitä esiintyvyyden arviointiin). Jokaisessa yleisyysluokassa haittavaikutukset on esitetty haittavaikutuksen vakavuuden mukaan alenevassa järjestyksessä.

Valmisteen markkinoille tulon jälkeen havaitut haittavaikutukset on listattu sarakkeessa ”Tuntematon”. Näiden haittavaikutusten esiintyvyyttä ei voida arvioida.

Taulukko 3 Kliinisissä tutkimuksissa tai markkinoille tulon jälkeen raportoidut haittavaikutukset non-Hodgkin-lymfoomia ja kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavilla potilailla, jotka saivat rituksimabia monoterapiassa/ylläpitohoitona tai yhdistettynä solunsalpaajiin

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Melko harvinainen | Harvinainen | Hyvin harvinainen | Tuntematon |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Infektiot | Bakteeri-infektio, virusinfektio, +keuhkoputkentulehdus | Verenmyrkytys, +keuhkokuume, +kuumeinen infektio, +herpes zoster, +hengitystieinfektio, sieni-infektiot, infektiot, joiden aiheuttaja tuntematon, +akuutti keuhkoputken tulehdus, +sivuontelotulehdus, B-hepatiitti ¹ | | Vakava virusinfektio ² , <i>pneumocystis jiroveci</i> -infektio | PML | Enteroviraalinen meningo-encefaliitti ^{2,3} |
| Veri ja imukudos | Neutropenia, leukopenia, +kuumeinen neutropenia, +trombosytopenia | Anemia, +pansytopenia, +granulosytopenia | Koagulaatiohäiriö, aplastinen anemia, hemolyyttinen anemia, lymfadenopatia | | Ohimenevä nousu seerumin IgM-tasoissa ⁴ | Viivästynyt neutropenia ⁴ |

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Melko harvinainen | Harvinainen | Hyvin harvinainen | Tunte-maton |
|---|--|---|---|--|--|---|
| Immuunijärjestelmä | Infuusioon liittyvät reaktiot ⁵ , angioödeema | Yliherkkyys | | Anafylaksia | Tuumorilyysi-syndrooma ⁵ , sytokiini-oireyhtymä ⁵ , seerumitauti | Infuusioon liittyvä akuutti palautuva trombo-sytopenia ⁵ |
| Aineenvaihdunta ja ravitsemus | | Hyperglykemia, painonlasku, perifeerinen ödeema, kasvoödeema, kohonnut LDH, hypokalsemia | | | | |
| Psyykkiset häiriöt | | | Depressio, hermostuneisuus | | | |
| Hermosto | | Parestesia, hypoestesia, agitaatio, unettomuus, vasodilataatio, huimaus, ahdistuneisuus | Dysgeusia | | Perifeerinen neuropatia, kasvohermo-halvaus ⁶ | Kraniaalinen neuropatia, muiden aistien menetys ⁶ |
| Silmät | | Kyynelneesten erityshäiriö, konjunktiviitti | | | Vaikea näönmenetys ⁶ | |
| Kuulo ja tasapainoelin | | Tinnitus, korvakipu | | | | Kuulon menetys ⁶ |
| Sydän | | +Sydäninfarkti ^{5,7} , arytmia, +eteisvärinä, takykardia, +sydänhäiriöt | +Vasemman kammion toimintahäiriö, +supraventrikulaarinen takykardia, +ventrikulaarinen takykardia, +angina, +sydänlihaskemia, bradykardia | Vaikeat sydämen toimintahäiriöt ^{5,7} | Sydämen vajaatoiminta ^{5,7} | |
| Verisuonisto | | Hypertensio, ortostaattinen hypotensio, hypotensio | | | Vaskuliitti (pääasiassa ihoon liittyvä), leukosytoklastinen vaskuliitti | |
| Hengityselimet, rintakehä ja välikarsina | | Bronkospasmi ⁵ , hengityselinsairaus, rintakipu, hengenahdistus, lisääntynyt yskiminen, nuha | Astma, ahtauttava bronkioliitti, keuhkojen toimintahäiriö, hypoksia | Interstitiaalinen keuhkosairaus ⁸ | Hengitysvaje ⁵ | Keuhkoinfiltraatit |

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Melko harvinainen | Harvinainen | Hyvin harvinainen | Tunte- maton |
|--|--|--|--------------------------|-------------|---|-----------------|
| Ruoansulatuselimistö | Pahoinvointi | Oksentamien, ripuli, mahakipu, nielemishäiriö, suutulehdus, ummetus, dyspepsia, anoreksia, nieluärsytys | Suurentunut vatsa | | Ruoansulatuskanavan perforaatio ⁸ | |
| Iho ja ihonalainen kudosis | Kutina, ihottuma, +alopesia | Urtikaria, hikoilu, yöhikoilu, +iho- oireet | | | Vaikea rakkulainen ihoreaktio, Stevens-Johnsonin oireyhtymä, toksinen epidermaalinen nekrolyysi (Lyellin oireyhtymä) ⁸ | |
| Luusto, lihakset ja sidekudosis | | Hypertonia, lihaskipu, nivelsärky, selkäkipu, niskakipu, kipu | | | | |
| Munuaiset ja virtsatiet | | | | | Munuaisten vajaatoiminta ⁵ | |
| Yleisoireet ja antopaikassa todettavat haitat | Kuume, vilunväristykset, voimattomuus, päänsärky | Tuumorikipu, ihon punoitus, huonovointisuus, vilustumisen kaltaiset oireet, +uupumus, +vilunväristykset, +usean elimen toimintavajaus ⁵ | Infuusio- kohdan kipu | | | |
| Tutkimukset | Alentuneet IgG-pitoisuudet | | | | | |

Esiintymistiheydet perustuvat haittavaikutusten kokonaismäärään (kaikki vakavuusasteet mukaan luettuina), lukuun ottamatta niitä haittavaikutuksia, jotka on merkitty "+". Niiden esiintymistiheys perustuu vain vakaviin tapauksiin (≥ 3 aste NCI:n (National Cancer Institute) Common Toxicity Criteria -luokituksen mukaisesti). Tutkimuksissa vain suurin havaittu esiintymistiheys on raportoitu.

¹ Myös taudin uusiutumista ja primääri-infektioita, frekvenssi perustuu R-FC-hoitoon KLL-potilailla, joilla on uusiutunut tai refraktorinen tauti

² Katso myös kohta Infektiot edempänä.

³ Havaittu markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa

⁴ Katso myös kohta Hematologiset haittavaikutukset edempänä.

⁵ Katso myös kohta Infuusioon liittyvät reaktiot edempänä. Kuolemaan johtaneita tapauksia raportoitiin harvoin.

⁶ Kraniaaliseen neuropatiaan viittaavat signaalit ja oireet, joita esiintyi useita kertoja jopa monta kuukautta rituksimabioidon päättymisen jälkeen.

⁷ Havaittu lähinnä potilailla, joilla on ollut aikaisempia sydänongelmia ja/tai jotka ovat saaneet kardiotoksista solunsalpaajahoitoa. Useimmiten yhteydessä infuusioon liittyviin reaktioihin.

⁸ Myös kuolemaan johtaneita tapauksia.

Seuraavia kliinisissä tutkimuksissa haittatapahtumina raportoituja oireita esiintyi vastaavasti tai vähemmän rituksimabihaarassa verrattuna kontrollihaaraan: hematotoksisuus, neutropeeninen infektio, virtsatietulehdus, aistihäiriöt, kuume.

Infuusioon liittyvän reaktion tunnusmerkkejä ja oireita raportoitiin kliinisissä tutkimuksissa yli 50 %:lla potilaista, ja niitä havaittiin lähinnä ensimmäisen infuusion yhteydessä, tavallisesti sen ensimmäisen kahden tunnin kuluessa. Näihin oireisiin kuuluivat pääasiallisesti kuume, vilunväristykset ja jäykkyys. Muita oireita olivat ihon punoitus, angioödeema, bronkospasmi, oksentelu, pahoinvointi, urtikaria/ihottuma, väsymys, päänsärky, nieluärsytys, nuha, kutina, kipu, takykardia, hypertensio, hypotensio, hengenahdistus, ruoansulatushäiriö, astenia ja tuumorilyysisyndrooman piirteitä. Vakavia infuusioon liittyviä reaktioita (kuten bronkospasmia ja hypotensiota) esiintyi korkeintaan 12 %:ssa tapauksista.

Lisäksi muutamissa tapauksissa raportoitiin sydäninfarktia, eteisvärinää, keuhkoödeemaa ja akuuttia palautuvaa trombosytopeniaa. Seuraavien raportoitujen haittavaikutusten yleisyys on vähäinen tai tuntematon: olemassa olevien sydänsairauksien paheneminen (esim. angina pectoris tai sydämen vajaatoiminta), sydämen toimintahäiriöt (sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti, eteisvärinä), keuhkoödeema, usean elimen toiminnanvajausta, tuumorilyysisyndrooma, sytokiinioireyhtymä, munuaisten vajaatoiminta ja hengitysvaje. Seuraavilla infuusiokerroilla infuusioon liittyvien oireiden esiintyvyys väheni selvästi ja niitä havaittiin < 1 %:lla potilaista kahdeksanteen rituksimabihoitosykliin mennessä.

Valittujen haittavaikutusten kuvaus

Infektiot

Ritüksimabi aiheuttaa B-solujen vähäisyyttä noin 70–80 %:lla potilaista, mutta vain pienellä osalla seerumin immunoglobuliinien määrä laskee.

Satunnaistetuissa tutkimuksissa raportoitiin ritüksimabia saavien haarassa enemmän paikallisia *Candida*-infektioita ja *herpes zoster* -infektioita. Vaikeita infektioita raportoitiin noin 4 %:lla potilaista, joita hoidettiin ritüksimabimonoterapialla. Seurantaryhmään verrattuna infektioiden kokonaisesiintyvyyden lisääntymistä (mukaan lukien asteet 3 ja 4) havaittiin ritüksimabiylläpitoa (pisimmillään 2 vuotta) saavassa ryhmässä. Kahden vuoden ylläpitojakson aikana ei ilmaantunut kumulatiivista infektioiden aiheuttamaa toksisuutta. Lisäksi muita vakavia virusinfektioita raportoitiin ritüksimabihoidon yhteydessä. Kyseessä oli joko uusi infektio tai olemassa olevan infektion uudelleen aktivoituminen tai paheneminen. Osa tapauksista oli kuolemaan johtavia. Enemmistö potilaista oli saanut ritüksimabia yhdessä solunsalpaajahoidon kanssa tai hematopoeettisen kantasolusiirteen yhteydessä. Näitä vakavia virusinfektioita ovat esimerkiksi herpesvirusten (sytomegalovirus, vesirokkovirus ja *herpes simplex* -virus), JC-viruksen (progressiivinen multifokaalinen leukoencefalopatia, PML), enteroviruksen (meningoencefaliitti) ja C-hepatiittiviruksen aiheuttamat infektiot (ks. kohta 4.4). Taudin etenemisen ja toistohoidon jälkeen ilmenneitä kuolemaan johtaneita PML-tapauksia on myös raportoitu kliinisissä tutkimuksissa. B-hepatiitin uudelleen aktivoitumista on raportoitu potilailla, joista suurin osa sai ritüksimabia yhdessä sytotoksisen solunsalpaajahoidon kanssa. Uusiutunutta KLL:aa tai refraktorista tautia sairastavilla potilailla asteiden 3 ja 4 B-hepatiitti-infektion (reaktivoitunut ja primääri-infektio) esiintymistiheys oli 2 % R-FC-ryhmässä ja 0 % FC-ryhmässä. Ritüksimabille altistuneilla, Kaposin sarkoomaa sairastavilla potilailla on havaittu kyseisen taudin etenemistä. Nämä tapaukset ilmenivät hyväksytyjen käyttöaiheiden ulkopuolella ja suurin osa potilaista oli HIV-positiivisia.

Hematologiset haittavaikutukset

Kliinisissä tutkimuksissa, joissa ritüksimabia annettiin monoterapiana 4 viikon ajan, pienellä osalla potilaista esiintyi hematologisia poikkeavuuksia, jotka olivat yleensä lieviä ja ohimeneviä. Potilailla raportoitiin vaikeaa asteiden 3 ja 4 neutropeniaa 4,2 %, anemiaa 1,1 % ja trombosytopeniaa 1,7 %. Ritüksimabin ylläpitoehdossa (pisimmillään 2 vuotta) asteiden 3 ja 4 leukopeniaa ja neutropeniaa raportointiin useammin ritüksimabiryhmässä kuin seurantaryhmässä. Leukopenia: ritüksimabiryhmässä 5 % ja seurantaryhmässä 2 %. Neutropenia: ritüksimabiryhmässä 10 % ja seurantaryhmässä 4 %. Trombosytopenian esiintyvyys oli matala (< 1 %, asteet 3 ja 4), eikä tutkimushaarojen välillä havaittu eroa. Tutkimuksissa, joissa ritüksimabia käytettiin yhdessä solunsalpaajien kanssa, seuraavien haittavaikutusten esiintyvyys hoitojakson aikana oli yleensä korkeampi verrattuna pelkkään solunsalpaajahoidon: asteiden 3 ja 4 leukopenia (88 % R-CHOP-ryhmässä vs. 79 % CHOP-ryhmässä, 23 % R-FC-ryhmässä vs. 12 % FC-ryhmässä), neutropenia (24 %

R-CVP-ryhmässä vs. 14 % CVP-ryhmässä; 97 % R-CHOP-ryhmässä vs. 88 % CHOP-ryhmässä, 30 % R-FC-ryhmässä vs. 19 % FC-ryhmässä aikaisemmin hoitamattomassa KLL:ssa) ja pansytopenia (3 % R-FC-ryhmässä vs. 1 % FC-ryhmässä aikaisemmin hoitamattomassa KLL:ssa). Pelkkää solunsalpaajahoitoa saaviin verrattuna neutropeniaa esiintyi enemmän rituksimabilla ja solunsalpaajilla hoidetuilla potilailla, mutta tähän ei kuitenkaan liittynyt infektioiden eikä loistartuntojen määrän lisääntymistä. Tutkimuksissa aikaisemmin hoitamattomassa ja uusiutuneessa/refraktorisessa KLL:ssa on osoitettu, että jopa 25 %:lla R-FC-hoitoa saaneilla potilailla neutropenia oli pitkäkestoinen (neutrofiilien määrä jäi alle $1 \times 10^9/l$ päivinä 24–42 viimeisestä annoksesta), tai kehittyi myöhemmin rituksimabi-FC-hoidon jälkeen (neutrofiilien määrä alle $1 \times 10^9/l$ 42. päivän jälkeen viimeisestä annoksesta potilailla, joilla ei aikaisemmin ollut pitkittynyt neutropenia tai jotka olivat toipuneet neutropeniasta ennen päivää 42).

Anemian esiintyvyydessä ei havaittu eroa. Muutamia viivästyneen neutropenian tapauksia havaittiin yli neljä viikkoa viimeisen rituksimabi-infuusion jälkeen. Ensilinjan KLL-tutkimuksessa Binet C-vaiheen tautia sairastavat potilaat kokivat enemmän haittavaikutuksia R-FC-haarassa kuin FC-haarassa (83 % R-FC-haarassa ja 71 % FC-haarassa). Uusiutuneessa/refraktorisessa KLL-tutkimuksessa asteiden 3 ja 4 trombositopeniaa raportoitiin 11 %:lla R-FC-ryhmän potilaista ja 9 %:lla FC-ryhmän potilaista.

Rituksimabilla tehdyissä tutkimuksissa Waldenströmin makroglobulinemiaa sairastavilla potilailla on havaittu hoidon aloituksen jälkeen ohimenevää nousua seerumin IgM-tasoissa, mihin saattaa liittyä veren viskositeetin nousua ja siihen yhteydessä olevia oireita. Ohimenevä IgM-tason nousu palautui tavallisesti ainakin perustasolle neljän kuukauden sisällä.

Kardiovaskulaariset haittavaikutukset

Kliinisissä tutkimuksissa, joissa rituksimabia annettiin monoterapiana, kardiovaskulaarisia haittavaikutuksia raportoitiin 18,8 %:lla potilaista. Useimmin ilmoitetut haitat olivat hypotensio ja hypertensio. Infuusion aikaista asteen 3 tai 4 arytmiaa (mukaan lukien ventrikulaarinen ja supraventrikulaarinen takykardia) ja angina pectorista raportoitiin. Ylläpito-hoidossa asteiden 3 ja 4 sydänhäiriöiden esiintyvyys oli samankaltainen rituksimabilla hoidetuilla potilailla ja seurantaryhmissä. Sydäntapahtumia raportoitiin vakavina haittavaikutuksina (mukaan lukien eteisvärinä, sydäninfarkti, vasemman kammion vajaatoiminta, sydänlihaksen hapenpuute) 3 %:lla rituksimabiryhmän potilaista ja < 1 %:lla seurantaryhmän potilaista. Kliinisissä tutkimuksissa, joissa arvioitiin rituksimabin käyttöä yhdessä solunsalpaajien kanssa, sydämen rytmihäiriöiden asteiden 3 ja 4, pääasiassa supraventrikulaaristen häiriöiden, kuten takykardian ja eteislepatuksen/eteisvärinän, esiintyvyys oli suurempi R-CHOP-ryhmässä (14 potilasta, 6,9 %) verrattuna CHOP-ryhmään (3 potilasta, 1,5 %). Kaikki edellä mainitut sydämen rytmihäiriöt tapahtuivat joko rituksimabi-infuusion yhteydessä tai niihin liittyi altistavia tekijöitä, kuten kuume, infektio, akuutti sydäninfarkti tai jo olemassa oleva hengityselimiin liittyvä tai kardiovaskulaarinen sairaus. R-CHOP- ja CHOP-ryhmien välillä ei havaittu eroa muiden, sydämeen kohdistuvien asteiden 3 ja 4 haittatapahtumien, kuten sydämen vajaatoiminnan, sydänlihassairauden tai sepelvaltimotaudin oireiden suhteen. KLL:ssa asteiden 3 ja 4 sydänhäiriöiden esiintyvyys oli vähäistä sekä ensilinjan tutkimuksessa (4 % R-FC-haarassa, 3 % FC-haarassa) että uusiutuneen/refraktorisen taudin tutkimuksessa (4 % R-FC-haarassa, 4 % FC-haarassa).

Hengityselimet

Interstitiaalisiä keuhkotautitapauksia (joskus kuolemaan johtavia) on raportoitu.

Neurologiset häiriöt

Hoitojakson aikana (hoidon induktiovaihe, joka oli enintään kahdeksan hoitosyklin R-CHOP-hoito) R-CHOP-ryhmästä neljä potilasta (2 %), joilla kaikilla oli kardiovaskulaarisia riskitekijöitä, sai tromboemboolisen aivoverisuonitapahtuman ensimmäisen hoitosyklin aikana. Muiden tromboemboolisten haittatapahtumien esiintyvyydessä ei havaittu eroa hoitoryhmien välillä. Sitä vastoin kolme potilasta (1,5 %) CHOP-ryhmästä koki aivoverisuonitapahtumia, jotka kaikki sattuivat seurantajakson aikana. KLL:ssa asteiden 3 ja 4 hermostojärjestelmän häiriöiden esiintyvyys oli vähäistä sekä ensilinjan tutkimuksessa (4 % R-FC-haarassa, 4 % FC-haarassa) että uusiutuneen/refraktorisen taudin tutkimuksessa (3 % R-FC-haarassa, 3 % FC-haarassa).

Tapauksia posteriorisesta palautuvasta enkefalopatiaoireyhtymästä (PRES)/palautuvasta posteriorisesta leukoenkefaliittioireyhtymästä (RPLS) on raportoitu. Tunnusmerkkeihin ja oireisiin kuuluvat muun muassa näköhäiriöt, pääsärky, kouristuskohtaukset ja muutokset mielialassa, ja johon voi liittyä hypertensiota. PRES/RPLS-diagnoosi pitää varmentaa aivojen kuvantamisella. Raportoiduissa tapauksissa potilailla oli PRES/RPLS:n tunnettuja riskitekijöitä kuten muu perussairaus, hypertensio, immunosuppressiivinen lääkitys ja/tai solusalpaajahoido.

Ruoansulatuselimistö

Ruoansulatuskanavan perforaatioita on havaittu potilailla, jotka ovat saaneet rituksimabia non-Hodgkin-lymfooman hoitoon, ja joissakin tapauksissa ne ovat olleet kuolemaan johtavia. Suurimmassa osassa tapauksista rituksimabia annettiin yhdessä solusalpaajahoidon kanssa.

IgG-pitoisuus

Kliinisessä tutkimuksessa, joissa arvioitiin rituksimabin käyttöä ylläpito-hoidossa uusiutunutta/refraktorista follikulaarista lymfoomaa sairastavilla potilailla, seerumin IgG-pitoisuuksien mediaanit olivat induktiohoidon jälkeen alle viitealueen alarajan (eli < 7 g/l) sekä seuranta- että rituksimabiryhmissä. Tämän jälkeen seurantaryhmässä IgG-pitoisuuden mediaani suureni viitealueen alarajan yläpuolelle, mutta pysyi muuttumattomana rituksimabiryhmässä. Kahden vuoden hoitojakson aikana potilaita, joiden IgG-pitoisuudet olivat alle viitealueen alarajan, oli noin 60 % rituksimabiryhmässä, kun taas näiden potilaiden osuus pieneni seurantaryhmässä (36 % kahden vuoden kuluttua).

Spontaaniraportoinnissa ja kirjallisuudessa on havaittu pieni määrä hypogammaglobulinemiatapauksia rituksimabilla hoidetuilla pediatriisilla potilailla. Joissakin tapauksissa oire on ollut vakava ja pitkäkestoista immunoglobuliinikorvaushoitoa vaativaa. Pitkäaikaisen B-soluvajeen seuraukset pediatriisille potilaille eivät ole tiedossa.

Iho ja ihonalainen kudokset

Toksista epidermaalista nekrolyysiä (Lyellin oireyhtymä), ja Stevens–Johnsonin oireyhtymää, jotka ovat toisinaan johtaneet potilaan kuolemaan, on raportoitu hyvin harvoin.

Erityisryhmien potilaat - rituksimabimonoterapia

Iäkkäät (≥ 65-vuotiaat)

Haittavaikutusten kaikkien asteiden, myös asteiden 3 ja 4, esiintyvyys oli samanlainen iäkkäillä potilailla ja nuoremmilla (< 65-vuotiaita) potilailla.

Sairaus, johon liittyy suuri tautimassa

Asteiden 3 ja 4 haittavaikutusten esiintyvyys oli korkeampi potilailla, joilla oli suuri tautimassa, kuin potilailla ilman suurta tautimassaa (25,6 % vs. 15,4 %). Haittavaikutusten kaikkien asteiden esiintyvyys oli samanlainen näissä kahdessa ryhmässä.

Uusintahoito

Uudelleen hoidetuilla potilailla, jotka saivat toistuvia rituksimabihoitojaksoja, raportoitiin saman verran haittavaikutuksia kuin ensimmäisen hoitojakson saaneilla potilailla (kaikki asteet sekä asteiden 3 ja 4 haittavaikutukset).

Erityisryhmien potilaat – rituksimabiyhdistelmähoito

Iäkkäät (≥ 65-vuotiaat):

Aikaisemmin hoitamattomassa KLL:ssa tai uusiutuneessa tai refraktorisessa taudissa hematologisten ja lymfaattisen järjestelmän asteiden 3 ja 4 haittavaikutuksia esiintyi enemmän iäkkäillä potilailla kuin alle 65-vuotiailla.

Kokemukset pediatrien potilaiden diffuusista suurisoluisesta B-solulymfomasta, Burkittin lymfomasta, Burkittin leukemiasta ja Burkitt-tyyppisestä lymfomasta

Turvallisuusprofiilin yhteenveto

Avoimessa, satunnaistetussa monikeskustutkimuksessa tutkittiin LMB-solunsalpaajahoitoa (Lymphome Malin B) yhdessä rituksimabin kanssa ja ilman rituksimabia pediatriisilla potilailla (ikä ≥ 6 kuukaudesta < 18 vuoteen), jotka sairastivat aiemmin hoitamattomalla pitkälle edennyttä CD20-positiivista diffuusia suurisoluisista B-solulymfomaa, Burkittin lymfomaa, Burkittin leukemiaa tai Burkitt-tyyppistä lymfomaa.

Yhteensä 309 pediatriasta potilasta sai rituksimabihoitoa ja otettiin mukaan turvallisuusanalyysin potilasjoukkoon. Pediatriiset potilaat satunnaistettiin LMB-solunsalpaajahaaraan, jossa potilaat saivat myös rituksimabia, tai otettiin mukaan tutkimuksen yksihaaraiseen osaan, ja heille annettiin rituksimabiannoksia 375 mg/m^2 kehon pinta-alan mukaan ja he saivat yhteensä kuusi rituksimabi-infuusiota laskimoon (kaksi infuusiota kummassakin kahdesta induktiojaksosta ja yksi infuusio kummassakin LMB-hoito-ohjelman kahdesta konsolidaatiojaksosta).

Aiemmin hoitamattomalla pitkälle edennyttä CD20-positiivista diffuusia suurisoluisista B-solulymfomaa, Burkittin lymfomaa, Burkittin leukemiaa tai Burkitt-tyyppistä lymfomaa sairastavilla pediatriisilla potilailla (ikä ≥ 6 kuukaudesta < 18 vuoteen) rituksimabin turvallisuusprofiili oli tyypiltään, luonteeltaan ja vaikeusasteeltaan yleisesti yhdenmukainen non-Hodgkin-leukemiaa ja kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavien aikuisten potilaiden tunnetun turvallisuusprofiilin kanssa. Rituksimabin lisääminen solunsalpaajahoitoon johti joidenkin tapahtumien, kuten infektioiden (mukaan lukien sepsis), lisääntyneeseen riskiin verrattuna pelkkään solunsalpaajahoitoon.

Kokemukset nivelreumasta

Turvallisuusprofiilin yhteenveto

Rituksimabin turvallisuusprofiili nivelreuman hoidossa perustuu kliinisiin tutkimuksiin ja markkinoille tulon jälkeen saatuihin kokemuksiin.

Yhteenveto rituksimabin turvallisuusprofiilista vaikeaa nivelreumaa sairastavilla potilailla on esitetty seuraavissa kappaleissa. Kliinisissä tutkimuksissa yli 3100 potilasta sai vähintään yhden hoitajakson, ja seuranta-ajan pituus vaihteli 6 kuukaudesta yli 5 vuoteen. Noin 2400 potilasta sai kaksi tai useampia hoitajaksoja ja yli 1000 potilasta sai viisi tai useampia hoitajaksoja. Myyntiluvan myöntämisen jälkeen kerätyt turvallisuustiedot vastasivat odotettua, rituksimabin kliinisissä tutkimuksissa havaittua haittavaikutusprofiilia (ks. kohta 4.4).

Potilaat saivat $2 \times 1000 \text{ mg}$ rituksimabia kahden viikon välein metotreksaattihoidon (10–25 mg viikossa) lisäksi. Rituksimabi-infuusiot annettiin 100 mg:n laskimonsisäisen metyyliiprednisoloni-infuusion jälkeen. Lisäksi potilaille annettiin prednisonia suun kautta 15 vuorokauden ajan.

Haittavaikutustaulukko

Haittavaikutukset on listattu taulukossa 4. Yleisyys määritetään seuraavasti: hyvin yleinen ($\geq 1/10$), yleinen ($\geq 1/100$, < $1/10$), melko harvinainen ($\geq 1/1000$, < $1/100$), harvinainen ($\geq 1/10000$, < $1/1000$), hyvin harvinainen (< $1/10000$) ja tuntematon (koska saatavissa oleva tieto ei riitä esiintyvyyden arviointiin). Jokaisessa yleisyysluokassa haittavaikutukset on esitetty haittavaikutuksen vakavuuden mukaan alenevassa järjestyksessä.

Infuusioon liittyvät reaktiot olivat yleisimpiä haittavaikutuksia, joiden katsottiin johtuneen rituksimabista. Infuusioon liittyvien reaktioiden ilmaantuvuus kliinisissä tutkimuksissa oli 23 % ensimmäisen infuusion yhteydessä ja väheni seuraavien infuusioiden yhteydessä. Vakavat infuusioon liittyvät reaktiot olivat melko harvinaisia (0,5 %:lla potilaista) ja niitä havaittiin lähinnä ensimmäisen hoitajakson yhteydessä. Kliinisissä tutkimuksissa rituksimabin käytöstä reumatoidiartriitin hoidossa

ilmenneiden haittavaikutusten lisäksi, markkinoille tulon jälkeen on raportoitu progressiivisesta multifokaalisesta leukoencefalopatiasta (PML) (ks. kohta 4.4) ja seerumitaudin kaltaisista reaktioista.

Taulukko 4 Yhteenveto haittavaikutuksista nivelreumapotilailla, jotka saivat rituksimabia kliinisissä tutkimuksissa tai markkinoille tulon jälkeen

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Melko harvinainen | Harvinainen | Hyvin harvinainen | Tuntematon |
|--|--|--|--|--|--|---|
| Infektiot | Ylempien hengitysteiden tulehdus, virtsatie-tulehdukset | Keuhkoputkentulehdus, sivuontelotulehdus, maha-suolitalue-tulehdus, jalkasilsa | | | PML, B-hepatiitin uudelleen aktivoitumista | Vakava virusinfektio ¹ , enteroviraalinen meningoenkefaliitti ² |
| Veri ja imukudos | | Neutropenia ³ | | Viivästynyt neutropenia ⁴ | Seerumitaudin kaltaiset reaktiot | |
| Immuunijärjestelmä | Infuusioon liittyvät reaktiot ⁵ (hypertensio, pahoinvointi, ihottuma, kuume, kutina, urtikaria, kurkun ärsytys, kuumat aallot, hypotensio, nuha, vilunväristykset, takykardia, uupumus, suun ja nielun kipu, perifeerinen ödeema, eryteema) | | Infuusioon liittyvät reaktiot ⁵ (yleistynyt ödeema, bronkospasmi, hengityksen vinkuminen, kurkunpään turvotus, angioödeema, yleistynyt kutina, anafylaksi, anafylaksin kaltainen reaktio) | | | |
| Yleisoireet ja antopaikassa todettavat haitat | | | | | | |
| Aineenvaihdunta ja ravitsemus | | Hyperkolesterolemia | | | | |
| Psyykkiset häiriöt | | Masennus, ahdistuneisuus | | | | |
| Hermosto | Päänsärky | Parestesia, migreeni, huimaus, iskias | | | | |
| Sydän | | | | Angina pectoris, eteisvärinä, sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti | Eteislepatus | |
| Ruoansulatuselimi- | | Dyspepsia, ripuli, gastroesofageaalinen refluksi, suun haavauma, ylävatsakipu | | | | |

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Melko harvinainen | Harvinainen | Hyvin harvinainen | Tuntematon |
|---------------------------------|--------------------------------|---|-------------------|-------------|--|------------|
| Iho ja ihonalainen kudosis | | Alopesia | | | Toksinen epidermaalinen nekrolyysi (Lyellin oireyhtymä), Stevens–Johnsonin oireyhtymä ⁷ | |
| Luusto, lihakset ja sidekudosis | | Nivelsärky/lihaskipu, nivelrikko, bursiitti | | | | |
| Tutkimukset | IgM-tasojen lasku ⁶ | IgG-tasojen lasku ⁶ | | | | |

¹ Katso myös kohta Infektiot alempana.
² Havaittu markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa
³ Esiintymistiheys perustuu laboratorioarvoihin, jotka on kerätty kliinisten tutkimusten rutiininomaisen laboratorioseurannan yhteydessä.
⁴ Esiintymistiheys perustuu myyntiluvan myöntämisen jälkeen saatuun tietoon.
⁵ Reaktiot, jotka esiintyivät infuusion aikana tai 24 tunnin sisällä infuusion antamisesta. Katso myös infuusioon liittyvät reaktiot alempana. Infuusioon liittyvät reaktiot voivat johtua yliherkkyydestä ja/tai lääkkeen vaikutusmekanismista.
⁶ Mukaan luettu havainnot, jotka on kerätty rutiininomaisen laboratorioseurannan yhteydessä.
⁷ Mukaan luettu fataalit tapaukset.

Toistuvat hoitojaksot

Toistuvien hoitojaksojen haittavaikutusprofiili on samankaltainen kuin ensimmäisessä altistuksessa. Ensimmäisen rituksimabialtistuksen jälkeen kaikkien haittavaikutusten esiintyvyys oli korkeimmillaan ensimmäisten kuuden kuukauden aikana ja väheni sen jälkeen. Nämä haitat olivat lähinnä infuusioon liittyviä reaktioita (ilmenevät yleisesti ensimmäisen hoitojakson yhteydessä), nivelreuman pahenemista ja infektiota, jotka kaikki olivat yleisempiä hoidon kuuden ensimmäisen kuukauden aikana.

Valittujen haittavaikutusten kuvaus

Infuusioon liittyvät reaktiot

Yleisin haittavaikutus, joka kliinisissä tutkimuksissa ilmeni rituksimabi-infuusion yhteydessä oli infuusioon liittyvät reaktiot (ks. taulukko 4). Rituksimabihoitoa saaneista 3189 potilaasta 36 % (1135) koki vähintään yhden infuusioon liittyvän reaktion ja 23 % (733/3189) koki infuusioon liittyvän reaktion ensimmäisen rituksimabialtistuksen ensimmäisen infuusion jälkeen. Myöhempien infuusioiden yhteydessä infuusioon liittyvien reaktioiden ilmaantuvuus vähenee. Kliinisissä tutkimuksissa alle 1 % (17/3189) potilaista sai vakavan infuusioon liittyvän reaktion. CTC-luokituksen mukaisia asteen 4 infuusioon liittyviä reaktioita eikä kuolemaan johtaneita tapauksia ole raportoitu kliinisissä tutkimuksissa. CTC-luokituksen mukaiset asteen 3 tapahtumat ja hoidon keskeyttämiseen johtaneet infuusioon liittyvät reaktiot vähenivät joka hoitojaksolla, ja olivat harvinaisia kolmannesta hoitojaksosta eteenpäin. Esilääkityksenä annettu laskimonsisäinen glukokortikoidi vähensi merkittävästi infuusioon liittyvien reaktioiden ilmaantuvuutta ja vaikeusastetta (ks. kohta 4.2 ja 4.4). Vaikeita kuolemaan johtaneita infuusioon liittyviä reaktioita on raportoitu markkinoille tulon jälkeen.

Tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli arvioida nopeamman rituksimabi-infuusion turvallisuutta nivelreumapotilailla, rituksimabi voitiin antaa keskivaikeaa tai vaikeaa aktiivista nivelreumaa sairastaville potilaille laskimoon 2 tunnin kestoisena infuusiona, jos heillä ei esiintynyt vakavaa infuusioreaktiota ensimmäisen tutkitun infuusion aikana tai 24 tunnin kuluessa sen jälkeen. Potilaat, jotka olivat saaneet aikaisemmin vakavan infuusioreaktion jonkin nivelreuman hoidossa käytetyn biologisen lääkehoidon yhteydessä, suljettiin pois tutkimuksesta. Infuusioreaktioiden ilmaantuvuus, luonne ja vaikeusaste olivat yhdenmukaiset aikaisempien havaintojen kanssa. Vakavia infuusioreaktioita ei havaittu.

Infektiot

Infektioiden kokonaisesiintyvyys kliinisissä tutkimuksissa oli rituksimabihoitoa saaneilla potilailla noin 94 tapausta 100 potilasvuotta kohti. Infektiot olivat lähinnä lieviä tai kohtalaisia ja ilmenivät useimmiten ylempien hengitysteiden infektioina ja virtsatieinfektioina. Vakavia tai laskimonsisäisiä antibiootteja vaativia infektioita oli noin 4 tapausta 100 potilasvuotta kohti. Vakavien infektioiden määrä ei noussut merkittävästi rituksimabin toistohoitojen jälkeen. Alempien hengitysteiden tulehduksia (myös keuhkokuume) on raportoitu kliinisissä tutkimuksissa rituksimabihaaroissa saman verran kuin vertailuhaaroissa.

Markkinoille tulon jälkeen on raportoitu vakavia virusinfektioita rituksimabilla hoidetuilla nivelreumapotilailla.

Kuolemaan johtavia progressiivisia multifokaalisia leukoenkefalopatiatapauksia on raportoitu potilailla, joiden autoimmuunisairautta on hoidettu rituksimabilla. Näihin sairauksiin kuuluvat nivelreuma ja mm. systeeminen lupus erythematosus (SLE) ja vaskuliitti (hyväksytyjen käyttöaiheiden ulkopuolinen käyttö).

B-hepatiitin uudelleen aktivoitumista on raportoitu non-Hodgkin-lymfoomaa sairastavilla potilailla, jotka saivat rituksimabia yhdessä sytotoksisen solunsalpaajahoidon kanssa (ks. non-Hodgkin-lymfooma). B-hepatiitin uudelleenaktivoitumista on hyvin harvoin raportoitu rituksimabihoitoa saaneilla nivelreumapotilailla (ks. kohta 4.4).

Kardiovaskulaariset haittavaikutukset

Vakavia sydämeen kohdistuvia haittavaikutuksia raportoitiin 1,3 tapausta 100 potilasvuotta kohti rituksimabihoitoa saavilla potilailla. Vertailuryhmässä plasebolla hoidetuilla potilailla raportoituja tapauksia oli saman verran (1,3 tapausta 100 potilasvuotta kohti). Sydämeen kohdistuvia haittavaikutuksia (kaikki asteet, myös vakavat) saaneiden potilaiden osuus ei lisääntynyt toistohoitojen yhteydessä.

Neurologiset tapahtumat

Posteriorista reversiibeliä enkefalopatiaoireyhtymää (PRES) / reversiibeliä posteriorista leukoenkefalopatiaoireyhtymää (RPLS) on raportoitu. Oireita olivat näköhäiriöt, päänsärky, kouristuskohtaukset ja mielentilan muutokset, joihin saattoi liittyä hypertensiota. PRES/RPLS-diagnoosi on varmistettava aivojen kuvantamisella. Raportoituihin tapauksiin liittyi PRES:n/RPLS:n tunnistettuja riskitekijöitä, kuten potilaan perussairaus, hypertensio, immunosuppressiivinen hoito ja/tai solunsalpaajahoido.

Neutropenia

Rituksimabihoiton yhteydessä on havaittu neutropeniatapahtumia. Suurin osa näistä tapahtumista oli ohimeneviä ja vaikeusasteeltaan lieviä tai kohtalaisia. Neutropenia voi ilmetä useita kuukausia rituksimabin annon jälkeen (ks. kohta 4.4).

Kliinisten tutkimusten plasebokontrolloidussa vaiheessa vaikea neutropenia kehittyi 0,94 %:lle (13/1 382) rituksimabilla hoidetuille potilaille ja 0,27 %:lle (2/731) plaseboryhmän potilaille.

Myyntiluvan myöntämisen jälkeisessä seurannassa on raportoitu harvoin neutropeenisiä tapahtumia, mukaan lukien viivästynyt ja pitkään jatkuva neutropenia. Joissakin tapauksissa tapahtumiin liittyi kuolemaan johtaneita infektioita.

Iho ja ihonalainen kudokset

Toksista epidermaalista nekrolyysiä (Lyellin oireyhtymä), ja Stevens–Johnsonin oireyhtymää, jotka ovat toisinaan johtaneet potilaan kuolemaan, on raportoitu hyvin harvoin.

Poikkeavat laboratorioarvot

Hypogammaglobulinemiaa (IgG tai IgM alle normaaliarvon alarajan) on havaittu rituksimabilla hoidetuilla nivelreumapotilailla. Infektioiden kokonaisesiintyvyys tai vakavien infektioiden esiintyvyys ei lisääntynyt alentuneiden IgG- tai IgM-arvojen kehittymisen jälkeen (ks. kohta 4.4).

Spontaaniraportoinnissa ja kirjallisuudessa on havaittu pieni määrä hypogammaglobulinemiatapauksia rituksimabilla hoidetuilla pediatriisilla potilailla. Joissakin tapauksissa oire on ollut vakava ja pitkäkestoista immunoglobuliinikorvaushoitoa vaativaa. Pitkäaikaisen B-soluvajeen seuraukset pediatriisille potilaille eivät ole tiedossa.

Kokemukset granulomatoottisesta polyangiitista (GPA) ja mikroskooppisesta polyangiitista (MPA)

Remission induktio aikuisilla (GPA/MPA-tutkimus 1)

99 aikuispotilasta sai GPA/MPA-tutkimuksessa 1 rituksimabihoitoa (375 mg/m² kerran viikossa 4 viikon ajan) ja glukokortikoideja granulomatoottisen polyangiitin (GPA) ja mikroskooppisen polyangiitin (MPA) remission induktioon (ks. kohta 5.1).

Kaikkien taulukossa 5 lueteltujen haittatapahtumien ilmaantuvuus rituksimabiryhmässä oli $\geq 5\%$. Esiintymistiheys oli suurempi kuin vertailuryhmässä.

Taulukko 5 GPA/MPA-tutkimuksessa 1 kuuden kuukauden hoidon jälkeen esiintyneet haittavaikutukset, joita esiintyi $\geq 5\%$:lla rituksimabihoitoa saaneista aikuispotilaista (rituksimabi, n = 99, suurempi esiintymistiheys kuin vertailuryhmässä) tai markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa.

| MedDRA-elinjärjestelmä Haittavaikutus | Esiintymistiheys |
|--|------------------|
| Infektiot | |
| Virtsatieulehdukset | 7 % |
| Keuhkoputkentulehdus | 5 % |
| Herpes zoster -infektio | 5 % |
| Nasofaryngiitti | 5 % |
| Vakava virusinfektio ^{1,2} | tuntematon |
| Enteroviraalinen meningoencefaliitti ¹ | tuntematon |
| Veri ja imukudos | |
| Trombosytopenia | 7 % |
| Immuunijärjestelmä | |
| Sytokiinioireyhtymä | 5 % |
| Aineenvaihdunta ja ravitsemus | |
| Hyperkalemia | 5 % |
| Psyykkiset häiriöt | |
| Unettomuus | 14 % |
| Hermosto | |
| Huimaus | 10 % |
| Vapina | 10 % |
| Verisuonisto | |
| Hypertensio | 12 % |
| Punastelu | 5 % |
| Hengityselimet, rintakehä ja välikarsina | |
| Yskä | 12 % |
| Hengenahdistus | 11 % |
| Nenäverenvuoto | 11 % |
| Nenän tukkoisuus | 6 % |
| Ruoansulatuselimistö | |
| Ripuli | 18 % |
| Dyspepsia | 6 % |
| Ummetus | 5 % |
| Iho ja ihonalainen kudος | |
| Akne | 7 % |

| MedDRA-elinjärjestelmä Haittavaikutus | Esiintymistiheys |
|--|------------------|
| Luusto, lihakset ja sidekudos | |
| Lihasspasmit | 18 % |
| Nivelsärky | 15 % |
| Selkäkipu | 10 % |
| Lihasjeikkous | 5 % |
| Tuki- ja liikuntaelimestön kipu | 5 % |
| Raajakipu | 5 % |
| Yleisoireet ja antopaikassa todettavat haitat | |
| Perifeerinen ödeema | 16 % |
| Tutkimukset | |
| Alentunut hemoglobiinipitoisuus | 6 % |

¹ Havaittu markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa.

² Ks. myös kohta Infektiot alempana.

Aikuisten ylläpitohoito (GPA/MPA-tutkimus 2)

GPA/MPA-tutkimuksessa 2 yhteensä 57 aikuispotilasta, joilla oli vaikea-asteinen, aktiivinen granulomatoottinen polyangiitti tai mikroskooppinen polyangiitti, sai rituksimabihoitoa remission ylläpitoon (ks. kohta 5.1).

Taulukko 6 GPA/MPA-tutkimuksessa 2 havaitut haittavaikutukset, joita esiintyi ≥ 5 %:lla rituksimabia saaneista aikuispotilaista (rituksimabi, n = 57), suuremmalla esiintymistiheydellä kuin vertailuryhmässä tai markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa.

| MedDRA-elinjärjestelmä Haittavaikutus ¹ | Esiintymistiheys |
|---|------------------|
| Infektiot | |
| Keuhkoputkentulehdus | 14 % |
| Nuha | 5 % |
| Vakava virusinfektio ^{1,2} | tuntematon |
| Enteroviraalinen meningoencefaliitti ¹ | tuntematon |
| Hengityselimet, rintakehä ja välikarsina | |
| Hengenahdistus | 9 % |
| Ruoansulatuselimistö | |
| Ripuli | 7 % |
| Yleisoireet ja antopaikassa todettavat haitat | |
| Kuume | 9 % |
| Influenssan kaltainen sairaus | 5 % |
| Perifeerinen ödeema | 5 % |
| Vammat, myrkytykset ja hoitokomplikaatiot | |
| Infuusioon liittyvät reaktiot ³ | 12 % |

¹ Havaittu markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa.

² Ks. myös kohta Infektiot alempana.

³ Tiedot infuusioon liittyvistä reaktioista esitetään kohdassa Valittujen haittavaikutusten kuvaus.

Kokonaisturvallisuusprofiili oli yhdenmukainen rituksimabin autoimmuunisairauksien, mukaan lukien granulomatoottisen polyangiitin ja mikroskooppisen polyangiitin, hoidossa havaitun vakiintuneen turvallisuusprofiilin kanssa. Kaikkiaan 4 %:lle rituksimabihoitoaaran potilaista ilmaantui hoidon lopettamiseen johtaneita haittavaikutuksia. Suurin osa rituksimabihoitoaaran esiintyneistä haittavaikutuksista oli vaikeusasteeltaan lieviä tai keskivaikeita. Rituksimabihoitoaaran potilaat eivät kokeneet kuolemaan johtaneita haittatapahtumia.

Yleisimmin raportoituja haittavaikutuksiksi katsottuja tapahtumia olivat infuusioon liittyneet reaktiot ja infektiot.

Pitkäaikaisseuranta (GPA/MPA-tutkimus 3)

Pitkäkestoisessa havainnoivassa turvallisuustutkimuksessa 97 potilasta, jotka sairastivat granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia, sai rituksimabihoitoa (keskimäärin 8 infuusiota [vaihteluväli 1–28]) enimmillään 4 vuoden ajan lääkärinsä hoitokäytännön ja harkinnan mukaan. Kokonaisturvallisuusprofiili oli yhdenmukainen nivelreuman sekä granulomatoottisen polyangiitin ja mikroskooppisen polyangiitin rituksimabihoidossa vakiintuneen turvallisuusprofiilin kanssa, eikä uusia haittavaikutuksia raportoitu.

Pediatriiset potilaat

Avoin yhden haaran tutkimus tehtiin 25 pediatriisella potilaalla, joilla oli vaikea, aktiivinen granulomatoottinen polyangiitti tai mikroskooppinen polyangiitti. Koko tutkimusjakso koostui 6 kuukauden pituisesta remission induktiovaiheesta ja vähintään 18 kuukauden pituisesta seurantavaiheesta, koko tutkimuksen kestäessä enintään 4,5 vuotta. Rituksimabia annettiin seurantavaiheen aikana tutkijan harkinnan mukaan (25 potilaasta 17 potilasta sai rituksimabilisähoitoa). Samanaikainen hoito muilla immunosuppressiivisilla valmisteilla oli sallittua (ks. kohta 5.1).

Haittavaikutuksiksi katsottiin ne haittatapaukset, joiden ilmaantuvuus oli $\geq 10\%$. Näitä olivat infektiot (17 potilaalla [68 %] remission induktiovaiheessa, 23 potilaalla [92 %] koko tutkimusjakson aikana), infuusioon liittyvät reaktiot (15 potilaalla [60 %] remission induktiovaiheessa, 17 potilaalla [68 %] koko tutkimusjakson aikana) ja pahoinvointi (4 potilaalla [16 %] remission induktiovaiheessa, 5 potilaalla [20 %] koko tutkimusjakson aikana).

Rituksimabin turvallisuusprofiili oli koko tutkimusjakson aikana yhdenmukainen remission induktiovaiheen aikana raportoidun turvallisuusprofiilin kanssa.

Rituksimabin turvallisuusprofiili granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastavilla pediatriisilla potilailla oli tyypiltään, luonteeltaan ja vaikeusasteeltaan yhdenmukainen sen kanssa, mitä tiedetään aikuispotilaiden turvallisuusprofiilista autoimmuunitauteihin liittyvissä hyväksytyissä käyttöaiheissa (mukaan lukien aikuisten granulomatoottinen polyangiitti ja mikroskooppinen polyangiitti).

Valittujen haittavaikutusten kuvaus

Infuusioon liittyvät reaktiot

GPA/MPA-tutkimuksessa 1 (remission induktiota koskeva tutkimus aikuisilla) infuusioon liittyviksi reaktioiksi määriteltiin mikä tahansa haittatapahtuma, joka esiintyi 24 tunnin kuluessa infuusiosta ja joka tutkijalääkärin arvion mukaan liittyi infuusioon potilasjoukossa, jossa selvitettiin valmisteiden turvallisuutta. Niistä 99 potilaasta, jotka saivat rituksimabihoitoa, 12:lla (12 %) esiintyi vähintään yksi infuusioon liittyvä reaktio. Kaikki infuusioon liittyvät reaktiot olivat CTC-luokituksen mukaan asteen 1 tai 2 tapahtumia. Yleisimmät infuusioon liittyvät reaktiot olivat sytokiinioireyhtymä, punastelu, kurkun ärsytys ja vapina. Rituksimabi annettiin yhdistelmänä laskimoon annettujen glukokortikoidien kanssa, mikä saattaa vähentää tällaisten tapahtumien ilmaantuvuutta ja vaikeusastetta.

GPA/MPA-tutkimuksessa 2 (ylläpitohoitotutkimus aikuisilla) 57 rituksimabihoitohaaran potilaasta 7 potilaalle (12 %) ilmaantui vähintään yksi infuusioon liittynyt reaktio. Infuusioon liittyneiden reaktioiden oireiden ilmaantuvuus oli suurin ensimmäisen infuusion aikana tai jälkeen (9 %) ja väheni seuraavien infuusioiden yhteydessä ($< 4\%$). Kaikki infuusioon liittyneet reaktiot olivat lieviä tai keskivaikeita, ja valtaosan niistä raportoituihin koskeneen elinjärjestelmiä Hengityselimet, rintakehä ja välikarsina sekä Iho ja ihonalainen kudokset.

Kliinisessä tutkimuksessa, joka koski granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavia pediatriisia potilaita, raportoidut infuusioon liittyneet reaktiot todettiin pääasiassa ensimmäisen infuusion yhteydessä (8 potilaalla [32 %]), ja ne vähenivät ajan mittaan rituksimabi-

infuusioiden lukumäärän myötä (20 %:lla toisen infuusion yhteydessä, 12 %:lla kolmannen infuusion yhteydessä ja 8 %:lla neljännen infuusion yhteydessä). Remission induktiovaiheen aikana infuusioon liittyneen reaktion yleisimmät raportoidut oireet olivat päänsärky, ihottuma, nuha ja kuume (kutakin oiretta 8 %:lla potilaista). Infuusioon liittyvien reaktioiden havaitut oireet olivat samankaltaisia kuin rituksimabihoitoa saaneilla granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastavilla aikuispotilailla. Valtaosa infuusioon liittyvistä reaktioista oli asteen 1 ja asteen 2 tapahtumia, ja kaksi oli ei-vakavia asteen 3 infuusioon liittyviä reaktioita. Asteen 4 tai 5 infuusioon liittyviä reaktioita ei raportoitu. Yhdellä potilaalla raportoitiin yksi vakava asteen 2 infuusioon liittyvä reaktio (yleistynyt edeema, joka hävisi hoidon avulla) (ks. kohta 4.4).

Infektiot

Infektioiden kokonaisu esiintyvyys GPA/MPA-tutkimuksessa 1 oli noin 237 tapausta 100 potilasvuotta kohti (95 %:n luottamusväli 197–285) 6 kuukauden ensisijaisen päätetapahtuman ajankohtana. Infektiot olivat pääasiassa lieviä tai keskivaikeita ja ne olivat useimmiten ylempien hengitysteiden infektiota, *herpes zoster* -infektiota ja virtsatietulehduksia. Vakavien infektioiden esiintyvyys oli noin 25 tapausta 100 potilasvuotta kohti. Yleisimmin raportoitu vakava infektio rituksimabiryhmässä oli keuhkokuume, jonka esiintyvyys oli 4 %.

GPA/MPA-tutkimuksessa 2 infektiota ilmaantui 30 potilaalle rituksimabihoitohaaran 57 potilaasta (53 %). Kaikkien vaikeusasteiden infektioiden ilmaantuvuus oli hoitohaarojen välillä samankaltainen. Infektiot olivat pääasiassa lieviä tai keskivaikeita. Yleisimpiä infektiota rituksimabihoitohaarassa olivat ylempien hengitysteiden infektiot, gastroenteriitti, virtsatieinfektiot ja vyöruusu (*herpes zoster*). Vakavien infektioiden ilmaantuvuus oli kummassakin hoitohaarassa samankaltainen (noin 12 %). Rituksimabiryhmässä yleisimmin raportoitu vakava infektio oli lievä tai keskivaikea keuhkoputkentulehdus.

Kliinisessä tutkimuksessa, jossa oli mukana vaikeaa, aktiivista granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavia pediatria potilaita, 91 % raportoiduista infektiosta ei ollut vakavia, ja 90 % niistä oli lieviä tai keskivaikeita.

Yleisimmät infektiot koko jakson aikana olivat ylähengitystieinfektiot (48 %), influenssa (24 %), konjunktiviitti (20 %), nasofaryngiitti (20 %), alahengitystieinfektiot (16 %), sinuiitti (16 %), virusperäiset ylähengitystieinfektiot (16 %), korvainfektio (12 %), gastroenteriitti (12 %), faryngiitti (12 %), virtsatieinfektio (12 %). Vakavia infektiota raportoitiin 7 potilaalla (28 %), jolloin yleisimmin raportoituja tapahtumia olivat influenssa (2 potilaalla [8 %]) ja alahengitystieinfektiot (2 potilaalla [8 %]).

Markkinoille tulon jälkeen on raportoitu vakavia virusinfektioita rituksimabilla hoidetuilla GPA/MPA-potilailla.

Maligniteetit

Maligniteettien ilmaantuvuus GPA/MPA-tutkimuksessa 1 rituksimabihoitoa saaneilla potilailla granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia koskevassa kliinisessä tutkimuksessa oli 2,00 tapausta 100 potilasvuotta kohti tutkimuksen yleisenä päättymispäivänä (kun viimeisen potilaan seurantajakso päättyi). Syöpien ilmaantuvuus vaikuttaa vakioitujen ilmaantuvuussuhteiden perusteella olevan samankaltainen kuin aiemmin on raportoitu ANC-vasta-aineisiin liittyvää vaskuliittia sairastavilla potilailla.

Pediatriassa potilailla tehdyssä kliinisessä tutkimuksessa ei raportoitu maligniteetteja, kun seurannan kesto oli enintään 54 kuukautta.

Kardiovaskulaariset hättävaikeudet

GPA/MPA-tutkimuksessa 1 sydäntapahtumia esiintyi noin 273 tapausta 100 potilasvuotta kohti (95 %:n luottamusväli 149–470) 6 kuukauden ensisijaisen päätetapahtuman ajankohtana. Vakavien sydäntapahtumien esiintyvyys oli 2,1 tapausta 100 potilasvuotta kohti (95 %:n luottamusväli 3–15). Yleisimmin raportoituja tapahtumia olivat takykardia (4 %) ja eteisvärinä (3 %) (ks. kohta 4.4).

Neurologiset tapahtumat

Autoimmuunisairauksien yhteydessä on raportoitu posteriorista reversiibeliä enkefalopatiaoireyhtymää (PRES) / reversiibeliä posteriorista leukoenkefalopatiaoireyhtymää (RPLS). Oireita olivat näköhäiriöt, päänsärky, kouristuskohtaukset ja mielentilan muutokset, joihin saattoi liittyä hypertensiota. PRES/RPLS-diagnoosi on varmistettava aivojen kuvantamisella. Raportoituhiin tapauksiin liittyi PRES:n/RPLS:n tunnistettuja riskitekijöitä, kuten potilaan perussairaus, hypertensio, immunosuppressiivinen hoito ja/tai solunsalpaajahoito.

B-hepatiitin uudelleen aktivoituminen

Granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavilla rituksimabihoitoa saaneilla potilailla on raportoitu valmistein markkinoille tulon jälkeen pieni määrä B-hepatiitin uudelleenaktivoitumistapauksia, joista osa johti potilaan kuolemaan.

Hypogammaglobulinemia

Rituksimabihoitoa saaneilla granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavilla pediatriisilla ja aikuispotilailla on raportoitu hypogammaglobulinemiaa (IgA-, IgG- tai IgM-pitoisuus normaalin viitealueen alapuolella).

Rituksimabihoitoa GPA/MPA-tutkimuksessa 1 saaneista potilaista, joiden immunoglobuliinipitoisuus oli lähtötilanteessa normaali, 27 %:lla oli pieni IgA-pitoisuus, 58 %:lla oli pieni IgG-pitoisuus ja 51 %:lla oli pieni IgM-pitoisuus hoitokuukautena 6. Syklofosfamidiryhmissä vastaavat osuudet olivat 25 % (pieni IgA-pitoisuus), 50 % (pieni IgG-pitoisuus) ja 46 % (pieni IgM-pitoisuus). Kaikkien infektioiden ja vakavien infektioiden esiintyvyys ei suurentunut IgA-, IgG- tai IgM-pitoisuuden pienenemisen jälkeen.

GPA/MPA-tutkimuksessa 2 näiden kahden hoitohaaran välillä ei ollut kliinisesti merkittäviä eroja. Tutkimuksen aikana ei myöskään havaittu kokonaisimmunoglobuliinin, IgG:n, IgM:n tai IgA:n pitoisuuksien pienenemistä.

Pediatriisilla potilailla tehdyssä kliinisessä tutkimuksessa koko tutkimusjakson aikana raportoitiin seuraavaa: 25 potilaasta yhteensä 3 potilaalla (12 %) oli hypogammaglobulinemiatapahtuma, ja 18 potilaalla (72 %) oli pitkään (määritelty viitearvojen alarajaa pienemmäksi Ig-pitoisuudeksi vähintään 4 kuukauden ajan) pieni IgG-pitoisuus (näistä 15 potilaalla oli pitkään myös pieni IgM-pitoisuus). Kolme potilasta sai hoitona laskimoon annettavaa immunoglobuliinia (IV-IG). Rajallisen tiedon perusteella ei voida tehdä varmoja johtopäätöksiä siitä, johtavatko pitkäaikaiset pienet IgG- ja IgM-pitoisuudet vakavien infektioiden suurentuneeseen riskiin näillä potilailla. Pitkäaikaisen B-soluvajeen seuraukset pediatriisille potilaille eivät ole tiedossa.

Neutropenia

Rituksimabihoitoa GPA/MPA-tutkimuksessa 1 saaneista potilaista 24 %:lle rituksimabiryhmän potilaista (yksi hoitajakso) ja 23 %:lle syklofosfamidiryhmän potilaista kehittyi CTC-luokituksen mukainen asteen 3 tai vaikeampiasteinen neutropenia. Neutropeniaan ei havaittu rituksimabihoitoa saaneilla potilailla liittyneen vakavien infektioiden lisääntymistä.

GPA/MPA-tutkimuksessa 2 kaikkien vaikeusasteiden neutropenian ilmaantuvuus oli rituksimabihoitoa saaneilla potilailla 0 % verrattuna 5 %:iin atsatiopriinihoitoa saaneilla potilailla.

Iho ja ihonalainen kudokset

Toksista epidermaalista nekrolyysiä (Lyellin oireyhtymä), ja Stevens–Johnsonin oireyhtymää, jotka ovat toisinaan johtaneet potilaan kuolemaan, on raportoitu hyvin harvoin.

Kokemukset tavallisesta pemfiguksesta

Turvallisuusprofiilin yhteenvedo PV-tutkimuksesta 1 (tutkimus ML22196) ja PV-tutkimuksesta 2 (tutkimus WA29330)

Rituksimabin ja lyhytaikaisesti pieninä annoksina käytetyn glukokortikoidihoidon yhdistelmän turvallisuusprofiilia tavallista pemfigusta sairastavien potilaiden hoidossa tutkittiin faasin 3, satunnaistetussa, kontrolloidussa, avoimessa monikeskustutkimuksessa pemfigusta sairastavilla potilailla, joista 38 tavallista pemfigusta (PV) sairastavaa potilasta satunnaistettiin rituksimabiryhmään (PV-tutkimus 1). Rituksimabiryhmään satunnaistetut potilaat saivat aloitusannoksena 1000 mg laskimoon 1. tutkimuspäivänä ja toisen 1000 mg:n annoksen laskimoon 15. tutkimuspäivänä. 500 mg:n ylläpitoannoksia annettiin laskimoon kuukausina 12 ja 18. Relapsin yhteydessä potilaille voitiin antaa 1000 mg laskimoon (ks. kohta 5.1).

PV-tutkimus 2 oli satunnaistettu, kaksoissokkoutettu, kaksoislumevalmisteella toteutettu ja vaikuttavaan aineeseen vertaileva monikeskustutkimus, jossa rituksimabin tehoa ja turvallisuutta verrattiin mykofenolaattimofetiiliin (MMF) keskivaikeaa tai vaikeaa tavallista pemfigusta sairastavilla potilailla, jotka tarvitsivat suun kautta otettavia kortikosteroideja. 67 tavallista pemfigusta sairastavaa potilasta sai rituksimabihoitoa (aluksi 1 000 mg laskimoon tutkimuspäivänä 1 ja toinen 1 000 mg:n annos laskimoon tutkimuspäivänä 15; hoito toistettiin viikkoina 24 ja 26) enintään 52 viikon ajan (ks. kohta 5.1).

Rituksimabin turvallisuusprofiili tavallisen pemfiguksen hoidossa oli yhdenmukainen muiden autoimmuunitauteja koskevien hyväksytyjen käyttöaiheiden varmistetun turvallisuusprofiilin kanssa.

PV-tutkimusten 1 ja 2 haittavaikutustaulukko

Taulukossa 7 esitetään haittavaikutukset PV-tutkimuksissa 1 ja 2. PV-tutkimuksessa 1 haittavaikutuksiksi määriteltiin haittatapahtumat, joita esiintyi $\geq 5\%$:lla rituksimabia tavallisen pemfiguksen hoitoon saaneista potilaista ja joiden ilmaantuvuudessa oli $\geq 2\%$:n absoluuttinen ero rituksimabihoitoa saaneen ryhmän ja tavanomaisia prednisoniannoksia saaneen ryhmän välillä kuukauteen 24 saakka. Yksikään PV-tutkimuksen 1 potilas ei lopettanut hoitoa haittavaikutusten vuoksi. PV-tutkimuksessa 2 haittavaikutuksiksi määriteltiin haittatapahtumat, joita esiintyi $\geq 5\%$:lla potilaista rituksimabihaarassa ja joiden arvioitiin liittyneen lääkitykseen.

Taulukko 7 Haittavaikutukset PV-tutkimuksessa 1 (kuukauteen 24 saakka) ja PV-tutkimuksessa 2 (viikkoon 52 saakka) rituksimabihoitoa saaneilla tavallista pemfigusta sairastavilla potilailla tai markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Tuntematon |
|---|------------------------|--|--|
| Infektiot | Ylähengitystieinfektio | Herpesvirusinfektio Vyöruusu Suun herpesinfektio Konjunktiviitti Nasofaryngiitti Sammass Virtsatieinfektio | Vakava virusinfektio ^{1,2} Enteroviraalinen meningoencefaliitti ¹ |
| Hyvän- ja pahanalaatuiset kasvaimet (mukaan lukien kystat ja polyypit) | | Ihon papillooma | |
| Psyykkiset häiriöt | Pitkittyvä masennus | Vakava masennus Ärtyisyys | |
| Hermosto | Päänsärky | Huimaus | |
| Sydän | | Takykardia | |

| MedDRA-elinjärjestelmä | Hyvin yleinen | Yleinen | Tuntematon |
|--|--|--|------------|
| Ruoansulatuselimistö | | Ylävatsakipu | |
| Iho ja ihonalainen kudος | Hiustenlähtö | Kutina Urtikaria Iho-oireet | |
| Luusto, lihakset ja sidekudos | | Tuki- ja liikuntaelimestön kipu Nivelsärky Selkäkipu | |
| Yleisoireet ja antopaikassa todettavat haitat | | Väsymys Voimattomuus Kuume | |
| Vammat, myrkytykset ja hoitokomplikaatiot | Infuusioon liittyvät reaktiot ³ | | |

¹ Havaittu markkinoille tulon jälkeisessä seurannassa.
² Ks. myös kohta Infektiot alempana.
³ PV-tutkimuksessa 1 infuusioon liittyviin reaktioihin on luettu mukaan oireet, joiden tiedot kerättiin kunkin infuusion jälkeen seuraavalla sovitulla käynnillä, ja haittavaikutukset, jotka ilmenivät infuusion antopäivänä tai sitä seuraavana päivänä. PV-tutkimuksessa 1 yleisimmät infuusioon liittyvien reaktioiden oireet / Preferred Term -termit olivat päänsärky, vilunväristykset, korkea verenpaine, pahoinvointi, voimattomuus ja kipu.

PV-tutkimuksessa 2 yleisimmät infuusioon liittyvien reaktioiden oireet / Preferred Term -termit olivat hengenahdistus, eryteema, liihakkoilu, ihon punoitus / kuumat aallot, hypotensio / matala verenpaine ja ihottuma / kutiseva ihottuma.

Valittujen haittavaikutusten kuvaus

Infuusioon liittyvät reaktiot

PV-tutkimuksessa 1 infuusioon liittyvät reaktiot olivat yleisiä (58 %). Lähes kaikki infuusioon liittyneet reaktiot olivat lieviä tai keskivaikeita. Niiden potilaiden osuus, joilla oli infuusioon liittynyt reaktio, oli ensimmäisen infuusion yhteydessä 29 % (11 potilasta), toisen infuusion yhteydessä 40 % (15 potilasta), kolmannen infuusion yhteydessä 13 % (5 potilasta) ja neljännen infuusion yhteydessä 10 % (4 potilasta). Yksikään potilas ei lopettanut hoitoa infuusioon liittyneiden reaktioiden vuoksi. Infuusioon liittyneiden reaktioiden oireet olivat tyypiltään ja vaikeusasteeltaan samankaltaisia kuin nivelreumaa, granulomatoottista polyangiittia tai mikrokooppista polyangiittia sairastavilla potilailla on todettu.

PV-tutkimuksessa 2 infuusioon liittyviä reaktioita esiintyi pääasiassa ensimmäisen infuusion yhteydessä ja niiden esiintyvyys väheni seuraavien infusioiden yhteydessä: infuusioon liittyviä reaktiota esiintyi ensimmäisen infuusion yhteydessä 17,9 %:lla potilaista, toisen infuusion yhteydessä 4,5 %:lla potilaista, kolmannen infuusion yhteydessä 3 %:lla potilaista ja neljännen infuusion yhteydessä 3 %:lla potilaista. Niistä 15 potilaasta, joilla esiintyi vähintään yksi infuusioon liittynyt reaktio, 11 potilaalla oli asteen 1 tai 2 infuusioon liittynyt reaktio. 15 potilaasta 4 potilaalla raportoitiin asteen ≥ 3 infuusioon liittynyt reaktio, joka johti rituksimabihoidon keskeyttämiseen, ja näistä neljästä potilaasta kolmella oli vakava (hengenvaarallinen) infuusioon liittynyt reaktio. Vakavia infuusioon liittyneitä reaktioita esiintyi ensimmäisen (2 potilaalla) tai toisen (1 potilaalla) infuusion yhteydessä, ja ne hävisivät oireenmukaisella hoidolla.

Infektiot

PV-tutkimuksessa 1 hoitoon liittyneitä infektiota todettiin 14 potilaalla (37 %) rituksimabiryhmässä verrattuna 15 potilaaseen (42 %) tavanomaisia prednisoniannoksia saaneessa ryhmässä.

Rituksimabiryhmässä yleisimpiä infektiota olivat yskänrokko (*herpes simplex*) ja vyöruusu (*herpes zoster*), keuhkoputkentulehdus, virtsatieinfektio, sieni-infektio ja konjunktiviitti. Kolmella rituksimabiryhmän potilaalla (8 %) oli yhteensä 5 vakavaa infektiota (*Pneumocystis jirovecii* -pneumonia, tulehdusperäinen tromboosi, nikamavälilevyn tulehdus, keuhkoinfektio, stafylokokkisepsis) ja yhdellä tavanomaisia prednisoniannoksia saaneen ryhmän potilaalla (3 %) oli vakava infektio (*Pneumocystis jirovecii* -pneumonia).

PV-tutkimuksessa 2 infektiota esiintyi rituksimabihaarassa 42 potilaalla (62,7 %).

Rituksimabiryhmässä yleisimpiä infektiota olivat ylähengitystieinfektiot, nasofaryngiitti, sammas ja virtsatieinfektio. Kuudella rituksimabiryhmän potilaalla (9 %) esiintyi vakavia infektiota.

Markkinoille tulon jälkeen on raportoitu vakavia virusinfektioita rituksimabilla hoidetuilla tavallista pemfigusta sairastavilla potilailla.

Laboratorioarvojen poikkeavuudet

PV-tutkimuksen 2 rituksimabihaarassa havaittiin infuusion jälkeen hyvin yleisesti ohimenevää lymfosyyttimäärän vähenemistä, joka johtui perifeeristen T-solupopulaatioiden vähenemisestä, sekä fosforipitoisuuden ohimenevää pienenemistä. Näiden katsottiin olleen esilääkityksenä laskimoon annetun metyyliprednisoloni-infuusion indusoimia.

PV-tutkimuksessa 2 havaittiin yleisesti pieniä IgG-pitoisuuksia ja hyvin yleisesti pieniä IgM-pitoisuuksia, mutta IgG- tai IgM-pitoisuuksien pienenemisen jälkeen ei havaittu lisääntyttä vakavien infektioiden riskiä.

Epäilyistä haittavaikutuksista ilmoittaminen

On tärkeää ilmoittaa myyntiluvan myöntämisen jälkeisistä lääkevalmisteen epäilyistä haittavaikutuksista. Se mahdollistaa lääkevalmisteen hyöty-haittasapainon jatkuvan arvioinnin. Terveystieteiden ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan kaikista epäilyistä haittavaikutuksista [liitteessä V](#) luetellun kansallisen ilmoitusjärjestelmän kautta.

4.9 Yliannostus

Tehdyistä kliinisissä tutkimuksissa ihmisille on rajoitetusti tietoa saatavilla suuremmista kuin hyväksytyistä laskimoon annettavista rituksimabin annoksista. Suurin ihmisellä tutkittu laskimoon annettu rituksimabiannos on tähän mennessä ollut 5000 mg (2250 mg/m²), jota tutkittiin annoseskalaatiotutkimuksessa kroonista lymfaattista leukemiaa sairastavilla potilailla. Uusia turvallisuuteen liittyviä signaaleja ei ilmennyt.

Jos potilas saa yliannoksen, infuusion anto on välittömästi keskeytettävä ja potilasta on tarkkailtava huolellisesti.

Myyntiluvan myöntämisen jälkeisessä seurannassa on raportoitu viisi rituksimabin yliannostustapausta. Kolmessa tapauksessa ei raportoitu haittatapahtumia. Kaksi haittatapahtumaa raportoitiin, toinen oli influenssan tapaisia oireita rituksimabiannoksella 1,8 g ja toinen oli fataali hengityslama rituksimabiannoksella 2 g.

5. FARMAKOLOGISET OMINAISUUDET

5.1 Farmakodynamiikka

Farmakoterapeuttinen ryhmä: muut syöpälääkkeet, monoklonaaliset vasta-aineet, ATC-koodi: L01FA01

Rixathon on ns. biosimilaari lääkevalmiste. Yksityiskohtaisempaa tietoa on saatavilla Euroopan lääkeviraston kotisivulta: <http://www.ema.europa.eu>.

Rituksimabi sitoutuu spesifisesti transmembraaniseen CD20-antigeeniin, joka on non-glykosyloitu fosfoproteiini. Tätä antigeenia esiintyy pre-B-soluissa ja kypsissä B-lymfosyyteissä. Yli 95 % B-solu non-Hodgkinin lymfoomista ilmaisee tätä antigeenia.

CD20:tä esiintyy normaaleissa ja maligneissa B-soluissa, mutta ei hematopoieettisissa kantasoluissa, pro-B-soluissa, normaaleissa plasmasoluissa eikä muussa terveessä kudoksessa. CD20-antigeeni ei internalisoidu vasta-aineen sitoutuessa eikä sitä irtoa solun pinnalta. CD20-antigeeni ei kierrä vapaana plasmassa, joten kilpailua vasta-ainesitoutumisesta ei esiinny.

Rituksimabin Fab-alayksikkö sitoutuu B-lymfosyytin CD20-antigeeniin ja Fc-alayksikkö voi aktivoida immuunijärjestelmän välittämänä B-solun tuhoutumisen. Mahdollisia efektorin välittämiä solun tuhoutumisen mekanismeja ovat C1_q-sitoutumisen laukaisema, komplementista riippuva sytotoksisuus (CDC) ja vasta-aineista riippuvainen soluvälitteinen sytotoksisuus (ADCC), jota välittävät granulosityttien, makrofagien ja NK-solujen pinnassa olevat Fc γ -reseptorit. Rituksimabin sitoutumisen B-lymfosyytin CD20-antigeeniin on myös osoitettu aiheuttavan ohjelmoitua solujen kuolemaa (apoptoosia).

Perifeeristen B-solujen määrät laskivat alle normaaliarvojen ensimmäisen rituksimabiannoksen jälkeen. Pahanlaatuisten hematologisten tautien vuoksi hoidetuilla potilailla B-solujen palautuminen alkoi 6 kuukauden sisällä hoidon päättymisestä ja yleensä arvot palasivat normaaleiksi 12 kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä, vaikka joillakin potilailla palautuminen voi kestää kauemmin (palautumisajan mediaani jopa 23 kuukautta hoidon aloituksesta). Nivelreumapotilailla perifeerisen veren B-solunäärä pieneni heti, kun potilaille oli annettu kaksi 1000 mg:n rituksimabi-infuusiota 14 vuorokauden välein. Perifeerisen veren B-solunäärä alkoi lisääntyä viikolla 24, ja merkkejä solupopulaation uusiutumisesta havaittiin suurimmalla osalla potilaista viikkoon 40 mennessä riippumatta siitä, annettiinko rituksimabia yksinään vai yhdessä metotreksaatin kanssa. Pienellä osalla potilaista oli pitkittynyt perifeerinen B-soluvaje, joka viimeisen rituksimabiannoksen jälkeen kesti kaksi vuotta tai pitempään. Granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastavilla potilailla, perifeeristen B-solujen määrä laski tasolle < 10 solua/ μ l kahden kerran viikossa annetun rituksimabi-infuusion jälkeen (375 mg/m²), ja useimmilla potilailla määrä pysyi tällä tasolla hoidosta seuraavat 6 kuukautta. Suurimmalla osalla potilaista (81 %) havaittiin viitteitä B-solujen palautumisesta ja kun hoidon päättymisestä oli kulunut 12 kuukautta heiltä mitattiin arvoja, jotka olivat > 10 solua/ μ l. 18 kuukautta hoidon päättymisestä osuus oli kasvanut 87 %:iin.

Kliininen kokemus non-Hodgkin-lymfooman (NHL) ja kroonisen lymfaattisen leukemian hoidosta (KLL)

Folikulaarinen lymfooma

Monoterapia

Hoito kerran viikossa, yhteensä neljä annosta

Avaintutkimuksessa rituksimabia annettiin 375 mg/m² laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa neljän viikon ajan 166 potilaalle, joilla oli uusiutunut tai solunsalpaajaresistentti, matala-asteinen tai follikulaarinen B-solu-NHL. Kokonaishoitovaste oli 48 % intent-to-treat (ITT) -ryhmässä (95 %:n luottamusväli 41–56 %), 6 %:lla potilaista saavutettiin täydellinen hoitovaste ja 42 %:lla osittainen hoitovaste. Hoitoon reagoivilla potilailla arvioitu mediaaniaika taudin etenemiseen (TTP) oli 13 kuukautta. Alaryhmäanalyysissä havaittiin, että kokonaishoitovasteluku oli suurempi potilailla, joilla oli IWF-luokituksen mukainen histologinen alatyypin B, C tai D verrattuna alatyypin A (58 % vs. 12 %). Kokonaishoitovasteluku oli myös suurempi potilailla, joiden leesio suurin halkaisija oli alle 5 cm verrattuna potilaisiin, joilla halkaisija oli suurempi kuin 7 cm (53 % vs. 38 %) tai jos potilailla oli kemoterapiaan reagoiva relapsi verrattuna solunsalpaajaresistenttiin (= hoitovasteen kesto alle kolme kuukautta) relapsiin (50 % vs. 22 %). Kokonaishoitovaste potilailla, joita oli aikaisemmin

hoidettu autologisella luuydinsiirrolla (ABMT), oli 78 %, kun taas potilailla, jotka eivät olleet saaneet luuydinsiirtoa, hoitovaste oli 43 %. Seuraavilla tekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta (Fisherin testillä analysoituna) hoitovasteeseen rituksimabille: ikä, sukupuoli, lymfooman pahanlaatuisuusaste, alkudiagnoosi, suuri tautimassa / ei suurta tautimassaa, normaali tai korkea LDH tai ekstranodaalinen tauti. Hoitovastelukujen ja luuytimeen levinneen taudin välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä korrelaatio: hoitovasteen sai 40 % potilaista, joilla oli luuytimeen levinnyt tauti. Potilaista, joilla ei ollut luuytimeen levinnyttä tautia, hoitovasteen sai 59 % ($p = 0,0186$). Tätä tulosta ei tukenut asteittainen logistinen regressioanalyysi, jossa seuraavat tekijät havaittiin hoitovastetta ennustaviksi: histologinen tyyppi, lähtötilanteen bcl-2-positiivisuus, resistenssi viimeiselle edeltävälle solunsalpaajahoidolle ja suuri tautimassa.

Hoito kerran viikossa, yhteensä kahdeksan annosta

Monikeskustutkimuksessa, jossa oli vain yksi hoitoaara, 37:lle uusiutunutta tai solunsalpaajaresistenttiä, matala-asteista tai follikulaarista non-Hodgkin-B-solulymfoomaa sairastavalle potilaalle annettiin 375 mg/m² rituksimabia laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa yhteensä kahdeksan annosta. Kokonaishoitovaste oli 57 % (95 %:n luottamusväli 41–73 %, täydellinen hoitovaste 14 %, osittainen hoitovaste 43 %) ja arvioitu mediaaniaika taudin etenemiseen hoitoon reagoivilla potilailla 19,4 kuukautta (vaihteluväli 5,3–38,9 kk).

Hoito kerran viikossa, yhteensä neljä annosta, suuri tautimassa

Kolmessa tutkimuksessa 39 potilaalle annettiin 375 mg/m² rituksimabia laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa yhteensä neljä annosta. Potilaat sairastivat uusiutunutta tai solunsalpaajaresistenttiä, suuren tautimassan (yksittäisen leesio halkaisija ≥ 10 cm) matala-asteista tai follikulaarista non-Hodgkin-B-solulymfoomaa. Tässä yhdistetyssä aineistossa kokonaishoitovaste oli 36 % (95 %:n luottamusväli 21–51 %, täydellinen hoitovaste 3 %, osittainen hoitovaste 33 %) ja mediaaniaika taudin etenemiseen hoitoon reagoivilla potilailla 9,6 kuukautta (vaihteluväli 4,5–26,8 kk).

Uusintahoito, annostus kerran viikossa, yhteensä neljä annosta Monikeskustutkimuksessa, jossa oli vain yksi hoitoaara, 58:lle uusiutunutta tai solunsalpaajaresistenttiä, matala-asteista tai follikulaarista non-Hodgkin-B-solulymfoomaa sairastavalle potilaalle, jotka olivat saaneet objektiivisen kliinisen hoitovasteen ensimmäiselle rituksimabihoitojaksolle, annettiin uudelleen 375 mg/m² rituksimabia laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa yhteensä neljä annosta. Kolme potilasta oli saanut jo kaksi rituksimabihoitojaksoa ennen tutkimukseen mukaantuloa, joten he saivat kolmannen hoitojakson tutkimuksen aikana. Kahta potilasta hoidettiin kaksi kertaa uudelleen tutkimuksen aikana. Tutkimuksen 60 uusintahoidon kokonaishoitovaste oli 38 % (95 %:n luottamusväli 26–51 %, täydellinen hoitovaste 10 %, osittainen hoitovaste 28 %) ja arvioitu mediaaniaika taudin etenemiseen hoitoon reagoivilla potilailla 17,8 kuukautta (vaihteluväli 5,4–26,6 kk). Tämä tulos kestää hyvin vertailun ensimmäiseen rituksimabihoitojaksoon, jolloin aika taudin etenemiseen oli 12,4 kuukautta.

Yhdistelmähoito solunsalpaajien kanssa

Satunnaistetussa, avoimessa kliinisessä tutkimuksessa 322 aikaisemmin hoitamaton, follikulaarista lymfoomaa sairastavaa potilasta satunnaistettiin kahteen ryhmään. Toisen ryhmän potilaille annettiin CVP-solunsalpaajahoitoa (syklofosfamidi 750 mg/m², vinkristiini 1,4 mg/m² aina 2 mg:n annokseen saakka päivänä 1 ja prednisolonia 40 mg/m²/vrk päivinä 1–5) joka kolmas viikko kahdeksan syklin ajan ja toisen ryhmän potilaille rituksimabia 375 mg/m² yhdistettynä CVP-hoitoon (R-CVP). Rituksimabi annettiin jokaisen hoitosyklin ensimmäisenä päivänä. Hoitoa sai kaikkiaan 321 potilasta, joilla teho voitiin arvioida (162 R-CVP-ryhmässä ja 159 CVP-ryhmässä). Potilaiden seuranta-ajan mediaani oli 53 kuukautta. Tutkimuksen primaarisella päätepisteellä (aika hoidon tehon menetykseen) mitattuna R-CVP-hoidolla saavutettiin merkittävä hyöty verrattuna CVP-hoitoon (27 kuukautta vs. 6,6 kuukautta, $p < 0,0001$, log-rank-testi). Kasvaimelle hoitovasteen (CR, CRu, PR) saaneiden potilaiden osuus oli merkitsevästi suurempi ($p < 0,0001$, Chi-Square-testi) R-CVP-ryhmässä (80,9 %) verrattuna CVP-ryhmään (57,2 %). Verrattuna CVP-hoitoon R-CVP-hoito pidensi merkitsevästi aikaa taudin etenemiseen (33,6 kuukautta) tai kuolemaan (14,7 kuukautta), $p < 0,0001$, log-rank-testi. Hoitovasteen keston mediaani oli R-CVP-ryhmässä 37,7 kuukautta ja CVP-ryhmässä 13,5 kuukautta ($p < 0,0001$, log-rank-testi).

Hoitoryhmien välinen ero kokonaiselinajassa osoitti merkitsevän kliinisen eron ($p = 0,029$, keskuksen mukaan stratifioitu log-rank-testi): 53 kuukauden kohdalla eloonjäämisprosentti oli R-CVP-ryhmän potilailla 80,9 % ja CVP-ryhmän potilailla 71,1 %.

Tulokset kolmesta muusta satunnaistetusta tutkimuksesta, joissa rituksimabia käytettiin yhdistelmähoitossa muiden solunsalpaajien kanssa (CHOP, MCP, CHVP/interferoni- α), ovat myös osoittaneet vasteiden, aikaan sidonnaisten parametrien ja kokonaiselinajan merkittävää paranemista. Keskeiset tulokset kaikista neljästä tutkimuksesta on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8 Yhteenveto neljän faasin III satunnaistetun tutkimuksen keskeisistä tuloksista. Tutkimuksissa selvitettiin rituksimabista saatavaa hyötyä erilaisten solunsalpaajahoitojen kanssa follikulaarisessa lymfoomassa.

| Tutkimus | Hoito, potilaiden määrä | Seuranta-ajan mediaani (kk) | Kokonaishoitovaste (%) | Täydellinen hoitovaste (%) | Mediaani TTF/PFS/EFS (kuukautta) | Kokonaiseloonjääminen (%) |
|----------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------|--|---|
| M39021 | CVP: 159 R-CVP: 162 | 53 | 57 81 | 10 41 | Mediaani TTP: 14,7 33,6 $p < 0,0001$ | 53 kk kohdalla 71,1 80,9 $p = 0,029$ |
| GLSG'00 | CHOP: 205 R-CHOP: 223 | 18 | 90 96 | 17 20 | Mediaani TTF: 2,6 v Ei saavutettu $p < 0,001$ | 18 kk kohdalla 90 95 $p = 0,016$ |
| OSHO-39 | MCP: 96 R-MCP: 105 | 47 | 75 92 | 25 50 | Mediaani PFS: 28,8 Ei saavutettu $p < 0,0001$ | 48 kk kohdalla 74 87 $p = 0,0096$ |
| FL2000 | CHVP-IFN: 183 R-CHVP-IFN: 175 | 42 | 85 94 | 49 76 | Mediaani EFS: 36 Ei saavutettu $p < 0,0001$ | 42 kk kohdalla 84 91 $p = 0,029$ |

EFS – Tapahtumavapaa elinaika

TTP – Aika taudin etenemiseen tai kuolemaan

PFS – Taudin etenemisestä vapaa elinaika

TTF – Aika hoidon tehon menetykseen

Kokonaiseloonjääminen – eloonjääminen analysointihetkellä

Ylläpitohoito

Aiemmin hoitamaton follikulaarinen lymfooma

Prospektiivisessa, avoimessa, kansainvälisessä, faasin III monikeskustutkimuksessa 1193 potilaalle, joilla oli aiemmin hoitamaton pitkälle edennyt follikulaarinen lymfooma, annettiin tutkijan valinnan mukaan induktiohoitona R-CHOP ($n = 881$), R-CVP ($n = 268$) tai R-FCM ($n = 44$). Hoitovasteen sai yhteensä 1078 potilasta, joista 1018 oli satunnaistettu rituksimabiylläpitohoitoryhmään ($n = 505$) tai seurantaryhmään ($n = 513$). Nämä kaksi hoitoryhmää olivat hyvin tasapainossa potilaiden perusominaisuuksien ja tautistatuksen suhteen. Rituksimabiylläpitoitohoidossa annettiin kertainfuusio rituksimabia annoksella 375 mg/m² joka toinen kuukausi, kunnes tauti eteni tai pisimmillään 2 vuoden ajan.

Ennalta määriteltä primaarianalyysi tehtiin, kun seuranta-aika (mediaani) oli 25 kuukautta satunnaistamisesta. Siinä havaittiin, että ylläpitohoito rituksimabilla johti primaarisen päätemuuttujan (PFS) kliinisesti merkittävään ja tilastollisesti merkitsevään paranemiseen verrattuna seurantaryhmän potilaisiin, joilla oli aiemmin hoitamaton follikulaarinen lymfooma (taulukko 9).

Primaarianalyysissa osoitettiin rituksimabin ylläpitohoidosta merkittävää hyötyä myös seuraavissa toissijaisissa päätetapahtumissa: tapahtumavapaa elinaika (EFS), aika seuraavaan lymfoomahoitoon (TNLT), aika seuraavaan solunsalpaajahoitoon (TNCT) ja kokonaishoitovaste (ORR) (taulukko 9).

Tiedot tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden pidennetystä seurannasta (seurannan keston mediaani 9 vuotta) vahvistivat rituksimabiylläpitohoidon pitkäaikaishyödyt seuraavien päätetapahtumien suhteen: taudin etenemisestä vapaa elinaika, tapahtumavapaa elinaika, aika seuraavaan lymfoomahoitoon ja aika seuraavaan solunsalpaajahoitoon (taulukko 9).

Taulukko 9 Yhteenveto rituksimabiylläpitohoidon vs. seurantaryhmän tehoa koskevista tuloksista tutkimussuunnitelmassa määritellyssä primaarianalyysissa ja 9 vuoden (mediaani) seurannan jälkeen (loppuanalyysi)

| | Primaarianalyysi (seuranta-ajan mediaani 25 kuukautta) | | Loppuanalyysi (seuranta-ajan mediaani 9,0 vuotta) | |
|--------------------------------------|---|------------------------|---|------------------------|
| | Seuranta N = 513 | Rituksimabi N = 505 | Seuranta N = 513 | Rituksimabi N = 505 |
| Primaarinen teho | | | | |
| PFS (mediaani) | NR | NR | 4,06 vuotta | 10,49 vuotta |
| log-rank-testin p-arvo | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| riskisuhde (95 %:n luottamusväli) | 0,50 (0,39–0,64) | | 0,61 (0,52–0,73) | |
| riskin vähenemä | 50 % | | 39 % | |
| Sekundaarinen teho | | | | |
| OS (mediaani) | NR | NR | NR | NR |
| log-rank-testin p-arvo | 0,7246 | | 0,7948 | |
| riskisuhde (95 %:n luottamusväli) | 0,89 (0,45–1,74) | | 1,04 (0,77–1,40) | |
| riskin vähenemä | 11 % | | –6 % | |
| EFS (mediaani) | 38 kuukautta | NR | 4,04 vuotta | 9,25 vuotta |
| log-rank-testin p-arvo | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| riskisuhde (95 %:n luottamusväli) | 0,54 (0,43–0,69) | | 0,64 (0,54–0,76) | |
| riskin vähenemä | 46 % | | 36 % | |
| TNLT (mediaani) | NR | NR | 6,11 vuotta | NR |
| log-rank-testin p-arvo | 0,0003 | | < 0,0001 | |
| riskisuhde (95 %:n luottamusväli) | 0,61 (0,46–0,80) | | 0,66 (0,55–0,78) | |
| riskin vähenemä | 39 % | | 34 % | |
| TNCT (mediaani) | NR | NR | 9,32 vuotta | NR |
| log-rank-testin p-arvo | 0,0011 | | 0,0004 | |
| riskisuhde (95 %:n luottamusväli) | 0,60 (0,44–0,82) | | 0,71 (0,59–0,86) | |
| riskin vähenemä | 40 % | | 39 % | |
| ORR* | 55 % | 74 % | 61 % | 79 % |
| khiin neliö -testillä todettu p-arvo | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| kerroinsuhde (95 %:n luottamusväli) | 2,33 (1,73–3,15) | | 2,43 (1,84–3,22) | |
| Täydellisen vasteen osuus (CR/CRu)* | 48 % | 67 % | 53 % | 67 % |
| khiin neliö -testillä todettu p-arvo | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| kerroinsuhde (95 %:n vaihteluväli) | 2,21 (1,65–2,94) | | 2,34 (1,80–3,03) | |

* ylläpitohoidon/seurannan päättyessä; loppuanalyysin tulokset perustuvat 73 kuukauden seuranta-aikaan (mediaani).

NR: ei saavutettu kliinisen tiedonkeruun katkaisuaikana (not reached at time of clinical cut off), TNCT: aika seuraavaan solunsalpaajahoitoon (time to next chemotherapy treatment); TNLT: aika seuraavaan lymfoomahoitoon (time to next anti lymphoma treatment).

Rituksimabiylläpitohoidon hyöty osoitettiin kaikissa tutkituissa ennalta määritellyissä alaryhmissä: sukupuoli (mies, nainen), ikä (< 60 vuotta, ≥ 60 vuotta), FLIPI-pisteet (≤ 1, 2 tai ≥ 3), induktiohoito (R-CHOP, R-CVP tai R-FCM) riippumatta induktiohoidon hoitovasteen laadusta (CR, CRu tai PR).

Ylläpito-hoidon hyötyä selvittävässä eksploratiivisissa analyyseissä havaittiin, että iäkkäillä potilailla (> 70-vuotiaat) hyöty ei ollut yhtä selkeää, otanta oli kuitenkin pieni.

Uusiutunut/refraktorinen follikulaarinen lymfooma

Prospektiivisessa, avoimessa, kansainvälisessä, faasin III monikeskustutkimuksessa satunnaistettiin 465 uusiutunutta/refraktorista follikulaarista lymfoomaa sairastavaa potilasta saamaan ensimmäisessä vaiheessa induktiohoitoa joko CHOP-yhdistelmällä (syklofosfamidi, doksorubisiini, vinkristiini, prednisoloni; n = 231) tai rituksimabin ja CHOP-hoidon yhdistelmällä (R-CHOP, n = 234). Nämä kaksi hoitoryhmää olivat hyvin tasapainossa potilaiden perusominaisuuksien ja tautistatuksen suhteen. Kaikkiaan 334 potilasta, jotka saivat täydellisen tai osittaisen remission induktiohoidon jälkeen, satunnaistettiin toisessa vaiheessa saamaan joko rituksimabiylläpitohoitoa (n = 167) tai seurantaan (n = 167). Rituksimabiylläpito-hoidossa annettiin kertainfuusio rituksimabia annoksella 375 mg/m² joka 3. kuukausi, kunnes tauti eteni tai pisimmillään 2 vuoden ajan.

Lopullisessa tehoa koskevassa analyysissä olivat mukana kaikki potilaat, jotka oli satunnaistettu tutkimuksen molemmissa vaiheissa. Kun seuranta-ajan mediaani oli 31 kuukautta havaittiin, että ennuste parani merkittävästi uusiutunutta/refraktorista follikulaarista lymfoomaa sairastavilla potilailla, jotka oli induktiovaiheessa satunnaistettu saamaan R-CHOP-hoitoa verrattuna CHOP-hoitoa saaneisiin potilaisiin (ks. taulukko 10).

Taulukko 10 Induktiovaihe: yhteenveto CHOP- ja R-CHOP-hoitojen tehoa koskevista tuloksista (seuranta-ajan mediaani 31 kuukautta)

| | CHOP | R-CHOP | p-arvo | Riskin väheneminen ¹⁾ |
|----------------------------------|------|--------|--------|----------------------------------|
| Primaariset tehomuuttajat | | | | |
| ORR ²⁾ | 74 % | 87 % | 0,0003 | NA |
| CR ²⁾ | 16 % | 29 % | 0,0005 | NA |
| PR ²⁾ | 58 % | 58 % | 0,9449 | NA |

¹⁾ Estimaatit laskettiin riskisuhteina (hazard ratio)

²⁾ Viimeinen tutkijan arvioima hoitovaste kasvaimeen. ”Primaarinen” tilastotesti ”hoitovasteen” mittaamiseen oli trenditesti (CR vs. PR vs. ei hoitovastetta, p < 0,0001).

Lyhenteet: NA, tietoa ei käytettävissä (not available); ORR, kokonaishoitovaste (overall response rate); CR, täydellinen hoitovaste (complete response); PR, osittainen hoitovaste (partial response);

Tutkimuksen ylläpito-vaiheeseen satunnaistettujen potilaiden seuranta-ajan mediaani oli 28 kuukautta ajankohdasta, jolloin ylläpitohoitoon satunnaistaminen tapahtui. Ylläpitohoito rituksimabilla johti primaarisen päätemuuttujan (PFS) kliinisesti merkittävään ja tilastollisesti merkittävään paranemiseen verrattuna pelkkään seurantaan (p < 0,0001, log-rank-testi). Taudin etenemisestä vapaa elinaika (PFS) tarkoittaa aikaa ylläpitohoitoon satunnaistamisesta taudin uusiutumiseen, taudin etenemiseen tai kuolemaan. Taudin etenemisestä vapaan elinajan mediaani oli 42,2 kuukautta rituksimabiylläpitohoitoa saaneilla potilailla ja 14,3 kuukautta pelkässä seurannassa olleilla. Coxin regressioanalyysi osoitti, että etenevän taudin tai kuoleman riski pieneni 61 % rituksimabiylläpitohoitoa saaneilla potilailla verrattuna seurantaryhmään (95 %:n luottamusväli 45-72 %). Kaplan-Meier-menetelmällä arvioituna niiden potilaiden osuus, jolla tauti ei edennyt, oli 78 % rituksimabiylläpitohoitoryhmässä ja 57 % seurantaryhmässä 12 kuukauden kohdalla. Kokonaiseloonjäämisaikaa koskeva analyysi vahvisti, että rituksimabiylläpito-hoidolla saavutettiin merkittävä hyöty verrattuna potilaisiin, jotka olivat pelkässä seurannassa (p = 0,0039, log-rank-testi). Rituksimabiylläpitohoito pienensi kuoleman riskiä 56 % (95 %:n luottamusväli 22–75 %).

Taulukko 11 Ylläpitovaihe: Yhteenveto rituksimabihoidon ja pelkän seurannan tehoa koskevista tuloksista (seuranta-ajan mediaani 28 kuukautta)

| Tehomuuttuja | Kaplan-Meier-estimaatti (kk): mediaaniaika tapahtumaan | | | Riskin väheneminen |
|---|---|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Seuranta (N = 167) | Rituksima bi (n = 167) | Log-rank- testin p-arvo | |
| Taudin etenemisestä vapaa elinaika (PFS) | 14,3 | 42,2 | < 0,0001 | 61 % |
| Kokonaiseloonjäämisaika (OS) | NR | NR | 0,0039 | 56 % |
| Aika ennen uuden lymfoomahoidon aloittamista | 20,1 | 38,8 | < 0,0001 | 50 % |
| Taudista vapaa elinaika (DFS ^a) | 16,5 | 53,7 | 0,0003 | 67 % |
| Alaryhmäanalyysi Taudin etenemisestä vapaa elinaika (PFS) | | | | |
| CHOP | 11,6 | 37,5 | < 0,0001 | 71 % |
| R-CHOP | 22,1 | 51,9 | 0,0071 | 46 % |
| Täydellinen hoitovaste | 14,3 | 52,8 | 0,0008 | 64 % |
| Osittainen hoitovaste | 14,3 | 37,8 | < 0,0001 | 54 % |
| Kokonaiseloonjäämisaika (OS) | | | | |
| CHOP | NR | NR | 0,0348 | 55 % |
| R-CHOP | NR | NR | 0,0482 | 56 % |

NR: ei saavutettu; ^a: koskee vain täydellisen hoitovasteen saaneita potilaita

Rituksimabiylläpito­hoidon suotuisa vaikutus varmistui kaikissa analysoiduissa alaryhmissä riippumatta induktio­hoidosta (CHOP tai R-CHOP) tai induktio­hoidon hoitovasteen laadusta (täydellinen tai osittainen hoitovaste) (taulukko 11). Rituksimabiylläpito­hoito pidensi merkittävästi taudin etenemisestä vapaan elinajan mediaania potilailla, jotka vastasivat CHOP-indukti­ohoit­oon (mediaani PFS 37,5 kk vs. 11,6 kk, $p < 0,0001$) sekä potilailla, jotka vastasivat R-CHOP-indukti­ohoit­oon (mediaani PFS 51,9 kk vs. 22,1 kk, $p = 0,0071$). Vaikka alaryhmät olivat pieniä, rituksimabiylläpito­hoito toi merkittävää hyötyä kokonaiseloonjäämisajassa mitattuna sekä CHOP-hoit­oon että R-CHOP-hoit­oon vastaaville potilaille. Tämän havainnon varmistamiseksi tarvitaan pidempi seuranta-aika.

Aikuisten diffuusi suurisoluinen non-Hodgkin-B-solulymfooma

Satunnaistetussa, avoimessa kliinisessä tutkimuksessa 399:lle aikaisemmin hoitamattomalle, iäkkäälle potilaalle (ikä 60–80 vuotta), joilla oli diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma, annettiin standardi-CHOP-hoitoa (syklofosfamidi 750 mg/m², doksorubisiini 50 mg/m², vinkristiini 1,4 mg/m² aina 2 mg:n annokseen saakka päivänä 1 ja prednisoloni 40 mg/m²/vrk päivinä 1–5) joka kolmas viikko kahdeksan hoitosyklin ajan tai rituksimabia 375 mg/m² ja CHOP-hoitoa (R-CHOP). Rituksimabi annettiin hoitosyklin ensimmäisenä päivänä.

Tehoa koskevassa loppuanalyysissä olivat mukana kaikki satunnaistetusti eri ryhmiin jaetut potilaat (197 CHOP- ja 202 R-CHOP-ryhmässä). Seuranta-ajan keston mediaani oli noin 31 kuukautta. Potilaat oli jaettu eri hoitoa saaviin ryhmiin tasapuolisesti ottaen huomioon lähtötilanteen sairauden ominaisuudet ja aste. Loppuanalyysi vahvisti, että R-CHOP-hoito pidensi kliinisesti merkittävästi ja tilastollisesti merkitsevästi tapahtumista vapaata aikaa (primaarinen tehoa osoittava parametri; tapahtumia olivat kuolema, taudin uusiutuminen, lymfooman eteneminen tai uuden lymfoomahoidon aloittaminen) ($p = 0,0001$). Tapahtumista vapaan ajan Kaplan-Meier-estimaatti (mediaani) oli 35 kuukautta R-CHOP-ryhmässä ja 13 kuukautta CHOP-haarassa vastaten riskin vähenemistä 41 %:lla. Kokonaiseloonjäämisajan 24 kuukauden estimaatti oli 68,2 % R-CHOP-ryhmässä ja 57,4 % CHOP-haarassa. Kun seuranta-ajan mediaani oli 60 kuukautta, suoritettiin seuraava kokonaiseloonjäämisaikaa koskeva analyysi, joka vahvisti R-CHOP-hoidon paremmuuden verrattuna CHOP-hoittoon ($p = 0,0071$): riski väheni 32 %.

Sekundaariset parametrit (hoitovaste, taudin etenemisestä vapaa aika, taudista vapaa aika, hoitovasteen kesto) vahvistivat R-CHOP-hoidon vaikutuksen verrattuna CHOP-hoittoon. Täydellinen hoitovaste kahdeksan syklin jälkeen oli 76,2 % R-CHOP-haarassa ja 62,4 % CHOP-haarassa ($p = 0,0028$). Taudin etenemisen riski väheni 46 % ja taudin uusiutumisen riski 51 %. Kaikissa potilaiden alaryhmissä (sukupuoli, ikä, iän huomioon otettava IPI eli International NHL Prognostic Index, Ann Arborin luokitus, ECOG, β_2 -mikroglobuliini, LDH, albumiini, B-oireet, suuri tautimassa, ekstrapodaalinen tauti, luuytimeen levinnyt tauti) tapahtumista vapaan ajan ja kokonaiseloonjäämisajan riskisuhteet (R-CHOP verrattuna CHOP:iin) olivat vastaavasti alle 0,83 ja 0,95. R-CHOP-hoito hyödytti sekä korkean että matalan riskin potilaita käytettäessä iän huomioon otettavaa IPI-systeemiä.

Kliiniset laboratoriolöydökset

Humaani anti-hiiri (HAMA) -vastetta ei löytynyt 67 potilaalta, joilta HAMA tutkittiin. Lääkevasta-aine (ADA) -vaste oli positiivinen neljällä potilaalla (1,1 %) 356 tutkitusta.

Krooninen lymfaattinen leukemia (KLL)

Kahdessa avoimessa, satunnaistetussa kliinisessä tutkimuksessa yhteensä 817 aikaisemmin hoitamattomia KLL-potilasta ja 552 uusiutunutta tai refraktorista tautia sairastavaa potilasta satunnaistettiin saamaan joko FC-solunsalpaajahoitoa (fludarabiinia 25 mg/m², syklofosfamidia 250 mg/m², päivinä 1–3) joka neljäs viikko kuuden syklin ajan tai rituksimabia yhdistettynä FC-solunsalpaajahoitoon (R-FC). Rituksimabia annettiin annoksella 375 mg/m² ensimmäisen syklin ensimmäisenä päivänä ennen solunsalpaajahoitoa ja annoksella 500 mg/m² seuraavien hoitosykliden ensimmäisenä päivänä. Potilaat suljettiin pois tutkimuksesta, jos heitä oli aikaisemmin hoidettu monoklonaalisella vasta-aineella tai jos heidän sairautensa ei ollut reagoanut (määritellään osittaisen vasteen puuttumisena vähintään 6 kk:n ajan) fludarabiinille tai jollekin muulle nukleosidianalogille. Tehon selvittämiseksi analysoitiin ensilinjan tutkimuksesta yhteensä 810 potilaan (403 R-FC, 407 FC) tiedot (taulukot 12a ja 12b) ja uusiutuneen/refraktorisen taudin tutkimuksesta 552 potilaan (276 R-FC, 276 FC) tiedot (taulukko 13).

Ensilinjan tutkimuksessa, jossa mediaaniseuranta-aika oli 48,1 kuukautta, mediaani PFS oli 55 kuukautta R-FC-ryhmässä ja 33 kuukautta FC-ryhmässä ($p < 0,0001$, log-rank-testi). Tulokset kokonaiselinajan analyysistä osoittivat R-FC-hoidon merkitsevää etua verrattuna pelkkään FC-hoittoon ($p = 0,0319$, log-rank-testi) (taulukko 12a). Etenemismuutoksen elinikaan liittyvää etua havaittiin tasaisesti useimmissa potilasalaryhmissä, jotka analysoitiin lähtötason sairausriskin mukaan (Binet luokat A-C) (taulukko 12b).

Taulukko 12a Kroonisen lymfaattisen leukemian ensilinjan hoito
Yhteenveto tehoa koskevista tuloksista: Rituksimabi + FC vs. pelkkä FC -
seuranta- ajan mediaani 48,1 kuukautta

| Tehomuuttuja | Kaplan-Meier-estimaatti (kk): mediaaniaika tapahtumaan | | | Riskin väheneminen |
|--|---|-------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | FC (N = 409) | R-FC (N = 408) | Log-rank- testin p-arvo | |
| Taudin etenemisestä vapaa elinaika (PFS) | 32,8 | 55,3 | < 0,0001 | 45 % |
| Kokonaiseloonjäämisaika (OS) | NR | NR | 0,0319 | 27 % |
| Tapahtumavapaa elinaika | 31,3 | 51,8 | < 0,0001 | 44 % |
| Hoitovaste (CR, nPR, tai PR) | 72,6 % | 85,8 % | < 0,0001 | n.a. |
| CR-vaste | 16,9 % | 36,0 % | < 0,0001 | n.a. |
| Vasteen kesto* | 36,2 | 57,3 | < 0,0001 | 44 % |
| Taudista vapaa elinaika (DFS)** | 48,9 | 60,3 | 0,0520 | 31 % |
| Aika ennen uuden hoidon aloittamista | 47,2 | 69,7 | < 0,0001 | 42 % |

Hoitovaste ja CR-vasteet analysoitu Chi-Square-testin avulla. NR (not reached): ei saavutettu; n.a. ei käytettävissä

* Koskee vain täydellisen tai osittaisen hoitovasteen saaneita potilaita (CR, nPR, PR).

** Koskee vain täydellisen hoitovasteen saaneita.

Taulukko 12b Kroonisen lymfaattisen leukemian ensilinjan hoito
Riskisuhde taudin etenemisestä vapaalle elinajalle (PFS) Binet-vaiheessa (ITT) -
seuranta-ajan mediaani 48,1 kuukautta

| Taudin etenemisestä vapaa elinaika (PFS) | Potilasmäärä | | Riskisuhde (hazard ratio, (95 % luottamusväli) | P-arvo (ei säädetty Wald testi) |
|--|--------------|------|--|---------------------------------------|
| | FC | R-FC | | |
| Binet-vaihe A | 22 | 18 | 0,39 (0,15; 0,98) | 0,0442 |
| Binet-vaihe B | 259 | 263 | 0,52 (0,41; 0,66) | < 0,0001 |
| Binet-vaihe C | 126 | 126 | 0,68 (0,49; 0,95) | 0,0224 |

Uusiutuneen/refraktorisen taudin tutkimuksessa taudin etenemisestä vapaan elinajan (ensisijainen päätetapahtuma) mediaani oli 30,6 kuukautta R-FC-ryhmässä ja 20,6 kuukautta FC-ryhmässä ($p = 0,0002$, log-rank-testi). Etenemisvapaaseen elinaikaan liittyvää etua havaittiin lähes kaikissa potilasalaryhmissä, jotka analysoitiin lähtötason sairausriskin mukaan. R-FC-haarasta raportoitiin vähäistä, mutta ei merkittävää parannusta kokonaiselinajassa FC-haaraan verrattuna.

Taulukko 13 Uusiutuneen/refraktorisen kroonisen lymfaattisen leukemian hoito - yhteenveto tehoa koskevista tuloksista: Rituksimabi + FC vs. pelkkä FC (seuranta-ajan mediaani 25,3 kuukautta)

| Tehomuuttuja | Kaplan-Meier-estimaatti (kk): mediaaniaika tapahtumaan | | | Riskin vähenemine n |
|--|---|-------------------|-------------------------------|---------------------------|
| | FC (N = 276) | R-FC (N = 276) | Log-rank- testin p-arvo | |
| Taudin etenemisestä vapaa elinaika (PFS) | 20,6 | 30,6 | 0,0002 | 35 % |
| Kokonaiseloonjäämisaika (OS) | 51,9 | NR | 0,2874 | 17 % |
| Tapahtumavapaa elinaika | 19,3 | 28,7 | 0,0002 | 36 % |
| Hoitovaste (CR, nPR, tai PR) | 58,0 % | 69,9 % | 0,0034 | n.a. |
| CR-vaste | 13,0 % | 24,3 % | 0,0007 | n.a. |
| Vasteen kesto* | 27,6 | 39,6 | 0,0252 | 31 % |
| Taudista vapaa elinaika (DFS)** | 42,2 | 39,6 | 0,8842 | -6 % |
| Aika ennen uuden KLL-hoidon aloittamista | 34,2 | NR | 0,0024 | 35 % |

Hoitovaste ja CR-vasteet analysoitu Chi-Square-testin avulla.

* Koskee vain täydellisen tai osittaisen hoitovasteen saaneita potilaita (CR, nPR, PR). NR (not reached): ei saavutettu n.a. ei käytettävissä

** Koskee vain täydellisen hoitovasteen saaneita.

Tulokset lisätutkimuksista, joissa rituksimabia käytettiin yhdessä muiden solunsalpaajien kanssa (mukaan lukien CHOP, FCM, PC, PCM, bendamustiini ja kladribiini) aikaisemmin hoitamattomilla KLL-potilailla ja potilailla, joilla on uusiutunut tai refraktorinen tauti, ovat myös osoittaneet korkeita kokonaisvasteita ja etenemisvapaaseen elinaikaan liittyvää etua, vaikkakin toksisuus hieman lisääntyi (erityisesti myelotoksisuus). Nämä tutkimukset tukevat rituksimabin käyttöä yhdessä minkä tahansa solunsalpaajan kanssa.

Tutkimustulokset 180 potilaasta osoittavat, että aikaisemmasta rituksimabihoidosta on kliinistä hyötyä (mukaan lukien CR) ja ne tukevat rituksimabin uusintahoitoa.

Pediatriiset potilaat

Avoimessa, satunnaistetussa monikeskustutkimuksessa tutkittiin LMB-solunsalpaajahoitoa (Lymphome Malin B eli kortikosteroidit, vinkristiini, syklofosfamidi, metotreksaatti suurina annoksina, sytarabiini, doksorubisiini, etoposidi ja selkäydinnesteeseen annettava kolmoislääkehoito [metotreksaatti/sytarabiini/kortikosteroidi]) yksinään ja yhdistelmänä rituksimabin kanssa pediatriisilla potilailla, jotka sairastivat aiemmin hoitamattomalla pitkälle edennyt CD20-positiivista diffuusia suurisoluista B-solulymfoomaa, Burkittin lymfoomaa, Burkittin leukemiaa tai Burkitt-tyyppistä lymfoomaa. Pitkälle edenneeksi levinneisyysasteeksi määriteltiin III levinneisyysaste sekä kohonnut laktaattidehydrogenaasipitoisuus (LDH) ("B-high") (LDH > kaksinkertainen laitospotilaan aikuisten normaaliarvojen ylärajaan nähden [$> N \times 2$]) tai mikä tahansa IV levinneisyysaste tai Burkittin leukemia. Potilaat satunnaistettiin joko LMB-solunsalpaajahoito-ohjelmaan tai saamaan kuusi rituksimabi-infuusiota laskimoon annoksina 375 mg/m² kehon pinta-alan perusteella yhdistelmänä LMB-solunsalpaajahoito-ohjelman kanssa (kaksi infuusiota kummassakin kahdesta induktiojaksosta ja yksi infuusio kummassakin kahdesta konsolidaatiojaksosta) LMB-hoito-ohjelman mukaisesti. Tehoa koskeviin analyyseihin otettiin mukaan yhteensä 328 satunnaistettua potilasta, joista yksi alle 3-vuotias potilas sai rituksimabia yhdessä LMB-solunsalpaajahoidon kanssa.

Lähtötilanteen ominaisuudet olivat näissä kahdessa hoitohaarassa eli LMB-hoidossa (LMB-solunsalpaajahoito-ohjelma) ja R-LMB-hoidossa (LMB-solunsalpaajahoito-ohjelma ja rituksimabi) hyvin tasapainossa. Potilaiden iän mediaani oli LMB-haarassa 7 vuotta ja R-LMB-haarassa 8 vuotta. Noin puolet potilaista oli ryhmässä B (LMB-haarassa 50,6 % ja R-LMB-haarassa 49,4 %), kummassakin hoitohaarassa 39,6 % oli ryhmässä C1, ja LMB-haarassa 9,8 % ja R-LMB-haarassa 11,0 % oli ryhmässä C3. Murphyn levinneisyysasteiden perusteella useimpien potilaiden taudin levinneisyysaste oli joko Burkittin lymfooman III levinneisyysaste (LMB-haarassa 45,7 % ja R-LMB-haarassa 43,3 %) tai ei keskushermostoon levinnyt Burkittin leukemia (LMB-haarassa 21,3 % ja R-LMB-haarassa 24,4 %). Alle puolella potilaista (kummassakin hoitohaarassa 45,1 %) tauti oli levinnyt luuytimeen, ja valtaosalla potilaista (LMB-haarassa 72,6 % ja R-LMB-haarassa 73,2 %) tauti ei ollut levinnyt keskushermostoon. Tehon ensisijainen päätetapahtuma oli tapahtumavapaa elinaika, jossa tapahtumaksi määriteltiin se, kun ensimmäiseksi ilmeni jokin seuraavista: taudin eteneminen, relapsi, uusi syöpä, kuolema mistä tahansa syystä tai vasteen puuttuminen, joka osoitettiin toteamalla jäännöstitäytinä elinkykyisiä soluja toisen CYVE-hoitojakson jälkeen. Toissijaisia tehon päätetapahtumia olivat kokonaiseloonjäämisaika ja täydellinen remissio.

Noin 1 vuoden (mediaani) seurannan jälkeen tehdyssä ennalta määritellyssä välianalyysissä havaittiin ensisijaisen päätetapahtuman eli tapahtumavapaan elinajan pidentyneen kliinisesti merkittävästi, ja 1 vuoden estimaatit olivat R-LMB-haarassa 94,2 % (95 %:n luottamusväli 88,5–97,2 %) vs. LMB-haarassa 81,5 % (95 %:n luottamusväli 73,0–87,8 %), ja korjattu Coxin riskisuhde oli 0,33 (95 %:n luottamusväli 0,14–0,79). Riippumattoman seurantar ryhmän (independent data monitoring committee) tämän tuloksen perusteella antaman suosituksen mukaisesti satunnaistaminen keskeytettiin, ja LMB-haaran potilaille sallittiin rituksimabihoito.

Ensisijaiset tehon analyysit tehtiin 328 satunnaistetusta potilaasta, joiden seuranta-ajan mediaani oli 3,1 vuotta. Tulokset kuvataan taulukossa 14.

Taulukko 14 Tiivistelmä ensisijaisista tehon tuloksista (ITT-populaatio)

| Analyysi | LMB (N = 164) | R-LMB (N = 164) |
|---|---|--|
| Tapahtumavapaa elinaika | 28 tapahtumaa | 10 tapahtumaa |
| | Yksitahoisen log-rank-testin p-arvo 0,0006 | |
| | Korjattu Coxin riskisuhde (HR) 0,32 (90 %:n luottamusväli: 0,17, 0,58) | |
| 3 vuoden tapahtumavapaata elinaikaa kuvaavat luvut | 82,3 % (95 %:n luottamusväli: 75,7 %, 87,5 %) | 93,9 % (95 %:n luottamusväli: 89,1 %, 96,7 %) |
| Kokonaiseloonjäämisaika | 20 kuolemaa | 8 kuolemaa |
| | Yksitahoisen log-rank-testin p-arvo 0,0061 | |
| | Korjattu Coxin mallin riskisuhde (HR) 0,36 (95 %:n luottamusväli: 0,16; 0,81) | |
| 3 vuoden kokonaiseloonjäämisai kaa kuvaavat luvut | 87,3 % (95 %:n luottamusväli: 81,2 %, 91,6 %) | 95,1 % (95 %:n luottamusväli: 90,5 %, 97,5 %) |
| CR-vaste | 93,6 % (95 %:n luottamusväli: 88,2 %; 97,0 %) | 94,0 % (95 %:n luottamusväli: 88,8 %, 97,2 %) |

Ensisijainen tehon analyysi osoitti, että rituksimabin lisääminen LMB-solunsalpaajahoito-ohjelmaan paransi tapahtumavapaata elinaikaa pelkkään LMB-solunsalpaajahoito-ohjelmaan verrattuna, sillä kansallisen ryhmän, histologian ja hoitoryhmän perusteella korjatusta Coxin regressioanalyysistä saatu

tapahtumavapaan elinajan riskisuhde (HR) oli 0,32 (90 %:n luottamusväli 0,17–0,58). Sen sijaan kahden hoitohaaran välillä ei havaittu merkittävää eroa kliinisen vasteen (CR) saavuttaneiden potilaiden lukumäärässä. Rituksimabihoidon lisäämisestä LMB-solunsalpaajahoito-ohjelmaan osoitettiin olevan hyötyä myös toissijaisen päätetapahtuman eli kokonaiseloonjäämisajan suhteen, ja kokonaiseloonjäämisajan riskisuhde (HR) oli 0,36 (95 %:n luottamusväli 0,16–0,81).

Euroopan lääkevirasto on myöntänyt vapautuksen velvoitteesta toimittaa tutkimustulokset rituksimabin käytöstä follikulaarisen lymfooman ja kroonisen lymfaattisen leukemian hoidossa kaikissa pediatriassa potilasryhmissä sekä vastasyntyneiden ja < 6 kuukauden ikäisten pediatrien potilaiden CD20-positiivisen diffuusin suurisoluisen B-solulymfooman hoidossa. Ks. kohdasta 4.2 ohjeet käytöstä pediatrien potilaiden hoidossa.

Kliiniset kokemukset nivelreuman hoidosta

Rituksimabin teho ja turvallisuus potilailla, joilla on riittämätön hoitovaste TNF-estäjille, osoitettiin nivelreuman tunnusmerkkien ja oireiden lievittämisessä yhdessä keskeisessä satunnaistetussa kontrolloidussa kaksoissokkoutetussa monikeskustutkimuksessa (tutkimus 1).

Tutkimuksessa 1 evaluoitiin 517 potilasta, joiden aikaisempi hoito yhdellä tai useammalla TNF-estäjällä ei ollut tuonut riittävää hoitovastetta, tai potilaat eivät olleet sietäneet hoitoa. Tutkimukseen hyväksytyillä potilailla oli ACR-kriteerien (American College of Rheumatology) mukaan diagnosoitu aktiivinen nivelreuma. Rituksimabia annettiin kahtena 1000 mg:n infuusiona laskimoon 15 vuorokauden välein. Potilaat saivat metotreksaattiin yhdistettynä laskimonsisäisesti kaksi 1000 mg:n rituksimabi-infuusiota tai plaseboa. Kaikki potilaat saivat samanaikaisesti prednisonia suun kautta 60 mg 2.–7. päivänä ja 30 mg 8.–14. päivänä ensimmäisen infuusion jälkeen. Ensisijainen päätetapahtuma oli niiden potilaiden osuus, joilla saavutettiin ACR20-vaste viikkoon 24 mennessä. Potilaiden seuranta jatkui viikon 24 jälkeen pitkäaikaisten hoitovasteiden arvioimiseksi, muun muassa radiologinen arviointi tehtiin viikoilla 56 ja 104. Tänä aikana 81 % plaseboryhmän potilaista sai rituksimabia viikoilla 24–56 avoimessa jatkotutkimuksessa.

Ensisijaiset päätetapahtumat saavutettiin rituksimabitutkimuksissa tuoretta nivelreumaa sairastavilla potilailla (metotreksaatilla aiemmin hoitamattomat tai metotreksaatille riittämättömän vasteen saaneet potilaat, jotka eivät vielä olleet saaneet TNF-alfa estäjiä). Rituksimabilla ei ole indikaatiota näille potilaille, koska turvallisuustiedot rituksimabin pitkäaikaishoidosta ovat riittämättömät, erityisesti kiinteiden kasvainten ja PML:n muodostumista koskevaa riskiä ei ole selvitetty.

Taudin aktiivisuuteen perustuvat tulokset

Rituksimabi yhdessä metotreksaatin kanssa nosti merkittävästi niiden potilaiden osuutta, joiden ACR-pistearvo parani vähintään 20 % pelkkää metotreksaattia saaneisiin potilaisiin verrattuna (taulukko 15). Kaikissa kehittämistutkimuksissa hoidon hyöty oli sama riippumatta potilaiden iästä, sukupuolesta, ihon pinta-alasta, etnisestä taustasta, aikaisempien hoitojen lukumäärästä tai taudin tilasta.

Kliinisesti ja tilastollisesti merkitsevää paranemista todettiin myös kaikissa yksittäisissä ACR-vasteen osatekijöissä (aristavien ja turvonneiden nivelten määrä, potilaan ja lääkärin yleisarvio, toimintakykyindeksi (HAQ), kipuarvio ja CRP-arvo (mg/dl)).

Taulukko 15 Kliininen vaste ensisijaisen päätetapahtuman kohdalla tutkimuksessa 1 (ITT-populaatio)

| | Tulos [†] | Plasebo + MTX | Rituksimabi + MTX (2 x 1000 mg) |
|------------|------------------------------------|---------------|------------------------------------|
| Tutkimus 1 | | N = 201 | N = 298 |
| | ACR20 | 36 (18 %) | 153 (51 %)*** |
| | ACR50 | 11 (5 %) | 80 (27 %)*** |
| | ACR70 | 3 (1 %) | 37 (12 %)*** |
| | EULAR-vaste (hyvä/kohtalainen) | 44 (22 %) | 193 (65 %)*** |
| | DAS-arvon keskimääräinen muutos | -0,34 | -1,83*** |

[†] Tulos viikolla 24

Ensisijaisessa päätepisteessä merkitsevä muutos verrattuna yhdistelmään plasebo + metotreksaatti:

***p ≤ 0,0001

Taudin aktiivisuutta mittaava indeksi (DAS28) laski merkitsevästi enemmän rituksimabi- ja metotreksaattihoitoa saaneilla potilailla kuin pelkkää metotreksaattia saaneilla potilailla (taulukko 15). Vastaavasti kaikissa tutkimuksissa hyvä tai kohtalainen European League Against Rheumatism (EULAR) -vaste saavutettiin merkitsevästi useammalla rituksimabi- ja metotreksaattihoitoa saaneella potilaalla kuin pelkkää metotreksaattia saaneella potilaalla (taulukko 15).

Radiologinen vaste

Rakenteellinen nivelvaurio arvioitiin radiologisesti, ja muutos ilmaistiin käyttämällä modifioitua Sharpin kokonaispistearvoa, eroosiota ja nivelraon kaventumista.

Tutkimukseen 1 osallistui potilaita, joiden aikaisempi hoito yhdellä tai useammalla TNF-estäjällä ei ollut tuonut riittävää hoitovastetta. Rituksimabin ja metotreksaatin yhdistelmähoitoa saaneilla potilailla havaittiin radiologisesti viikolla 56 merkitsevästi vähemmän etenemistä kuin pelkkää metotreksaattia saaneilla potilailla. Alun perin pelkkää metotreksaattia saaneista potilaista 81 % sai myös rituksimabia joko rescue-hoitona viikoilla 16–24 tai jatkotutkimuksessa, kuitenkin ennen viikkoa 56. Alun perin rituksimabia ja metotreksaattia saaneessa ryhmässä oli suurempi osuus potilaita, joilla ei todettu eroosivista etenemistä 56 viikon aikana (taulukko 16).

Taulukko 16 Yhden vuoden radiologiset tulokset (mITT-populaatio)

| | Plasebo+MTX | Rituksimabi +MTX 2 x 1000 mg |
|---|-------------|---------------------------------|
| Tutkimus 1 | (n = 184) | (n = 273) |
| Keskimääräinen muutos lähtötasosta | | |
| Modifioitu Sharpin kokonaispistearvo | 2,30 | 1,01* |
| Nivelten eroosio | 1,32 | 0,60* |
| Nivelraon kaventuminen | 0,98 | 0,41** |
| Potilaat, joilla ei todettu radiologista muutosta | 46 % | 53 %, NS |
| Potilaat, joilla ei todettu eroosivista muutosta | 52 % | 60 %*, NS |

150 potilasta, jotka alun perin randomoitiin saamaan plasebo + MTX tutkimuksessa 1, sai vuoden aikana vähintään yhden hoitajakson rituksimabi + MTX * p < 0,05, ** p < 0,001. NS (non significant) = ei-merkitsevä

Nivelvaurioiden etenemisen estämistä on havaittu myös pitkäaikaisesti. Radiologinen analyysi kahden vuoden kohdalla tutkimuksessa 1 osoitti merkittävää vähenemistä nivelvaurioiden etenemisessä potilailla, jotka olivat saaneet rituksimabia yhdistettynä metotreksaattiin verrattuna pelkkää metotreksaattia saaneisiin potilaisiin. Merkittävästi suuremmalla osalla yhdistelmähoitoa saaneista potilaista nivelvauriot eivät edenneet kahden vuoden jakson aikana.

Tulokset fyysisessä toimintakyvyssä ja elämänlaadussa

Rituksimabia saaneilla potilailla todettiin merkittävää parantumista toimintakykyä mittaavassa indeksissä (HAQ-DI) ja väsymystä mittaavissa FACIT-F-pisteissä pelkkää metotreksaattia saaneisiin potilaisiin verrattuna. Myös niiden rituksimabia saaneiden potilaiden osuus, joilla havaittiin pienin kliinisesti merkittävä muutos (MCID = minimal clinically important difference) HAQ-DI-indeksissä (yksittäinen kokonaispistearvo pieneni > 0,22), oli suurempi kuin pelkkää metotreksaattia saaneiden ryhmässä (taulukko 17).

Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa osoitettiin myös merkittävää parannusta käyttäen SF-36-asteikon sekä fyysistä (PHS) että psyykkistä (MHS) terveydentilaa mittaavia osa-alueita. Lisäksi merkittävästi suurempi osuus potilaista saavutti MCID-arvoja näissä mittauksissa (taulukko 17).

Taulukko 17 Fyysistä toimintakykyä ja elämänlaatua mittaavat tulokset viikolla 24 tutkimuksessa 1

| Tulos [†] | Plasebo+MTX | Rituksimabi+MTX (2 × 1000 mg) |
|--|-------------|----------------------------------|
| | n = 201 | n = 298 |
| Keskimääräinen muutos HAQ-DI-indeksissä | 0,1 | -0,4*** |
| % HAQ-DI MCID | 20 % | 51 % |
| Keskimääräinen muutos FACIT-F-pisteissä | -0,5 | -9,1*** |
| | n = 197 | n = 294 |
| Keskimääräinen muutos SF- 36 PHS-asteikossa | 0,9 | 5,8*** |
| % SF-36 PHS MCID | 13 % | 48 %*** |
| Keskimääräinen muutos SF- 36 MHS-asteikossa | 1,3 | 4,7** |
| % SF-36 PHS MCID | 20 % | 38 %* |

[†] Tulos viikolla 24

Ensisijaisessa päätepisteessä merkittävä muutos verrattuna plaseboon: * p < 0,05, **p < 0,001, ***p ≤ 0,0001
MCID HAQ-DI ≥ 0,22, MCID SF-36 PHS > 5,42, MCID SF-36 MHS > 6,33

Teho autovasta-aine (RF ja/tai anti-CCP) -seroposiivisilla potilailla

Autovasta-aineiden RF (reumafaktori) ja/tai anti-CCP:tä (syklisten sitrullinoituneiden peptidien vasta-aine) suhteen seroposiitiiviset potilaat saivat paremman vasteen rituksimabilla yhdessä metotreksaatin kanssa kuin seronegatiiviset potilaat.

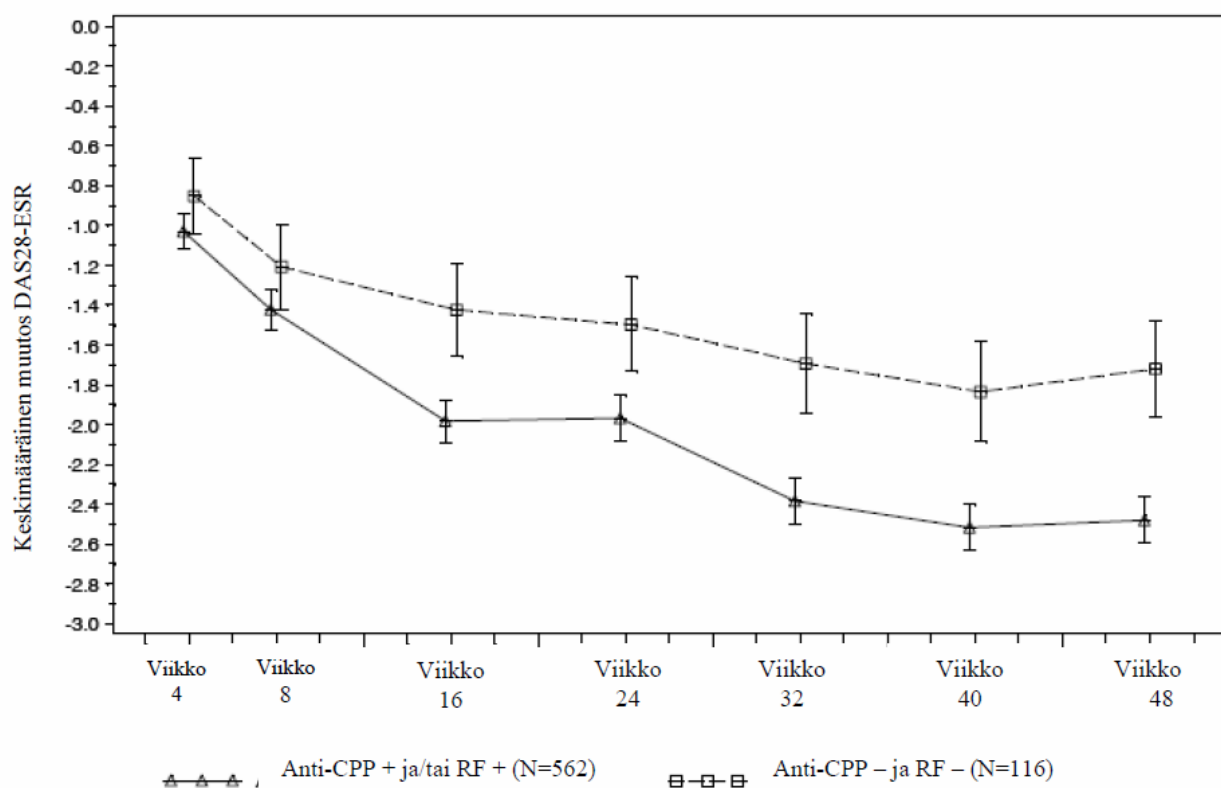
Rituksimabihoidon tehoa analysoitiin potilaiden lähtötilanteen autovasta-ainestatuksen perusteella. Viikon 24 kohdalla havaittiin, että hoidon alussa reumafaktori- ja/tai anti-CCP-seroposiitiivisilla potilailla oli huomattavasti suuremmat mahdollisuudet saavuttaa ACR20- ja ACR50-vasteita verrattuna seronegatiivisiin potilaisiin (p = 0,0312 ja p = 0,0096) (taulukko 18). Nämä löydökset toistuiivat viikolla 48, jolloin autovasta-aineille positiivisilla potilailla todettiin olevan huomattavasti suurempi todennäköisyys saavuttaa myös ACR70-vaste. Viikolla 48, seroposiitiivisilla potilailla oli 2–3 kertaa suurempi todennäköisyys saavuttaa ACR-vasteita verrattuna seronegatiivisiin potilaisiin. Myös DAS28-ESR-arvo laski merkittävästi enemmän seroposiitiivisilla potilailla verrattuna seronegatiivisiin potilaisiin (kuva 1).

Taulukko 18 Yhteenveto tehosta lähtötilanteen autovasta-ainestatuksen perusteella

| | Viikko 24 | | Viikko 48 | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | Seropositii- vinen (n = 514) | Seronegatii- vinen (n = 106) | Seropositii- vinen (n = 506) | Seronegatii- vinen (n = 101) |
| ACR20 (%) | 62,3* | 50,9 | 71,1* | 51,5 |
| ACR50 (%) | 32,7* | 19,8 | 44,9** | 22,8 |
| ACR70 (%) | 12,1 | 5,7 | 20,9* | 6,9 |
| EULAR-vaste (%) | 74,8* | 62,9 | 84,3* | 72,3 |
| Keskimääräinen muutos DAS28-ESR | -1,97** | -1,50 | -2,48*** | -1,72 |

Merkitsevät tasot määriteltiin seuraavasti * p < 0,05, ** p < 0,001, *** p < 0,0001.

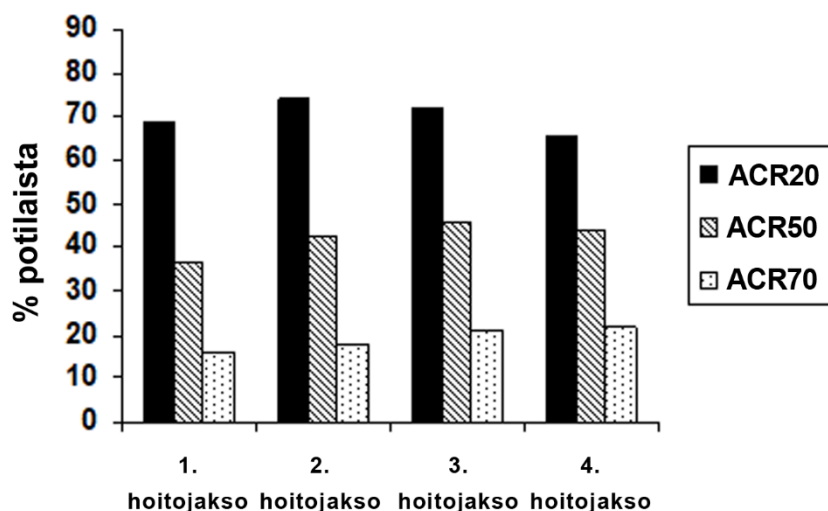
Kuva 1: DAS28-ESR-arvon muutos lähtötilanteesta autovasta-ainestatuksen perusteella



Toistuvien hoitojen pitkäaikaisteho

Annettaessa toistuvia hoitoja rituksimabilla metotreksaattiin yhdistettynä saavutettiin pysyvää parannusta nivelreuman kliinisissä oireissa, kun tulokset määriteltiin ACR-, DAS28-ESR- ja EULAR-vasteina. Kaikissa tutkituissa potilaspopulaatioissa tulokset olivat ilmeisiä (kuva 2). Pysyvää parannusta fyysisessä toimintakyvyssä havaittiin arvioitaessa tuloksia sekä HAQ-DI-indeksin että HAQ-DI MCID-arvojen avulla.

Kuva 2: Neljän hoitajakson ACR-vasteet (24 viikkoa jokaisen hoitokerran jälkeen/potilas/käynti) potilailla, joilla riittämätön vaste TNF-estäjille (N = 146)



Kliiniset laboratoriolöydökset

Lääkevasta-aineita (ADA) todettiin rituksimabihoiton jälkeen yhteensä 392 potilaalla (12,7 %) 3095 nivelreumapotilaasta. ADA-vasta-aineiden ilmenemiseen ei liittynyt kliinisen tilan heikkenemistä, eikä myöhempien infuusioiden aiheuttamien reaktioiden havaittu lisääntyneen suurimmalla osalla näistä potilaista. ADA-vasta-aineisiin saattaa liittyä infuusio- tai allergiareaktioiden pahenemista myöhempien hoitajaksojen toisen infuusion jälkeen.

Pediatriset potilaat

Euroopan lääkevirasto on myöntänyt vapautuksen velvoitteesta toimittaa tutkimustulokset rituksimabin käytöstä nivelreuman hoidossa kaikissa pediatrisissa potilasryhmissä (ks. kohdasta 4.2 ohjeet käytöstä pediatristen potilaiden hoidossa).

Kliininen kokemus granuloatoottisen polyangiitin ja mikroskooppisen polyangiitin yhteydessä

Remission induktio aikuisilla

GPA/MPA-tutkimuksessa 1 yhteensä 197 vähintään 15-vuotiasta potilasta, jotka sairastivat vaikeasteista, aktiivista granuloatoottista polyangiittia (75 %) ja mikroskooppista polyangiittia (24 %), otettiin mukaan ja sai hoitoa satunnaistetussa, kaksoissokkoutetussa lumekontrolloidussa monikeskustutkimuksessa, jossa käytettiin vaikuttavaa vertailuainetta ja jossa selvitettiin valmisteiden vertailukelpoisuutta (non-inferiority).

Potilaat satunnaistettiin suhteessa 1:1 saamaan joko suun kautta päivittäin syklofosfamidia (2 mg/kg/vrk) 3–6 kuukauden ajan tai rituksimabia (375 mg/m²) kerran viikossa 4 viikon ajan. Kaikki syklofosfamidiryhmän potilaat saivat seurannan aikana atsatiopriinia ylläpitohoitona. Kummankin hoitoryhmän potilaat saivat pulssihoitona laskimoon (i.v.) 1000 mg metyyliprednisolonia (tai vastaavan annoksen muuta glukokortikoidia) vuorokaudessa 1–3 päivän ajan, minkä jälkeen he saivat suun kautta prednisolonia (1 mg/kg/vrk, enintään 80 mg/vrk). Prednisonihoidon vähitellen toteutettavan lopettamisen tuli päättyä 6. kuukauteen mennessä hoidon aloittamisesta.

Ensisijainen hoitotuloksen mittari oli täydellisen remission saavuttaminen hoitokuukautena 6, mikä määriteltiin sairauden aktiivisuuspisteinä (Birmingham Vasculitis Activity Score for Wegener's Granulomatosis, BVAS/WG) 0 ja sillä, ettei potilas käyttänyt glukokortikoidihoitoa. Hoitojen välisen eron ennalta määritelty vertailukelpoisuuden marginaali (non-inferiority margin) oli 20 %. Tutkimuksessa osoitettiin, että rituksimabi oli täydellisen remission suhteen vertailukelpoinen syklofosfamidin kanssa hoitokuukautena 6 (taulukko 19).

Teho havaittiin sekä äskettäin diagnosoiduilla potilailla että potilailla, joiden tauti oli relapsoitunut (taulukko 20).

Taulukko 19 Täydellisen remission saavuttaneiden aikuispotilaiden prosenttiosuus hoitokuukautena 6 (Intent-to-Treat-potilaat*)

| | Rituksimabi (n = 99) | Syklofosfamidi (n = 98) | Hoitojen ero (rituksimabi- syklofosfamidi) |
|---|---------------------------------|------------------------------------|---|
| Prosenttiosuus | 63,6 % | 53,1 % | 10,6 % 95,1 % ^b CI (-3,2 %, 24,3 %) ^a |
| CI = luottamusväli (confidence interval). * Huonoimman tapauksen paikkaus ^a Vertailukelpoisuus osoitettiin, koska alempi tulos (-3,2 %) oli suurempi kuin ennalta määritetty vertailukelpoisuuden marginaali (-20 %). ^b 95,1 %:n luottamusväli kuvastaa tehon lisätulosta 0,001 alfa, mikä vastaa välianalyysia. | | | |

Taulukko 20 Täydellinen remissio hoitokuukautena 6 taudin tilanteen mukaan

| | Rituksimabi | Syklofosfamidi | Ero (CI 95 %) |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| Kaikki potilaat | n = 99 | n = 98 | |
| Äskettäin diagnosoidut | n = 48 | n = 48 | |
| Relapsoituneet | n = 51 | n = 50 | |
| Täydellinen remissio | | | |
| Kaikki potilaat | 63,6 % | 53,1 % | 10,6 % (-3,2, 24,3) |
| Äskettäin diagnosoidut | 60,4 % | 64,6 % | -4,2 % (-23,6, 15,3) |
| Relapsoituneet | 66,7 % | 42,0 % | 24,7 % (5,8, 43,6) |

Huonoimman tapauksen paikkaus koskee potilaita joilta tiedot puuttuvat

Täydellinen remissio hoitokuukausina 12 ja 18

Rituksimabiryhmässä 48 % potilaista oli saavuttanut täydellisen remission hoitokuukautena 12 ja 39 % potilasta oli saavuttanut täydellisen remission hoitokuukautena 18. Syklofosfamidihoitoa (ja tämän jälkeen atsatiopriinia täydellisen remission ylläpitämiseen) saaneista potilaista täydellisen remission oli saavuttanut 39 % potilaista hoitokuukautena 12 ja 33 % potilaista oli saavuttanut täydellisen remission hoitokuukautena 18. Hoitokuukaudesta 12 hoitokuukauteen 18 rituksimabiryhmässä oli havaittu 8 relapsia verrattuna neljään relapsiin syklofosfamidir ryhmässä.

Laboratoriotutkimukset

Rituksimabihoitoa remission induktiota koskeneessa tutkimuksessa saaneista potilaista yhteensä 23/99 (23 %) todettiin testissä lääkevasta-aineille (ADA) positiivisiksi hoitokuukauteen 18 mennessä. Yksikään 99 rituksimabihoitoa saaneesta potilaasta ei ollut seulonnassa lääkevasta-aineille positiivinen. Lääkevasta-aineilla ei ollut remission induktiota koskeneessa tutkimuksessa selkeää trendiä tai haitallista vaikutusta turvallisuuteen tai tehoon.

Aikuisten ylläpitohoito

Prospektiivisessa, kontrolloidussa, avoimessa monikeskustutkimuksessa yhteensä 117 potilasta (88 sairasti granulomatoottista polyangiittia, 24 sairasti mikroskooppista polyangiittia ja 5 sairasti munuaisiin rajoittunutta ANCA-vaskuliittia), joiden sairaus oli remissiassa, satunnaistettiin saamaan atsatiopriinia (59 potilasta) tai rituksimabia (58 potilasta). Mukana olleet potilaat olivat iältään 21–75-vuotiaita ja sairastivat äskettäin diagnosoitua tai uusiutunutta sairautta, joka oli täydellisessä remissiassa glukokortikoideista ja syklofosfamidipulssihoidosta koostuneen yhdistelmähoidon jälkeen. Valtaosa potilaista oli diagnoosin saadessaan tai sairauden aikana ANCA-positiivisia; potilailla oli

histologisesti varmistettu nekrotisoiva pienten suonten vaskuliitti sekä granulomatoottisen polyangiitin tai mikroskooppisen polyangiitin kliininen fenotyyppi tai munuaisiin rajoittunut ANCA-vaskuliitti tai molemmat.

Remission induktioon annettuun hoitoon kuului tutkijan harkinnan mukaan laskimoon annettava prednisoni, jota ennen osa potilaista sai metyyliiprednisolonia pulssihoitona, ja syklofosfamidi pulssihoitona, kunnes saavutettiin remissio 4–6 kuukauden kuluttua. Potilaat satunnaistettiin tänä ajankohtana, kuitenkin enintään 1 kuukauden kuluessa viimeisen syklofosfamidipulssihoiton jälkeen, saamaan joko rituksimabia (kaksi 500 mg:n infuusiota laskimoon kahden viikon välein [päivänä 1 ja päivänä 15], jonka jälkeen he saivat 500 mg laskimoon 6 kuukauden välein 18 kuukauden ajan) tai atsatiopriinia (suun kautta annoksina 2 mg/kg/vrk 12 kuukauden ajan, minkä jälkeen 1,5 mg/kg/vrk 6 kuukauden ajan, ja lopuksi 1 mg/kg/vrk 4 kuukauden ajan [näiden 22 kuukauden jälkeen hoito päättyi]). Prednisoniannosta pienennettiin vähitellen, ja sen jälkeen hoitoa jatkettiin pieninä annoksina (noin 5 mg vuorokaudessa) vähintään 18 kuukautta satunnaistamisen jälkeen. Prednisoniannoksen pienentäminen vähitellen ja päätös prednisonihoiton lopettamisesta 18 kuukauden jälkeen jätettiin tutkijan harkintaan.

Kaikkia potilaita seurattiin kuukauteen 28 saakka (10 kuukautta viimeisen rituksimabi-infuusion jälkeen tai 6 kuukautta viimeisen atsatiopriiniannoksen jälkeen). *Pneumocystis jirovecii* -pneumoniaestohoito vaadittiin kaikille potilaille, joiden CD4+-reseptoria ilmentävien T-solujen määrä oli alle 250/kuutiomillimetri.

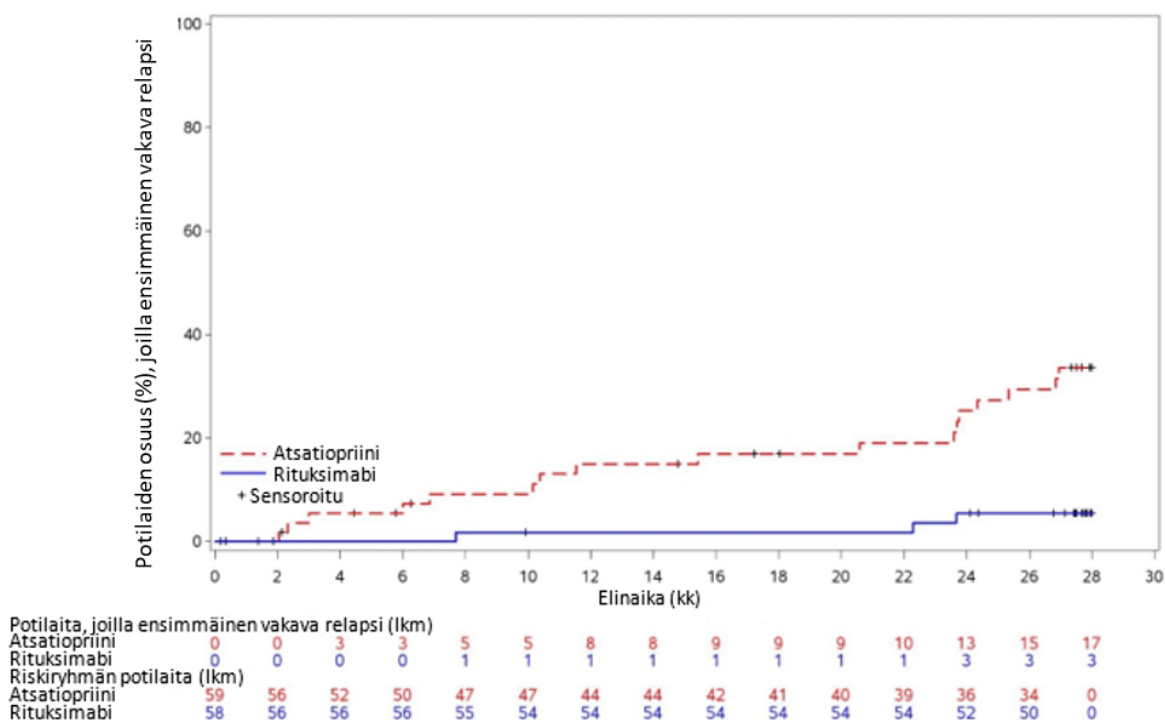
Hoitotuloksen ensisijainen mittari oli vakavien relapsien lukumäärä kuukautena 28.

Tulokset

Vakava relapsi (määriteltiin vaskuliitin aktiivisuuden kliinisten oireiden ja/tai laboratoriolöydösten uusiutumiseksi [BVAS > 0], josta saattoi aiheutua elimen vajaatoimintaa tai elinvaurio tai joka saattoi olla hengenvaarallinen) todettiin kuukautena 28 rituksimabiryhmässä 3 potilaalla (5 %) ja atsatiopriiniryhmässä 17 potilaalla (29 %) ($p = 0,0007$). Lieviä relapseja (eivät hengenvaarallisia eikä niihin liittynyt vakavia elinvarioita) todettiin rituksimabiryhmässä seitsemällä potilaalla (12 %) ja atsatiopriiniryhmässä kahdeksalla potilaalla (14 %).

Kumulatiivista ilmaantuvuutta esittävät käyrät osoittavat, että rituksimabihoitoa saaneilla potilailla aika ensimmäiseen vakavaan relapsiin oli pidempi alkaen kuukaudesta 2. Ero säilyy aina 28 kuukauteen saakka (kuva 3).

Kuva 3: Ensimmäisen vakavan relapsin kumulatiivinen ilmaantuvuus ajan mittaan



Huom.: Potilaat sensuroitiin kuukautena 28, jos heillä ei ollut tapahtumia.

Laboratoriotutkimukset

Kliinisessä tutkimuksessa yhteensä 34 rituksimabiylläpitohoitoa saaneesta potilaasta 6 potilaalle (18 %) kehittyi lääkevasta-aineita. Lääkevasta-aineista ei aiheutunut ylläpito-hoidon kliinisessä tutkimuksessa selkeää trendiä tai haitallista vaikutusta turvallisuuteen tai tehoon.

Pediatriset potilaat

Granulomatoottinen polyangiitti ja mikroskooppinen polyangiitti

Tutkimus WA25615 (PePRS) oli avoin, yhden hoitohaaran kontrolloimaton monikeskustutkimus 25 pediatrisella potilaalla (≥ 2 -vuotiaista < 18-vuotiaisiin), joilla oli vaikea, aktiivinen granulomatoottinen polyangiitti tai mikroskooppinen polyangiitti. Tutkimuspotilaiden iän mediaani oli 14 vuotta (vaihteluväli 6–17 vuotta), ja valtaosa potilaista (20/25 [80 %]) oli tyttöjä. Lähtötilanteessa yhteensä 19 potilaalla (76 %) oli granulomatoottinen polyangiitti ja 6 potilaalla (24 %) oli mikroskooppinen polyangiitti. Tutkimukseen tullessa kahdeksallatoista potilaalla (72 %) tauti oli diagnosoitu äskettäin (13 potilaalla granulomatoottinen polyangiitti ja 5 potilaalla mikroskooppinen polyangiitti), ja 7 potilaalla oli relapsoituva tauti (6 potilaalla granulomatoottinen polyangiitti ja 1 potilaalla mikroskooppinen polyangiitti).

Tutkimusasetelma käsitti alkuvaiheen 6 kuukauden pituisen remission induktiovaiheen ja vähintään 18 kuukauden seurantavaiheen, ja kaiken kaikkiaan tutkimus kesti enimmillään 54 kuukautta (4,5 vuotta). Potilaille oli tarkoitus antaa vähintään 3 metyyliiprednisoloniannosta laskimoon (30 mg/kg/vrk, enintään 1 g/vrk) ennen ensimmäistä laskimoon annettavaa rituksimabi-infuusiota. Metyyliiprednisolonia voitiin antaa ylimääräisinä vuorokausiannoksina laskimoon (enintään kolme annosta), jos se oli kliinisesti aiheellista. Remission induktiohoito koostui neljästä kerran viikossa laskimoon annetusta rituksimabi-infuusiosta, jonka annos oli 375 mg/m² kehon pinta-alan perusteella ja joka annettiin tutkimuspäivinä 1, 8, 15 ja 22 yhdistelmänä suun kautta otettavan prednisolonin tai prednisonin kanssa, joiden annos oli 1 mg/kg/vrk (enintään 60 mg/vrk). Tätä annosta pienennettiin kuukauteen 6 mennessä pienimpään annokseen, joka oli 0,2 mg/kg/vrk (enintään 10 mg/vrk). Remission induktiovaiheen jälkeen potilaille voitiin tutkijan harkinnan perusteella antaa seuraavat

rituksimabi-infuusiot kuukautena 6 tai sen jälkeen, jotta PVAS-remissio säilyi ja sairauden aktiivisuus (mukaan lukien etenevä tauti tai pahenemisvaihe) pysyi hallinnassa tai saavutettiin ensimmäinen remissio.

Kaikki 25 potilasta saivat kaikki neljä kerran viikossa annettavaa infuusiota laskimoon 6 kuukautta kestäneen remission induktiovaiheen aikana. Kaikkiaan 25 potilaasta 24 potilasta oli mukana vähintään 18 kuukauden seurannan ajan.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida rituksimabihoidon turvallisuutta, farmakokineettisiä parametreja ja tehoa granulomatoottista polyangiittia tai mikrokooppista polyangiittia sairastavilla pediatriisilla potilailla (≥ 2 -vuotiaista < 18-vuotiaisiin). Tutkimuksen tehoa koskevat tavoitteet olivat eksploratiivisia, ja ne arvioitiin pääasiassa PVAS-pisteityksen (Pediatric Vasculitis Activity Score) avulla (taulukko 21).

Kumulatiivinen glukokortikoidiannos (laskimoon ja suun kautta) kuukauteen 6 mennessä:

WA25615-tutkimuksessa mukana olleista 25 potilaasta 24 potilaan (96 %) suun kautta otettava glukokortikoidiannos pienennettiin kuukautena 6 tai kuukauteen 6 mennessä tasolle 0,2 mg/kg/vrk (tai tasolle, joka oli enintään 10 mg/vrk; mikä vain oli pienin) suun kautta otettavan steroidiannoksen tutkimussuunnitelmassa määritellyn pienentämisyksikön aikana.

Suun kautta otettavien glukokortikoidien kokonaiskäytön mediaanissa havaittiin väheneminen viikosta 1 (mediaani = 45 mg:aa prednisonia vastaava annos [kvartiilivälin pituus: 35–60]) kuukauteen 6 (mediaani = 7,5 mg [kvartiilivälin pituus: 4–10]), minkä jälkeen se oli säilynyt ennallaan kuukautena 12 (mediaani = 5 mg [kvartiilivälin pituus: 2–10]) ja kuukautena 18 (mediaani = 5 mg [kvartiilivälin pituus: 1–5]).

Jatkohoito

Potilaat saivat koko tutkimusjakson aikana 4–28 rituksimabi-infuusiota (enintään 4,5 vuotta [53,8 kuukautta]). Potilaat saivat neljä kertaa enintään 375 mg/m² rituksimabiannoksen noin 6 kuukauden välein tutkijan harkinnan mukaan. Yhteensä 25 potilaasta 17 potilasta (68 %) sai lisäksi rituksimabia kuukautena 6 tai sen jälkeen tutkimuksen yleiseen päättymispäivämäärään (Common Close Out) saakka, ja näistä 17 potilaasta 14 sai lisäksi rituksimabihoitoa kuukausina 6–18.

Taulukko 21 Tutkimus WA25615 (PePRS) – PVAS-remissio kuukauteen 1, 2, 4, 6, 12 ja 18 mennessä

| Tutkimuskäynti | Vasteena PVAS-remission* saaneiden lukumäärä (vasteluku [%]) n = 25 | 95 %:n luottamusväli ^a |
|----------------|--|-----------------------------------|
| Kuukausi 1 | 0 | 0,0%, 13,7% |
| Kuukausi 2 | 1 (4,0%) | 0,1%, 20,4% |
| Kuukausi 4 | 5 (20,0%) | 6,8%, 40,7% |
| Kuukausi 6 | 13 (52,0%) | 31,3%, 72,2% |
| Kuukausi 12 | 18 (72,0%) | 50,6%, 87,9% |
| Kuukausi 18 | 18 (72,0%) | 50,6%, 87,9% |

*PVAS-pisteet 0 ja glukokortikoidihoito vähennetty annokseen 0,2 mg/kg/vrk (tai 10 mg/vrk; mikä vain oli pienin) arviointihetkellä.
^aTehon tulokset ovat eksploratiiviset, eikä näistä päätetapahtumista ole tehty varsinaista tilastollista testausta.
 Rituksimabihoito (375 mg/m² x 4 infuusiota) kuukauteen 6 asti oli kaikille potilaille samanlainen.
 Jatkohoito kuukauden 6 jälkeen tutkijan päätöksen mukaan.

Laboratoriotutkimukset

Koko tutkimusjakson aikana yhteensä 25 potilaasta 4 potilaalle (16 %) kehittyi lääkevasta-aineita. Suppeat tiedot osoittavat, että potilailla, joilla oli todettu lääkevasta-aineita, ei havaittu raportoitujen haittavaikutusten osalta mitään kehityskulkua.

Granulomatoottista polyangiittia tai mikrokooppista polyangiittia sairastavilla pediatriisilla potilailla tehdyissä kliinisissä tutkimuksissa lääkevasta-aineilla ei ollut selkeää kehityskulkua tai haitallista vaikutusta turvallisuuteen tai tehoon.

Euroopan lääkevirasto on myöntänyt vapautuksen velvoitteesta toimittaa tutkimustulokset rituksimabin käytöstä vaikeaa, aktiivista granulomatoottista polyangiittia tai mikrokooppista polyangiittia sairastavien < 2-vuotiaiden pediatrien potilasryhmien hoidossa. Ks. kohdasta 4.2 ohjeet käytöstä pediatrien potilaiden hoidossa.

Kliiniset kokemukset tavallisen pemfiguksen (PV) hoidosta

PV-tutkimus 1 (tutkimus ML22196)

Tässä satunnaistetussa, avoimessa, kontrolloidussa monikeskustutkimuksessa arvioitiin rituksimabin ja lyhytaikaisesti pieninä annoksina käytetyn glukokortikoidihoidon (prednisoni) yhdistelmän tehoa ja turvallisuutta potilailla, joilla oli äskettäin diagnosoitu keskivaikea tai vaikea pemfigus (74 potilaalla tavallinen pemfigus ja 16 potilaalla kesivä pemfigus). Potilaiden ikä oli 19–79 vuotta, eivätkä he olleet saaneet pemfigukseen aiempaa hoitoa. Tavallista pemfigusta sairastavassa potilasjoukossa 5 potilaalla (13 %) rituksimabiryhmässä ja 3 potilaalla (8 %) tavanomaista prednisonihoitoa saaneessa ryhmässä oli keskivaikea tauti, ja 33 potilaalla (87 %) rituksimabiryhmässä ja 33 potilaalla (92 %) tavanomaisia prednisoniannoksia saaneessa ryhmässä oli vaikea-asteinen tauti. Taudin vaikeusaste määriteltiin Harmanin kriteerien mukaisesti.

Potilaat ositettiin taudin lähtötilanteen vaikeusasteen (keskivaikea tai vaikea) mukaan ja satunnaistettiin suhteessa 1:1 saamaan joko rituksimabia ja pieniä prednisoniannoksia tai tavanomaisia prednisoniannoksia. Rituksimabiryhmään satunnaistetut potilaat saivat aluksi 1. tutkimuspäivänä 1000 mg infuusiona laskimoon yhdistelmänä suun kautta otettavan prednisoniannoksen kanssa. Keskivaikeaa tautia sairastavien potilaiden prednisonihoito annostuksella 0,5 mg/kg/vrk lopetettiin vähitellen 3 kuukauden kuluessa, ja vaikea-asteista tautia sairastavien potilaiden suun kautta otettava prednisonihoito annostuksella 1 mg/kg/vrk lopetettiin vähitellen 6 kuukauden aikana. Toinen 1000 mg:n infuusio laskimoon annettiin 15. tutkimuspäivänä. Rituksimabiylläpitoisuuden 500 mg:n infuusioiden annettiin kuukausina 12 ja 18. Tavanomaisia prednisoniannoksia saamaan satunnaistetun ryhmän keskivaikeaa tautia sairastavat potilaat saivat aluksi suun kautta otettavaa prednisonia annoksina 1 mg/kg/vrk, ja hoito lopetettiin vähitellen 12 kuukauden aikana, ja vaikea-asteista tautia sairastavat potilaat saivat suun kautta otettavaa prednisonia annoksina 1,5 mg/kg/vrk, ja hoito lopetettiin vähitellen 18 kuukauden aikana. Rituksimabiryhmässä potilaille, joille ilmeni relapsi, voitiin antaa 1000 mg:n rituksimabilisäinfuusio yhdistelmänä uudelleen aloitetun prednisonihoidon tai suurennettujen prednisoniannosten kanssa. Ylläpitohoitoon tai relapsin yhteydessä annetut infuusioiden annettiin aikaisintaan 16 viikon kuluttua edellisestä infuusiosta.

Tutkimuksen ensisijainen tavoite oli täydellinen remissio (täydellinen epiteelin muodostuminen eikä uusia ja/tai vakiintuneita leesioita) kuukautena 24 ilman prednisonihoitoa vähintään kahteen kuukauteen (CRoff \geq 2 kuukautta).

PV-tutkimuksen 1 tulokset

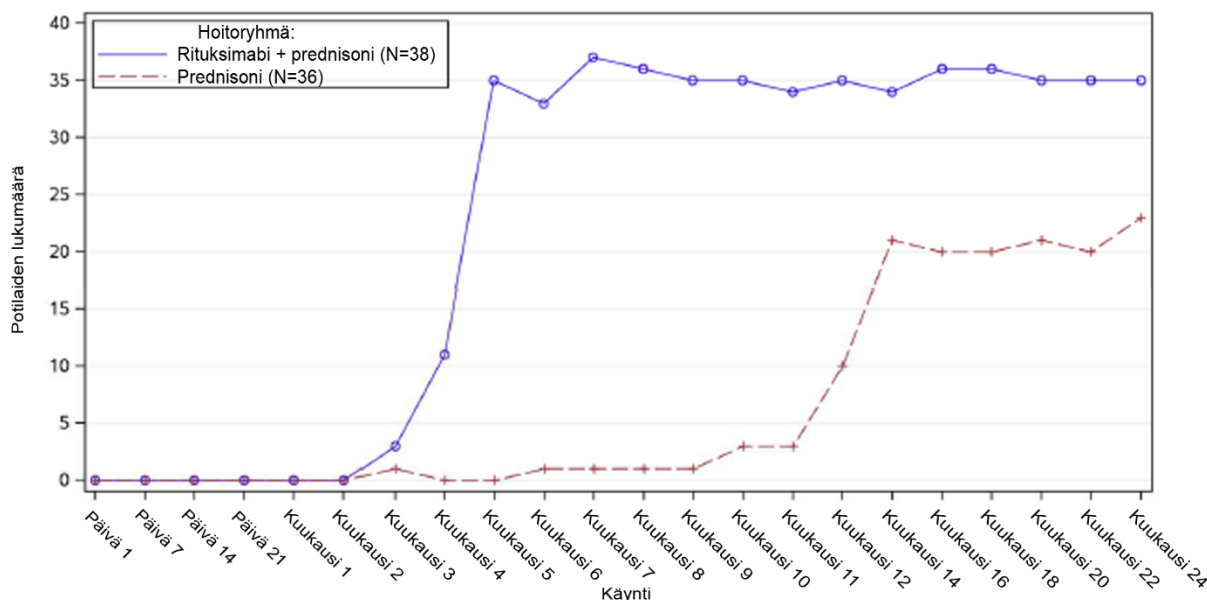
Tutkimuksessa todettiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia rituksimabin ja pienten prednisoniannosten käytössä verrattuna tavanomaisiin prednisoniannoksiin, kun tavallista pemfigusta sairastavien potilaiden täydellistä remissiota ilman prednisonihoitoa vähintään kahteen kuukauteen (CRoff \geq 2 kuukautta) tarkasteltiin kuukautena 24 (ks. taulukko 22).

Taulukko 22 Niiden tavallista pemfigusta sairastavien potilaiden prosenttiosuus kuukautena 24, jotka saavuttivat täydellisen remission ilman kortikosteroidihoitoa vähintään kahteen kuukauteen (hoitoaikeen mukainen potilasjoukko, ITT – tavallinen pemfigus)

| | Rituksimabi + prednisoni N = 38 | Prednisoni N = 36 | p-arvo ^a | CI 95 % ^b |
|---|------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Vasteen saaneiden lukumäärä (vasteisuus [%]) | 34 (89,5 %) | 10 (27,8 %) | < 0,0001 | 61,7 % (38,4, 76,5) |
| ^a p-arvo saatu Fisherin eksaktilla testillä, jossa mid-p-arvo on korjattu | | | | |
| ^b 95 %:n luottamusväli on korjattu Newcomben menetelmällä laskettu luottamusväli | | | | |

Niiden potilaiden lukumäärä, jotka saivat rituksimabin ja pienten prednisoniannosten yhdistelmää ja olivat ilman prednisonihoitoa tai saivat vain minimaalista hoitoa (prednisoniannos 10 mg tai vähemmän vuorokaudessa) verrattuna tavanomaisia prednisoniannoksia saaneisiin potilaisiin 24 kuukauden hoitojakson aikana, osoittaa rituksimabin steroideja säästävän tehon (kuva 4).

Kuva 4: Niiden potilaiden lukumäärä ajan mittaan, jotka eivät käyttäneet kortikosteroideja tai käyttivät kortikosteroideja minimaalisesti (≤ 10 mg/vrk)



Laboratorioarvojen retrospektiivinen post-hoc-arvio

Yhteensä 34 tavallista pemfigusta sairastavasta potilaasta 19 potilaan (56 %) lääkevasta-ainetestistä oli positiivinen 18 kuukauteen mennessä. Tavallista pemfigusta sairastaville rituksimabihoitoa saaville potilaille muodostuvien lääkevasta-aineiden kliininen merkitys on epäselvä.

PV-tutkimus 2 (tutkimus WA29330)

Satunnaistetussa, kaksoissokkoutetussa, kaksoislumevalmisteella toteutetussa ja vaikuttavaan aineeseen vertailevassa monikeskustutkimuksessa rituksimabin tehoa ja turvallisuutta mykofenolaattimofetiiliin (MMF) verrattuna arvioitiin potilailla, jotka sairastivat kohtalaista tai vaikeaa tavallista pemfigusta. Tutkimuksen alussa potilaat saivat suun kautta 60–120 mg:n suuruisen vuorokausiannoksen prednisonia tai vastaavaa (1,0–1,5 mg/kg/vrk), joka vähennettiin annostasolle 60 tai 80 mg/vrk:ssa päivään 1 mennessä. Potilailla oli diagnosoitu tavallinen pemfigus edeltävien 24 kuukauden aikana ja heidän taudinsa oli havaittu olevan kohtalainen tai vaikea (määritelty taudin aktiivisuutta osoittavaksi PDAI-kokonaispistemääräksi ≥ 15 [PDAI = Pemphigus Disease Area Index]).

Satakolmekymmentäviisi potilasta satunnaistettiin rituksimabi 1 000 mg -hoitoon, jota annettiin päivänä 1, päivänä 15, viikolla 24 ja viikolla 26, tai suun kautta annettavaan hoitoon mykofenolaattimofetiiliannoksilla 2 g/vrk 52 viikon ajan yhdistelmänä suun kautta otettavien 60 mg:n tai 80 mg:n prednisoniannosten kanssa; prednisonihoidossa oli tavoitteena pienentää annos tasolle 0 mg/vrk viikkoon 24 mennessä.

Tässä tutkimuksessa ensisijainen tehoa koskeva tavoite oli arvioida viikolla 52 rituksimabin tehoa mykofenolaattimofetiiliin verrattuna pitkäkestoisen täydellisen remission saavuttamisessa. Pitkäkestoiseksi täydelliseksi remissioksi määriteltiin leesioden paraneminen ilman uusia aktiivisia leesioita (eli taudin aktiivisuutta osoittava PDAI-pistemäärä 0) prednisoniannosten ollessa 0 mg/vrk tai vastaavalla hoidolla ja tämän vasteen säilyminen 52 viikon hoitojakson aikana vähintään 16 peräkkäisen viikon ajan.

PV-tutkimuksen 2 tulokset

Tutkimus osoitti rituksimabihoidon paremmuuden mykofenolaattimofetiiliin ja suun kautta pienenevinä annoksina otettavien kortikosteroidien yhdistelmään verrattuna. Mittarina oli tavallista pemfigusta sairastavien potilaiden viikolla 52 saavutettu pitkäkestoinen (≥ 16 viikkoa kestävä) täydellinen remissio ilman kortikosteroidihoitoa (taulukko 23). Valtaosa potilaista modifioidussa hoitoaikeeseen mukaisessa (mITT) populaatiossa oli saanut diagnoosin äskettäin (74 %), ja 26 %:lla potilaista tauti oli vakiintunut (sairauden kesto ≥ 6 kuukautta, ja aiemmin hoidettu tavallinen pemfigus).

Taulukko 23 Niiden tavallista pemfigusta sairastavien potilaiden prosenttiosuus, jotka olivat viikolla 52 saavuttaneet pitkäkestoisen (vähintään 16 viikkoa kestävä) täydellisen remission ilman kortikosteroidihoitoa (mITT-populaatio)

| | Rituksimabi (N = 62) | MMF (N = 63) | Ero (95 %:n luottamusväli) | p-arvo |
|--|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------|
| Vasteen saaneiden lukumäärä (vasteosuus [%]) | 25 (40,3 %) | 6 (9,5 %) | 30,80 % (14,70 %; 45,15 %) | < 0,0001 |
| Äskettäin diagnoosin saaneet potilaat | 19 (39,6 %) | 4 (9,1 %) | | |
| Potilaat joilla vakiintunut tauti | 6 (42,9 %) | 2 (10,5 %) | | |

MMF = mykofenolaattimofetiili.
 Äskettäin diagnoosin saaneet potilaat = sairauden kesto < 6 kuukautta, ei aiemmin hoidettu tavallinen pemfigus.
 Potilaat joilla vakiintunut tauti = sairauden kesto ≥ 6 kuukautta, ja aiemmin hoidettu tavallinen pemfigus.
 P-arvo perustuu Cochran-Mantel-Haenszelin testiin.

Kaikkien toissijaisen parametrien (mukaan lukien kumulatiivinen kortikosteroidiannos suun kautta, sairauden pahenemisvaiheiden kokonaislukumäärä ja muutos terveyteen liittyvässä elämänlaadussa DLQI-indeksillä [Dermatology Life Quality Index] mitattuna) analyysi vahvisti rituksimabin tilastollisesti merkitsevät tulokset mykofenolaattimofetiiliin verrattuna. Toissijaisia päätetapahtumia testattiin ja tarkastettiin kerrannaisuuden varalta.

Altistus glukokortikoideille

Suun kautta otettu kumulatiivinen kortikosteroidiannos oli huomattavasti pienempi rituksimabihoitoa saaneilla potilailla. Kumulatiivisen prednisoniannoksen mediaani (min, max) viikolla 52 oli rituksimabiryhmässä 2 775 mg (450; 22 180) ja mykofenolaattimofetiiliryhmässä 4 005 mg (900; 19 920) ($p = 0,0005$).

Taudin pahenemisvaihe

Taudin pahenemisvaiheiden kokonaislukumäärä oli huomattavasti pienempi rituksimabihoitoa saaneilla kuin mykofenolaattimofetiilia saaneilla (6 vs. 44, $p < 0,0001$), ja potilaita, joilla oli vähintään yksi pahenemisvaihe, oli vähemmän (8,1 % vs. 41,3 %).

Laboratoriotulosten arviot

Yhteensä 63:sta rituksimabia tavallisen pemfiguksen hoitoon saaneesta potilaasta 20 potilaalla (31,7 %) todettiin viikkoon 52 mennessä lääkevasta-aineita (ADA-positiivinen) (19:llä aiheutunut hoidosta ja 1:llä pahentunut hoidosta). Lääkevasta-aineilla ei todettu olleen selkeää haitallista vaikutusta turvallisuuteen tai tehoon PV-tutkimuksessa 2.

5.2 Farmakokinetiikka

Aikuisten non-Hodgkin-lymfooma (NHL)

Populaatiofarmakokineettinen analyysi tehtiin 298:lla non-Hodgkin-lymfoomaa sairastavalla potilaalla, jotka olivat saaneet rituksimabia kerta- tai toistoinfuusiona joko yksinään tai CHOP-hoitoon yhdistettynä (käytetyt rituksimabiannokset vaihtelivat 100–500 mg/m² välillä). Analyysin perusteella populaation tyypillinen arvioitu ei-spesifinen puhdistuma (CL₁) oli 0,14 l/vuorokausi. Arvioitu spesifinen puhdistuma (CL₂), johon B-solut ja tuumorin koko todennäköisesti vaikuttavat, oli 0,59 l/vuorokausi, kun taas arvioitu sentraalinen jakautumistilavuus (V₁) oli 2,7 l. Rituksimabin eliminaation terminaalinen puoliintumisaika oli 22 vuorokautta (arvioitu mediaani), vaihteluväli oli 6,1–52 vuorokautta. CD19-positiivisten solujen määrä lähtötasolla ja mitattavissa olevien tuumorileesioiden koko vaikuttivat osittain rituksimabin CL₂-arvon vaihtelevuuteen aineistossa, jossa 161 potilaalle annettiin rituksimabia 375 mg/m² laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa neljän viikon ajan. Potilailla, joilla oli isompi määrä CD19-positiivisia soluja tai leesioita (tuumoreita), oli korkeampi CL₂-arvo. Arvon yksilölliset vaihtelut jäivät kuitenkin suuriksi, vaikka huomioitiin CD19-positiivisten solujen määrä ja leesioiden koko. V₁-arvo vaihteli ihon pinta-alan ja CHOP-hoidon mukaan. Tämä V₁-arvon vaihtelu (27,1 % ja 19,0 %) oli melko pientä, ja siihen vaikuttivat sekä ihon pinta-ala (1,53–2,32 m²) että samanaikainen CHOP-hoito. Ikä, sukupuoli, rotu tai WHO:n suorituskykyluokka eivät vaikuttaneet rituksimabin farmakokinetiikkaan. Tämän analyysin perusteella voidaan olettaa, että rituksimabiannoksen muuttaminen mitattujen kovariaattien mukaan ei vähennä merkittävästi vaihtelua rituksimabin farmakokineettisissä parametreissa.

Rituksimabia annettiin laskimonsisäisenä infuusiona annoksella 375 mg/m² kerran viikossa neljän viikon ajan 203:lle non-Hodgkin-lymfoomaa sairastavalle potilaalle, jotka eivät aikaisemmin olleet saaneet rituksimabihoitoa. Keskimääräinen C_{max} neljännen infuusion jälkeen oli 486 µg/ml (vaihteluväli 77,5–996,6 µg/ml). Rituksimabia oli osoitettavissa potilaiden seerumissa noin 3–6 kuukauden ajan viimeisen hoidon jälkeen.

Rituksimabia annettiin annoksella 375 mg/m² laskimonsisäisenä infuusiona kerran viikossa kahdeksan viikon ajan 37:lle non-Hodgkin-lymfoomaa sairastavalle potilaalle. Keskimääräinen C_{max} nousi jokaisen peräkkäisen infuusion jälkeen. Ensimmäisen infuusion jälkeen C_{max}-arvo oli keskimäärin 243 µg/ml (vaihteluväli 16–582 µg/ml) ja kahdeksannen infuusion jälkeen 550 µg/ml (vaihteluväli 171–1177 µg/ml).

Rituksimabin farmakokineettinen profiili yhdessä CHOP-solunsalpaajahoidon kanssa käytettynä (kuusi rituksimabi-infuusiota annoksella 375 mg/m² kuuden CHOP-hoitosyklin ajan) oli samankaltainen kuin pelkällä rituksimabilla havaittu farmakokineettinen profiili.

Pediatristen potilaiden diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma, Burkittin lymfooma, Burkittin leukemia ja Burkitt-tyyppinen lymfooma

Pediatristen potilaiden diffuusioita suurisoluista B-solulymfoomaa, Burkittin lymfoomaa, Burkittin leukemiaa ja Burkitt-tyyppistä lymfoomaa koskeneessa kliinisessä tutkimuksessa tutkittiin farmakokinetiikkaa 35:n vähintään 3-vuotiaan potilaan alaryhmässä. Farmakokinetiikka oli verrannollinen kahdessa ikäryhmässä (≥ 3 – < 12-vuotiaat vs. ≥ 12 – < 18-vuotiaat). Kummassakin kahdesta induktiosyklistä (hoitosykli 1 ja 2) annettiin kaksi rituksimabi-infuusiota annoksina 375 mg/m² laskimoon, minkä jälkeen kummassakin konsolidaatiosyklistä (hoitosykli 3 ja 4) annettiin yksi rituksimabi-infuusio annoksena 375 mg/m² laskimoon; tämän jälkeen maksimipitoisuus oli suurimmillaan neljännen infuusion (hoitosykli 2) jälkeen, jolloin geometrinen keskiarvo oli 347 µg/ml.

Sen jälkeen maksimipitoisuuden geometrinen keskiarvo oli pienempi (hoitosykli 4: 247 µg/ml). Pienimmät pitoisuudet säilyivät tällä annostuksella (geometriset keskiarvot: 41,8 µg/ml [ennen hoitosyklin 2 annosta; yhden hoitosyklin jälkeen], 67,7 µg/ml [ennen hoitosyklin 3 annosta, kahden hoitosyklin jälkeen] ja 58,5 µg/ml [ennen hoitosyklin 4 annosta, kolmen hoitosyklin jälkeen]). Eliminaation puoliintumisajan mediaani iältään vähintään 3-vuotiailla pediatriisilla potilailla oli 26 päivää.

Rituksimabin farmakokineettiset ominaisuudet diffusia suurisoluista B-solulymfoomaa, Burkittin lymfoomaa, Burkittin leukemiaa tai Burkitt-tyyppistä lymfoomaa sairastavilla pediatriisilla potilailla olivat samankaltaiset kuin aikuisilla non-Hodgkin-lymfoomaa sairastavilla potilailla on havaittu.

Farmakokineettisiä tietoja ei ole käytettävissä ikäryhmässä ≥ 6 kuukautta – < 3 -vuotiaat, mutta farmakokineettinen ennuste tukee sitä, että altistus (AUC, C_{trough}) tässä ikäryhmässä on verrattavissa ≥ 3 -vuotiaiden ryhmään (taulukko 24). Kasvaimen pienempi koko lähtötilanteessa yhdistetään suurempaan altistukseen pienemmän aikariippuvaisen puhdistuman takia. Kasvaimen koon vaikutus systeemiseen altistukseen pysyy kuitenkin alueella, jossa altistus oli tehokas ja turvallisuusprofiili hyväksyttävä.

Taulukko 24: Farmakokineettisen ennusteen muuttujat rituksimabi-hoito-ohjelman jälkeen diffusia suurisoluista B-solulymfoomaa, Burkittin lymfoomaa, Burkittin leukemiaa tai Burkitt-tyyppistä lymfoomaa sairastavilla pediatriisilla potilailla

| Ikäryhmä | ≥ 6 kuukautta – < 3 -vuotiaat | ≥ 3 – < 12 -vuotiaat | ≥ 12 – < 18 -vuotiaat |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| C _{trough} (µg/ml) | 47,5 (0,01–179) | 51,4 (0,00–182) | 44,1 (0,00–149) |
| AUC ₁₋₄ sykliä (µg*vrk/ml) | 13 501 (278–31 070) | 11 609 (135–31 157) | 11 467 (110–27 066) |

Tulokset esitetään mediaanina (min–max); C_{trough} ennen 4. syklin annostusta.

Krooninen lymfaattinen leukemia

KLL-potilaille annettiin rituksimabia yhdistettynä fludarabiiniin ja syklofosfamidiin laskimonsisäisenä infusiona annoksella 375 mg/m² ensimmäisessä hoitosykliissä ja nostettiin annokseen 500 mg/m² jokaisessa seuraavassa viidessä hoitosykliissä. Viidennen 500 mg/m² -annoksen jälkeen keskimääräinen C_{max} (n = 15) oli 408 µg/ml (vaihteluväli 97–764 µg/ml) ja keskimääräinen loppuvaiheen puoliintumisaika 32 vuorokautta (vaihteluväli 14–62 vrk).

Nivelreuma

Kun rituksimabia annettiin kahtena 1000 mg:n infusiona laskimoon kahden viikon välein, terminaalisen puoliintumisajan keskiarvo oli 20,8 vuorokautta (vaihteluväli 8,58–35,9 vuorokautta), systeemisen puhdistuman keskiarvo oli 0,23 l/vrk (vaihteluväli 0,091–0,67 l/vrk) ja vakaan tilan aikaisen jakautumistilavuuden keskiarvo oli 4,6 l (vaihteluväli 1,7–7,51 l). Samojen tulosten populaatiofarmakokineettisessä analyysissä saatiin vastaavat keskiarvot systeemille puhdistumalle (0,26 l/vrk) ja puoliintumisajalle (20,4 vuorokautta). Populaatiofarmakokineettinen analyysi osoitti, että ihon pinta-ala ja sukupuoli olivat merkittävimmät farmakokineettisten parametrien yksilöllisiä eroja selittävät kovariaatit. Kun tulokset korjattiin ihon pinta-alan suhteen, miespuolisilla tutkimushenkilöillä jakautumistilavuus oli suurempi ja puhdistuma oli nopeampi kuin naispuolisilla tutkimushenkilöillä. Sukupuoleen liittyvien farmakokineettisten erojen ei katsota olevan kliinisesti merkittäviä, eivätkä ne vaadi annostuksen muuttamista. Farmakokineettisiä tietoja ei ole käytettävissä maksan tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavista potilaista.

Rituksimabin farmakokinetiikkaa arvioitiin neljässä tutkimuksessa päivinä 1 ja 15 kahden laskimonsisäisesti (i.v.) annetun annoksen jälkeen (2 x 500 mg ja 2 x 1000 mg). Kaikissa näissä tutkimuksissa rituksimabin farmakokinetiikka oli annosriippuvainen tutkitulla rajoitetulla

annosalueella. Ensimmäisen 2 x 500 mg:n infuusion jälkeen rituksimabin keskimääräinen C_{max} -arvo plasmassa vaihteli arvosta 157 µg/ml arvoon 171 µg/ml. Annoksella 2 x 1000 mg vastaava vaihteluväli oli 298–341 µg/ml. Toisen infuusion jälkeen keskimääräinen C_{max} -arvo oli 183–198 µg/ml annoksella 2 x 500 mg ja 355–404 µg/ml annoksella 2 x 1000 mg. Keskimääräinen loppuvaiheen puoliintumisaika annoksella 2 x 500 mg oli 15–16 vuorokautta ja annoksella 2 x 1000 mg 17–21 vuorokautta. Keskimääräinen C_{max} -arvo oli molemmilla annoksilla 16–19 % korkeampi toisen infuusion jälkeen verrattuna ensimmäiseen infuusioon.

Rituksimabin farmakokinetiikkaa arvioitiin toistohoidon toisen hoitojakson päätyttyä kahden laskimonsisäisesti annetun annoksen jälkeen (2 x 500 mg ja 2 x 1000 mg). Ensimmäisen 2 x 500 mg:n infuusion jälkeen rituksimabin keskimääräinen C_{max} -arvo plasmassa vaihteli arvosta 170 µg/ml arvoon 175 µg/ml. Annoksella 2 x 1000 mg vastaava vaihteluväli oli 317–370 µg/ml. Toisen infuusion jälkeen keskimääräinen C_{max} -arvo oli 207 µg/ml annoksella 2 x 500 mg ja vaihteli välillä 377–386 µg/ml annoksella 2 x 1000 mg. Keskimääräinen loppuvaiheen eliminaation puoliintumisaika toisen hoitojakson toisen infuusion jälkeen annoksella 2 x 500 mg oli 19 vuorokautta ja annoksella 2 x 1000 mg 21–22 vuorokautta. Rituksimabin farmakokineettiset parametrit olivat vastaavanlaisia kahden hoitojakson aikana.

Populaatiossa, jossa TNF-estäjät eivät olleet tuoneet riittävää hoitovastetta, farmakokineettiset parametrit olivat saman hoito-ohjelman jälkeen (2 x 1000 mg i.v. 2 viikon välein) samanlaiset, ja maksimipitoisuus seerumissa oli 369 µg/ml ja terminaalisen puoliintumisajan keskiarvo oli 19,2 vuorokautta.

Granulomatoottinen polyangiitti (GPA) ja mikroskooppinen polyangiitti (MPA)

Aikuiset potilaat

Analyysi 97 granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavan potilaan populaatiofarmakokineettisistä tiedoista, kun potilaat saivat rituksimabia 375 mg/m² kerran viikossa neljän viikon ajan, osoitti, että arvioitu terminaalisen eliminaation puoliintumisajan mediaani oli 23 vuorokautta (vaihteluväli 9–49 vuorokautta). Rituksimabin keskimääräinen puhdistuma oli 0,313 l/vrk (vaihteluväli 0,116–0,726 l/vrk) ja jakautumistilavuus oli 4,50 l (vaihteluväli 2,25–7,39 l). Ensimmäisten 180 päivän aikana maksimipitoisuus (C_{max}) oli 372,6 (252,3–533,5) µg/ml, päivänä 180 minimipitoisuus (C_{180}) oli 2,1 (0–29,3) µg/ml, ja 180 päivän kumulatiivinen aika-pitoisuuskuvaaajan alle jäävä pinta-ala (AUC180) oli 10 302 (3 653–21 874) µg/ml*vrk (mediaani [vaihteluväli]). Rituksimabin farmakokineettiset parametrit vaikuttavat olevan granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavilla aikuisilla samankaltaiset kuin nivelreumapotilailla on havaittu.

Pediatriiset potilaat

Kahdestakymmenestäviidestä granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavasta lapsesta (ikä 6–17 vuotta), jotka saivat rituksimabia 375 mg/m² kerran viikossa neljä annosta, tehtiin populaatiofarmakokineettinen analyysi, ja tämän analyysin perusteella laskennallisen terminaalisen eliminaation puoliintumisajan mediaani oli 22 vuorokautta (vaihteluväli 11–42 vuorokautta). Rituksimabin keskimääräinen puhdistuma oli 0,221 l/vrk (vaihteluväli 0,0996–0,381 l/vrk), ja jakautumistilavuus oli 2,27 l (vaihteluväli 1,43–3,17 l). Ensimmäisten 180 päivän aikana maksimipitoisuus (C_{max}) oli 382,8 (270,6–513,6) µg/ml, päivänä 180 minimipitoisuus (C_{180}) oli 0,9 (0–17,7) µg/ml, ja 180 päivän kumulatiivinen aika-pitoisuuskuvaaajan alle jäävä pinta-ala (AUC180) oli 9 787 (4 838–20 446) µg/ml*vrk (mediaani [vaihteluväli]). Rituksimabin farmakokineettiset parametrit olivat granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastavilla pediatriisilla potilailla samankaltaiset kuin granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastavilla aikuisilla, kun otetaan huomioon kehon pinta-alan vaikutus puhdistuman ja jakautumistilavuuden parametreihin.

Tavallinen pemfigus

Yhteenveto rituksimabiannoksia 1 000 mg päivinä 1, 15, 168 ja 182 saavien tavallista pemfigusta sairastavien aikuisten potilaiden farmakokineettisistä parametreista on taulukossa 25.

Taulukko 25 Tavallista pemfigusta sairastavien aikuisten potilaiden populaatiofarmakokinetiikka PV-tutkimuksessa 2

| Parametri | Infuusiosykli | |
|---|---|--|
| | 1. hoitosykli (1 000 mg) päivänä 1 ja päivänä 15 N = 67 | 2. hoitosykli (1 000 mg) päivänä 168 ja päivänä 182 N = 67 |
| Terminaalinen puoliintumisaika (vrk) Mediaani (vaihteluväli) | 21,0 (9,3–36,2) | 26,5 (16,4–42,8) |
| Puhdistuma (l/vrk) Keskiarvo (vaihteluväli) | 391 (159–1 510) | 247 (128–454) |
| Keskusjakautumistilavuus (l) Keskiarvo (vaihteluväli) | 3,52 (2,48–5,22) | 3,52 (2,48–5,22) |

Rituksimabin kahden ensimmäisen antokerran (päivinä 1 ja 15, vastaa 1. hoitosykliä) jälkeen rituksimabin farmakokineettiset parametrit olivat tavallista pemfigusta sairastavilla potilailla samankaltaiset kuin granulomatoottista polyangiittia ja mikroskooppista polyangiittia sairastavilla potilailla ja nivelreumapotilailla. Kahden viimeisen antokerran (päivinä 168 ja 182, vastaa 2. hoitosykliä) jälkeen rituksimabin puhdistuma väheni, kun taas keskusjakautumistilavuus pysyi muuttumattomana.

5.3 Prekliiniset tiedot turvallisuudesta

Rituksimabi on osoittautunut erittäin spesifiseksi B-solujen CD20-antigeeniä kohtaan. Ainoa Cynomolgus-apinoilla suoritetuissa toksisuustutkimuksissa ilmennyt vaikutus oli odotettu farmakologinen vaikutus, joka näkyi perifeerisen veren ja lymfoidisen kudoksen B-solujen määrän vähenemisenä.

Alkion-/sikiönkehitykseen kohdistuvaa toksista vaikutusta on tutkittu Cynomolgus-apinoilla, joille annettiin enintään 100 mg/kg (20.–50. tiineyspäivänä). Tutkimuksissa ei havaittu viitteitä rituksimabin sikiötoksisuudesta. Sikiöiden lymfoidisissa elimissä havaittiin kuitenkin annoksesta riippuvaa farmakologista B-solujen vähenemistä, mikä jatkui vielä syntymän jälkeen, ja siihen liittyi myös vastasyntyneiden eläinten IgG-pitoisuuden pieneneminen. Eläinten B-soluarvot palautuivat normaalitasolle 6 kuukauden kuluessa syntymän jälkeen, eikä tämä heikentänyt rokotusvastetta.

Mutagenisuuden selvittämiseksi ei ole suoritettu standarditutkimuksia, sillä ne eivät ole tälle molekyylille merkityksellisiä. Rituksimabin karsinogeenisen potentiaalin selvittämiseksi ei ole suoritettu pitkäaikaisia tutkimuksia eläimillä.

Rituksimabin hedelmällisyyteen kohdistuvien vaikutusten selvittämiseksi ei ole tehty spesifisiä tutkimuksia. Yleistä toksisuutta selvittäneissä tutkimuksissa cynomolgus-apinoilla ei havaittu haitallisia vaikutuksia urosten tai naaraiden lisääntymiselimiin.

6. FARMASEUTTISET TIEDOT

6.1 Apuaineet

Natriumsitraatti (E331)
Polysorbaatti 80 (E433)
Natriumkloridi
Natriumhydroksidi (pH:n säätöön) (E524)
Kloorivetyhappo (pH:n säätöön) (E507)
Injektionesteisiin käytettävä vesi

6.2 Yhteensopimattomuudet

Rixathonin ja polyvinyylikloridi- tai polyetyleenimuovipussien tai infuusionvälineiden välillä ei ole havaittu yhteensopimattomuutta.

6.3 Kesto aika

Avaamaton injektio pullo

3 vuotta 2 °C – 8 °C:ssa.

Rixathon voidaan säilyttää enintään 30 °C:ssa yhden enintään 7 vuorokauden pituisen jakson ajan, mutta niin, että alkuperäinen viimeinen käyttöpäivämäärä ei ylity. Uusi viimeinen käyttöpäivämäärä on merkittävä koteloon. Jääkaappisäilytyksestä poiston jälkeen Rixathon-valmistetta ei saa laittaa takaisin jääkaappisäilytykseen.

Laimennettu lääkevalmiste

- Natriumkloridiliuoksella tehdyn aseptisen laimentamisen jälkeen:
Natriumkloridi 9 mg/ml (0,9 %) -injektio liuoksella laimennetun Rixathon-valmisteen on osoitettu pysyvän kemiallisesti ja fysikaalisesti stabiilina:
 - 30 päivää 2 °C – 8 °C:ssa ja sen jälkeen 24 tuntia huoneenlämmössä (≤ 25 °C) tai
 - 7 päivää ≤ 30 °C:ssa valolta suojattuna.
- Glukoosiliuoksella tehdyn aseptisen laimentamisen jälkeen:
5 % glukoosiliuoksella laimennetun Rixathon-valmisteen on osoitettu pysyvän kemiallisesti ja fysikaalisesti stabiilina 24 tuntia 2 °C – 8 °C:ssa ja sen jälkeen 12 tuntia huoneenlämmössä (≤ 25 °C).

Mikrobiologiselta kannalta katsottuna laimennettu infuusioneste tulisi käyttää heti. Mikäli infuusionestettä ei käytetä heti, säilytysajat ja -olosuhteet ennen käyttöä ovat käyttäjän vastuulla eikä niiden normaalisti tulisi ylittää 24 tuntia 2 °C – 8 °C:ssa, ellei laimentamista ole tehty kontrolloiduissa ja validoiduissa, aseptisissä olosuhteissa.

6.4 Säilytys

Säilytä jääkaapissa (2 °C – 8 °C).
Pidä injektio pullo ulkopakkauksessa. Herkkä valolle.

Avaamattoman injektio pullon säilytys jääkaapin ulkopuolella, ks. kohta 6.3.

Laimennetun lääkevalmisteen säilytys, ks. kohta 6.3.

6.5 Pakkaustyyppi ja pakkauskoko

10 ml:n injektio pullo: kirkasta tyyppin I lasia, butyylikumitulppa, 10 ml sisältää rituksimabia 100 mg. Pakkauksessa on 2 tai 3 injektio pulloa.

50 ml:n injektiopullo: kirkasta tyyppin I lasia, butyylikumitulppa, 50 ml sisältää rituksimabia 500 mg. Pakkauksessa on 1 tai 2 injektiopulloa.

6.6 Erityiset varotoimet hävittämiselle ja muut käsittelyohjeet

Rixathon on pakattu steriileihin, säilöntäaineettomiin, pyrogeenittomiin injektiopulloihin, jotka on tarkoitettu kertakäyttöön. Käytä steriiliä neulaa ja ruiskua Rixathonin käyttökuntoon saattamista varten.

Tarvittava Rixathon-annos vedetään aseptisesti infuusiokonsentraattipullostaa ja laimennetaan laskettuun rituksimabikonsentraatioon 1-4 mg/ml lisäämällä annos infuusiopussiin, jossa on steriiliä, pyrogeenitonta natriumkloridi 9 mg/ml (0,9 %) -injektioliuosta tai 5-prosenttista glukoosi-infuusionestettä. Sekoitetaan varovaisesti kääntämällä pussia ylösalaisin. Näin menetellen vaahtoaminen voidaan välttää. Laimennettujen infuusionesteiden steriiliys on varmistettava. Aseptinen työskentely on välttämätöntä, sillä Rixathon ei sisällä mitään antimikrobista säilytysainetta eikä bakteriostaattista ainetta. Parenteraalisia lääkevalmisteita on tarkastettava visuaalisesti ennen käyttöönottoa mahdollisten hiukkasten esiintymisen tai liuosten värjäytymisen varalta.

Käyttämätön lääkevalmiste tai jäte on hävitettävä paikallisten vaatimusten mukaisesti.

7. MYYNTILUVAN HALTIJA

Sandoz GmbH
Biochemiestr. 10
6250 Kundl
Itävalta

8. MYYNTILUVAN NUMERO(T)

Rixathon 100 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten
EU/1/17/1185/001
EU/1/17/1185/002

Rixathon 500 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten
EU/1/17/1185/003
EU/1/17/1185/004

9. MYYNTILUVAN MYÖNTÄMISPÄIVÄMÄÄRÄ/UUDISTAMISPÄIVÄMÄÄRÄ

Myyntiluvan myöntämisen päivämäärä: 15. kesäkuuta 2017
Viimeisimmän uudistamisen päivämäärä: 24. helmikuuta 2022

10. TEKSTIN MUUTTAMISPÄIVÄMÄÄRÄ

Lisätietoa tästä lääkevalmisteesta on Euroopan lääkeviraston verkkosivulla <http://www.ema.europa.eu>.

LIITE II

- A. BIOLOGISEN (BIOLOGISTEN) VAIKUTTAVAN (VAIKUTTAVIEN) AINEEN (AINEIDEN) VALMISTAJA (VALMISTAJAT) JA ERÄN VAPAUTTAMISESTA VASTAAVA(T) VALMISTAJA(T)**
- B. TOIMITTAMISEEN JA KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT EHDOT TAI RAJOITUKSET**
- C. MYYNTILUVAN MUUT EHDOT JA EDELLYTYKSET**
- D. EHDOT TAI RAJOITUKSET, JOTKA KOSKEVAT LÄÄKEVALMISTEEN TURVALLISTA JA TEHOKASTA KÄYTTÖÄ**

A. BIOLOGISEN (BIOLOGISTEN) VAIKUTTAVAN (VAIKUTTAVIEN) AINEEN (AINEIDEN) VALMISTAJA (VALMISTAJAT) JA ERÄN VAPAUTTAMISESTA VASTAAVA(T) VALMISTAJA(T)

Biologisen (biologisten) vaikuttavan (vaikuttavien) aineen (aineiden) valmistajan (valmistajien) nimi (nimet) ja osoite (osoitteet)

Novartis Pharmaceutical Manufacturing GmbH
Biochemiestr. 10
6336 Langkampfen
ITÄVALTA

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
Birkendorfer Strasse 65
88397 Biberach an der Riss
SAKSA

Erän vapauttamisesta vastaavan (vastaavien) valmistajan (valmistajien) nimi (nimet) ja osoite (osoitteet)

Sandoz GmbH Schaftenau
Biochemiestr. 10
6336 Langkampfen
ITÄVALTA

Lek Pharmaceuticals d.d. Ljubljana
Verovškova 57
1526 Ljubljana
Slovenia

Lääkevalmisteen painetussa pakkausselosteessa on ilmoitettava kyseisen erän vapauttamisesta vastaavan valmistusluvan haltijan nimi ja osoite.

B. TOIMITTAMISEEN JA KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT EHDOT TAI RAJOITUKSET

Reseptilääke, jonka määräämiseen liittyy rajoitus (ks. liite I: valmisteyhteenvedon kohta 4.2).

C. MYYNTILUVAN MUUT EHDOT JA EDELLYTYKSET

• **Määräaikaiset turvallisuuskatsaukset**

Tämän lääkevalmisteen osalta velvoitteet määräaikaisten turvallisuuskatsausten toimittamisesta on määritelty Euroopan unionin viitepäivämäärät (EURD) ja toimittamisvaatimukset sisältävässä luettelossa, josta on säädetty Direktiivin 2001/83/EY 107 c artiklan 7 kohdassa, ja kaikissa luettelon myöhemmissä päivityksissä, jotka on julkaistu Euroopan lääkeviraston verkkosivuilla.

D. EHDOT TAI RAJOITUKSET, JOTKA KOSKEVAT LÄÄKEVALMISTEEN TURVALLISTA JA TEHOKASTA KÄYTTÖÄ

• **Riskienhallintasuunnitelma (RMP)**

Myyntiluvan haltijan on suoritettava vaaditut lääketurvatoimet ja interventiot myyntiluvan moduulissa 1.8.2 esitetyn sovitun riskienhallintasuunnitelman sekä mahdollisten sovitujen riskienhallintasuunnitelman myöhempien päivitysten mukaisesti.

Päivitetty RMP tulee toimittaa

- Euroopan lääkeviraston pyynnöstä
- kun riskienhallintajärjestelmää muutetaan, varsinkin kun saadaan uutta tietoa, joka saattaa johtaa hyöty-riskiprofiilin merkittävään muutokseen, tai kun on saavutettu tärkeä tavoite (lääketurvatoiminnassa tai riskien minimoinnissa).

- **Lisätoimenpiteet riskien minimoimiseksi**

Non-Hodgkin-lymfooman (NHL) ja kroonisen lymfaattisen leukemian (KLL) käyttöaiheet:

Kaikille lääkäreille, joiden oletetaan määräävän Rixathon-valmistetta NHL:n/KLL:n hoitoon, annetaan seuraavat antoreittiin liittyvien virheiden riskin pienentämiseksi:

- Tietoja tuotteesta
- Lääkärin tietokortti, jossa kerrotaan Rixathon-valmisteen oikeasta käytöstä.

Lääkärin tietokortti, jossa kerrotaan Rixathon-valmisteen oikeasta käytöstä, sisältää seuraavat tärkeät tiedot ja huomiot:

- Tieto siitä, että Rixathon on tarkoitettu vain laskimonsisäiseen käyttöön, ja suositukset tämän antoreitin varmistamiseksi.

Muut kuin onkologiset käyttöaiheet:

Kaikille lääkäreille, joiden oletetaan määräävän Rixathon-valmistetta muihin kuin onkologisiin käyttöaiheisiin, annetaan seuraavaa:

- Tietoja tuotteesta
- Lääkärin tiedote
- Potilaan tiedote

Potilaskortti toimitetaan pakkauksessa.

Lääkärin Rixathon-tiedote (muihin kuin onkologisiin käyttöaiheisiin) sisältää seuraavat tärkeät tiedot ja huomiot:

- Huolellisen seurannan tarve infuusion annon aikana hoitopaikassa, jossa kaikki potilaan elvyttämiseen tarvittavat välineet ovat välittömästi saatavilla.
- Tarve tarkistaa potilaan tilanne ennen Rixathon-hoidon aloittamista infektioiden, immunosuppression, aiemman/nykyisen immuunijärjestelmään vaikuttavan lääkityksen sekä äskettäin saatujen tai suunniteltujen rokotusten sekä mahdollisten aiempien infuusioreaktioiden osalta.
- Tarve seurata potilasta Rixathon-infuusion aikana ja sen jälkeen mahdollisten infektioiden, etenkin PML:n varalta.
- Yksityiskohtaisia tietoja PML:n riskistä, PML:n säännöllisen diagnostisoinnin tarpeesta sekä riittävästä toimenpiteistä PML:n diagnostisoimiseksi.
- Tarve neuvoa potilasta riskeistä, jotka liittyvät infektioiden ja PML:ään, mukaan lukien ne oireet, joista potilaan on oltava tietoinen sekä kehoitus ottaa yhteys lääkäriin, jos näitä oireita ilmaantuu.
- Tarve antaa potilaille potilaskortti jokaisen infuusion yhteydessä.

Potilaan Rixathon-tiedote sisältää seuraavat tärkeät tiedot ja huomiot:

- Yksityiskohtaisia tietoja infektioiden ja PML:n riskistä.
- Tietoja infektioiden, erityisesti PML:n, merkeistä ja oireista ja tarpeesta ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin, jos näitä oireita ilmaantuu.
- Tämän informaation jakamisen tarve puolisolille tai omaisille.
- Tietoa potilaskortista.

Rixathon-potilaskortti sisältää seuraavat tärkeät tiedot ja huomiot:

- Tarve pitää potilaskortti aina mukana ja näyttää se kaikille potilasta hoitaville lääkäreille.
- Varoitus infektioiden ja PML:n riskistä, oireet mukaan lukien.
- Kehotus ottaa yhteys hoitavaan lääkäriin, jos näitä oireita ilmaantuu.

Lääkärin tiedotteiden ja potilaan tiedotteen sisällöstä sovitaan kansallisen viranomaisen kanssa ennen materiaalien jakamista. Potilaskortti kuuluu ulkopakkauksessa oleviin tuotetietoihin, joten sen sisältö hyväksytään keskitetysti kaikkien EU-kielten osalta, eikä sitä tarvitse enää hyväksyttää kansallisella viranomaisella.

LIITE III

MYYNTIPÄÄLLYSMERKINNÄT JA PAKKAUSSELOSTE

A. MYYNTIPÄÄLLYSMERKINNÄT

ULKOPAKKAUKSESSA ON OLTAVA SEURAAVAT MERKINNÄT

KOTELO

1. LÄÄKEVALMISTEEN NIMI

Rixathon 100 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten
rituximabum (rituksimabi)

2. VAIKUTTAVA(T) AINE(ET)

1 injektiopullo sisältää 10 mg/ml rituksimabia.

3. LUETTELO APUAINEISTA

Natriumsitraatti, polysorbaatti 80, natriumkloridi, natriumhydroksidi, kloorivetyhappo,
injektionesteisiin käytettävä vesi. Katso lisätietoja pakkausselosteesta.

4. LÄÄKEMUOTO JA SISÄLLÖN MÄÄRÄ

Infuusiokonsentraatti, liuosta varten
100 mg / 10 ml

2 injektiopulloa à 10 ml

3 injektiopulloa à 10 ml

5. ANTOTAPA JA TARVITTAESSA ANTOREITTI (ANTOREITIT)

Laskimonsisäisenä infuusiona laimentamisen jälkeen.
Lue pakkausseloste ennen käyttöä.

**6. ERITYISVAROITUS VALMISTEEN SÄILYTTÄMISESTÄ POISSA LASTEN
ULOTTUVILTA JA NÄKYVILTÄ**

Ei lasten ulottuville eikä näkyville.

7. MUU ERITYISVAROITUS (MUUT ERITYISVAROITUKSET), JOS TARPEEN

8. VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄMÄÄRÄ

EXP

9. ERITYISET SÄILYTYSOLOSUHTEET

Säilytä jääkaapissa.

Pidä injektiopullo ulkopakkauksessa. Herkkä valolle.

Voidaan säilyttää huoneenlämmössä (alle 30 °C:ssa) yhden enintään 7 vuorokauden pituisen jakson ajan, mutta niin, että alkuperäinen viimeinen käyttöpäivämäärä ei ylity.

10. ERITYISET VAROTOIMET KÄYTTÄMÄTTÖMIEN LÄÄKEVALMISTEIDEN TAI NIISTÄ PERÄISIN OLEVAN JÄTEMATERIAALIN HÄVITTÄMISEKSI, JOS TARPEEN**11. MYYNTILUVAN HALTIJAN NIMI JA OSOITE**

Sandoz GmbH
Biochemiestr. 10
6250 Kundl
Itävalta

12. MYYNTILUVAN NUMERO(T)

EU/1/17/1185/001
EU/1/17/1185/002

13. ERÄNUMERO

Lot

14. YLEINEN TOIMITTAMISLUOKITTELU**15. KÄYTTÖOHJEET****16. TIEDOT PISTEKIRJOITUKSELLA**

Vapautettu pistekirjoituksesta.

17. YKSILÖLLINEN TUNNISTE – 2D-VIIVAKOODI

2D-viivakoodi, joka sisältää yksilöllisen tunnisteen.

18. YKSILÖLLINEN TUNNISTE – LUETTAVISSA OLEVAT TIEDOT

PC
SN
NN

**PIENISSÄ SISÄPAKKAUKSISSA ON OLTAVA VÄHINTÄÄN SEURAAVAT MERKINNÄT
PULLON NIMILIPPU**

1. LÄÄKEVALMISTEEN NIMI JA TARVITTAESSA ANTOREITTI (ANTOREITIT)

Rixathon 100 mg steriili konsentraatti
rituximabum (rituksimabi)
Laskimonsisäisenä infuusiona laimentamisen jälkeen

2. ANTOTAPA

3. VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄMÄÄRÄ

EXP

4. ERÄNUMERO

Lot

5. SISÄLLÖN MÄÄRÄ PAINONA, TILAVUUTENA TAI YKSIKKÖINÄ

100 mg / 10 ml

6. MUUTA

Tiedot irti repäistävässä tarrassa

Rixathon 100 mg
rituximabum (rituksimabi)
EXP
Lot

ULKOPAKKAUKSESSA ON OLTAVA SEURAAVAT MERKINNÄT

KOTELO

1. LÄÄKEVALMISTEEN NIMI

Rixathon 500 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten
rituximabum (rituksimabi)

2. VAIKUTTAVA(T) AINE(ET)

1 injektiopullo sisältää 10 mg/ml rituksimabia.

3. LUETTELO APUAINEISTA

Natriumsitraatti, polysorbaatti 80, natriumkloridi, natriumhydroksidi, kloorivetyhappo,
injektionesteisiin käytettävä vesi. Katso lisätietoja pakkausselosteesta.

4. LÄÄKEMUOTO JA SISÄLLÖN MÄÄRÄ

Infuusiokonsentraatti, liuosta varten
500 mg / 50 ml

1 injektiopullo à 50 ml
2 injektiopulloa à 50 ml

5. ANTOTAPA JA TARVITTAESSA ANTOREITTI (ANTOREITIT)

Laskimonsisäisenä infuusiona laimentamisen jälkeen.
Lue pakkausseloste ennen käyttöä.

**6. ERITYISVAROITUS VALMISTEEN SÄILYTTÄMISESTÄ POISSA LASTEN
ULOTTUVILTA JA NÄKYVILTÄ**

Ei lasten ulottuville eikä näkyville.

7. MUU ERITYISVAROITUS (MUUT ERITYISVAROITUKSET), JOS TARPEEN

8. VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄMÄÄRÄ

EXP

9. ERITYISET SÄILYTYSOLOSUHTEET

Säilytä jääkaapissa.

Pidä injektiopullo ulkopakkauksessa. Herkkä valolle.

Voidaan säilyttää huoneenlämmössä (alle 30 °C:ssa) yhden enintään 7 vuorokauden pituisen jakson ajan, mutta niin, että alkuperäinen viimeinen käyttöpäivämäärä ei ylity.

10. ERITYISET VAROTOIMET KÄYTTÄMÄTTÖMIEN LÄÄKEVALMISTEIDEN TAI NIISTÄ PERÄISIN OLEVAN JÄTEMATERIAALIN HÄVITTÄMISEKSI, JOS TARPEEN**11. MYYNTILUVAN HALTIJAN NIMI JA OSOITE**

Sandoz GmbH
Biochemiestr. 10
6250 Kundl
Itävalta

12. MYYNTILUVAN NUMERO(T)

EU/1/17/1185/003
EU/1/17/1185/004

13. ERÄNUMERO

Lot

14. YLEINEN TOIMITTAMISLUOKITTELU**15. KÄYTTÖOHJEET****16. TIEDOT PISTEKIRJOITUKSELLA**

Vapautettu pistekirjoituksesta.

17. YKSILÖLLINEN TUNNISTE – 2D-VIIIVAKOODI

2D-viivakoodi, joka sisältää yksilöllisen tunnisteen.

18. YKSILÖLLINEN TUNNISTE – LUETTAVISSA OLEVAT TIEDOT

PC
SN
NN

PIENISSÄ SISÄPAKKAUKSISSA ON OLTAVA VÄHINTÄÄN SEURAAVAT MERKINNÄT
PULLON NIMILIPPU

1. LÄÄKEVALMISTEEN NIMI JA TARVITTAESSA ANTOREITTI (ANTOREITIT)

Rixathon 500 mg steriili konsentraatti
rituximabum (rituksimabi)
Laskimonsisäisenä infuusiona laimentamisen jälkeen

2. ANTOTAPA

3. VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄMÄÄRÄ

EXP

4. ERÄNUMERO

Lot

5. SISÄLLÖN MÄÄRÄ PAINONA, TILAVUUTENA TAI YKSIKKÖINÄ

500 mg / 50 ml

6. MUUTA

Tiedot irti repäistävässä tarrassa

Rixathon 500 mg
rituximabum (rituksimabi)
EXP
Lot

POTILASKORTIN TEKSTI (MUUT KUIN ONKOLOGISET KÄYTTÖAIHEET)

| | |
|---|--|
| <p><u>Rixathon-potilaskortti (muihin kuin onkologisiin käyttöaiheisiin)</u></p> <p>Miksi minulle on annettu tämä kortti?</p> <p>Tämän lääkkeen käytön aikana voit saada infektioita tavanomaista herkemmin. Tässä kortissa on kerrotta:</p> <ul style="list-style-type: none">• mitä sinun on tiedettävä ennen Rixathon-hoidon saamista• millaisia infektion oireet ovat• mitä sinun on tehtävä, jos epäilet saaneesi jonkin infektion. <p>Kortin kääntöpuolella on myös sinun nimesi ja lääkärin nimi ja puhelinnumero.</p> <p>Mitä teen tällä kortilla?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pidä kortti aina mukana esimerkiksi lompakossa tai käsilaukussa.• Näytä korttia aina lääkärin, sairaanhoitajan tai hammaslääkärin vastaanottokäynneillä, ei pelkästään Rixathon-hoidon määränneen lääkärin vastaanotolla. <p>Pidä kortti mukana vielä kahden vuoden ajan viimeisen Rixathon-annoksen saamisen jälkeen, koska haittavaikutuksia voi kehittyä vielä useita kuukausia hoidon jälkeenkin.</p> <p>Milloin minulle ei pidä antaa Rixathon-hoitoa?</p> <p>Sinulle ei saa antaa Rixathon-hoitoa, jos sinulla on jokin aktiivinen infektio tai vakava elimistön immuunipuolustusjärjestelmän häiriö.</p> <p>Kerro lääkärille tai sairaanhoitajalle, jos parhaillaan käytät tai olet aiemmin käyttänyt lääkkeitä, kuten solunsalpaajahoitoa, jotka saattavat vaikuttaa elimistösi immuunipuolustusjärjestelmään.</p> <p>Millaisia infektion oireet ovat?</p> <p>Tarkkaile seuraavia mahdollisia infektion oireita:</p> <ul style="list-style-type: none">• kuume tai jatkuva yskä• laihtuminen• kipu, vaikka et ole satuttanut itseäsi• yleinen sairauden tai haluttomuuden tunne. | <p>Mitä muuta minun on syytä tietää?</p> <p>Rixathon voi aiheuttaa harvinaisissa tapauksissa vakavan aivoinfektion, jota kutsutaan progressiiviseksi multifokaaliseksi leukoenkefalopatiaksi eli PML:ksi. Se voi johtaa kuolemaan.</p> <ul style="list-style-type: none">• PML:n oireita ovat<ul style="list-style-type: none">- sekavuus, muistamattomuus tai ajattelun vaikeus- tasapainovaikeudet tai kävely- tai puhutavan muutokset- kehon toispuoleinen voimattomuus tai voimien heikkeneminen- näön sumeneminen tai näkökyvyn häviäminen. <p>Jos sinulle ilmaantuu jotakin näistä, ota heti yhteyttä lääkäriin tai sairaanhoitajaan. Kerro heille myös, että saat Rixathon-hoitoa.</p> <p>Mistä saan lisää tietoa?</p> <p>Lisätietoja saat Rixathonin pakkausselosteesta.</p> <p>Hoidon aloituspäivämäärä ja yhteystiedot</p> <p>Viimeisimmän infuusion päivämäärä: _____ Ensimmäisen infuusion päivämäärä: _____ Potilaan nimi: _____ Lääkärin nimi: _____ Lääkärin yhteystiedot: _____</p> <p>Pidä aina lista käyttämästäsi lääkkeitä mukana, kun käyt terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla.</p> <p>Käännä lääkärin tai sairaanhoitajan puoleen, jos sinulla on tämän kortin sisältämistä tiedoista kysyttävää.</p> |
|---|--|

**Jos sinulle ilmaantuu jotakin näistä oireista,
ota heti yhteyttä lääkäriin tai
sairaanhoidajaan.**

Kerro heille myös, että saat Rixathon-hoitoa.

B. PAKKAUSSELOSTE

Pakkausseloste: Tietoa potilaalle

Rixathon 100 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten
Rixathon 500 mg infuusiokonsentraatti, liuosta varten
rituximabum (rituksimabi)

Lue tämä pakkausseloste huolellisesti ennen kuin aloitat tämän lääkkeen käyttämisen, sillä se sisältää sinulle tärkeitä tietoja.

- Säilytä tämä pakkausseloste. Voit tarvita sitä myöhemmin.
- Jos sinulla on kysyttävää, käänny lääkärin, apteekkihenkilökunnan tai sairaanhoitajan puoleen.
- Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille, apteekkihenkilökunnalle tai sairaanhoitajalle. Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu tässä pakkausselosteessa. Ks. kohta 4.

Tässä pakkausselosteessa kerrotaan:

1. Mitä Rixathon on ja mihin sitä käytetään
2. Mitä sinun on tiedettävä, ennen kuin sinulle annetaan Rixathon-valmistetta
3. Miten Rixathon-valmistetta annetaan
4. Mahdolliset haittavaikutukset
5. Rixathon-valmisteen säilyttäminen
6. Pakkauksen sisältö ja muuta tietoa

1. Mitä Rixathon on ja mihin sitä käytetään

Mitä Rixathon on

Rixathonin vaikuttava aine on rituksimabi. Se on tietynlainen proteiini, jota kutsutaan monoklonaaliseksi vasta-aineeksi. Rituksimabi sitoutuu veren tietentyypisten valkosolujen, eli B-lymfosyyttien, pintaan. Kun rituksimabi sitoutuu tämän solun pintaan, solu kuolee.

Mihin Rixathonia käytetään

Rixathonia voidaan käyttää usean erilaisen taudin hoidossa aikuisilla ja lapsilla. Lääkärisi voi määrätä Rixathonia seuraavien sairauksien hoitoon:

a) Non-Hodgkin-lymfooma

Non-Hodgkin-lymfooma on imukudoksen (immuunijärjestelmän osa) sairaus, joka vaikuttaa B-lymfosyyteiksi kutsuttuihin veren valkosoluihin.

Rixathonia voidaan antaa aikuisille yksistään tai yhdessä solunsalpaajiksi kutsuttujen lääkkeiden kanssa.

Jos aikuisille annettu hoito tehoaa, Rixathonia voidaan antaa ylläpitohoitona 2 vuoden ajan alkuvaiheen hoidon päättymisen jälkeen.

Rituksimabia annetaan lapsille ja nuorille yhdistelmänä solunsalpaajien kanssa.

b) Krooninen lymfaattinen leukemia (KLL)

Krooninen lymfaattinen leukemia on yleisin aikuisilla esiintyvä leukemia. KLL vaikuttaa tiettyyn lymfosyyttiin, B-soluun, joka syntyy luuytimessä ja kehittyy imusolmukkeissa. Kroonista lymfaattista leukemiam sairastavilla potilailla on liian paljon poikkeavia lymfosyytteja, jotka kerääntyvät pääasiassa luuytimeen ja vereen. Nämä poikkeavat B-lymfosyytit aiheuttavat niitä oireita, joita sinulla ehkä on. Rixathon yhdistettynä solunsalpaajahoitoihin tuhoaa näitä soluja, ja ne poistuvat elimistöstä vaihteittain biologisten prosessien avulla.

c) Nivelreuma

Rixathonia käytetään nivelreuman hoitoon. Nivelreuma on nivelten sairaus. B-lymfosyytit ovat mukana aiheuttamassa osaa niistä oireista, joita sinulla on. Rixathonia käytetään niiden nivelreumapotilaiden hoitoon, jotka ovat jo kokeilleet joitakin muita lääkkeitä, joiden teho ei ole ollut riittävä tai teho on menetetty, tai ne ovat aiheuttaneet haittavaikutuksia. Rixathon otetaan yleensä yhdessä toisen lääkkeen, metotreksaatin, kanssa.

Rixathon hidastaa nivelreuman aiheuttamia nivelvaurioita ja lisää kykyäsi selviytyä päivittäisistä askareista.

Paras vaste Rixathon-hoidolle on havaittu niillä potilailla, joiden verikokeista on löydetty reumafaktori- ja/tai anti-CCP-vasta-aineita (syklisten sitrullinoituneiden peptidien vasta-aine). Nivelreumassa molempien testien tulokset ovat yleensä positiiviset, mikä auttaa diagnoosin tekemisessä.

d) Granulomatoottinen polyangiitti (GPA) tai mikroskooppinen polyangiitti (MPA)

Rixathonia käytetään aikuisille ja vähintään 2-vuotiaille lapsille granulomatoottisen polyangiitin (jota kutsuttiin aiemmin Wegenerin granulomatoosiksi) tai mikroskooppisen polyangiitin hoitoon. Sitä käytetään yhdistelmänä kortikosteroidien kanssa.

Granulomatoottinen polyangiitti ja mikroskooppinen polyangiitti ovat kaksi verisuonitulehdustyyppiä, jotka vaikuttavat pääasiassa keuhkoihin ja munuaisiin, mutta saattavat vaikuttaa myös muihin elimiin. B-lymfosyytit ovat mukana näiden sairauksien synnyssä.

e) Tavallinen pemfigus (pemphigus vulgaris, PV)

Rixathonia käytetään keskivaikean tai vaikean tavallisen pemfiguksen hoitoon. Tavallinen pemfigus on autoimmuunisairaus, josta aiheutuu kivuliaita rakkuloita iholle sekä suun, nenän, kurkun ja sukupuolielinten limakalvoille.

2. Mitä sinun on tiedettävä, ennen kuin sinulle annetaan Rixathon-valmistetta

Älä käytä Rixathon-valmistetta

- jos olet allerginen rituksimabille, muille rituksimabin tyyppisille proteiineille tai tämän lääkkeen jollekin muulle aineelle (lueteltu kohdassa 6)
- jos sinulla on parhaillaan vaikea aktiivinen infektio
- jos immuunijärjestelmäsi on heikentynyt
- jos sinulla on vaikea-asteinen sydämen vajaatoiminta tai vaikea-asteinen huonossa hoitotasapainossa oleva sydäntauti ja sairastat nivelreumaa, granulomatoottista polyangiittia, mikroskooppista polyangiittia tai tavallista pemfigusta.

Jos jokin edellä mainituista koskee sinua, sinulle ei saa antaa Rixathonia. Jos et ole varma, keskustele lääkärin, apteekkikihenkilökunnan tai sairaanhoitajan kanssa ennen kuin sinulle annetaan Rixathon-valmistetta.

Varoitukset ja varotoimet

Keskustele lääkärin, apteekkikihenkilökunnan tai sairaanhoitajan kanssa ennen kuin sinulle annetaan Rixathonia

- jos sinulla on joskus ollut tai saattaa parhaillaan olla hepatiitti-infektio. Muutamissa tapauksissa B-hepatiittia aikaisemmin sairastaneiden potilaiden hepatiitti on aktivoitunut uudelleen, mikä voi hyvin harvinaisissa tapauksissa johtaa kuolemaan. Lääkäri seuraa tarkoin B-hepatiitin sairastaneiden potilaiden tilaa aktiivisen B-hepatiitin oireiden havaitsemiseksi
- jos sinulla on joskus ollut jokin sydänsairaus (esim. rasisurintakipua, sydämentykytystä tai sydämen vajaatoimintaa) tai hengitysvaikeuksia.

Jos jokin edellä mainituista koskee sinua (tai et ole varma), keskustele lääkärin, apteekkihenkilökunnan tai sairaanhoitajan kanssa ennen kuin sinulle annetaan Rixathonia. Lääkäri saattaa katsoa erityisen hoidon tarpeelliseksi Rixathon-hoidon aikana.

Keskustele lääkärin kanssa myös, jos arvioit, että ehkä tarvitset rokotuksia lähitulevaisuudessa mukaan lukien rokotukset, joita tarvitaan ulkomaille matkustettaessa. Joitakin rokotteita ei saa antaa samaan aikaan kuin Rixathonia tai muutamia kuukausia sen jälkeen, kun olet saanut Rixathon-annoksen. Lääkärisi tarkistaa, jos tarvitset rokotuksia, ennen kuin saat Rixathonia.

Jos sairastat nivelreumaa, granulomatoottista polyangiittia (GPA), mikroskooppista polyangiittia (MPA) tai tavallista pemfigusta (PV), kerro lääkärillesi lisäksi

- jos epäilet, että sinulla on infektio, myös lievä sellainen, kuten nuhakuume. Rixathon vaikuttaa soluihin, jotka auttavat elimistöä taistelemaan infektioita vastaan. Sinun tulisi odottaa, että infektio on parantunut, ennen kuin voit saada Rixathonia. Kerro myös lääkärille, jos sinulla aiemmin on ollut useita infektioita tai jos sairastat vakavia infektioita.

Lapset ja nuoret

Non-Hodgkin-lymfooma

Rituksimabia voidaan antaa vähintään 6 kuukauden ikäisten lasten ja nuorten non-Hodgkin-lymfooman, etenkin CD20-positiivisen diffuusin suurisoluisen B-solulymfooman, Burkittin lymfooman / Burkittin leukemian (kypsien B-solujen akuutti leukemia) ja Burkitt-tyyppisen lymfooman hoitoon.

Granulomatoottinen polyangiitti (GPA) tai mikroskooppinen polyangiitti (MPA)

Rituksimabia voidaan käyttää nuorten ja vähintään 2-vuotiaiden lasten granulomatoottisen polyangiitin (aiemmin Wegenerin granulomatoosi) tai mikroskooppisen polyangiitin hoitoon. Rituksimabin käytöstä lapsille ja nuorille muiden sairauksien hoitoon on vähän tietoja.

Käänny lääkärin, apteekkihenkilökunnan tai sairaanhoitajan puoleen ennen kuin sinulle annetaan tätä lääkettä, jos sinä olet tai lapsesi on alle 18-vuotias.

Muut lääkevalmisteet ja Rixathon

Kerro lääkärille, apteekkihenkilökunnalle tai sairaanhoitajalle, jos parhaillaan käytät, olet äskettäin käyttänyt tai saatat käyttää muita lääkkeitä. Tämä koskee myös ilman reseptiä saatavia lääkkeitä ja rohdosvalmisteita. Rixathon saattaa muuttaa muiden lääkkeiden vaikutusta. Jotkut muut lääkkeet voivat myös muuttaa Rixathonin vaikutusta.

Kerro lääkärille erityisesti

- jos käytät verenpainelääkkeitä. Sinua saatetaan kehottaa jättämään tällainen muu lääkitys ottamatta 12 tuntiin ennen Rixathon-hoidon antamista. Tämä johtuu siitä, että joidenkin potilaiden verenpaine on laskenut Rixathon-hoidon antamisen aikana.
- jos olet joskus käyttänyt immuunijärjestelmään vaikuttavia lääkkeitä, kuten solunsalpaajia tai immuunijärjestelmän toimintaa estäviä lääkkeitä.

Jos jokin edellä mainituista koskee sinua (tai et ole siitä varma), käänny lääkärin, apteekkihenkilökunnan tai sairaanhoitajan puoleen ennen kuin sinulle annetaan Rixathonia.

Raskaus ja imetys

Jos olet raskaana, epäilet olevasi raskaana tai jos suunnittelet lapsen hankkimista, kysy lääkäriltä tai sairaanhoitajalta neuvoa ennen tämän lääkkeen käyttöä. Rixathon voi läpäistä istukan ja vaikuttaa sikiöön. Jos on mahdollista, että voit tulla raskaaksi, sinun ja kumppanisi on käytettävä tehokasta raskauden ehkäisyä Rixathon-hoidon aikana ja 12 kuukautta viimeisen Rixathon-hoitokerran jälkeen. Rixathon erittyy hyvin pienissä määrin rintamaitoon. Koska pitkäaikaisen käytön vaikutukset rintaruokittuihin vauvoihin ovat tuntemattomia, imettämistä ei varmuuden vuoksi suositella Rixathon-hoidon aikana eikä 6 kuukauteen hoidon päättymisen jälkeen.

Ajaminen ja koneiden käyttö

Ei tiedetä, vaikuttaako rituksimabi kykyysi ajaa autoa tai käyttää työkaluja tai koneita.

Rixathon sisältää natriumia

Tämä lääkevalmiste sisältää 52,6 mg natriumia (ruokasuolan toinen ainesosa) per 10 ml:n injektiopullo ja 263,2 mg natriumia per 50 ml:n injektiopullo. Tämä vastaa 2,6 %:a (10 ml:n injektiopullo) ja 13,2 %:a (50 ml:n injektiopullo) suositellusta natriumin enimmäisvuorokausiannoksesta aikuiselle.

3. Miten Rixathon-valmistetta annetaan

Miten Rixathonia annetaan

Rixathon-hoidon antamiseen perehtynyt lääkäri tai sairaanhoitaja antaa hoidon sinulle. He seuraavat vointiasi tarkoin tämän lääkkeen antamisen aikana. Näin voidaan havaita, jos sinulle ilmaantuu haittavaikutuksia.

Rixathon-hoito annetaan sinulle aina tiputuksena (infuusiona laskimoon).

Ennen Rixathonin antamista annettavat lääkkeet

Sinulle annetaan ennen Rixathonia muita lääkkeitä (esilääkitystä) mahdollisten haittavaikutusten estämiseksi tai vähentämiseksi.

Kuinka kauan ja kuinka usein hoitoa annetaan

a) Jos saat hoitoa non-Hodgkin-lymfoomaan

- *Jos saat pelkkää Rixathonia*
Rixathonia annetaan kerran viikossa neljän viikon ajan. Toistuvat Rixathon-hoitojaksot ovat mahdollisia.
- *Jos saat Rixathonia yhdistelmänä solunsalpaajahoidon kanssa*
Rixathon annetaan samana päivänä solunsalpaajahoidon kanssa. Tätä hoitoa annetaan tavallisesti 3 viikon välein enintään 8 hoitojakson ajan.
- Jos hoito tehoaa hyvin, saatat saada Rixathonia ylläpitohoitona 2–3 kuukauden välein kahden vuoden ajan. Lääkäri saattaa tehdä tähän muutoksia sen mukaan, miten hyvin lääkehoito tehoaa.
- *Jos olet alle 18-vuotias*
Sinulle annetaan Rixathonin lisäksi solunsalpaajahoidoa. Saat Rixathon-hoitoa 3,5–5,5 kuukauden aikana enintään 6 kertaa.

b) Jos saat hoitoa krooniseen lymfaattiseen leukemiaan (KLL)

Jos saat Rixathonia yhdistettynä solunsalpaajahoitoihin, saat Rixathon-infuusion ensimmäisen hoitosyklin ensimmäisenä päivänä yhteensä 6 hoitojakson ajan. Jokainen hoitosykli kestää 28 päivää. Solunsalpaajahoido annetaan Rixathon-infuusion jälkeen. Lääkäri päättää, jos sinulle pitää antaa samanaikaisesti muuta tukihoidoa.

c) Jos saat hoitoa nivelreumaan

Yksi hoitojakso koostuu kahdesta erillisestä infuusiosta, joiden väli on 2 viikkoa. Toistuvat Rixathon-hoitojaksot ovat mahdollisia. Lääkäri päättää sairautesi merkkien ja oireiden perusteella, milloin Rixathonia pitäisi antaa uudelleen. Se saattaa olla tarpeen vasta kuukausien kuluttua.

d) Jos saat hoitoa granulomatoottiseen polyangiittiin (GPA) tai mikroskooppiseen polyangiittiin (MPA)

Rixathon-hoito koostuu neljästä viikon välein annettavasta infuusiosta. Ennen Rixathon-hoidon aloittamista annetaan tavallisesti kortikosteroideja pistoksina. Lääkäri saattaa missä tahansa vaiheessa aloittaa suun kautta otettavan kortikosteroidilääkityksen sairautesi hoitoon.

Jos olet vähintään 18-vuotias ja saat hoitoon hyvän vasteen, saatat saada Rixathonia ylläpitohoitoon. Ylläpitohoitoon annetaan kaksi erillistä infuusiota, joiden väli on 2 viikkoa. Tämän jälkeen saat yhden infuusion kuuden kuukauden välein vähintään kahden vuoden ajan. Lääkäri saattaa päättää jatkaa Rixathon-hoitoa pidempään (enintään 5 vuotta) sen mukaan, miten vastaat lääkehoitoon.

e) Jos saat hoitoa tavalliseen pemfigukseen (PV)

Yksi hoitajakso koostuu kahdesta erillisestä infuusiosta, joiden väli on 2 viikkoa. Jos saat hyvän vasteen hoitoon, sinulle saatetaan antaa Rixathonia ylläpitohoitona. Alkuvaiheen hoidon jälkeen ylläpitohoitoa annetaan 1 vuoden kuluttua ja 18 kuukauden kuluttua ja sen jälkeen 6 kuukauden välein tarvittaessa tai lääkärin määrittämän hoitoaikataulun mukaan riippuen siitä, miten hyvän vasteen saat hoitoon.

Jos sinulla on kysymyksiä tämän lääkkeen käytöstä, käänny lääkärin, apteekkihenkilökunnan tai sairaanhoitajan puoleen.

4. Mahdolliset haittavaikutukset

Kuten kaikki lääkkeet, tämäkin lääke voi aiheuttaa haittavaikutuksia. Kaikki eivät kuitenkaan niitä saa.

Useimmat haittavaikutukset ovat lieviä tai kohtalaisia, mutta jotkut voivat olla vakavia ja vaatia hoitoa. Harvoissa tapauksissa nämä reaktiot ovat johtaneet kuolemaan.

Infuusioreaktiot

Infuusion ensimmäisten 24 tunnin aikana saattaa esiintyä kuumetta, vilunväristyksiä ja vapinaa. Harvemmin joillekin potilaille voi ilmaantua infuusiokohdan kipua, rakkuloita, kutinaa, pahoinvointia, väsymystä, päänsärkyä, hengitysvaikeuksia, verenpaineen kohoamista, hengityksen vinkumista, epämukavia tuntemuksia kurkussa, kielen tai kurkun turpoamista, nenän kutinaa tai vuotamista, oksentelua, ihon punoitusta tai sydämentykytystä, sydänkohtaus tai verihituleiden vähyys. Jos sinulla on sydänsairaus tai rasitusrintakipu, nämä reaktiot saattavat pahentua. **Kerro infuusiota antavalle henkilölle heti**, jos sinulle tai lapsellesi ilmaantuu mikä tahansa näistä oireista, koska silloin saattaa olla tarpeen hidastaa infuusionopeutta tai keskeyttää infuusio. Tarvitset ehkä lisähoitoa, kuten antihistamiini- tai parasetamolilääkitystä. Infuusiota voidaan jatkaa, kun oireet ovat hävinneet tai lievittyneet. Nämä reaktiot ovat harvinaisempia toisen infuusion aikana. Lääkäri saattaa lopettaa Rixathon-hoidon, jos nämä reaktiot ovat vakavia.

Infektiot

Kerro lääkärille heti, jos sinulle tai lapsellesi ilmaantuu infektion oireita, kuten

- kuumetta, yskää, kurkkukipua, kirvelyä virtsatessa tai jos tunnet olosi heikoksi tai sairaaksi
- muistamattomuutta, ajatusvaikeuksia, kävelyvaikeuksia tai näön menetys. Nämä voivat johtua hyvin harvinaisesta vakavasta aivoinfektiosta, joka on toisinaan johtanut potilaan kuolemaan (progressiivinen multifokaalinen leukoencefalopatia eli PML).
- kuumetta, päänsärkyä ja niskajäykkyyttä, koordinaatiohäiriöitä (ataksia), persoonallisuuden muutos, aistiharhoja, tajunnantason muutos, kouristuskohtauksia tai kooma, sillä ne voivat johtua vakavasta aivoinfektiosta (enteroviraalinen meningoencefaliitti), joka voi johtaa kuolemaan.

Rixathon-hoidon aikana voit sairastua infektiioihin aiempaa herkemmin.

Tällaiset infektiot ovat yleensä nuhakuumeita, mutta myös keuhkokuume, virtsatieinfektiot tai vakavat virusinfektiot ovat mahdollisia. Nämä infektiot on lueteltu kohdassa ”Muut haittavaikutukset”.

Jos saat hoitoa nivelreumaan, granulomatoottiseen polyangiittiin, mikroskooppiseen polyangiittiin tai tavalliseen pemfigukseen, löydät nämä tiedot myös lääkärin antamasta Rixathon-potilaskortista. Pidä kortti mukanas ja näytä se puolisollesi tai hoitajallesi.

Ihoreaktiot

Hyvin harvoin voi ilmetä vaikea rakkulainen ihoreaktio, joka voi olla henkeä uhkaava. Iholla tai limakalvoilla, kuten suun sisäpuolella, sukupuolielinten alueella tai silmäluomissa, saattaa esiintyä punoitusta, johon liittyy usein rakkuloita ja jonka yhteydessä saattaa esiintyä kuumetta. **Kerro lääkärillesi heti, jos havaitset minkä tahansa näistä oireista.**

Muut haittavaikutukset:

a) Jos sinä saat tai lapsesi saa hoitoa non-Hodgkin-lymfoomaan (NHL) tai krooniseen lymfaattiseen leukemiaan (KLL)

Hyvin yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä useammalla kuin yhdellä potilaalla 10:stä):

- bakteeri- tai virusinfektiot, keuhkoputkitulehdus (bronkiitti)
- pieni määrä veren valkosoluja (kuumeinen tai kuumeeton), pieni määrä verihiutaleita
- pahoinvointi
- kaljut kohdat päänahassa, vilunväristykset, päänsärky
- heikentynyt immunitaetti, mikä johtuu tiettyjen infektiolta suojaavien vasta-aineiden (immunoglobuliinien) vähenemisestä veressä.

Yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10:stä):

- infektiot veressä (verenmyrkytys, sepsis), keuhkokuume, herpes, vilustuminen, keuhkoputken infektiot, sieni-infektiot, infektiot, joiden aiheuttaja on tuntematon, sivuontelotulehdus, B-hepatiitti
- pieni määrä veren punasoluja (anemia), kaikkien verisolujen pieni määrä
- allergiset reaktiot (yliherkkyys)
- korkea verensokeri, painonlasku, turvotus kasvoissa ja kehossa, veren kohonnut LDH-entsyymipitoisuus, veren alentunut kalsiumpitoisuus
- ihon tuntoaistin poikkeavuudet, kuten tunnottomuus, kihelmöinti, pistely, polttelu, tikkailu, vähentynyt kosketuksen tunne
- levottomuuden tunne, nukahtamisvaikeudet
- kasvojen ja muiden ihoalueiden voimakas punoitus verisuonten laajentumisen seurauksena
- huimauksen tai ahdistuneisuuden tunne
- lisääntynyt kyynelvuoto, kyynelkanavan häiriöt, silmätulehdus (konjunktiviitti)
- korvien soiminen, korvakipu
- sydänhäiriöt, kuten sydänkohtaus, epätasainen tai nopea syke
- korkea tai matala verenpaine (matala verenpaine etenkin pystyasennossa)
- hengitysteiden lihasten kiristyminen, mistä aiheutuu hengityksen vinkumista (bronkospasmi), tulehdus, ärsytys keuhkoissa, kurkussa tai poskionteloissa, hengenahdistus, nenän vuotaminen
- oksentaminen, ripuli, mahakipu, ärsytys tai haavauma kurkussa ja suussa, nielemisvaikeudet, ummetus, ruoansulatushäiriö
- syömishäiriöt, riittämättömästä syömisestä johtuva painonlasku
- nokkosihottuma, lisääntynyt hikoilu, yöhikoilu
- lihashäiriöt, kuten lihasten kireys, nivel- tai lihassärky, selkä- ja niskakipu
- kipu kasvaimessa
- yleinen epämiellyttävä tunne tai rauhattomuuden tai väsymyksen tunne, vapina, flunssan oireet
- usean elimen toimintavajaus.

Melko harvinaiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 100:sta):

- veren hyytymishäiriöt, veren punasolujen vähentynyt tuotanto, veren punasolujen lisääntynyt hajoaminen (aplastinen hemolyyttinen anemia), turvonneet tai suurentuneet imusolmukkeet
- alakuloisuus sekä asioiden tekemiseen liittyvän kiinnostuksen tai nautinnon häviäminen, hermostuneisuuden tunne
- makuhäiriöt, kuten makuaistin muutokset
- sydänhäiriöt, kuten hidastunut sydämen syke tai rintakipu (angina pectoris)
- astma, elimistön hapenpuute
- mahan turpoaminen.

Hyvin harvinaiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10 000:sta):

- lyhytaikaisesti kohonnut tiettytyyppisten vasta-aineiden (immunoglobuliinien, IgM:n) määrä, veren kemiallisen koostumuksen häiriö, joka johtuu kuolevien syöpäsolujen hajoamisesta
- hermostovaurioita käsissä ja jaloissa, kasvohalvaus
- sydämen vajaatoiminta
- verisuonitulehdus, myös iho-oireita aiheuttava
- hengityksen vajaatoiminta
- suoliston seinämän vaurio (perforaatio)
- vaikea rakkulainen ihoreaktio, joka voi olla henkeä uhkaava. Iholla tai limakalvoilla, kuten suun sisäpuolella, sukupuolielinten alueella tai silmäluomissa, saattaa esiintyä punoitusta, johon liittyy usein rakkuloita ja jonka yhteydessä saattaa esiintyä kuumetta.
- munuaisten vajaatoiminta
- vaikea näönmenetys.

Tuntemattomat (näiden haittavaikutusten esiintyvyyttä ei tiedetä)

- veren valkosolujen viivästynyt väheneminen
- infuusion jälkeinen verihitaleiden väheneminen, joka voi korjautua, mutta voi harvoissa tapauksissa olla kuolemaan johtava
- kuulonmenetys, muiden aistien menetys
- aivoinfektio ja aivokalvontulehdus (enteroviraalinen meningoencefaliitti).

Non-Hodgkin-lymfoomaa (NHL) sairastavat lapset ja nuoret:

Non-Hodgkin-lymfoomaa sairastavilla lapsilla ja nuorilla esiintyneet haittavaikutukset olivat yleensä samankaltaisia kuin non-Hodgkin-lymfoomaa tai kroonista lymfaattista leukemiamia sairastavilla aikuisilla. Yleisimpiä haittavaikutuksia olivat kuume, johon liittyi tiettytyyppisten veren valkosolujen (neutrofiilien) vähyyttä, suun limakalvojen tulehdus tai haavaumat ja allergiset reaktiot (yliherkkyys).

b) Jos saat hoitoa nivelreumaan

Hyvin yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä useammalla kuin yhdellä potilaalla 10:stä):

- infektiot, kuten keuhkokuume (bakteeri-infektio)
- virtsaamiskipu (virtsatieinfektio)
- allergiset reaktiot, jotka esiintyvät todennäköisimmin infuusion aikana, mutta voivat ilmaantua jopa 24 tuntia infuusion jälkeen
- verenpaineen muutokset, pahoinvointi, ihottuma, kuume, kutinan tunne, nenän vuotaminen tai tukkeutuminen sekä aivastelu, vilunväristykset, nopea sydämen syke ja väsymys
- päänsärky
- muutoksia lääkärin määräämissä laboratoriotesteissä, esim. tiettyjen infektiolta suojaavien proteiinien vähenemistä veressä (immunoglobuliinit).

Yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10:stä):

- infektiot, kuten keuhkoputkentulehdus (bronkiitti)
- paineen tunne tai pulsoiva kipu nenän, poskien ja silmien takana (sivuontelotulehdus eli sinuiitti), vatsakipu, oksentaminen ja ripuli, hengitysvaikeudet
- jalan sieninfektio
- kohonnut veren kolesterolitaso
- ihon harhatuntemukset, kuten tunnottomuus, kihelmöinti, pistely tai polttelu, iskias, migreeni, huimaus
- hiusten lähtö
- masennus, ahdistuneisuus
- ruoansulatushäiriöt, ripuli, refluktiauti (mahahapon nousua ruokatorveen), ärsytys ja/tai haavauma kurkussa ja suussa
- kipu ylävatsassa, selässä, lihaksissa ja/tai nivelissä

Melko harvinaiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 100:sta):

- nesteen kertyminen kasvoihin ja elimistöön
- tulehdus ja/tai ärsytys keuhkoissa tai kurkussa, yskä
- ihoreaktiot, kuten nokkosihottuma, kutina ja ihottuma
- allergiset reaktiot, kuten hengityksen vinkuminen tai hengenahdistus, kasvojen ja kielen turvotus, pyörtyminen

Hyvin harvinaiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10 000:sta):

- monimuotoinen oireyhtymä, joka ilmenee muutamia viikkoja rituksimabi-infuusion jälkeen ja johon kuuluu allergisia reaktioita, kuten ihottumaa, kutinaa, nivelkipua, turvonneita imusolmukkeita ja kuumetta
- vaikea rakkulainen ihoreaktio, joka voi olla henkeä uhkaava. Iholla tai limakalvoilla, kuten suun sisäpuolella, sukupuolielinten alueella tai silmäluomissa, saattaa esiintyä punoitusta, johon liittyy usein rakkuloita ja jonka yhteydessä saattaa esiintyä kuumetta.

Tuntematon (koska saatavissa oleva tieto ei riitä esiintyvyyden arviointiin):

- vakava virusinfektio
- aivoinfektio ja aivokalvontulehdus (enteroviraalinen meningoencefaliitti).

Rituksimabin muita harvinaisia haittavaikutuksia ovat veren valkosolujen (neutrofiilien) lasku.

Valkosolut auttavat elimistöä taistelussa infektioita vastaan. Jotkut infektiot voivat olla vaikeita (katso lisätietoja tämän kappaleen kohdassa *Infektiot*).

c) Jos sinä saat tai lapsesi saa hoitoa granulomatoottiseen polyangiittiin (GPA) tai mikrokooppiseen polyangiittiin (MPA)

Hyvin yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä useammalla kuin yhdellä potilaalla 10:stä):

- infektiot, kuten rintakehän infektiot, virtsatietulehdukset (kipua virtsaamisen yhteydessä), vilustumiset ja herpesinfektiot
- allergiset reaktiot, jotka esiintyvät todennäköisimmin infuusion aikana, mutta voivat ilmaantua jopa 24 tuntia infuusion jälkeen
- ripuli
- yskä tai hengenahdistus
- nenäverenvuoto
- kohonnut verenpaine
- nivel- tai selkäkipu
- lihasnykäykset tai vapina
- huimauksen tunne
- vapina (tärinä, usein käsissä)
- univaikeudet (unettomuus)
- käsien tai nilkkojen turpoaminen.

Yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10:stä):

- ruoansulatusvaivat
- ummetus
- ihottuma, mukaan lukien akne tai läiskät ihossa
- punastelu tai ihon punoitus
- kuume
- nenän tukkoisuus tai vuotaminen
- kireät tai kipeät lihakset
- lihassärky tai käsien tai jalkojen kipu
- pieni veren punasolumäärä (anemia)
- pieni verihiutalemäärä
- veren kaliumpitoisuuden suureneminen
- sydämen rytmin muutokset tai sydämen sykkeen nopeutuminen

Hyvin harvinaiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10 000:sta):

- vaikea rakkulainen ihoreaktio, joka voi olla henkeä uhkaava. Iholla tai limakalvoilla, kuten suun sisäpuolella, sukupuolielinten alueella tai silmäluomissa, saattaa esiintyä punoitusta, johon liittyy usein rakkuloita ja jonka yhteydessä saattaa esiintyä kuumetta.
- B-hepatiitti-infektion uusiutuminen

Tuntematon (koska saatavissa oleva tieto ei riitä esiintyvyyden arviointiin):

- vakava virusinfektio
- aivoinfektio ja aivokalvontulehdus (enteroviraalinen meningoencefaliitti).

Granulomatoottista polyangiittia (GPA) tai mikroskooppista polyangiittia (MPA) sairastavat lapset ja nuoret:

Haittavaikutukset olivat granulomatoottista polyangiittia tai mikroskooppista polyangiittia sairastavilla lapsilla ja nuorilla yleensä samantyyppisiä kuin GPA:ta tai MPA:ta sairastavilla aikuisilla. Yleisimmät havaitut haittavaikutukset olivat infektiot, allergiset reaktiot ja pahoinvointi.

d) Jos saat hoitoa tavalliseen pemfigukseen

Hyvin yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä useammalla kuin yhdellä potilaalla 10:stä):

- allergiset reaktiot, jotka esiintyvät todennäköisimmin infuusion aikana, mutta voivat ilmaantua jopa 24 tuntia infuusion jälkeen
- päänsärky
- infektiot, kuten infektiot rintakehän alueella
- pitkäkestoinen masennus
- hiustenlähtö.

Yleiset haittavaikutukset (saattavat esiintyä enintään yhdellä potilaalla 10:stä):

- infektiot, kuten flunssa, herpesinfektiot, silmätulehdus, sammas ja virtsatieinfektiot (kipu virtsatessa)
- mielialahäiriöt, kuten ärtyisyys ja masennus
- ihon häiriöt, kuten kutina, nokkosihottuma ja hyvänlaatuisen kyhmyt
- väsymyksen tai huimauksen tunne
- kuume
- nivel- tai selkäkipu
- mahakipu
- lihaskipu
- tavanomaista nopeampi sydämen syke.

Tuntematon (koska saatavissa oleva tieto ei riitä esiintyvyyden arviointiin):

- vakava virusinfektio
- aivoinfektio ja aivokalvontulehdus (enteroviraalinen meningoencefaliitti).

Rixathon saattaa myös aiheuttaa muutoksia lääkärin määräämissä laboratoriotesteissä.

Jos saat Rixathonia muiden lääkkeiden kanssa, osa mahdollisesti kokemistasi haittavaikutuksista voi johtua muista lääkkeistä.

Haittavaikutuksista ilmoittaminen

Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille, apteekkihenkilökunnalle tai sairaanhoitajalle.

Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu tässä

pakkausselosteessa. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan [liitteessä V](#) luetellun kansallisen ilmoitusjärjestelmän kautta. Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.

5. Rixathon-valmisteen säilyttäminen

Ei lasten ulottuville eikä näkyville.

Älä käytä tätä lääkettä pakkauksessa ja injektiopullon etiketissä mainitun viimeisen käyttöpäivämäärän (EXP) jälkeen. Viimeinen käyttöpäivämäärä tarkoittaa kuukauden viimeistä päivää.

Säilytä jääkaapissa (2 °C – 8 °C).

Pidä injektiopullo ulkopakkauksessa. Herkkä valolle.

Tätä lääkettä voi myös säilyttää alkuperäisessä kotelossa poissa jääkaapista, alle 30 °C:ssa, yhden enintään 7 vuorokauden pituisen jakson ajan. Säilytys ei saa kuitenkaan ylittää alkuperäistä viimeistä käyttöpäivämäärää. Tällöin sitä ei saa laittaa enää takaisin jääkaappisäilytykseen. Uusi viimeinen käyttöpäivämäärä kirjoitetaan koteloon muodossa pv/kk/vuosi. Lääke on hävitettävä, jos sitä ei käytetä ennen uutta viimeistä käyttöpäivämäärää tai koteloon painettua alkuperäistä viimeistä käyttöpäivämäärää, kumpi tahansa on aikaisempi.

Lääkkeitä ei pidä heittää viemäriin eikä hävittää talousjätteiden mukana. Kysy käyttämättömien lääkkeiden hävittämisestä apteekista. Näin menetellen suojelet luontoa.

6. Pakkauksen sisältö ja muuta tietoa

Mitä Rixathon sisältää

- Vaikuttava aine on rituksimabi.
10 ml:n injektiopullo sisältää 100 mg rituksimabia (10 mg/ml).
50 ml:n injektiopullo sisältää 500 mg rituksimabia (10 mg/ml).
- Muut aineet ovat natriumsitraatti, polysorbaatti 80, natriumkloridi, natriumhydroksidi, kloorivetyhappo ja injektionesteisiin käytettävä vesi (ks. kohta 2).

Lääkevalmisteen kuvaus ja pakkauskoko (-koot)

Rixathon on kirkas, väritön tai hieman kellertävä liuos, joka toimitetaan infuusiokonsentraattina liuosta varten (steriili konsentraatti).

10 ml:n injektiopullo - 2 tai 3 pullon pakkaus.

50 ml:n injektiopullo - 1 tai 2 pullon pakkaus.

Myyntiluvan haltija

Sandoz GmbH
Biochemiestr. 10
6250 Kundl
Itävalta

Valmistaja

Sandoz GmbH Schafteuau
Biochemiestr. 10
6336 Langkampfen
Itävalta

Lek Pharmaceuticals d.d. Ljubljana
Verovškova 57

1526 Ljubljana
Slovenia

Lisätietoja tästä lääkevalmisteesta antaa myyntiluvan haltijan paikallinen edustaja:

België/Belgique/Belgien

Sandoz nv/sa
Tél/Tel: +32 2 722 97 97

България

Сандоз България КЧТ
Тел.: +359 2 970 47 47

Česká republika

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

Danmark/Norge/Ísland/Sverige

Sandoz A/S
Tlf/Sími/Tel: +45 63 95 10 00

Deutschland

Hexal AG
Tel: +49 8024 908 0

Eesti

Sandoz d.d. Eesti filiaal
Tel: +372 665 2400

Ελλάδα

SANDOZ HELLAS ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.
Τηλ: +30 216 600 5000

España

Sandoz Farmacéutica, S.A.
Tel: +34 900 456 856

France

Sandoz SAS
Tél: +33 1 49 64 48 00

Hrvatska

Sandoz d.o.o.
Tel: +385 1 23 53 111

Ireland

Rowex Ltd.
Tel: + 353 27 50077

Italia

Sandoz S.p.A.
Tel: +39 02 96541

Κύπρος

Sandoz Pharmaceuticals d.d.
Τηλ: +357 22 69 0690

Lietuva

Sandoz Pharmaceuticals d.d filialas
Tel: +370 5 2636 037

Luxembourg/Luxemburg

Sandoz nv/sa
Tél/Tel.: +32 2 722 97 97

Magyarország

Sandoz Hungária Kft.
Tel.: +36 1 430 2890

Malta

Sandoz Pharmaceuticals d.d.
Tel: +35699644126

Nederland

Sandoz B.V.
Tel: +31 36 52 41 600

Österreich

Sandoz GmbH
Tel: +43 5338 2000

Polska

Sandoz Polska Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 209 70 00

Portugal

Sandoz Farmacêutica Lda.
Tel: +351 21 000 86 00

România

Sandoz Pharmaceuticals SRL
Tel: +40 21 407 51 60

Slovenija

Sandoz farmacevtska družba d.d.
Tel: +386 1 580 29 02

Slovenská republika

Sandoz d.d. - organizačná zložka
Tel: +421 2 48 200 600

Suomi/Finland

Sandoz A/S
Puh/Tel: +358 10 6133 400

United Kingdom (Northern Ireland)

Sandoz GmbH
Tel: +43 5338 2000

Latvija

Sandoz d.d. Latvia filiāle

Tel: +371 67 892 006

Tämä pakkausseloste on tarkistettu viimeksi**Muut tiedonlähteet**

Lisätietoa tästä lääkevalmisteesta on saatavilla Euroopan lääkeviraston verkkosivulla

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

Tämä pakkausseloste on saatavissa kaikilla EU-kielillä Euroopan lääkeviraston verkkosivustolla.