Il presente documento riporta le informazioni sul prodotto approvate relative a Tafinlar, con evidenziate le modifiche che vi sono state apportate rispetto alla procedura precedente (EMEA/H/C/PSUSA/00010084/202405).

Per maggiori informazioni, consultare il sito web dell’Agenzia europea per i medicinali: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tafinlar>

**ALLEGATO I**

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE**

Tafinlar 50 mg capsule rigide

Tafinlar 75 mg capsule rigide

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA**

Tafinlar 50 mg capsule rigide

Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 50 mg di dabrafenib.

Tafinlar 75 mg capsule rigide

Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 75 mg di dabrafenib.

Per l’elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

**3. FORMA FARMACEUTICA**

Capsula rigida (capsula).

Tafinlar 50 mg capsule rigide

Capsula di colore rosso scuro, opaca, lunga circa 18 mm, sull’involucro della capsula è impresso ‘GS TEW’ e ’50 mg’.

Tafinlar 75 mg capsule rigide

Capsula di colore rosso scuro, opaca, lunga circa 19 mm, sull’involucro della capsula è impresso ‘GS LHF’ e ’75 mg’

**4. INFORMAZIONI CLINICHE**

**4.1 Indicazioni terapeutiche**

Melanoma

Dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma non resecabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600 (vedere paragrafi 4.4 e 5.1).

Trattamento adiuvante del melanoma

Dabrafenib in associazione con trametinib è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa.

Carcinoma polmonare non a piccole cellule (*Non small cell lung cancer*, NSCLC)

Dabrafenib in associazione con trametinib è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600.

**4.2 Posologia e modo di somministrazione**

Il trattamento con dabrafenib deve essere iniziato e supervisionato da un medico qualificato esperto nell’uso di medicinali antitumorali.

Prima di iniziare la terapia con dabrafenib, si deve accertare la presenza della mutazione BRAF V600 nel tessuto tumorale dei pazienti mediante un test validato.

L’efficacia e la sicurezza di dabrafenib non sono state stabilite nei pazienti con melanoma BRAF wild‑type o con NSCLC BRAF wild‑type. Dabrafenib non deve pertanto essere usato nei pazienti con melanoma BRAF wild‑type o con NSCLC BRAF wild‑type (vedere paragrafi 4.4 e 5.1).

Posologia

La dose raccomandata di dabrafenib, usato sia in monoterapia che in associazione con trametinib, è di 150 mg (due capsule da 75 mg) due volte al giorno (corrispondente ad una dose totale giornaliera di 300 mg). La dose raccomandata di trametinib, quando utilizzato in associazione con dabrafenib, è 2 mg una volta al giorno.

*Durata del trattamento*

Il trattamento deve essere continuato fino a quando il paziente non ne trae più beneficio o fino allo sviluppo di una tossicità inaccettabile (vedere Tabella 2). Nel setting adiuvante del melanoma, i pazienti devono essere trattati per un periodo di 12 mesi a meno che non si verifichi una recidiva della malattia o una tossicità inaccettabile.

*Dimenticanza di dosi*

Se una dose di dabrafenib viene dimenticata, non deve essere assunta se mancano meno di 6 ore alla dose successiva prevista.

Se una dose di trametinib viene dimenticata, quando dabrafenib viene somministrato in associazione con trametinib, la dose di trametinib deve essere assunta solo se mancano più di 12 ore alla successiva dose prevista.

*Modifiche della dose*

Le capsule con i due dosaggi di dabrafenib, 50 mg e 75 mg, sono disponibili per gestire in modo efficace le necessità di modifica della dose.

La gestione delle reazioni avverse può richiedere l’interruzione del trattamento, la riduzione della dose, o la sospensione del trattamento (vedere Tabelle 1 e 2).

Non sono raccomandate la modifica o l’interruzione della dose in caso di reazioni avverse come il carcinoma cutaneo a cellule squamose (*Cutaneous squamous cell carcinoma,* cuSCC) o un nuovo melanoma primitivo (vedere paragrafo 4.4).

Non sono necessari aggiustamenti della dose in caso di uveite fino a quando la terapia locale è in grado di controllare l’infiammazione oculare. Se l’uveite non dovesse rispondere alla terapia oculare locale, il trattamento con dabrafenib deve essere interrotto fino a risoluzione dell’infiammazione oculare e poi ripreso ad una dose ridotta di un livello (vedere paragrafo 4.4).

Le riduzioni dei livelli di dose raccomandate e le raccomandazioni per la modifica della dose sono riportati nelle Tabelle 1 e 2, rispettivamente.

**Tabella 1 Livelli di riduzione di dose raccomandati**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Livello della dose** | **Dose di dabrafenib**  Uso in monoterapia o in associazione con trametinib | **Dose di trametinib\***  Solo quando usato in associazione con dabrafenib |
| Dose di inizio | 150 mg due volte al giorno | 2 mg una volta al giorno |
| Prima riduzione della dose | 100 mg due volte al giorno | 1,5 mg una volta al giorno |
| Seconda riduzione della dose | 75 mg due volte al giorno | 1 mg una volta al giorno |
| Terza riduzione della dose | 50 mg due volte al giorno | 1 mg una volta al giorno |
| Non è raccomandato un aggiustamento della dose di dabrafenib al di sotto di 50 mg due volte al giorno, se usato in monoterapia o in associazione con trametinib. Non è raccomandato un aggiustamento della dose di trametinib al di sotto di 1 mg una volta al giorno, se usato in associazione con dabrafenib.  \*Per le istruzioni sul dosaggio per il trattamento con trametinib in monoterapia, vedere l’RCP di trametinib, Posologia e Modo di somministrazione. | | |

Tabella 2 Schema di modifica della dose in base al Grado di qualsiasi reazione avversa (esclusa la piressia)

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado (CTCAE)\*** | **Modifiche della dose raccomandata di dabrafenib**  Usato in monoterapia o in associazione con trametinib |
| Grado 1 o Grado 2 (Tollerabile) | Continuare il trattamento e monitorare come clinicamente indicato. |
| Grado 2 (Intollerabile) o Grado 3 | Interrompere la terapia fino a tossicità di Grado 0‑1 e ridurre di un livello di dose quando si riprende la terapia. |
| Grado 4 | Interrompere la terapia permanentemente, o interrompere la terapia fino al Grado 0‑1 e ridurre di un livello di dose quando si riprende la terapia. |
| \* L’intensità delle reazioni avverse cliniche è valutata secondo i Comuni Criteri di Terminologia per gli Eventi Avversi (CTCAE) | |

Quando le reazioni avverse individuali sono gestite in modo efficace, può essere preso in considerazione l’aumento della dose seguendo gli stessi intervalli di dose usati nella riduzione. La dose di dabrafenib non deve superare 150 mg due volte al giorno.

*Piressia*

Se la temperatura di un paziente è ≥°38°C la terapia deve essere interrotta (sia quando dabrafenib è usato in monoterapia, sia quando dabrafenib e trametinib sono usati in associazione). In caso di recidiva, la terapia può essere interrotta anche al primo sintomo di piressia. Deve essere iniziato un trattamento con antipiretici come ibuprofene o acetaminofene/paracetamolo. Deve essere preso in considerazione l’uso di corticosteroidi orali nei casi in cui gli antipiretici sono insufficienti. I pazienti devono essere valutati per segni e sintomi di infezione e se necessario, trattati come da pratica clinica locale (vedere paragrafo 4.4). Dabrafenib, o dabrafenib e trametinib se usati in associazione, devono essere ricominciati se il paziente non presenta sintomi da almeno 24 ore o (1) allo stesso livello di dose, o (2) con un livello di dose ridotto se la piressia è ricorrente e/o è stato accompagnata da altri sintomi severi tra cui disidratazione, ipotensione o insufficienza renale.

Se si manifesta tossicità correlata al trattamento quando dabrafenib viene usato in associazione con trametinib, entrambi i trattamenti devono essere poi contemporaneamente ridotti nella dose, interrotti o sospesi. Le eccezioni in cui sono necessarie modifiche della dose per uno solo dei due trattamenti vengono di seguito dettagliate per uveite, neoplasie non cutanee positive per mutazioni di RAS (principalmente correlate al dabrafenib), riduzione della frazione di eiezione ventricolare sinistra (LVEF), occlusione venosa retinica (OVR), distacco dell'epitelio pigmentato retinico (RPED) e malattia polmonare interstiziale (ILD)/polmonite (principalmente correlate al trametinib).

*Eccezioni alle modifiche della dose (quando è stata ridotta la dose di solo una delle due terapie) per specifiche reazioni avverse*

*Uveite*

Non è necessaria alcuna modifica della dose in caso di uveite finché le terapie locali sono efficaci nel controllare l'infiammazione oculare. Se l'uveite non risponde alla terapia oculare locale, sospendere dabrafenib fino alla risoluzione dell’infiammazione oculare, e quindi riprendere il trattamento con dabrafenib ridotto di un livello di dose. Non è richiesta alcuna modifica della dose di trametinib se assunto in associazione con dabrafenib (vedere paragrafo 4.4).

*Neoplasie non cutanee positive a mutazione RAS*

Considerare i benefici e i rischi prima di continuare il trattamento con dabrafenib in pazienti con neoplasia non cutanea che presenta mutazione RAS. Non è richiesta alcuna modifica della dose di trametinib se assunto in associazione con dabrafenib.

*Riduzione della frazione di eiezione ventricolare sinistra (left ventricular ejection fraction* ‑ *LVEF)/disfunzione ventricolare sinistra*

Se dabrafenib è usato in associazione con trametinib e si ha una diminuzione asintomatica, assoluta > 10 % nella LVEF in confronto al basale e la frazione di eiezione è al di sotto del limite inferiore della norma (LLN), si prega di fare riferimento al RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.2) per le istruzioni sulla modifica della dose di trametinib. Non è richiesta alcuna modifica della dose di dabrafenib quando dabrafenib è assunto in associazione con trametinib.

*Occlusione venosa retinica (retinal vein occlusion* ‑ *RVO) e distacco dell’epitelio pigmentato retinico (retinal pigment epithelial detachment* ‑ *RPED)*

Qualora il paziente riporti nuovi disturbi visivi, quali diminuita visione centrale, visione offuscata, o perdita della vista in qualsiasi momento mentre è in terapia con l’associazione di dabrafenib e trametinib, si prega di fare riferimento al RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.2) per le istruzioni sulla modifica della dose di trametinib. Non è richiesta alcuna modifica della dose di dabrafenib quando è assunto in associazione con trametinib in caso di RVO o RPED confermati.

*Malattia interstiziale polmonare (interstitial lung disease* ‑ *ILD)/Polmonite*

Per i pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib con sospetta ILD o polmonite, compresi i pazienti che si presentano con sintomi e segni polmonari nuovi o che progrediscono, che comprendono tosse, dispnea, ipossia, versamento pleurico, o infiltrati, in attesa di esami clinici, si prega fare riferimento al RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.2) per le istruzioni sulla modifica della dose di trametinib. Non è necessaria alcuna modifica della dose di dabrafenib quando dabrafenib è assunto in associazione con trametinib nei casi di ILD o polmonite.

*Popolazioni speciali*

*Compromissione renale*

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose per i pazienti con compromissione renale lieve o moderata. Non vi sono dati clinici nei soggetti con compromissione renale severa e la necessità potenziale di un aggiustamento della dose non può essere determinata (vedere paragrafo 5.2). Dabrafenib deve essere usato con cautela nei pazienti con compromissione renale severa quando somministrato in monoterapia o in associazione con trametinib.

*Compromissione epatica*

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose per i pazienti con compromissione epatica lieve. Non vi sono dati clinici nei soggetti con compromissione epatica da moderata a severa e la necessità potenziale di un aggiustamento della dose non può essere determinata (vedere paragrafo 5.2). Il metabolismo epatico e la secrezione biliare sono le vie principali di eliminazione di dabrafenib e dei suoi metaboliti e i pazienti con compromissione epatica da moderata a severa possono presentare un aumento della esposizione al medicinale. Dabrafenib deve essere usato con cautela nei pazienti con compromissione epatica da moderata a severa quando somministrato in monoterapia o in associazione con trametinib.

*Pazienti non‑caucasici*

Ci sono dati limitati sulla sicurezza e l’efficacia di dabrafenib nei pazienti non‑caucasici. L'analisi farmacocinetica di popolazione non ha mostrato differenze significative nella farmacocinetica di dabrafenib tra i pazienti asiatici e caucasici. Nei pazienti asiatici non è necessario nessun aggiustamento della dose di dabrafenib.

*Anziani*

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose iniziale nei pazienti di età > 65 anni.

*Popolazione pediatrica*

La sicurezza e l’efficacia di dabrafenib capsule nei bambini e negli adolescenti (< 18 anni) non sono ancora state stabilite. Non ci sono dati clinici disponibili. Gli studi condotti in animali giovani hanno mostrato effetti avversi di dabrafenib che non sono stati osservati negli animali adulti (vedere paragrafo 5.3).

Modo di somministrazione

Tafinlar è per uso orale. Le capsule devono essere deglutite intere con acqua. Le stesse non devono essere masticate o aperte e non devono essere mescolate con cibo o liquidi a causa dell’instabilità chimica di dabrafenib.

Si raccomanda di assumere le dosi di dabrafenib alla stessa ora ogni giorno, con un intervallo di circa 12 ore tra le dosi. Quando dabrafenib e trametinib sono assunti in associazione, la dose singola giornaliera di trametinib deve essere presa alla stessa ora ogni giorno insieme o alla dose del mattino o della sera di dabrafenib.

Dabrafenib deve essere assunto almeno un’ora prima, o almeno 2 ore dopo un pasto.

Se un paziente vomita dopo l’assunzione di dabrafenib, il paziente non deve riprendere la dose ma deve prendere la successiva dose prevista.

Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib per informazioni sul modo di somministrazione quando assunto in associazione con dabrafenib.

**4.3 Controindicazioni**

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1.

**4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d’impiego**

Quando dabrafenib è somministrato in associazione con trametinib, il RCP di trametinib deve essere consultato prima di iniziare il trattamento. Per ulteriori informazioni sulle avvertenze e le precauzioni associate al trattamento con trametinib, si prega di fare riferimento al RCP di trametinib.

Test per la presenza della mutazione BRAF V600

L’efficacia e la sicurezza di dabrafenib non sono state stabilite nei pazienti con melanoma BRAF wild‑type o con NSCLC BRAF wild‑type, pertanto dabrafenib non deve essere usato nei pazienti con melanoma BRAF wild‑type o con NSCLC BRAF wild‑type (vedere paragrafi 4.2 e 5.1).

Dabrafenib in associazione con trametinib in pazienti con melanoma che sono andati incontro a progressione con un inibitore di BRAF

Ci sono dati limitati sui pazienti che ricevevano l’associazione di dabrafenib con trametinib che sono andati incontro a progressione ad una precedente terapia con un inibitore di BRAF. Questi dati mostrano che l’efficacia dell’associazione sarà minore in tali pazienti (vedere paragrafo 5.1). Quindi in questa popolazione precedentemente trattata con un inibitore BRAF dovrebbero venir prese in considerazione altre opzioni terapeutiche prima del trattamento con l’associazione. Non è stata ancora stabilita la sequenza dei trattamenti a seguito della progressione di malattia ad una terapia con un inibitore di BRAF.

Nuove neoplasie

Nuove neoplasie, cutanee e non cutanee, possono verificarsi quando dabrafenib è utilizzato in monoterapia o in associazione con trametinib.

*Neoplasie cutanee*

*Carcinoma cutaneo a cellule squamose (cuSCC)*

Casi di cuSCC (che includono cheratoacantomi) sono stati segnalati in pazienti trattati con dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib (vedere paragrafo 4.8). Negli studi clinici di Fase III MEK115306 e MEK116513 in pazienti con melanoma non resecabile o metastatico, si è verificato cuSCC rispettivamente nel 10% (22/211) di pazienti che hanno ricevuto dabrafenib in monoterapia e nel 18% (63/349) di pazienti che hanno ricevuto vemurafenib in monoterapia. Nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza dei pazienti con melanoma e NSCLC avanzato, si è verificato cuSCC nel 2% (19/1 076) dei pazienti che hanno ricevuto dabrafenib in associazione con trametinib. Il tempo mediano alla diagnosi della prima occorrenza di cuSCC nello studio MEK115306 è stato di 223 giorni (range da 56 a 510 giorni) nel braccio di terapia di associazione e di 60 giorni (range da 9 a 653 giorni) nel braccio di dabrafenib in monoterapia. Nello studio di fase III BRF115532 (COMBI-AD) nel trattamento adiuvante del melanoma, l'1% (6/435) dei pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib rispetto all'1% (5/432) dei pazienti trattati con placebo aveva sviluppato cuSCC al momento dell’analisi primaria. Durante il follow-up a lungo termine (fino a 10 anni) senza trattamento, altri 2 pazienti hanno riportato cuSCC in ciascun braccio di trattamento. Nel braccio di associazione per il trattamento in adiuvante, complessivamente il tempo mediano di comparsa della prima occorrenza di cuSCC era di circa 21 settimane ed era di 34 settimane nel braccio placebo.

Si raccomanda di effettuare un esame della cute, prima dell’inizio della terapia e mensilmente durante il trattamento, e fino a sei mesi dopo il trattamento del cuSCC. Il monitoraggio deve continuare per 6 mesi dopo l’interruzione di dabrafenib o fino all’inizio di un’altra terapia anti‑neoplastica.

I casi di cuSCC devono essere trattati con escissione dermatologica e il trattamento con dabrafenib o, se assunto in associazione, dabrafenib e trametinib deve essere continuato senza alcun aggiustamento della dose. I pazienti devono essere istruiti ad informare immediatamente il medico se sviluppano nuove lesioni.

*Nuovo melanoma primitivo*

Negli studi clinici sono stati riportati nuovi melanomi primitivi nei pazienti trattati con dabrafenib. Negli studi clinici nel melanoma non resecabile o metastatico, questi casi sono stati identificati entro i primi 5 mesi di monoterapia con dabrafenib. Casi di nuovo melanoma primitivo possono essere trattati con l’escissione e non richiedono modifiche del trattamento. Il monitoraggio delle lesioni della cute deve avvenire come descritto per i cuSCC.

*Tumori maligni non cutanei*

Test *in vitro* hanno dimostrato l’attivazione paradossa del segnale delle proteine chinasi attivate da mitogeni (MAP chinasi) nelle cellule BRAF wild‑type con mutazioni RAS quando esposte a inibitori di BRAF. Questo può portare ad un aumento del rischio di tumori maligni non cutanei durante l’esposizione a dabrafenib (vedere paragrafo 4.8) quando sono presenti mutazioni RAS. Sono stati segnalati negli studi clinici tumori maligni RAS‑associati, sia con un altro inibitore di BRAF (leucemia mielomonocitica cronica e SCC non cutanei della testa e del collo) sia con dabrafenib in monoterapia (adenocarcinoma pancreatico, adenocarcinoma del dotto biliare) e con dabrafenib in associazione con l’inibitore di MEK, trametinib (tumore del colon‑retto, tumore pancreatico).

Prima dell’inizio del trattamento, i pazienti devono essere sottoposti ad un esame della testa e del collo con ispezione almeno visiva della mucosa orale e palpazione dei linfonodi, nonché scansione con tomografia computerizzata (CT) di torace/addome. Durante il trattamento, i pazienti devono essere monitorati come clinicamente appropriato; ciò può includere un esame della testa e del collo ogni 3 mesi ed una CT di torace/addome ogni 6 mesi. Sono raccomandate ispezioni anali e pelviche prima e alla fine del trattamento o quando considerato clinicamente indicato. Deve essere eseguita la conta ematica completa e le analisi chimiche del sangue come clinicamente indicato.

I benefici e i rischi devono essere considerati prima della somministrazione di dabrafenib nei pazienti con precedente o concomitante tumore associato a mutazioni RAS. Non è richiesta alcuna modifica della dose di trametinib se assunto in associazione con dabrafenib.

A seguito dell’interruzione di dabrafenib, il monitoraggio per tumori maligni non‑cutanei secondari/recidivanti deve continuare fino a 6 mesi o fino all’inizio di un’altra terapia anti‑neoplastica. Esiti anomali devono essere trattati in base alla pratica clinica.

Emorragia

Eventi emorragici, tra cui eventi emorragici maggiori ed emorragie fatali, si sono verificati in pazienti che assumevano l’associazione di dabrafenib con trametinib (vedere paragrafo 4.8). Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.4) per ulteriori informazioni.

Compromissione della vista

Negli studi clinici sono state riportate reazioni oftalmologiche, comprese uveite, iridociclite e irite nei pazienti trattati con dabrafenib in monoterapia ed in associazione con trametinib. Mentre sono in terapia, i pazienti devono essere monitorati regolarmente per segni e sintomi visivi (quali alterazioni della vista, fotofobia e dolore all’occhio).

Non sono necessari aggiustamenti della dose fino a quando la terapia locale è in grado di controllare l’infiammazione oculare. Se l’uveite non dovesse rispondere alla terapia oculare locale, il trattamento con dabrafenib deve essere interrotto fino a risoluzione dell’infiammazione oculare e poi ripreso con dose ridotta di un livello. Non è necessaria alcuna modifica della dose di trametinib quando assunto in associazione con dabrafenib a seguito della diagnosi di uveite.

Casi di panuveite bioculare o iridociclite bioculare indicativi di malattia di Vogt-Koyanagi-Harada sono stati riportati in pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib. Sospendere dabrafenib fino alla risoluzione dell'infiammazione oculare e prendere in considerazione la possibilità di consultare un oftalmologo. Può essere necessario un trattamento sistemico con corticosteroidi.

Possono verificarsi RPED e RVO quando dabrafenib è assunto in associazione a trametinib. Si prega fare riferimento al RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.4). Non è necessaria alcuna modifica della dose di dabrafenib quando dabrafenib è assunto in associazione con trametinib a seguito di diagnosi di RVO o RPED.

Piressia

La febbre è stata osservata negli studi clinici con dabrafenib in monoterapia ed in associazione con trametinib (vedere paragrafo 4.8). Nell’1% dei pazienti negli studi clinici con dabrafenib in monoterapia, sono stati identificati eventi febbrili severi non‑infettivi (definiti come febbre accompagnata da brividi severi, disidratazione, ipotensione e/o insufficienza renale acuta di origine pre‑renale in pazienti con funzione renale normale al basale) (vedere paragrafo 4.8). L’insorgenza di questi eventi febbrili severi non‑infettivi si è verificata tipicamente nel primo mese di monoterapia con dabrafenib. I pazienti con eventi febbrili severi non‑infettivi hanno risposto bene all’interruzione e/o alla riduzione della dose ed al trattamento di supporto.

L'incidenza e la severità della piressia sono aumentate con la terapia in associazione. Nel braccio della terapia di associazione dello studio MEK115306 in pazienti con melanoma non resecabile o metastatico, la piressia è stata riportata nel 57% (119/209) dei pazienti di cui il 7% di Grado 3, rispetto al braccio di dabrafenib in monoterapia con il 33% (69/211) dei pazienti che hanno riportato piressia, di cui il 2% di Grado 3. Nello studio di fase II BRF113928 in pazienti con NSCLC avanzato, l'incidenza e la gravità della piressia sono leggermente aumentate quando dabrafenib è stato utilizzato in associazione con trametinib (48%, 3% grado 3) rispetto a dabrafenib in monoterapia (39%, 2% grado 3). Nello studio di fase III BRF115532 sul trattamento adiuvante del melanoma, l'incidenza e la severità della piressia erano più elevate nel braccio di associazione dabrafenib più trametinib (67%; 6% di grado 3/4) rispetto al braccio placebo (15%; < 1% Grado 3).

Per i pazienti con melanoma non resecabile o metastatico che ricevevano dabrafenib in associazione con trametinib e sviluppavano piressia, approssimativamente la metà dei primi episodi di piressia si è verificata entro il primo mese di terapia ed approssimativamente un terzo dei pazienti aveva 3 o più eventi.

La terapia con dabrafenib quando usato in monoterapia o in associazione con trametinib deve essere interrotta se la temperatura del paziente è ≥ 38°C (vedere paragrafo 5.1). In caso di recidiva, la terapia può essere interrotta anche al primo sintomo di piressia. Deve essere iniziato un trattamento con antipiretici come ibuprofene o acetaminofene/paracetamolo. Deve essere preso in considerazione l’uso di corticosteroidi orali nei casi in cui gli antipiretici sono insufficienti. I pazienti devono essere valutati per segni e sintomi di infezione. La terapia può essere ripresa una volta che la febbre si è risolta. Se la febbre è associata con altri segni o sintomi severi, la terapia deve essere ripresa come clinicamente appropriato con una dose ridotta una volta che la febbre si è risolta (vedere paragrafo 4.2).

Riduzione della LVEF/Disfunzione ventricolare sinistra

Con dabrafenib in associazione con trametinib è stata riportata una riduzione della LVEF (vedere paragrafo 4.8). Si prega fare riferimento al RCP di trametinib per ulteriori informazioni (vedere paragrafo 4.4). Non è necessaria alcuna modifica della dose di dabrafenib quando dabrafenib è assunto in associazione con trametinib.

Insufficienza renale

È stata identificata insufficienza renale in < 1 % dei pazienti trattati con dabrafenib in monoterapia e in ≤ 1 % dei pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib negli studi clinici. I casi osservati sono stati generalmente associati a piressia e disidratazione ed hanno risposto bene all’interruzione della dose ed a misure di supporto generali. È stata riportata nefrite granulomatosa (vedere paragrafo 4.8). I livelli di creatinina sierica devono essere monitorati regolarmente durante il trattamento. Se la creatinina aumenta, può essere necessario interrompere dabrafenib come clinicamente indicato. Dabrafenib non è stato studiato nei pazienti con insufficienza renale (definita come creatinina > 1,5 x ULN) pertanto si raccomanda cautela in questa popolazione (vedere paragrafo 5.2).

Eventi epatici

Negli studi clinici con dabrafenib in associazione con trametinib sono stati riportati eventi avversi epatici (vedere paragrafo 4.8). Si raccomanda di monitorare la funzionalità epatica dei pazienti in trattamento con dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib ogni quattro settimane per 6 mesi dopo l’inizio del trattamento con trametinib. Il controllo epatico può essere continuato in seguito se clinicamente richiesto. Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib per ulteriori informazioni.

Ipertensione

Aumenti della pressione del sangue sono stati riportati con dabrafenib in associazione con trametinib, nei pazienti con o senza ipertensione pre‑esistente (vedere paragrafo 4.8). Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib per ulteriori informazioni.

Malattia interstiziale polmonare (*Interstitial lung disease* ‑ ILD)/Polmonite

Negli studi clinici con dabrafenib in associazione con trametinib sono stati riportati casi di polmonite o ILD. Si prega fare riferimento al paragrafo 4.4 del RCP di trametinib per ulteriori informazioni. Se dabrafenib viene usato in associazione con trametinib, la terapia con dabrafenib può essere continuata alla stessa dose.

Eruzione cutanea

Negli studi clinici con dabrafenib in associazione con trametinib è stata osservata eruzione cutanea in circa il 24 % dei pazienti (vedere paragrafo 4.8). La maggior parte di questi casi erano di grado 1 o 2 e non hanno richiesto nessuna interruzione o riduzione della dose. Si prega fare riferimento al paragrafo 4.4 del RCP di trametinib per ulteriori informazioni.

Rabdomiolisi

Rabdomiolisi è stata riportata nei pazienti che assumono dabrafenib in associazione con trametinib (vedere paragrafo 4.8). Si prega di fare riferimento al paragrafo 4.4 del RCP di trametinib per ulteriori informazioni.

Pancreatite

È stata segnalata pancreatite in < 1 % dei pazienti trattati con dabrafenib in monoterapia e in associazione con trametinib negli studi clinici per melanoma non resecabile o metastatico e all’incirca nel 4% dei pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib nello studio clinico per NSCLC. Uno degli eventi si è verificato il primo giorno di trattamento con dabrafenib in un paziente con melanoma metastatico e si è ripresentato a seguito del ri‑trattamento alla dose ridotta. Nello studio sul trattamento adiuvante del melanoma, la pancreatite è stata riportata in < 1% (1/435) dei pazienti in trattamento con dabrafenib in associazione con trametinib e in nessun paziente trattato con placebo. Un dolore addominale inspiegabile deve essere immediatamente valutato, includendo la misurazione di amilasi e lipasi sieriche. I pazienti devono essere attentamente monitorati quando iniziano nuovamente dabrafenib dopo un episodio di pancreatite.

Trombosi venosa profonda/embolia polmonare

Possono verificarsi embolia polmonare o trombosi venosa profonda quando dabrafenib è utilizzato in associazione con trametinib. Se i pazienti sviluppano sintomi correlabili ad embolia polmonare o trombosi venosa profonda come respiro affannoso, dolore toracico, o gonfiore di braccia o gambe, devono immediatamente cercare assistenza medica. Interrompere permanentemente il trattamento con trametinib e dabrafenib in caso di embolia polmonare che mette in pericolo di vita.

Reazioni avverse cutanee severe

Durante il trattamento con la terapia di associazione di dabrafenib/trametinib, sono stati segnalati casi di reazioni avverse cutanee severe (SCAR), inclusa la sindrome di Stevens-Johnson e la reazione da farmaco, con eosinofilia e sintomi sistemici (DRESS), che possono mettere a rischio la vita o essere anche fatali. Prima di iniziare il trattamento, i pazienti devono essere informati dei segni e dei sintomi e strettamente monitorati per le reazioni cutanee. Se compaiono segni e sintomi indicativi di SCAR, la somministrazione di dabrafenib e trametinib deve essere interrotta.

Patologie gastrointestinali

In pazienti che assumevano dabrafenib in associazione con trametinib sono stati riportati colite e perforazione gastrointestinale, inclusi esiti fatali (vedere paragrafo 4.8). Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib per ulteriori informazioni (vedere paragrafo 4.4).

Sarcoidosi

In pazienti trattati con dabrafenib in associazione a trametinib sono stati osservati casi di sarcoidosi, che ha colpito soprattutto la pelle, i polmoni, gli occhi e i linfonodi. Nella maggior parte dei casi, il trattamento con dabrafenib e trametinib è stato mantenuto. In caso di diagnosi di sarcoidosi, deve essere considerato un trattamento mirato. È importante non confondere la sarcoidosi con una progressione della malattia.

Linfoistiocitosi emofagocitica

Nell’esperienza post-marketing, è stata osservata linfoistiocitosi emofagocitica (HLH) in pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib. Si deve usare cautela quando dabrafenib è somministrato in associazione con trametinib. In caso di conferma di HLH, deve essere interrotta la somministrazione di dabrafenib e trametinib e deve essere avviato il trattamento per la HLH.

Sindrome da lisi tumorale (TLS)

La comparsa di TLS, che può essere fatale, è stata associata all'uso di dabrafenib in associazione a trametinib (vedere paragrafo 4.8). I fattori di rischio per la TLS comprendono un elevato carico tumorale, un'insufficienza renale cronica preesistente, oliguria, disidratazione, ipotensione e acidità urinaria. I pazienti con fattori di rischio per la TSL devono essere attentamente monitorati e deve essere considerata un’idratazione profilattica. La TSL deve essere trattata immediatamente come clinicamente indicato.

Effetti di altri medicinali su dabrafenib

Dabrafenib è un substrato di CYP2C8 e CYP3A4. Quando possibile, devono essere evitati i potenti induttori di questi enzimi, in quanto questi agenti possono ridurre l’efficacia di dabrafenib (vedere paragrafo 4.5).

Effetti di dabrafenib su altri medicinali

Dabrafenib è un induttore di enzimi metabolizzanti che può portare a perdita di efficacia di molti medicinali comunemente usati (vedere esempi nel paragrafo 4.5). Una revisione dell’utilizzazione del farmaco (drug utilisation review ‑ DUR) è pertanto essenziale quando si inizia il trattamento con dabrafenib. L’uso concomitante di dabrafenib con medicinali che sono substrati sensibili di alcuni enzimi metabolizzanti o trasportatori (vedere paragrafo 4.5) deve essere generalmente evitato se non è possibile il monitoraggio dell’efficacia e l’aggiustamento della dose.

La somministrazione concomitante di dabrafenib con warfarin determina una riduzione dell’esposizione a warfarin. Si deve esercitare cautela e si raccomanda un monitoraggio addizionale dell’International Normalised Ratio (INR) quando dabrafenib è usato in concomitanza con warfarin e quando dabrafenib viene interrotto (vedere paragrafo 4.5).

La somministrazione concomitante di dabrafenib con digossina può determinare una riduzione dell’esposizione a digossina. Si deve esercitare cautela e si raccomanda un monitoraggio addizionale della digossinemia quando la digossina (un substrato trasportatore) è usata in concomitanza con dabrafenib e quando dabrafenib viene interrotto (vedere paragrafo 4.5).

**4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d’interazione**

Effetti di altri medicinali su dabrafenib

Dabrafenib è un substrato degli enzimi metabolizzanti CYP2C8 e CYP3A4, mentre i metaboliti attivi idrossi‑dabrafenib e desmetil‑dabrafenib sono substrati di CYP3A4. Pertanto i medicinali che sono forti inibitori o induttori di CYP2C8 o CYP3A4 probabilmente aumentano o riducono, rispettivamente, le concentrazioni di dabrafenib. Quando possibile, durante la somministrazione di dabrafenib devono essere presi in considerazione agenti alternativi. Dabrafenib deve essere usato con cautela se forti inibitori (ad esempio ketoconazolo, gemfibrozil, nefazodone, claritromicina, ritonavir, saquinavir, telitromicina, itraconazolo, voriconazolo, posaconazolo, atazanavir) sono somministrati in concomitanza con dabrafenib. La somministrazione concomitante di dabrafenib con potenti induttori (ad esempio rifampicina, fenitoina, carbamazepina, fenobarbital, o erba di san Giovanni (*Hypericum perforatum*)) di CYP2C8 o CYP3A4 deve essere evitata.

La somministrazione di ketoconazolo (un inibitore di CYP3A4) 400 mg una volta al giorno, con dabrafenib 75 mg due volte al giorno, ha determinato un aumento del 71 % della AUC di dabrafenib e un aumento del 33 % della Cmax di dabrafenib rispetto alla somministrazione di dabrafenib 75 mg due volte al giorno da solo. La co‑somministrazione ha determinato un aumento della AUC di idrossi‑ e desmetil‑dabrafenib (aumenti dell’82 % e del 68 %, rispettivamente). Una riduzione del 16 % della AUC è stata osservata per carbossi‑dabrafenib.

La somministrazione di gemfibrozil (un inibitore di CYP2C8) 600 mg due volte al giorno, con dabrafenib 75 mg due volte al giorno, ha determinato un aumento del 47 % della AUC di dabrafenib ma non ha modificato la Cmax di dabrafenib rispetto alla somministrazione di dabrafenib 75 mg due volte al giorno da solo. Gemfibrozil non ha avuto alcun effetto clinicamente rilevante sulla esposizione sistemica ai metaboliti di dabrafenib (≤ 13 %).

La somministrazione di rifampina (un induttore CYP3A4/CYP2C8) 600 mg una volta al giorno con dabrafenib 150 mg due volte al giorno ha determinato una diminuzione della Cmax (27%) e della AUC (34%) della dose ripetuta di dabrafenib. Non è stata osservata nessuna alterazione rilevante dell'AUC dell’idrossi‑dabrafenib. C'è stato un aumento della AUC del 73% per il carbossi‑dabrafenib e una diminuzione della AUC del 30% per il desmetil‑dabrafenib.

La somministrazione concomitante di dosi ripetute di dabrafenib 150 mg due volte al giorno con rabeprazolo che aumenta il pH 40 mg una volta al giorno ha determinato un aumento del 3% della AUC e una diminuzione del 12% della Cmax del dabrafenib. Questi cambiamenti AUC e Cmax del dabrafenib non sono considerati clinicamente significativi. Non si prevede che i medicinali che alterano il pH del tratto gastrointestinale superiore (GI) (ad esempio inibitori della pompa protonica, antagonisti del recettore H2, antiacidi) riducano la biodisponibilità del dabrafenib.

Effetti di dabrafenib su altri medicinali

Dabrafenib è un induttore di enzimi e aumenta la sintesi di enzimi metabolizzanti i farmaci inclusi CYP3A4, CYP2C e CYP2B6 e può aumentare la sintesi dei trasportatori. Questo determina la riduzione dei livelli plasmatici dei medicinali metabolizzati da questi enzimi e può influenzare alcuni medicinali trasportati. La riduzione delle concentrazioni plasmatiche può portare a perdita o riduzione degli effetti clinici di questi medicinali. Vi è anche un rischio di aumento della formazione di metaboliti attivi di questi medicinali. Gli enzimi che possono essere indotti includono CYP3A nel fegato e nell’intestino, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, e UGT (enzimi coniuganti la glucuronide). La proteina di trasporto P-gp può essere anche indotta come gli altri trasportatori, ad esempio MRP‑2. L'induzione di OATP1B1/1B3 e BCRP non è probabilmente basata sulle osservazioni da uno studio clinico con rosuvastatina.

*In vitro*, dabrafenib produce aumenti dose‑dipendenti di CYP2B6 e CYP3A4. In uno studio clinico di interazione farmacologica, la Cmax e la AUC di midazolam (un substrato di CYP3A4) per via orale si sono ridotte del 47 % e del 65 %, rispettivamente, con la somministrazione concomitante di dosi ripetute di dabrafenib.

La somministrazione di dabrafenib 150 mg due volte al giorno e warfarin ha determinato una riduzione della AUC di S‑ e R‑ warfarin e del 37 % e 33 % rispettivamente in confronto alla somministrazione di warfarin da solo. La Cmax di S‑ e R‑warfarin è aumentata del 18 % e del 19 %.

Sono attese interazioni con molti medicinali eliminati attraverso il metabolismo e per trasporto attivo. Se il loro effetto terapeutico è di grande importanza per il paziente e l’aggiustamento della dose non è così facilmente eseguibile sulla base del monitoraggio dell’efficacia o delle concentrazioni plasmatiche, questi medicinali devono essere evitati o usati con cautela. Il rischio di danno epatico dopo somministrazione di paracetamolo, si sospetta sia maggiore nei pazienti trattati in concomitanza con induttori enzimatici.

È atteso che il numero dei medicinali interessati sia elevato, sebbene l’entità dell’interazione possa variare. Gruppi di medicinali che possono essere interessati includono, ma non sono limitati a:

* Analgesici (ad esempio fentanyl, metadone)
* Antibiotici (ad esempio claritromicina, doxiciclina)
* Agenti antitumorali (ad esempio cabazitaxel)
* Anticoagulanti (ad esempio acenocumarolo, warfarin, vedere paragrafo 4.4)
* Antiepilettici (ad esempio carbamazepina, fenitoina, primidone, acido valproico)
* Antipsicotici (ad esempio aloperidolo)
* Bloccanti i canali del calcio (ad esempio diltiazem, felodipina, nicardipina, nifedipina, verapamil)
* Glicosidi cardiaci (ad esempio digossina, vedere paragrafo 4.4)
* Corticosteroidi (ad esempio desametasone, metilprednisolone)
* Antivirali HIV (ad esempio amprenavir, atazanavir, darunavir, delavirdina, efavirenz, fosamprenavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, saquinavir, tipranavir)
* Contraccettivi ormonali (vedere paragrafo 4.6)
* Ipnotici (ad esempio diazepam, midazolam, zolpidem)
* Immunosoppressori (ad esempio ciclosporina, tacrolimus, sirolimus)
* Statine metabolizzate da CYP3A4 (ad esempio atorvastatina, simvastatina)

È probabile che l’insorgenza dell’induzione avvenga dopo 3 giorni di dosi ripetute di dabrafenib. Al momento dell’interruzione di dabrafenib, la compensazione dell’induzione è graduale, le concentrazioni di substrati sensibili di CYP3A4, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9 e CYP2C19, UDP glucuronosil transferasi (UGT) e trasportatori (ad esempio P-gp o MRP‑2) possono aumentare ed i pazienti devono essere monitorati per la tossicità e può esserenecessario aggiustare la dose di questi agenti.

*In vitro*, dabrafenib è un inibitore basato sul meccanismo di CYP3A4. Pertanto, durante i primi giorni di trattamento, si può osservare l’inibizione transitoria di CYP3A4.

Effetti di dabrafenib sui sistemi di trasporto delle sostanze

Dabrafenib *in vitro* è un inibitore del polipeptide che trasporta l’anione organico umano (OATP) 1B1 (OATP1B1), OATP1B3 e BCRP. Dopo la somministrazione concomitante di una singola dose di rosuvastatina (substrato di OATP1B1, OATP1B3 e BCRP) con dosi ripetute di dabrafenib 150 mg due volte al giorno in 16 pazienti, la Cmax della rosuvastatina è aumentata di 2,6 volte mentre l’AUC era solo minimamente cambiata (aumento del 7%). E’ improbabile che l’aumento della Cmax della rosuvastatina abbia una rilevanza clinica.

Associazione con trametinib

La somministrazione concomitante di dosi ripetute di trametinib 2 mg una volta al giorno e dabrafenib 150 mg due volte al giorno ha comportato modifiche non clinicamente significative della Cmax e dell’AUC di trametinib o dabrafenib con aumenti del 16 e 23%, rispettivamente, della Cmax e dell’AUC di dabrafenib. È stata stimata una lieve diminuzione della biodisponibilità di trametinib, che corrisponde ad una diminuzione dell’AUC del 12%, quando trametinib viene somministrato in associazione con dabrafenib, un induttore del CYP3A4, utilizzando un’analisi farmacocinetica della popolazione.

Quando dabrafenib è usato in associazione con trametinib, si faccia riferimento alle linee guida sulle interazioni con altri medicinali presenti ai paragrafi 4.4 e 4.5 dei RCP di dabrafenib e trametinib.

Effetto del cibo su dabrafenib

I pazienti devono assumere dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib almeno un’ora prima o due ore dopo un pasto a causa dell’effetto del cibo sull’assorbimento di dabrafenib (vedere paragrafo 5.2).

Popolazione pediatrica

Sono stati effettuati studi d’interazione solo negli adulti.

**4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento**

Donne in età fertile/Contraccezione nelle donne

Le donne in età fertile devono utilizzare metodi contraccettivi efficaci durante la terapia e per 2 settimane dopo l’interruzione del trattamento con dabrafenib e 16 settimane dopo l’ultima dose di trametinib quando assunto in associazione con dabrafenib. Dabrafenib può ridurre l’efficacia dei contraccettivi ormonali orali o sistemici e si deve utilizzare un metodo contraccettivo alternativo efficace (vedere paragrafo 4.5).

Gravidanza

Non vi sono dati sull’utilizzo di dabrafenib in donne in gravidanza. Studi negli animali hanno mostrato tossicità riproduttiva e tossicità dello sviluppo embriofetale, inclusi effetti teratogeni (vedere paragrafo 5.3). Dabrafenib non deve essere somministrato a donne in gravidanza a meno che il potenziale beneficio per la madre superi il possibile rischio per il feto. Se la paziente inizia una gravidanza mentre sta assumendo dabrafenib, la paziente deve essere informata del rischio potenziale per il feto. Si prega fare riferimento al RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.6) quando assunto in associazione con trametinib.

Allattamento

Non è noto se dabrafenib sia escreto nel latte materno. Poiché molti medicinali sono escreti nel latte materno, non si può escludere un rischio per il bambino allattato al seno. Si deve prendere la decisione se interrompere l’allattamento con latte materno o interrompere dabrafenib, tenendo conto del beneficio dell’allattamento per il bambino e del beneficio della terapia per la madre.

Fertilità

Non vi sono dati nell’uomo su dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib. Dabrafenib può alterare la fertilità maschile e femminile, in quanto negli animali sono stati osservati effetti avversi negli organi riproduttivi del maschio e della femmina (vedere paragrafo 5.3). I pazienti maschi che assumono dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib devono essere informati del potenziale rischio di alterazione della spermatogenesi, che può essere irreversibile. Si prega di consultare l'RCP di trametinib (vedere paragrafo 4.6) se usato in combinazione con trametinib.

**4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull’uso di macchinari**

Dabrafenib altera lievemente la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. Lo stato clinico del paziente e il profilo delle reazioni avverse di dabrafenib devono essere tenuti presenti quando si considera l’abilità del paziente a svolgere attività che richiedono capacità motorie, cognitive o di giudizio. I pazienti devono essere informati della possibilità che stanchezza e problemi agli occhi influenzino queste attività.

**4.8 Effetti indesiderati**

Riassunto del profilo di sicurezza

La sicurezza di dabrafenib in monoterapia si basa sui dati della popolazione complessiva valutata per la sicurezza di cinque studi clinici, BRF113683 (BREAK-3), BRF113929 (BREAK-MB), BRF113710 (BREAK-2), BRF113220, and BRF112680 che includevano 578 pazienti con melanoma non resecabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600 trattati con dabrafenib 150 mg due volte al giorno. Le reazioni avverse più frequenti (incidenza ≥ 15 %) che segnalate con dabrafenib sono state ipercheratosi, cefalea, piressia, artralgia, stanchezza, nausea, papilloma, alopecia, eruzione cutanea e vomito.

La sicurezza di dabrafenib in associazione con trametinib è stata valutata nella popolazione complessiva ovvero 1 076 pazienti con melanoma non resecabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600, melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600 dopo resezione completa (trattamento adiuvante) e NSCLC in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600 trattati con dabrafenib 150 mg due volte al giorno e trametinib 2 mg una volta al giorno. Di questi pazienti, 559 sono stati trattati con l’associazione per il melanoma positivo alla mutazione BRAF V600 in due studi clinici randomizzati di fase III, MEK115306 (COMBI‑d) e MEK116513 (COMBI‑v), 435 sono stati trattati con l’associazione nel trattamento adiuvante del melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600 dopo resezione completa in uno studio randomizzato di fase III BRF115532 (COMBI-AD) e 82 sono stati trattati con l’associazione per il NSCLC positivo alla mutazione BRAF V600 in uno studio multicoorte, non‑randomizzato di fase II BRF113928 (vedere paragrafo 5.1).

Le reazioni avverse più comuni (incidenza ≥20%) per dabrafenib in associazione con trametinib sono state piressia, stanchezza, nausea, brividi, cefalea, diarrea, vomito, artralgia e eruzione cutanea.

Tabella delle reazioni avverse

Le reazioni avverse associate a dabrafenib ottenute da studi clinici e dalla sorveglianza post-immissione in commercio sono riportate nella tabella sottostante per dabrafenib in monoterapia (Tabella 3) e dabrafenib in associazione con trametinib (Tabella 4). Le reazioni avverse sono elencate secondo la classificazione per sistemi e organi MedDRA e la categoria di frequenza utilizzando la seguente convenzione: molto comune (≥ 1/10); comune (≥ 1/100, < 1/10); non comune (≥ 1/1 000, < 1/100); raro (≥ 1/10 000, < 1/1 000); molto raro (< 1/10 000) e non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili). All’interno di ciascuna classe di frequenza, le reazioni avverse sono riportate in ordine decrescente di gravità.

**Tabella 3 Reazioni avverse di dabrafenib in monoterapia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classificazione per sistemi e organi** | **Frequenza (tutti i gradi)** | **Reazioni avverse** |
| **Tumori benigni, maligni e non specificati (incl cisti e polipi)** | Molto comune | Papilloma |
| Comune | Carcinoma cutaneo a cellule squamose |
| Cheratosi seborroica |
| Acrochordon (fibromi penduli) |
| Carcinoma a cellule basali |
| Non comune | Nuovo melanoma primitivo |
| **Disturbi del sistema immunitario** | Non comune | Ipersensibilità |
| **Disturbi del metabolismo e della nutrizione** | Molto comune | Riduzione dell’appetito |
| Comune | Ipofosfatemia |
| Iperglicemia |
| **Patologie del sistema nervoso** | Molto comune | Cefalea |
| Comune | Neuropatia periferica (compresa neuropatia sensoriale e motoria) |
| **Patologie dell’occhio** | Non comune | Uveite |
| **Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche** | Molto comune | Tosse |
| **Patologie gastrointestinali** | Molto comune | Nausea |
| Vomito |
| Diarrea |
| Comune | Stipsi |
| Non comune | Pancreatite |
| **Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo** | Molto comune | Ipercheratosi |
| Alopecia |
| Eruzione cutanea |
| Sindrome da eritrodisestesia palmo‑plantare |
| Comune | Cute secca |
| Prurito |
| Cheratosi attinica |
| Lesioni della cute |
| Eritema |
| Fotosensibilità |
| Non comune | Dermatosi neutrofila febbrile acuta |
| Pannicolite |
| **Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo** | Molto comune | Artralgia |
| Mialgia |
| Dolore alle estremità |
| **Patologie renali e urinarie** | Non comune | Insufficienza renale, insufficienza renale acuta |
| Nefrite |
| **Patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione** | Molto comune | Piressia |
| Stanchezza |
| Brividi |
| Astenia |
| Comune | Sindrome simil‑influenzale |

**Tabella 4 Reazioni avverse di dabrafenib in associazione con trametinib**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classificazione per sistemi e organi** | **Frequenza (tutti i gradi)** | **Reazioni avverse** |
| **Infezioni ed infestazioni** | Molto comune | Nasofaringite |
| Comune | Infezione del tratto urinario |
| Cellulite |
| Follicolite |
| Paronichia |
| Esantema pustoloso |
| **Tumori benigni, maligni e non specificati (incl cisti e polipi)** | Comune | Carcinoma cutaneo a cellule squamosea |
| Papillomab |
| Keratosi seborroica |
| Non comune | Nuovo melanoma primitivoc |
| Acrochordon (fibromi penduli) |
| **Patologie del sistema emolinfopoietico** | Comune | Neutropenia |
| Anemia |
| Trombocitopenia |
| Leucopenia |
| **Disturbi del sistema immunitario** | Non comune | Ipersensibilitàd |
| Sarcoidosi |
| Raro | Linfoistiocitosi emofagocitica |
| **Disturbi del metabolismo e della nutrizione** | Molto comune | Diminuzione dell’appetito |
| Comune | Disidratazione |
| Iponatremia |
| Ipofosfatemia |
| Iperglicemia |
| Non nota | Sindrome da lisi tumorale |
| **Patologie del sistema nervoso** | Molto comune | Cefalea |
| Capogiri |
| Comune | Neuropatia periferica (compresa neuropatia sensoriale e motoria) |
| **Patologie dell’occhio** | Comune | Visione offuscata |
| Compromissione della vista |
| Uveitee |
| Non comune | Corioretinopatia |
| Distacco della retina |
| Edema periorbitale |
| **Patologie cardiache** | Comune | Riduzione della frazione di eiezione |
| Blocco atrioventricolaref |
| Non comune | Bradicardia |
| Non nota | Miocardite |
| **Patologie vascolari** | Molto comune | Ipertensione |
| Emorragiag |
| Comune | Ipotensione |
| Linfoedema |
| **Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche** | Molto comune | Tosse |
| Comune | Dispnea |
| Non comune | Polmonite |
| **Patologie gastrointestinali** | Molto comune | Dolore addominaleh |
| Stipsi |
| Diarrea |
| Nausea |
| Vomito |
| Comune | Bocca secca |
| Stomatite |
| Non comune | Pancreatite |
| Colite |
| Raro | Perforazione gastrointestinale |
| **Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo** | Molto comune | Cute secca |
| Prurito |
| Eruzione cutanea |
| Eritemai |
| Comune | Dermatite acneiforme |
| Cheratosi attinica |
| Sudorazioni notturne |
| Ipercheratosi |
| Alopecia |
| Sindrome da eritrodisestesia palmo‑plantare |
| Lesioni della cute |
| Iperidrosi |
| Pannicolite |
| Fissurazioni della cute |
| Fotosensibilità |
| Non comune | Dermatosi neutrofila febbrile acuta |
| Non nota | Sindrome di Stevens-Johnson |
| Reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici |
| Dermatite esfoliativa generalizzata |
| **Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo** | Molto comune | Artralgia |
| Mialgia |
| Dolore alle estremità |
| Spasmi muscolarij |
| **Patologie renali e urinarie** | Non comune | Insufficienza renale |
| Nefrite |
| **Patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione** | Molto comune | Stanchezza |
| Brividi |
| Astenia |
| Edema periferico |
| Piressia |
| Malattia simil-influenzale |
| Comune | Infiammazione delle mucose |
| Edema facciale |
| **Esami diagnostici** | Molto comune | Aumento dell’alanina aminotransferasi |
| Aumento dell’aspartato aminotransferasi |
| Comune | Aumento della fosfatasi alcalina ematica |
| Aumento della gamma glutamiltransferasi |
| Aumento della creatinfosfochinasi ematica |
| Il profilo di sicurezza di MEK116513 è generalmente simile a quello di MEK115306 con le seguenti eccezioni: 1) Le seguenti reazioni avverse hanno una categoria di frequenza più elevata rispetto a MEK115306: spasmo muscolare (molto comune); insufficienza renale e linfedema (comune); insufficienza renale acuta (non comune); 2) Le seguenti reazioni avverse si sono verificate in MEK116513 ma non in MEK115306: insufficienza cardiaca, disfunzione del ventricolo sinistro, malattia polmonare interstiziale (non comune); 3) La seguente reazione avversa si è verificata in MEK116513 e BRF115532 ma non in MEK115306 e BRF113928: rabdomiolisi (non comune).  a. Carcinomacutaneo a cellule squamose (cu SCC): SCC, SCC della pelle, SCC *in situ* (malattia di Bowen) e cheratoacantoma  b Papilloma, papilloma della cute  c Melanoma maligno, melanoma maligno metastatico e melanoma a diffusione superficiale in stadio III  d.Include ipersensibilità al farmaco  e Include casi di panuveite bioculare o iridociclite bioculare indicativi di malattia di Vogt-Koyanagi-Harada  f Blocco atrioventricolare, blocco atrioventricolare di primo grado, blocco atrioventricolare di secondo grado, blocco atrioventricolare completo  g Emorragia da vari siti, incluse emorragia intracranica e emorragia fatale  h Dolore addominale superiore e dolore addominale inferiore  i Eritema, eritema generalizzato  j Spasmi muscolari, rigidità muscoloscheletrica | | |

Descrizione di reazioni avverse selezionate

*Carcinoma cutaneo a cellule squamose*

Per dabrafenib in monoterapia nello studio MEK115306, casi di carcinoma cutaneo a cellule squamose (che includono quelli classificati come cheratoacantoma o cheratoacantoma sottotipo misto) si sono verificati nel 10 % dei pazienti e approssimativamente il 70% degli eventi si erano verificati entro le prime 12 settimane di trattamento con un tempo mediano all’insorgenza di 8 settimane. Nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza per dabrafenib in associazione con trametinib, il 2% dei pazienti ha sviluppato cuCCS e gli eventi si verificavano più tardi rispetto al dabrafenib in monoterapia con un tempo mediano di insorgenza di 18‑31 settimane. Tutti i pazienti in trattamento con dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib che hanno sviluppato cuSCC hanno continuato il trattamento senza modificare la dose.

*Nuovo melanoma primitivo*

Negli studi clinici sul melanoma con dabrafenib in monoterapia ed in associazione con trametinib sono stati riportati nuovi melanomi primitivi. I casi sono stati trattati con l’escissione e non hanno richiesto modifiche del trattamento (vedere paragrafo 4.4). Non sono stati riportati nuovi melanomi primitivi nello studio di fase II NSCLC (BRF113928).

*Tumori maligni non cutanei*

L’attivazione del segnale MAP chinasi nelle cellule BRAF *wild type* che sono esposte agli inibitori del BRAF può portare ad un aumento del rischio di tumori maligni non cutanei, inclusi quelli con mutazioni RAS (vedere paragrafo 4.4). Sono stati riportati tumori maligni non cutanei nell’1% (6/58) dei pazienti nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza trattata con dabrafenib in monoterapia, e nel <1% (8/1 076) dei pazienti nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza trattata con dabrafenib in associazione con trametinib. Nello studio di Fase III BRF115532 (COMBI AD) nel trattamento adiuvante del melanoma, 1% (5/435) dei pazienti trattati con dabrafenib in associazione con trametinib rispetto a <1% (3/432) dei pazienti trattati con placebo ha sviluppato neoplasie non cutanee. Durante il follow-up a lungo termine (fino a 10 anni) senza trattamento, altri 9 pazienti hanno riportato tumori maligni non cutanei nel braccio in associazione e 4 nel braccio placebo. Casi di tumori maligni con mutazioni RAS sono stati osservati con dabrafenib in monoterapia ed in associazione con trametinib. I pazienti devono essere monitorati come clinicamente indicato.

*Emorragia*

Eventi emorragici, inclusi eventi emorragici maggiori ed emorragie fatali, si sono verificati in pazienti che assumevano dabrafenib in associazione con trametinib. Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib.

*Riduzione del LVEF/disfunzione ventricolare sinistra*

Una riduzione del LVEF è stata riportata nel 6 % (65/1 076) dei pazienti nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza trattata con dabrafenib in associazione con trametinib. La maggior parte degli eventi è risultata asintomatica e reversibile. I pazienti con LVEF inferiore al limite più basso dello standard normale non sono stati inclusi negli studi clinici con dabrafenib. Dabrafenib in associazione con trametinib deve essere usato con cautela nei pazienti con condizioni che possono compromettere la funzione ventricolare sinistra. Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib.

*Piressia*

Negli studi clinici con dabrafenib in monoterapia ed in associazione con trametinib è stata riportata febbre; l'incidenza e la severità della piressia sono aumentate con la terapia in associazione (vedere paragrafo 4.4). Per i pazienti in trattamento con dabrafenib in associazione con trametinib che sviluppavano piressia, approssimativamente la metà dei primi episodi di piressia avveniva nel primo mese di trattamento e approssimativamente un terzo dei pazienti manifestava 3 o più eventi. Nell’1% dei pazienti che ricevevano dabrafenib in monoterapia nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza, sono stati identificati eventi febbrili non infettivi severi quali febbre accompagnata da brividi severi, disidratazione, ipotensione e/o insufficienza renale acuta o di origine pre‑renale in soggetti con funzionalità renale normale al basale. L’insorgenza di questi eventi febbrili non infettivi severi si è tipicamente verificata entro il primo mese di trattamento. I pazienti con episodi febbrili non infettivi severi hanno risposto bene ad un’interruzione e/o riduzione della dose e a cure di supporto (vedere paragrafi 4.2 e 4.4).

*Eventi epatici*

In studi clinici con dabrafenib in associazione con trametinib sono stati riportati eventi avversi epatici. Si prega di fare riferimento al RCP di trametinib.

*Ipertensione*

Aumenti della pressione del sangue sono stati riportati in associazione con dabrafenib in associazione con trametinib, nei pazienti con o senza ipertensione pre‑esistente. La pressione del sangue deve essere misurata al basale e monitorata durante il trattamento, con controllo dell’ipertensione mediante terapia standard come appropriato.

*Artralgia*

Artralgia è stata riportata molto comunemente nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza di dabrafenib in monoterapia (25%) e di dabrafenib in associazione con trametinib (25%) sebbene fosse per la maggior parte di severità di Grado 1 e 2, presentandosi non comunemente di severità di Grado 3 (< 1 %) e non è stato riportato nessun caso di Grado 4.

*Ipofosfatemia*

Ipofosfatemia è stata riportata comunemente nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza di dabrafenib in monoterapia (7 %) e di dabrafenib in associazione con trametinib (4%). Si deve notare che circa la metà di questi casi con dabrafenib in monoterapia (4 %) e 1% con dabrafenib in associazione con trametinib sono stati di severità di Grado 3.

*Pancreatite*

Pancreatite è stata riportata in trattamento con dabrafenib in monoterapia ed in associazione con trametinib. Un dolore addominale inspiegabile deve essere immediatamente valutato, includendo la misurazione di amilasi e lipasi sieriche. I pazienti devono essere attentamente monitorati quando iniziano nuovamente dabrafenib dopo un episodio di pancreatite (vedere paragrafo 4.4).

*Insufficienza renale*

Insufficienza renale, dovuta ad azotemia pre‑renale associata a piressia o a nefrite granulomatosa, si è verificata con frequenza non comune; tuttavia, dabrafenib non è stato studiato in pazienti con insufficienza renale (definita come creatinina > 1,5 volte l’ULN), pertanto deve essere usata cautela in questa condizione (vedere paragrafo 4.4).

Popolazioni speciali

*Anziani*

Del numero totale di pazienti nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza di dabrafenib in monoterapia (n = 578), il 22 % era di età pari o superiore a 65 anni, ed il 6 % era di età pari o superiore a 75 anni. Rispetto ai soggetti più giovani (< 65), un maggior numero di soggetti di età ≥ 65 anni ha avuto reazioni avverse che hanno portato a riduzioni del farmaco in studio (22 % versus 12 %) o ad interruzioni (39 % versus 27 %). Inoltre, i pazienti anziani hanno presentato più reazioni avverse severe in confronto ai pazienti più giovani (41 % versus 22 %). Nessuna differenza complessiva nell’efficacia è stata osservata tra questi soggetti e i soggetti più giovani.

Nella popolazione complessiva valutata per la sicurezza di dabrafenib in associazione con trametinib (n = 1 076), 265 pazienti (25%) erano di età ≥ 65 anni, 62 pazienti (6%) erano di età ≥ 75 anni. La percentuale di pazienti che ha manifestato eventi avversi è risultata simile nei soggetti di età < 65 anni ed in quelli di età ≥ 65 anni in tutti gli studi clinici. I pazienti di età ≥ 65 anni avevano una probabilità maggiore di manifestare effetti indesiderati severi ed effetti indesiderati che hanno portato alla sospensione permanente del medicinale, alla riduzione della dose ed all'interruzione del trattamento rispetto a quelli di età < 65 anni.

*Dabrafenib in combinazione con trametinib in pazienti con metastasi cerebrali*

La sicurezza e l'efficacia dell'associazione di dabrafenib e trametinib sono state valutate in uno studio di fase II a più coorti, in aperto, in pazienti con melanoma positivo alla mutazione BRAF V600 con metastasi cerebrali. Il profilo di sicurezza osservato in questi pazienti sembra essere coerente con il profilo di sicurezza integrato dell’associazione.

Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l’autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione riportato nell’[allegato V](https://www.ema.europa.eu/documents/template-form/qrd-appendix-v-adverse-drug-reaction-reporting-details_en.docx)

**4.9 Sovradosaggio**

Non vi è uno specifico trattamento per un sovradosaggio di dabrafenib. Se si verifica un sovradosaggio, il paziente deve essere trattato con una terapia di supporto con un appropriato monitoraggio secondo necessità.

**5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE**

**5.1 Proprietà farmacodinamiche**

Categoria farmacoterapeutica: Agenti antineoplastici, inibitori delle protein‑chinasi, inibitori della serina–treonina chinasi B-Raf (BRAF), codice ATC: L01EC02

Meccanismo d’azione

Dabrafenib è un inibitore delle RAF chinasi. Le mutazioni oncogene di BRAF portano ad una attivazione costitutiva della via RAS/RAF/MEK/ERK. Le mutazioni BRAF sono state identificate ad alta frequenza in specifici tumori, incluso il 50% circa dei melanomi. La mutazione BRAF più comunemente osservata è la V600E, che rappresenta il 90% circa delle mutazioni BRAF che sono state osservate nel melanoma.

I dati preclinici generati dai test biochimici hanno dimostrato che dabrafenib inibisce le BRAF chinasi attivando le mutazioni del codone 600 (Tabella 5).

**Tabella 5 Attività inibitoria delle chinasi di dabrafenib contro RAF chinasi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chinasi** | **Concentrazione inibente 50 (nM)** |
| BRAF V600E | 0,65 |
| BRAF V600K | 0,50 |
| BRAF V600D | 1,8 |
| BRAF WT | 3,2 |
| CRAF WT | 5,0 |

Dabrafenib ha dimostrato la soppressione di un biomarcatore farmacodinamico a valle (ERK fosforilato) e l’inibizione della crescita cellulare di linee cellulari di melanoma con la mutazione BRAF V600, *in vitro* ed in modelli animali.

In soggetti con melanoma positivo per mutazione BRAF V600, la somministrazione di dabrafenib ha determinato l’inibizione a livello tumorale di ERK fosforilato rispetto al basale.

*Associazione con trametinib*

Trametinib è un inibitore allosterico, reversibile, altamente selettivo dell’attivazione e dell’attività chinasica della chinasi 1 regolata dal segnale extracellulare attivata da mitogeno (MEK1) e di MEK2. Le proteine MEK sono componenti della via delle chinasi regolata dal segnale extracellulare (ERK).

Pertanto, trametinib e dabrafenib inibiscono due chinasi in questa via, MEK e RAF, e quindi l’associazione fornisce inibizione simultanea della via. L’associazione di dabrafenib e trametinib ha mostrato attività anti‑tumorale nelle linee cellulari *in vitro* di melanomi positivi alla mutazione BRAF V600 e ritarda la comparsa di resistenza *in vivo* in xenotrapianti di melanomi positivi alla mutazione BRAF V600.

*Determinazione dello stato della mutazione BRAF*

Prima di assumere dabrafenib o l’associazione con trametinib, i pazienti devono aver avuto confermato da un test validato lo stato tumorale positivo per la mutazione BRAF V600. Negli studi clinici di Fase II e III, lo screening per l’eleggibilità ha richiesto una determinazione centralizzata per la mutazione BRAF V600 che ha utilizzato un test per la mutazione BRAF condotto sui più recenti campioni di tessuto tumorale disponibili. Il tumore primitivo o il tumore da una sede metastatica è stato testato con un saggio *investigational use only assay* (IUO). IUO è un test allele specifico mediante reazione a catena della polimerasi (PCR) condotto su DNA estratto da tessuto tumorale fissato con formalina e impregnato di paraffina (*formalin*‑*fixed paraffin*‑*embedded* ‑ FFPE). Il test è stato disegnato in modo specifico per differenziare la mutazione V600E e la mutazione V600K. Solo soggetti con tumori positivi per la mutazione BRAF V600E o V600K erano eleggibili per la partecipazione agli studi clinici.

Successivamente, tutti i campioni dei pazienti sono stati ri‑testati utilizzando il test validato bioMerieux (bMx) THxID BRAF che ha un marchio CE. Il test bMx THxID BRAF è un PCR allele‑specifico condotto su DNA estratto da tessuto tumorale FFPE. Il test è stato disegnato per rilevare le mutazioni BRAF V600E e V600K con alta sensibilità (sequenza V600E e V600K fino al 5% in un background di sequenza *wild*‑*type* usando DNA estratto da tessuto FFPE). Studi non clinici e clinici con analisi retrospettiva di sequenziamento bidirezionale Sanger hanno mostrato che il test rileva anche le mutazioni meno comuni BRAF V600D e V600E/K601E con minore sensibilità. La specificità del test è stata del 94 % nei campioni degli studi non clinici e clinici (n=876) che avevano mutazione positiva al test THxID BRAF e successivamente erano stati sequenziati utilizzando il metodo di riferimento.

Efficacia clinica e sicurezza

*Melanoma non resecabile o metastatico*

* *Dabrafenib in associazione con trametinib*

*Pazienti naïve al trattamento*

L’efficacia e la sicurezza della dose raccomandata di trametinib (2 mg una volta al giorno) in associazione con dabrafenib (150 mg due volte al giorno) per il trattamento di pazienti adulti con melanoma non resecabile o metastatico con una mutazione BRAF V600 sono state valutate in due studi di Fase III ed uno studio di supporto di Fase I/II.

MEK115306 (COMBI‑d):

MEK115306 è uno studio di Fase III, randomizzato, in doppio cieco che confronta l’associazione di dabrafenib e trametinib con dabrafenib e placebo nella terapia di prima linea per i soggetti con melanoma cutaneo non resecabile (Stadio IIIC) o metastatico (Stadio IV) positivo alla mutazione BRAF V600E/K. L'endpoint primario dello studio era la sopravvivenza libera da progressione (PFS), con un endpoint secondario chiave di sopravvivenza globale (OS). I soggetti sono stati stratificati per livelli di lattato deidrogenasi (LDH) (> il limite superiore del valore normale (ULN) versus ≤ ULN) e mutazione BRAF (V600E versus V600K).

Un totale di 423 soggetti sono stati randomizzati 1: 1 all’associazione (N=211) o a dabrafenib (N=212). La maggior parte dei soggetti erano caucasici (> 99%) e maschi (53%), con un'età mediana di 56 anni (il 28% era di età ≥ 65 anni). La maggior parte dei soggetti presentavano una malattia allo stadio IVM1c (67%). La maggior parte dei soggetti avevano LDH ≤ ULN (65%), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status pari a 0 (72%), e malattia viscerale (73%) al basale. La maggior parte dei soggetti aveva una mutazione BRAF V600E (85%). I soggetti con metastasi cerebrali non sono stati inclusi nello studio.

L'OS mediana e i tassi di sopravvivenza stimati a 1 anno, 2 anni, 3 anni, 4 anni e 5 anni sono presentati nella Tabella 6. Da un'analisi della OS a 5 anni, l'OS mediana nel braccio di associazione era di circa 7 mesi più lunga rispetto a quella di dabrafenib in monoterapia (25,8 mesi contro 18,7 mesi) con tassi di sopravvivenza a 5 anni del 32% per l'associazione rispetto al 27% al dabrafenib in monoterapia (Tabella 6, Figura 1). La curva di Kaplan-Meier per l’OS risulta stabilizzarsi dai 3 ai 5 anni (vedere la Figura 1). Il tasso di sopravvivenza globale a 5 anni è 40% (IC 95%: 31,2; 48,4) nel braccio di associazione rispetto al 33% (IC 95%: 25,0; 41,0) del braccio di dabrafenib in monoterapia per i pazienti con valori di lattato deidrogenasi al basale nei limiti di norma, e 16% (IC 95%: 8,4; 26,0) nel braccio di associazione rispetto al 14% (IC 95%: 6,8; 23,1) del braccio con dabrafenib in monoterapia per pazienti con valori elevati di lattato deidrogenasi al basale.

**Tabella 6 Risultati di Sopravvivenza Globale dallo studio MEK115306 (COMBI d)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Analisi di OS**  **(data cut-off: 12-Gen-2015)** | | **Analisi di OS a 5 anni**  **(data cut-off: 10-Dec-2018)** | |
|  | **Dabrafenib + Trametinib (n=211)** | **Dabrafenib +**  **Placebo**  **(n=212)** | **Dabrafenib + Trametinib (n=211)** | **Dabrafenib +**  **Placebo**  **(n=212)** |
| **Numero di pazienti** | | | | |
| Decesso (evento), n (%) | 99 (47) | 123 (58) | 135 (64) | 151 (71) |
| **Stime di OS (mesi)** | | | | |
| Mediana (95% CI) | 25,1  (19,2; NR) | 18,7  (15,2; 23,7) | 25,8  (19,2; 38,2) | 18,7  (15,2; 23,1) |
| Hazard ratio (95% CI) | 0,71  (0,55; 0,92) | | 0,80  (0,63; 1,01) | |
| p-value | 0,011 | | NA | |
| **Sopravvivenza Globale stimata, % (95% CI)** | **Dabrafenib + Trametinib**  **(n=211)** | | **Dabrafenib + Placebo**  **(n=212)** | |
| A 1 anno | 74 (66,8; 79,0) | | 68 (60,8; 73,5) | |
| A 2 anni | 52 (44,7; 58,6) | | 42 (35,4; 48,9) | |
| A 3 anni | 43 (36,2; 50,1) | | 31 (25,1;37,9) | |
| A 4 anni | 35 (28,2; 41,8) | | 29 (22,7; 35,2) | |
| A 5 anni | 32 (25,1; 38,3) | | 27 (20,7; 33,0) | |
| NR = Non raggiunto, NA = Non applicabile | | | | |

**Figura 1 Curve di Kaplan‑Meier sulla sopravvivenza globale per lo studio MEK115306 (popolazione ITT)**

0,0

0,2

0,4

0,6

0,8

1,0

0

6

1

2

1

8

2

4

3

0

3

6

4

2

4

8

5

4

6

0

6

6

7

2

78

211

188

145

113

98

86

79

71

63

60

57

54

12

0

212

175

137

104

84

69

60

56

54

51

50

46

10

0

Dabrafenib + Trametinib

Dabrafenib + Placebo

**Sopravvivenza stimata**

Tempo dalla Randomizzazione (mesi)

Soggetti a rischio:

Dabrafenib + Trametinib

Dabrafenib + Placebo

Si mantengono nei 5 anni aumenti dell’endpoint primario di PFS per il braccio di associazione rispetto a dabrafenib in monoterapia. Si sono inoltre osservati aumenti del tasso risposta globale (ORR) e una durata della risposta (DoR) superiore nel braccio di associazione rispetto al dabrafenib in monoterapia (Tabella 7).

**Tabella 7 Risultati di efficacia per lo studio MEK115306 (COMBI‑d)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Analisi primaria (data cut-off: 26-Aug-2013)** | | **Analisi aggiornata (data cut-off: 12-Jan-2015)** | | **Analisi a 5 anni (data cut-off: 10-Dec-2018)** | |
| **Endpoint** | **Dabrafenib +**  **Trametinib (n=211)** | **Dabrafenib +**  **Placebo (n=212)** | **Dabrafenib +**  **Trametinib (n=211)** | **Dabrafenib +**  **Placebo (n=212)** | **Dabrafenib +**  **Trametinib (n=211)** | **Dabrafenib +**  **Placebo (n=212)** |
| **PFS**a | | | | | | |
| Progressione della malattia o morte, n (%) | 102 (48) | 109 (51) | 139 (66) | 162 (76) | 160 (76) | 166 (78) |
| PFS mediano (mesi) (95 % IC) | 9,3  (7,7; 11,1) | 8,8  (5,9;10,9) | 11,0  (8,0; 13,9) | 8,8  (5,9; 9,3) | 10,2  (8,1; 12,8) | 8,8  (5,9; 9,3) |
| Hazard Ratio  (95 % CI) | 0,75  (0,57; 0,99) | | 0,67  (0,53;0,84) | | 0,73  (0,59; 0,91) | |
| P value | 0,035 | | <0,001f | | NA | |
| **ORR**b  % (95 % IC) | 67  (59,9; 73,0) | 51  (44,5; 58,4) | 69  (61,8; 74,8) | 53  (46,3; 60,2) | 69  (62,5; 75,4) | 54  (46,8; 60,6) |
| Differenza ORR  (95 % IC) | 15e  (5,9; 24,5) | | 15e  (6,0; 24,5) | | NA | |
| P value | 0,0015 | | 0,0014f | | NA | |
| **DoRc mediana (Mesi)**  (95% IC) | 9,2d  (7,4; NR) | 10,2d  (7,5; NR) | 12,9  (9,4; 19,5) | 10,6  (9,1; 13,8) | 12,9  (9,3; 18,4) | 10,2  (8,3; 13,8) |
| a Sopravvivenza libera da progressione (valutata dallo sperimentatore)  b Tasso di risposta globale = Risposta completa + Risposta parziale  c Durata della risposta  d Al momento della segnalazione, la maggior parte (≥ 59%) delle risposte valutate dallo sperimentatore erano ancora in corso  e Differenza di ORR calcolata in base al risultato di ORR non arrotondato  f L'analisi aggiornata non è stata pre-pianificata e il valore p non è stato adattato per test multipli  NR = Non raggiunto  NA = Non applicabile | | | | | | |

MEK116513 (COMBI‑v):

Lo studio MEK116513 era uno studio a 2 bracci, randomizzato, in aperto, di Fase III che ha confrontato la terapia di associazione di dabrafenib e trametinib con vemurafenib in monoterapia per melanoma non resecabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600. L'endpoint primario dello studio era OS, con un endpoint secondario chiave di PFS. I soggetti sono stati stratificati per il livello di lattato deidrogenasi (LDH) (> il limite superiore della norma (ULN) versus ≤ ULN) e per la mutazione BRAF (V600E versus V600K).

Un totale di 704 soggetti sono stati randomizzati 1:1 o all’associazione o a vemurafenib. La maggior parte dei soggetti erano caucasici (> 96%) e maschi (55%), con un'età mediana di 55 anni (il 24% era di età ≥ 65 anni). La maggior parte dei soggetti presentava la malattia allo stadio IV M1c (61% nel complesso). La maggior parte dei soggetti avevano LDH ≤ ULN (67%), ECOG performance status pari a 0 (70%), e malattia viscerale (78%) al basale. Nel complesso, il 54% dei soggetti aveva < 3 siti di malattia al basale. La maggior parte dei soggetti aveva melanoma positivo alla mutazione BRAF V600E (89%). I soggetti con metastasi cerebrali non sono stati inclusi nello studio.

L'OS mediana e i tassi di sopravvivenza stimati a 1-anno, 2-anni, 3-anni, 4-anni e 5-anni sono presentati nella Tabella 8. Dall’analisi di OS a 5 anni, l'OS mediana per il braccio in associazione è di circa 8 mesi più lunga rispetto all'OS mediana per vemurafenib in monoterapia (26,0 mesi contro 17,8 mesi) con tassi di sopravvivenza a 5 anni del 36% per l'associazione rispetto al 23% per vemurafinib in monoterapia (Tabella 8, Figura 2). La curva di Kaplan-Meier per l’OS risulta stabilizzarsi dai 3 ai 5 anni (vedere la Figura 2). Il tasso di sopravvivenza globale a 5 anni è 46% (IC 95%: 38,8; 52,0) nel braccio di associazione rispetto al 28% (IC 95%: 22,5; 34,6) del braccio di vemurafenib in monoterapia per i pazienti con valori nei limiti di norma di lattato deidrogenasi al basale e 16% (IC 95%: 9,3; 23,3) nel braccio di associazione rispetto al 10% (IC 95%: 5,1; 17,4) nel braccio di vemurafenib in monoterapia per pazienti con valori elevati di lattato deidrogenasi al basale.

**Tabella 8 Risultati di Sopravvivenza Globale (OS) per lo studio MEK116513 (COMBI‑v)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Analisi di OS**  **(data cut-off: 13-Mar-2015)** | | **Analisi di OS a 5 anni**  **(data cut-off: 08-Oct-2018)** | |
|  | **Dabrafenib +**  **Trametinib (n=352)** | **Vemurafenib**  **(n=352)** | **Dabrafenib +**  **Trametinib (n=352)** | **Vemurafenib**  **(n=352)** |
| **Numero di pazienti** | | | | |
| Decesso (evento), n (%) | 155 (44) | 194 (55) | 216 (61) | 246 (70) |
| **Stima di OS (mesi)** | | | | |
| Mediana (95% CI) | 25,6  (22,6; NR) | 18,0  (15,6; 20,7) | 26,0  (22,1; 33,8) | 17,8  (15,6; 20,7) |
| Adjusted hazard ratio (95% CI) | 0,66  (0,53; 0,81) | | 0,70  (0,58; 0,84) | |
| p-value | <0,001 | | NA | |
| **Sopravvivenza Globale stimata, % (95% CI)** | **Dabrafenib + Trametinib**  **(n=352)** | | **Vemurafenib**  **(n=352)** | |
| A 1 anno | 72 (67; 77) | | 65 (59; 70) | |
| A 2 anni | 53 (47,1; 57,8) | | 39 (33,8; 44,5) | |
| A 3 anni | 44 (38,8; 49,4) | | 31 (25,9; 36,2) | |
| A 4 anni | 39 (33,4; 44,0) | | 26 (21,3; 31,0) | |
| A 5 anni | 36 (30,5; 40,9) | | 23 (18,1; 27,4) | |
| NR = Non raggiunto, NA = Non applicabile | | | | |

**Figura 2 Curve di Kaplan‑Meier della sopravvivenza globale per lo studio MEK116513**

Dabrafenib + Trametinib

0,0

0,2

0,4

0,6

0,8

1,0

**Tempo dalla randomizzazione (mesi)**

0

6

1

2

1

8

2

4

3

0

3

6

4

2

4

8

5

4

6

0

6

6

7

2

78

Soggetti a rischio:

Vemurafenib

352

311

246

201

171

151

140

130

118

109

104

49

4

0

352

287

201

154

120

104

94

86

78

72

65

30

1

0

**Sopravvivenza stimata**

Vemurafenib

Dabrafenib + Trametinib

Si mantengono nei 5 anni aumenti dell’endpoint secondario di PFS per il braccio in associazione rispetto a vemurafenib in monoterapia. Sono stati inoltre osservati miglioramenti in ORR e una DoR superiore nel braccio in associazione rispetto al vemurafenib in monoterapia (Tabella 9).

**Tabella 9 Risultati di efficacia per lo Studio MEK116513 (COMBI‑v)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Analisi primaria (Data cut-off: 17-Apr-2014)** | | **Analisi a 5 anni (Data cut-off: 08-Oct-2018)** | |
| **Endpoint** | **Dabrafenib +**  **Trametinib**  **(n=352)** | **Vemurafenib**  **(n=352)** | **Dabrafenib +**  **Trametinib**  **(n=352)** | **Vemurafenib**  **(n=352)** |
| **PFSa** | | | | |
| Progressione della malattia o decesso,  n (%) | 166 (47) | 217 (62) | 257 (73) | 259 (74) |
| PFS mediano (mesi)  (95 % IC) | 11,4  (9,9; 14,9) | 7,3  (5,8; 7,8) | 12,1  (9,7; 14,7) | 7,3  (6,0; 8,1) |
| Hazard Ratio  (95 % CI) | 0,56  (0,46; 0,69) | | 0,62  (0,52; 0,74) | |
| *P* value | <0,001 | | NA | |
| **ORRb**  % (95 % IC) | 64  (59,1; 69,4) | 51  (46,1; 56,8) | 67  (62,2; 72,2) | 53  (47,2; 57,9) |
| Differenza ORR  (95 % IC) | 13  (5,7; 20,2) | | NA | |
| P value | 0,0005 | | NA | |
| **DoRc (mesi)**  Mediana  (95 % IC) | 13,8d  (11,0; NR) | 7,5d  (7,3; 9,3) | 13,8  (11,3; 18,6) | 8,5  (7,4; 9,3) |
| a Sopravvivenza libera da progressione (valutata dallo sperimentatore)  b Tasso di Risposta Globale = Risposta Completa + Risposta Parziale  c Durata della Risposta  d Al momento della valutazione, la maggioranza (il 59% di dabrafenib + trametinib e il 42% di vemurafenib) delle risposte valutate dallo sperimentatore erano ancora in corso  NR = Non raggiunto  NA = Non applicabile | | | | |

*Terapia precedente con inibitori di BRAF*

Ci sono dati limitati nei pazienti che assumevano l’associazione di dabrafenib con trametinib in progressione di malattia ad un precedente inibitore di BRAF.

La parte B dello studio BRF113220 includeva una coorte di 26 pazienti che avevano avuto una progressione ad un inibitore di BRAF. L’associazione di trametinib 2 mg una volta al giorno e dabrafenib 150 mg due volte al giorno ha dimostrato un'attività clinica limitata nei pazienti che avevano avuto una progressione ad un inibitore di BRAF. Il tasso di risposta confermata valutato dallo sperimentatore è stato del 15% (95% IC: 4,4; 34,9) e la PFS mediana è stata di 3,6 mesi (95% CI: 1,9; 5,2). Risultati analoghi sono stati osservati nei 45 pazienti che sono passati dalla monoterapia con dabrafenib all’associazione di trametinib 2 mg una volta al giorno e dabrafenib 150 mg due volte al giorno nella parte C di questo studio. In questi pazienti è stato osservato un tasso di risposta confermata del 13% (95% CI: 5,0; 27,0) con una PFS mediana di 3,6 mesi (95% CI: 2; 4).

*Pazienti con metastasi cerebrali*

L'efficacia e la sicurezza di dabrafenib in associazione con trametinib in pazienti con melanoma positivo alla mutazione BRAF V600 che ha metastatizzato al cervello sono state studiate in uno studio di fase II non randomizzato, in aperto, multicentrico (studio COMBI-MB). Un totale di 125 pazienti sono stati arruolati in quattro coorti:

* Coorte A: pazienti con melanoma positivo alla mutazione BRAF V600E con metastasi cerebrali asintomatiche senza precedente terapia locale diretta al cervello e performance status ECOG di 0 o 1.
* Coorte B: pazienti con melanoma positivo alla mutazione BRAF V600E con metastasi cerebrali asintomatiche con precedente terapia locale diretta al cervello e performance status ECOG di 0 o 1.
* Coorte C: pazienti con melanoma positivo alla mutazione BRAF V600D/K/R con metastasi cerebrali asintomatiche con o senza precedente terapia locale diretta al cervello e performance status ECOG di 0 o 1.
* Coorte D: pazienti con melanoma positivo alla mutazione BRAF V600D/E/K/R con metastasi cerebrali sintomatiche con o senza precedente terapia locale diretta al cervello e performance status ECOG di 0 o 1 o 2.

L'endpoint primario dello studio era la risposta intracranica nella coorte A, definita come la percentuale di pazienti con una risposta intracranica confermata valutata dallo sperimentatore utilizzando i criteri modificati di valutazione della risposta nei tumori solidi (RECIST) versione 1.1. La risposta intracranica valutata dallo sperimentatore nelle coorti B, C e D era un endpoint secondario dello studio. A causa delle dimensioni ridotte del campione riflesse da ampio IC del 95%, i risultati nelle Coorti B, C e D dovrebbero essere interpretati con cautela. I risultati di efficacia sono riassunti nella Tabella 10.

**Tabella 10 Dati di efficacia da valutazione dello sperimentatore dallo studio COMBI-MB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tutta la popolazione di pazienti trattati** | | | |
| **Endpoints/ assessment** | **Coorte A**  **N=76** | **Coorte B**  **N=16** | **Coorte C**  **N=16** | **Coorte D**  **N=17** |
| **Tasso di risposta intracranica, % (95 % IC)** | | | | |
|  | 59%  (47,3; 70,4) | 56%  (29,9; 80,2) | 44%  (19,8; 70,1) | 59%  (32,9; 81,6) |
| **Durata della risposta intracranica, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
|  | 6,5  (4,9; 8,6) | 7,3  (3,6; 12,6) | 8,3  (1,3; 15,0) | 4,5  (2,8; 5,9) |
| **Tasso di risposta generale, % (95% IC)** | | | | |
|  | 59%  (47,3; 70,4) | 56%  (29,9; 80,2) | 44%  (19,8; 70,1) | 65%  (38,3; 85,8) |
| **Sopravvivenza libera da progressione, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
|  | 5,7  (5,3; 7,3) | 7,2  (4,7; 14,6) | 3,7  (1,7;6,5) | 5,5  (3,7;11,6) |
| **Sopravvivenza complessiva, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
|  | 10,8  (8,7; 17,9) | 24,3  (7,9; NR) | 10,1  (4,6; 17,6) | 11,5  (6,8; 22,4) |
| CI = Intervallo di confidenza, NR = Non raggiunto | | | | |

* *Dabrafenib in monoterapia*

L’efficacia di dabrafenib nel trattamento di pazienti adulti con melanoma non resecabile o metastatico positivo per la mutazione BRAF V600 è stata valutata in 3 studi clinici (BRF113683 [BREAK‑3], BRF113929 [BREAK‑MB], e BRF113710 [BREAK‑2]) che includevano pazienti con mutazioni BRAF V600E e/o V600K.

In questi studi clinici erano inclusi in totale 402 soggetti con mutazione BRAF V600E e 49 soggetti con mutazione BRAF V600K. I pazienti con melanoma con mutazioni BRAF diverse da V600E sono stati esclusi dallo studio confirmatorio e rispetto ai pazienti con mutazione V600K negli studi clinici a braccio singolo l’attività appariva inferiore a quella nei tumori con mutazione V600E.

Nessun dato è disponibile nei pazienti con melanoma che presenta mutazioni BRAF V600 diverse da V600E e V600K. L’efficacia di dabrafenib nei soggetti trattati in precedenza con un inibitore delle protein chinasi non è stata studiata.

*Pazienti non trattati in precedenza (risultati dello studio di Fase III [BREAK*‑*3])*

L’efficacia e la sicurezza di dabrafenib sono state valutate in uno studio di Fase III, randomizzato, in aperto [BREAK 3] che confrontava dabrafenib a dacarbazina (DTIC) in pazienti non precedentemente trattati con melanoma avanzato (non resecabile Stadio III) o metastatico (Stadio IV) positivi per la mutazione BRAF V600E. I pazienti con melanoma con mutazioni BRAF diverse da V600E erano esclusi.

L’obiettivo primario dello studio era la valutazione dell’efficacia di dabrafenib in confronto a DTIC rispetto alla PFS in base alla valutazione dello sperimentatore. Ai pazienti del braccio DTIC era consentito passare a dabrafenib dopo progressione di malattia confermata da una valutazione radiologica indipendente. Le caratteristiche al basale erano bilanciate tra i due gruppi di trattamento. Il 60% dei pazienti erano maschi ed il 99,6 % erano caucasici; l’età mediana era di 52 anni, con il 21 % dei pazienti di età ≥ 65 anni, il 98,4 % aveva status ECOG di 0 o 1, ed il 97 % dei pazienti aveva malattia metastatica.

Alla data dell’analisi pre‑specificata, data limite 19 Dicembre 2011, è stato raggiunto un miglioramento significativo dell’endpoint primario PFS (HR = 0,30; 95 % Cl 0,18; 0,51; p < 0,0001). I risultati di efficacia dell’analisi primaria e di una analisi post‑hoc con un follow up a 6‑mesi sono riassunti nella Tabella 11. I dati di OS di una ulteriore analisi post‑hoc basata sulla data limite del 18 Dicembre 2012 sono riportati nella Figura 3.

**Tabella 11 Efficacia nei pazienti non trattati in precedenza (Studio BREAK‑3, 25 Giugno 2012)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dati al**  **19 Dicembre 2011** | | **Dati al**  **25 Giugno 2012** | |
|  | **Dabrafenib**  **N=187** | **DTIC**  **N=63** | **Dabrafenib**  **N=187** | **DTIC**  **N=63** |
| **Sopravvivenza libera da progressione** | | |  | |
| Mediana, mesi (95 % IC) | 5,1 (4,9; 6,9) | 2,7 (1,5; 3,2) | 6,9 (5,2; 9,0) | 2,7 (1,5; 3,2) |
| HR (95 % IC) | 0,30 (0,18; 0,51)  P < 0,0001 | | 0,37 (0,24; 0,58)  P < 0,0001 | |
| **Risposta globalea** | | |  | |
| % (95 % IC) | 53 (45,5; 60,3) | 19 (10,2; 30,9) | 59 (51,4; 66,0) | 24 (14; 36,2) |
| **Durata della risposta** | | |  | |
| Mediana, mesi (95 % IC) | N=99  5,6 (4,8; NR) | N=12  NR (5,0; NR) | N=110  8,0 (6,6; 11,5) | N=15  7,6 (5,0; 9,7) |
| Abbreviazioni: IC: intervallo di confidenza; DTIC: dacarbazina; HR: hazard ratio; NR: non raggiunto  a Definita come risposta confermata completa + parziale. | | | | |

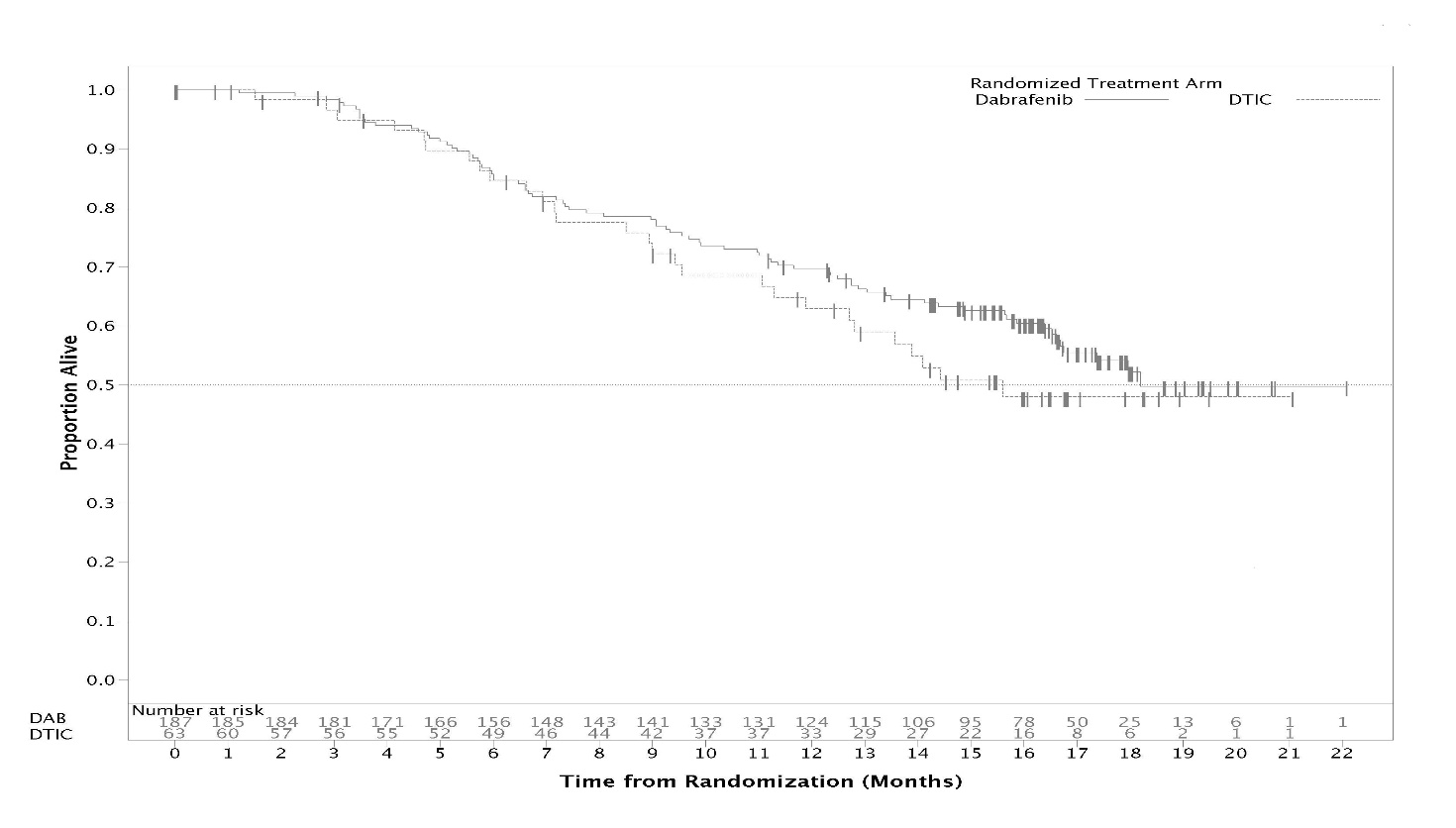
Alla data di cut‑off del 25Giugno 2012, 35 soggetti (55,6 %) dei 63 randomizzati a DTIC erano passati a dabrafenib ed il 63 % dei soggetti randomizzati a dabrafenib ed il 79 % dei soggetti randomizzati a DTIC erano progrediti o deceduti. La PFS mediana dopo cross‑over è stata di 4,4 mesi.

**Tabella 12 Dati di sopravvivenza dell’analisi primaria e dell’analisi post‑hoc**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data di cut**‑**off** | **Trattamento** | **Numero di decessi (%)** | **Hazard ratio (95% IC)** |
| 19 Dicembre 2011 | DTIC | 9 (14%) | 0,61 (0,25; 1,48) (a) |
| Dabrafenib | 21 (11%) |
| 25 Giugno 2012 | DTIC | 21 (33%) | 0,75 (0,44; 1,29) (a) |
| Dabrafenib | 55 (29%) |
| 18 Dicembre 2012 | DTIC | 28 (44%) | 0,76 (0,48; 1,21) (a) |
| Dabrafenib | 78 (42%) |
| (a) I pazienti non erano stati censurati al tempo del cross‑over | | | |

I dati di OS di un’ulteriore analisi post‑hoc sulla base della data limite del 18 Dicembre 2012 hanno dimostrato una percentuale di OS a 12 mesi del 63 % e del 70 %, rispettivamente per i trattamenti DTIC e dabrafenib.

**Figura 3 Curva di Kaplan‑Meier di sopravvivenza globale (BREAK‑3) (18 Dicembre 2012)**



*Pazienti con metastasi cerebrali (risultati dello studio di Fase II [BREAK*‑*MB])*

BREAK‑MB è uno studio di Fase II, multicentrico, in aperto, a due coorti, disegnato per valutare la risposta intracranica di dabrafenib nei soggetti con conferma istologica (Stadio IV) di melanoma con metastasi cerebrali positivo per la mutazione BRAF (V600E o V600K). I soggetti erano arruolati nella Coorte A (soggetti che non avevano ricevuto nessuna precedente terapia locale per le metastasi cerebrali) o nella Coorte B (soggetti che avevano ricevuto una precedente terapia locale per le metastasi cerebrali).

L’endpoint primario dello studio era la percentuale della risposta complessiva intracranica (OIRR) nella popolazione dei pazienti V600E, secondo la valutazione degli sperimentatori. I risultati della OIRR confermata ed altri risultati di efficacia secondo la valutazione dello sperimentatore sono presentati nella Tabella 13.

**Tabella 13 Dati di efficacia nei pazienti con metastasi cerebrali (studio BREAK‑MB)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Popolazione di tutti i soggetti trattati** | | | |
|  | **BRAF V600E (Primario)** | | **BRAF V600K** | |
|  | **Coorte A**  **N=74** | **Coorte B**  **N=65** | **Coorte A**  **N=15** | **Coorte B**  **N=18** |
| **Percentuale di risposta intracranica complessiva**, % (95 % IC)a | | | |  |
|  | 39% (28,0; 51,2)  P < 0,001b | 31% (19,9; 43,4)  P < 0,001b | 7% (0,2; 31,9) | 22% (6,4; 47,6) |
| **Durata della risposta intracranica, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
|  | N=29  4,6 (2,8; NR) | N=20  6,5 (4,6; 6,5) | N=1  2,9 (NR; NR) | N=4  3,8 (NR; NR) |
| **Risposta globale, % (95% CI)a** | | | | |
|  | 38% (26,8; 49,9) | 31% (19,9; 43,4) | 0 (0; 21,8) | 28% (9,7; 53,5) |
| **Durata della risposta, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
|  | N=28  5,1 (3,7; NR) | N=20  4,6 (4,6; 6,5) | NA | N=5  3,1 (2,8; NR) |
| **Sopravvivenza libera da progressione, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
|  | 3,7 (3,6; 5,0) | 3,8 (3,6; 5,5) | 1,9 (0,7; 3,7) | 3,6 (1,8; 5,2) |
| **Sopravvivenza globale, mediana, mesi (95% IC)** | | | | |
| Mediana, mesi | 7,6 (5,9; NR) | 7,2 (5,9; NR) | 3,7 (1,6; 5,2) | 5,0 (3,5; NR) |
| Abbreviazioni: IC: intervallo di confidenza; NR: non raggiunto; NA: non pertinente  a Risposta confermata.  b Questo studio è stato disegnato per supportare o rigettare l’ipotesi nulla di OIRR ≤10% (sulla base dei risultati storici) in favore di una ipotesi alternativa di OIRR ≥ 30% in soggetti positivi per la mutazione BRAF V600E. | | | | |

*Pazienti che non erano stati trattati in precedenza o che avevano fallito almeno una precedente terapia sistemica (risultati della Fase II [BREAK‑2])*

BRF113710 (BREAK*‑*2) è uno studio multicentrico, a braccio singolo, che ha arruolato 92 soggetti con melanoma metastatico (Stadio IV), positivo per la mutazione BRAF V600E o V600K.

La percentuale di risposta confermata secondo la valutazione dello sperimentatore nei pazienti con melanoma metastatico BRAF V600E (n=76) è stata del 59 % (95 % IC: 48,2; 70,3) e la DoR mediana è stata di 5,2 mesi (95 % IC: 3,9; non calcolabile) basata su un tempo mediano di follow‑up di 6,5 mesi. Nei pazienti con melanoma metastatico positivo per la mutazione BRAF V600K (n=16) la percentuale di risposta è stata del 13 % (95 % IC: 0,0; 28,7) con una DoR mediana di 5,3 mesi (95 % IC: 3,7; 6,8). Sebbene limitata dal basso numero di pazienti, l’OS mediana appariva coerente con i dati dei pazienti con tumori positivi per la mutazione BRAF V600E.

*Trattamento adiuvante del melanoma in stadio III*

*BRF115532 (COMBI-AD)*

L’efficacia e la sicurezza di dabrafenib in associazione con trametinib sono state valutate in uno studio di fase III multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo in pazienti con melanoma cutaneo in stadio III (stadio IIIA con metastasi linfonodali >1 mm, IIIB, o IIIC) con una mutazione BRAF V600 E/K, dopo resezione completa.

I pazienti sono stati randomizzati 1:1 a ricevere una terapia di associazione (dabrafenib 150 mg due volte al giorno e trametinib 2 mg una volta al giorno) o due placebo per un periodo di 12 mesi. L'arruolamento richiedeva la resezione completa del melanoma con linfoadenectomia completa entro 12 settimane prima della randomizzazione. Non era permesso alcun precedente trattamento sistemico contro il cancro, inclusa la radioterapia. I pazienti con un’anamnesi positiva per neoplasie pregresse, se liberi da malattia per almeno 5 anni, erano eleggibili. I pazienti che presentavano tumori maligni con mutazione RAS confermata non erano eleggibili. I pazienti sono stati stratificati in base allo stato di mutazione BRAF (V600E versus V600K) e allo stadio della malattia precedente l’intervento usando l’American Joint Committee on Cancer (AJCC) 7th edition Melanoma Staging System (sulla base del sottostadio dello Stadio III, che indica diversi livelli di coinvolgimento oltre che dimensioni e ulcerazione del tumore primitivo). L'endpoint primario era la sopravvivenza libera da recidiva (RFS) valutata dallo sperimentatore, definita come il tempo che intercorreva tra la randomizzazione, la recidiva o la morte per qualsiasi causa. La valutazione radiologica del tumore è stata condotta ogni 3 mesi per i primi due anni e successivamente ogni 6 mesi, fino a quando è stata osservata la prima recidiva. Gli endpoint secondari comprendono la sopravvivenza globale (OS, endpoint secondario chiave), libertà da recidiva (FFR) e la sopravvivenza libera da metastasi a distanza (DMFS).

Un totale di 870 pazienti è stato randomizzato a ricevere la terapia in associazione (n=438) o il placebo (n=432). La maggior parte dei pazienti era caucasica (99%) e di sesso maschile (55%), con un'età media di 51 anni (il 18% era di età ≥65 anni). Lo studio ha incluso pazienti in tutti i sub- stadi della malattia allo stadio III prima della resezione; il 18% di questi pazienti aveva un coinvolgimento identificabile solo al microscopio e nessuna ulcerazione tumorale primaria. La maggior parte dei pazienti aveva una mutazione BRAF V600E (91%).

La durata mediana del follow up al momento dell’analisi primaria è stata di 2,83 anni nel braccio con dabrafenib in associazione con trametinib e 2,75 anni nel braccio placebo.

I risultati dell'analisi primaria della RFS sono presentati nella Tabella 14. Lo studio ha mostrato una differenza statisticamente significativa per l'esito primario della RFS valutata dallo sperimentatore tra i bracci di trattamento, con una RFS mediana di 16,6 mesi per il braccio placebo e non ancora raggiunta per il braccio in associazione (HR: 0,47; intervallo di confidenza al 95%: (0,39; 0,58); p=1,53×10-14). Il beneficio osservato per la RFS è stato costantemente dimostrato tra sottogruppi di pazienti stratificati per età, sesso e etnia. I risultati sono stati anche coerenti tra i fattori di stratificazione per lo stadio della malattia e il tipo di mutazione BRAF V600.

**Tabella 14 Risultati di RFS riferiti dallo Sperimentatore per lo Studio BRF115532 (COMBI-AD analisi primaria)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dabrafenib + Trametinib** | **Placebo** |
| **Parametro RFS** | **N=438** | **N=432** |
| Numero di eventi, n (%)  Ricorrenza  Ricaduta con metastasi a distanza  Morte | 166 (38%)  163 (37%)  103 (24%)  3 (<1%) | 248 (57%)  247 (57%)  133 (31%)  1 (<1%) |
| Mediana (mesi)  (95% IC) | NE  (44,5; NE) | 16,6  (12,7; 22,1) |
| Hazard ratio[1]  (95% IC)  Valore di p[2] | 0,47  (0,39; 0,58)  1,53×10-14 | |
| tasso a 1 anno (95% IC) | 0,88 (0,85; 0,91) | 0,56 (0,51; 0,61) |
| tasso a 2 anno (95% IC) | 0,67 (0,63; 0,72) | 0,44 (0,40; 0,49) |
| tasso a 3 anno (95% IC) | 0,58 (0,54; 0,64) | 0,39 (0,35; 0,44) |
| [1] Hazard ratio ottenuto dal modello stratificato Pike.  [2] Valore P ottenuto dal test di log-rank stratificato bilaterale (i fattori di stratificazione erano lo stadio della malattia – IIIA vs. IIIB vs. IIIC – e mutazione BRAF V600 tipo – V600E vs. V600K)  NE = non stimabile | | |

Sulla base di dati aggiornati con ulteriori 29 mesi di follow-up rispetto all'analisi primaria (follow-up minimo di 59 mesi), il beneficio RFS è stato mantenuto con una HR stimata di 0,51 (IC 95%: 0,42; 0,61) (Figura 4). Il tasso di RFS a 5 anni è stato del 52% (IC 95%: 48,58) nel braccio in associazione rispetto al 36% (IC 95%: 32; 41) nel braccio placebo.

**Figura 4 Curve di Kaplan-Meier della RFS per lo studio BRF115532 (ITT population, risultati aggiornati)**

1,0

0,9

0,8

0,7

0,6

0,5

0,4

0,3

0,2

0,1

0,0

**Tempo dalla randomizzazione (mesi)**

20

22

24

14

16

18

8

10

12

6

0

2

4

46

48

50

40

42

44

34

36

38

32

26

28

30

72

74

76

66

68

70

60

62

64

58

52

**Percentuale attiva e senza recidive**

54

56

78

80

281

275

262

335

324

298

381

372

354

391

438

413

405

210

204

202

221

217

213

233

229

228

236

256

249

242

17

8

6

80

45

38

133

109

92

156

199

195

176

2

0

178

175

168

204

199

185

263

243

219

280

432

387

322

137

136

133

143

140

139

151

147

146

157

166

164

158

13

1

1

56

35

26

99

80

69

115

133

132

121

2

0

Dabrafenib

+

Trametinib

Placebo

**Soggetti a rischio**

Dabrafenib

+

trametinib

Placebo

N Eventi Mediana, mesi (95% IC)

438 190 NA (47,9; NA)

432 262 16,6 (12,7; 22,1)

HR for recurrence = 0,51

95% IC (0,42; 0,61)

Gruppo

Al momento dell’analisi finale dell’OS, la durata mediana del follow-up è stata di 8,3 anni nel braccio in associazione e di 6,9 anni nel braccio placebo. La differenza osservata nell'OS non è stata statisticamente significativa (HR: 0,80; IC 95%: 0,62, 1,01) con 125 eventi (29%) nel braccio in associazione e 136 eventi (31%) nel braccio placebo. I tassi stimati di OS a 5 anni sono stati del 79% nel braccio in associazione e del 70% nel braccio placebo, mentre i tassi stimati di OS a 10 anni sono stati del 66% nel braccio in associazione e del 63% nel braccio placebo.

*Carcinoma polmonare non a piccole cellule*

*Studio BRF113928*

L’efficacia e la sicurezza di dabrafenib in associazione con trametinib sono state valutate in uno studio di fase II, a tre coorti, multicentrico, non randomizzato e in aperto in cui erano stati arruolati pazienti con NSCLC in stadio IV con mutazione BRAF V600E. L’obiettivo primario era l’ORR secondo i criteri RECIST 1.1 valutato dallo sperimentatore. Gli obiettivi secondari erano DoR, PFS, OS, la sicurezza e la farmacocinetica di popolazione. ORR, DoR e PFS sono stati valutati anche da un Comitato di Controllo (Indipendent Review Committee (IRC)) come analisi di sensibilità.

Le coorti sono state arruolate in modo sequenziale:

* Coorte A: Monoterapia (dabrafenib 150 mg due volte al giorno), 84 pazienti arruolati. 78 pazienti avevano ricevuto un precedente trattamento sistemico per la loro patologia metastatica.
* Coorte B: Terapia in associazione (dabrafenib 150 mg due volte al giorno e trametinib 2 mg una volta al giorno), 59 pazienti arruolati. 57 pazienti avevano effettuato 1‑3 linee precedenti di trattamento sistemico per la patologia metastatica. 2 pazienti non avevano ricevuto alcun trattamento sistemico precedente ed erano stati inclusi nell’analisi per i pazienti arruolati nella coorte C.
* Coorte C: Terapia in associazione (dabrafenib 150 mg due volte al giorno e trametinib 2 mg una volta al giorno), 34 pazienti. Tutti i pazienti hanno ricevuto il medicinale in studio come trattamento di prima linea per la patologia metastatica.

Sul totale di 93 pazienti che sono stati arruolati nelle coorti B e C della terapia in associazione, la maggior parte dei pazienti era Caucasica (>90%), la percentuale di donne e uomini era simile (54% verso 46%), con un'età mediana di 64 anni nei pazienti in seconda linea o maggiore, e di 68 anni nei pazienti in prima linea. La maggior parte dei pazienti (94%) arruolati nelle coorti trattate con la terapia in associazione aveva un performance status ECOG di 0 o 1. Ventisei (28%) pazienti non avevano mai fumato. La maggioranza dei pazienti aveva una istologia non*‑*squamosa. Nella popolazione che aveva ricevuto trattamenti precedenti, 38 pazienti (67%) avevano ricevuto una linea di terapia sistemica antitumorale per la patologia metastatica.

Al momento dell’analisi primaria per l'endpoint primario ORR valutato dallo sperimentatore nella popolazione in prima linea era 61,1% (95% IC; 43,5%; 76,9%) e nella popolazione trattata in precedenza era 66,7% (95% IC; 52,9%; 78,6%). Questi risultati hanno raggiunto la significatività statistica per rifiutare l'ipotesi nulla che la ORR di dabrafenib in associazione con trametinib per questa popolazione di NSCLC era pari oinferiore al 30%. I risultati di ORR valutati da IRC erano compatibili con quelli basati sulla valutazione dello sperimentatore. L'efficacia dell’associazione con trametinib era superiore quando confrontata indirettamente a dabrafenib in monoterapia nella coorte A. L’analisi finale dell’efficacia effettuata 5 anni dopo la prima dose dell’ultimo soggetto è riportata nella Tabella 15.

**Tabella 15 Sintesi di efficacia nelle coorti di trattamento in associazione secondo la valutazione dello sperimentatore e secondo la revisione radiologica indipendente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Endpoint** | **Analisi** | **Associazione 1°linea**  **N=361** | **Associazione 2° linea e oltre**  **N=571** |
| Risposta globale confermata n (%)  (95% IC) | Sperimentatore  IRC | 23 (63,9%)  (46,2; 79,2)  23 (63,9%)  (46,2; 79,2) | 39 (68,4%)  (54,8; 80,1)  36 (63,2%)  (49,3; 75,6) |
| DoR mediana  Mesi (95% IC) | Sperimentatore  IRC | 10,2 (8,3; 15,2)  15,2 (7,8; 23,5) | 9,8 (6,9; 18,3)  12,6 (5,8; 26,2) |
| PFS mediana  Mesi (95% IC) | Sperimentatore  IRC | 10,8 (7,0; 14,5)  14,6 (7,0; 22,1) | 10,2 (6,9; 16,7)  8,6 (5,2; 16,8) |
| OS mediana  Mesi (95% CI) | - | 17,3 (12,3; 40,2) | 18,2 (14,3; 28,6) |
| 1 Data cut‑off: 7 Gennaio 2021 | | | |

Prolungamento del QT

Il caso peggiore di prolungamento del QTc > 60 millisecondi (msec) è stato osservato nel 3 % dei soggetti trattati con dabrafenib (> 500 msec in un soggetto della popolazione complessiva valutata per la sicurezza). Nello studio di Fase III MEK115306 nessuno dei pazienti trattati con trametinib in associazione con dabrafenib ha avuto nel peggiore dei casi un prolungamento del QTcB > 500 msec; QTcB è risultato aumentato di più di 60 msec rispetto al basale nell’1 % (3/209) dei pazienti. Nello studio di Fase III MEK116513 quattro pazienti (1 %) trattati con trametinib in associazione con dabrafenib hanno avuto un aumento del QTcB di Grado 3 (> 500 msec). Due di questi pazienti hanno avuto un aumento del QTcB di Grado 3 (> 500 msec) che è risultato essere anche un aumento > 60 msec rispetto al basale.

*Altri studi - analisi della gestione della piressia*

*Studio CPDR001F2301 (COMBI-i) e Studio CDRB436F2410 (COMBI-Aplus)*

La piressia è stata osservata nei pazienti trattati con la terapia di associazione dabrafenib e trametinib. Gli studi registrativi iniziali per la terapia di associazione nel melanoma non resecabile o metastatico (COMBI-d e COMBI-v; totale N=559) e nel melanoma adiuvante (COMBI-AD, N=435) raccomandavano di interrompere solo dabrafenib in caso di piressia (febbre ≥ 38,5°C). In due studi successivi nel melanoma non resecabile o metastatico (braccio di controllo COMBI-i, N=264) e nel melanoma adiuvante (COMBI-Aplus, N=552), era suggerita l’interruzione di entrambi i farmaci quando la temperatura del paziente era ≥ 38°C (COMBI- Aplus), o al primo sintomo di piressia (COMBI-i; COMBI-Aplus per piressia ricorrente). Negli studi COMBI-i e COMBI-Aplus si è verificata una minore incidenza di piressia di grado 3/4, piressia complicata, ospedalizzazione dovuta a gravi eventi avversi di particolare interesse (AESI) relativi alla piressia, tempo trascorso in AESI relativi alla piressia e sospensione permanente di entrambi i farmaci dovuta agli AESI relativi alla piressia (questi ultimi solo nel setting adiuvante) rispetto agli studi COMBI-d, COMBI-v e COMBI-AD. Lo studio COMBI-Aplus ha raggiunto l’endpoint primario con un tasso composito dell’8,0% (95% CI: 5,9; 10,6) per piressia di grado 3/4, ospedalizzazione dovuta a piressia o sospensione permanente del trattamento a causa di piressia rispetto al 20,0% (95% CI: 16,3; 24,1) per il controllo storico (studio COMBI-AD).

L'effetto potenziale di Dabrafenib sul prolungamento del QT è stato valutato in uno studio QT specifico con dose multipla. Una dose sovraterapeutica di 300 mg di dabrafenib è stata somministrata due volte al giorno a 32 soggetti con tumori positivi per la mutazione BRAF V600. Non è stato osservato un effetto rilevante di dabrafenib o dei suoi metaboliti sull’intervallo QTc.

Popolazione pediatrica

L’Agenzia europea dei medicinali ha previsto l’esonero dall’obbligo di presentare i risultati degli studi con dabrafenib in uno o più sottogruppi della popolazione pediatrica nel melanoma e tumori solidi maligni (vedere paragrafo 4.2 per informazioni sull’uso pediatrico).

**5.2 Proprietà farmacocinetiche**

Assorbimento

Dabrafenib è assorbito per via orale con un tempo mediano per raggiungere la concentrazione plasmatica al picco di 2 ore dopo la dose. La media della biodisponibilità orale assoluta di dabrafenib è del 95 % (90 % IC: 81; 110 %). L’esposizione a dabrafenib (Cmax e AUC) aumenta in modo proporzionale alla dose tra 12 e 300 mg a seguito di una somministrazione di una dose singola, ma l’aumento è stato inferiore a quello proporzionale alla dose dopo una dose ripetuta due volte al giorno. Una riduzione dell’esposizione è stata osservata con dosi ripetute, probabilmente a causa dell’induzione del proprio metabolismo. La media dell’accumulo dell’AUC nel rapporto Giorno 18/Giorno 1 è stata di 0,73. A seguito della somministrazione di 150 mg due volte al giorno, la media geometrica di Cmax, l’AUC(0‑τ) e la concentrazione predose (Cτ) sono state rispettivamente 1 478 ng/mL, 4 341 ng\*hr/mL e 26 ng/mL.

La somministrazione di dabrafenib con il cibo riduce la biodisponibilità (la Cmax e l’AUC si riducono del 51 % e del 31 % rispettivamente) e l’assorbimento delle capsule di dabrafenib è ritardato quando si confronta con lo stato a digiuno.

Distribuzione

Dabrafenib si lega alle proteine plasmatiche umane ed è legato per il 99,7 %. Il volume di distribuzione allo stato stazionario a seguito di somministrazione endovenosa di una microdose è di 46 litri.

Biotrasformazione

Il metabolismo di dabrafenib è principalmente mediato da CYP2C8 e CYP3A4 per formare idrossi‑dabrafenib, che è ulteriormente ossidato via CYP3A4 per formare carbossi‑ dabrafenib. Carbossi‑dabrafenib può essere decarbossilato attraverso un processo non‑enzimatico per formare desmetil‑dabrafenib. Carbossi‑ dabrafenib è escreto nella bile e nelle urine. Desmetil‑ dabrafenib si può anche formare nell’intestino ed essere riassorbito. Desmetil-dabrafenib è metabolizzato dal CYP3A4 a metaboliti ossidativi. L’emivita terminale dell’idrossi-dabrafenib è analoga a quella del composto originario con un’emivita di 10 ore, mentre i metaboliti carbossi‑ e desmetil presentavano emivite più lunghe (21‑22 ore). I rapporti medi di AUC metaboliti verso composto originario a seguito di somministrazione di dosi ripetute, sono stati 0,9; 11 e 0,7 per idrossi‑, carbossi‑, e desmetil‑ dabrafenib, rispettivamente. Sulla base dell’esposizione, della potenza relativa, e delle proprietà farmacocinetiche, sia idrossi‑ che desmetil‑dabrafenib contribuiscono probabilmente all’attività clinica di dabrafenib mentre l’attività di carbossi‑ dabrafenib non è probabilmente significativa.

Interazioni tra medicinali

*Effetti di altri medicinali su dabrafenib*

Dabrafenib è un substrato della P‑ glicoproteina umana (P-gp) e BCRP *in vitro*. Tuttavia questi trasportatori hanno un impatto minimo sulla biodisponibilità orale e sulla eliminazione di dabrafenib e il rischio di interazioni farmaco‑farmaco clinicamente rilevanti con inibitori di P-gp o BCRP è basso. Né dabrafenib né i suoi 3 principali metaboliti hanno dimostrato di essere inibitori di P-gp *in vitro*.

*Effetti di dabrafenib* *su* *altri medicinali*

Sebbene dabrafenib ed i suoi metaboliti, idrossi‑dabrafenib, carbossi‑dabrafenib e desmetil‑dabrafenib, siano *in vitro* inibitori del trasportatore dell’anione organico umano (OAT) 1 e OAT3 e dabrafenib e il suo metabolita desmetil siano inibitori del trasportatore 2 (OCT2) catione organico *in vitro*, sulla base dell’esposizione clinica di dabrafenib e i suoi metaboliti il rischio di un’interazione farmaco‑farmaco con questi trasportatori è minimo.

Eliminazione

L’emivita terminale di dabrafenib dopo una singola microdose per via endovenosa è di 2,6 ore. L’emivita terminale di dabrafenib dopo una singola dose orale è di 8 ore a causa dell’eliminazione limitata dall’assorbimento dopo somministrazione orale (farmacocinetica *flip*‑*flop*). La clearance plasmatica e.v. è di 12 l/ora.

Dopo una dose orale, la via principale di eliminazione di dabrafenib è il metabolismo, mediato da CYP3A4 e CYP2C8. Le sostanze correlate a dabrafenib sono escrete principalmente nelle feci, con il 71 % di una dose orale ritrovata nelle feci; il 23 % della dose è stata recuperata nell’urina solo sotto forma di metaboliti.

Popolazioni speciali di pazienti

*Compromissione epatica*

Un’analisi farmacocinetica di popolazione indica che livelli moderatamente elevati di bilirubina e /o AST (basati sulla classificazione del National Cancer Institute [NCI]) non influenzano in maniera significativa la clearance orale di dabrafenib. Inoltre, una compromissione epatica lieve come definita dalla bilirubina e AST non ha avuto un effetto significativo sulle concentrazioni plasmatiche del metabolita dabrafenib. Non sono disponibili dati nei pazienti con compromissione epatica da moderata a severa. Dal momento che il metabolismo epatico e la secrezione biliare sono le principali vie di eliminazione di dabrafenib e dei suoi metaboliti, la somministrazione di dabrafenib deve essere effettuata con cautela nei pazienti con compromissione epatica da moderata a severa (vedere paragrafo 4.2).

*Compromissione renale*

Un’analisi farmacocinetica di popolazione suggerisce che una compromissione renale lieve non ha effetto sulla clearance orale di dabrafenib. Sebbene i dati nella compromissione renale moderata siano limitati, tali dati possono indicare l’assenza di effetti clinicamente rilevanti. Non è disponibile alcun dato nei soggetti con compromissione renale severa (vedere paragrafo 4.2).

*Anziani*

Sulla base di un’analisi farmacocinetica di popolazione, l’età non ha alcun effetto significativo sulla farmacocinetica di dabrafenib. L’età superiore ai 75 anni è stata un fattore predittivo significativo delle concentrazioni plasmatiche di carbossi‑ e desmetil‑ dabrafenib con un 40% di esposizione maggiore nei soggetti di età ≥ 75 anni rispetto ai soggetti di età < 75 anni.

*Peso corporeo e genere*

Sulla base di un’analisi farmacocinetica di popolazione è emerso che il genere ed il peso influenzano la clearance orale di dabrafenib, il peso ha anche influenzato il volume di distribuzione dopo somministrazione orale e la clearance distributiva. Queste differenze farmacocinetiche non sono state considerate clinicamente rilevanti.

*Etnia*

L'analisi farmacocinetica di popolazione non ha mostrato differenze significative nella farmacocinetica di dabrafenib tra i pazienti asiatici e caucasici. Vi sono dati insufficienti per valutare il potenziale effetto di altre razze sulla farmacocinetica di dabrafenib.

*Popolazione pediatrica*

L’esposizione farmacocinetica di dabrafenib alla dose adattata al peso nei pazienti adolescenti rientrava nell’intervallo di quelle osservate negli adulti.

**5.3 Dati preclinici di sicurezza**

Non sono stati condotti studi di cancerogenesi con dabrafenib. Dabrafenib non è risultato mutageno o clastogeno mediante l’uso di test *in vitro* sui batteri e nelle colture cellulari di mammifero e nel test del micronucleo *in vivo* nei roditori.

Negli studi combinati di fertilità femminile sullo sviluppo embrionale precoce ed embriofetale nei ratti, il numero dei corpi lutei ovarici era ridotto nelle femmine gravide con 300 mg/kg/die (circa 3 volte l’esposizione clinica nell’uomo sulla base della AUC), ma non vi sono stati effetti sul ciclo dell’estro, sull’accoppiamento o sugli indici di fertilità. Tossicità dello sviluppo, inclusa embrio‑letalità e difetti del setto ventricolare e variazione della forma del timo sono stati osservati con 300 mg/kg/die, e sviluppo scheletrico ritardato e peso corporeo fetale ridotto a ≥ 20 mg/kg/die (≥ 0,5 volte l’esposizione clinica nell’uomo sulla base dell’AUC).

Non sono stati condotti studi di fertilità maschile con dabrafenib. Tuttavia, in studi a dose ripetuta, sono state osservate nei ratti e nei cani degenerazione/deplezione testicolare (≥ 0,2 volte l’esposizione clinica nell’uomo sulla base dell’AUC). Modifiche testicolari nel ratto e nel cane erano ancora presenti dopo un periodo di recupero di 4 settimane (vedere paragrafo 4.6).

Effetti cardiovascolari inclusi degenerazione/necrosi delle arterie coronarie e/o emorragia, ipertrofia/emorragia della valvola cardiaca atrioventricolare e proliferazione fibrovascolare atriale sono stati osservati nei cani (≥ 2 volte l’esposizione clinica umana sulla base dell’AUC). Nei topi è stata osservata infiammazione focale a livello arterioso/perivascolare in vari tessuti mentre nei ratti si è osservato un aumento dell’incidenza della degenerazione dell’arteria epatica e della degenerazione spontanea cardiomiocitica con infiammazione (cardiomiopatia spontanea) (≥ 0,5 e 0,6 volte l’esposizione clinica umana per i ratti e per i topi rispettivamente). Effetti epatici, inclusa infiammazione e necrosi epatocellulare, sono stati osservati nei topi (≥ 0,6 volte l’esposizione clinica umana).Infiammazione broncoalveolare dei polmoni è stata osservata in molti cani a ≥ 20 mg/kg/die (≥ 9 volte l’esposizione clinica nell’uomo sulla base dell’AUC) ed è stata associata a respirazione superficiale e/o affannosa.

Effetti ematologici reversibili sono stati osservati nei cani e nei ratti trattati con dabrafenib. Negli studi fino a 13 settimane la riduzione della conta dei reticolociti e/o della massa delle cellule della serie rossa è stata osservata nei cani e nei ratti (≥ 10 e 1,4 volte l’esposizione clinica umana, rispettivamente).

Negli studi di tossicità nei ratti giovani sono stati osservati effetti sulla crescita (riduzione della lunghezza delle ossa lunghe), tossicità renale (depositi tubulari, aumento dell’incidenza di cisti corticali e basofilia tubulare ed aumenti reversibili delle concentrazioni dell’urea e/o della creatinina) e tossicità testicolare (degenerazione e dilatazione tubulare) (≥ 0.2 volte l’esposizione clinica umana sulla base dell’AUC).

Dabrafenib è risultato fototossico in un saggio *in vitro* 3T3 Neutral Red Uptake (NRU) su fibroblasti di topo ed *in vivo* a dosi ≥ 100 mg/kg (> 44 volte l’esposizione clinica umana sulla base della Cmax) in studi di fototossicità orale in topi glabri.

Associazione con trametinib

In uno studio nei cani in cui trametinib e dabrafenib sono stati somministrati in associazione per 4 settimane, sono stati osservati segni di tossicità gastrointestinale e diminuzione della cellularità linfoide del timo a esposizioni inferiori rispetto a cani trattati con solo trametinib. Tossicità simili sono state osservate in analoghi studi in monoterapia.

**6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE**

**6.1 Elenco degli eccipienti**

Contenuto delle capsule

Cellulosa microcristallina

Magnesio stearato

Biossido di silicone colloidale

Rivestimento della capsule

Ferro ossido rosso (E172)

Titanio diossido (E171)

Ipromellosa (E464)

Inchiostro

Ferro ossido nero (E172)

Gomma lacca

Glicole propilenico

**6.2 Incompatibilità**

Non pertinente.

**6.3 Periodo di validità**

3 anni.

**6.4 Precauzioni particolari per la conservazione**

Questo medicinale non richiede alcuna condizione particolare di conservazione.

**6.5 Natura e contenuto del contenitore**

Flacone opaco, di colore bianco, in polietilene ad alta densità (HDPE), con tappo a vite in polipropilene ed essiccante in gel di silice.

Ogni flacone contiene 28 o 120 capsule rigide.

È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

**6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento**

Il medicinale non utilizzato e i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

**7. TITOLARE DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

Novartis Europharm Limited

Vista Building

Elm Park, Merrion Road

Dublin 4

Irlanda

**8. NUMERO(I) DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

Tafinlar 50 mg capsule rigide

EU/1/13/865/001

EU/1/13/865/002

Tafinlar 75 mg capsule rigide

EU/1/13/865/003

EU/1/13/865/004

**9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL’AUTORIZZAZIONE**

Data della prima autorizzazione: 26 agosto 2013

Data del rinnovo più recente: 08 maggio 2018

**10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO**

Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web dell’Agenzia europea per i medicinali, <https://www.ema.europa.eu>.

**ALLEGATO II**

**A. PRODUTTORI RESPONSABILI DEL RILASCIO DEI LOTTI**

**B. CONDIZIONI O LIMITAZIONI DI FORNITURA E UTILIZZO**

**C. ALTRE CONDIZIONI E REQUISITI DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

**D. CONDIZIONI O LIMITAZIONI PER QUANTO RIGUARDA L’USO SICURO ED EFFICACE DEL MEDICINALE**

A. PRODUTTORI RESPONSABILI DEL RILASCIO DEI LOTTI

Nome e indirizzo dei produttori responsabili del rilascio dei lotti

Lek Pharmaceuticals d.d.

Verovskova ulica 57

1526, Ljubljana

Slovenia

Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC

Verovskova ulica 57

1000, Ljubljana

Slovenia

Novartis Farmacéutica S.A.

Gran Via de les Corts Catalanes 764

08013 Barcelona

Spagna

Novartis Pharma GmbH

Sophie-Germain-Strasse 10

90443 Norimberga

Germania

Il foglio illustrativo del medicinale deve riportare il nome e l’indirizzo del produttore responsabile del rilascio dei lotti in questione.

B. CONDIZIONI O LIMITAZIONI DI FORNITURA E UTILIZZO

Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa (vedere allegato I: riassunto delle caratteristiche del prodotto, paragrafo 4.2).

C. ALTRE CONDIZIONI E REQUISITI DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO

* **Rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza (PSUR)**

I requisiti per la presentazione degli PSUR per questo medicinale sono definiti nell’elenco delle date di riferimento per l’Unione europea (elenco EURD) di cui all’articolo 107 *quater*, paragrafo 7 della Direttiva 2001/83/CE e successive modifiche, pubblicato sul sito web dell’Agenzia europea per i medicinali.

D. CONDIZIONI O LIMITAZIONI PER QUANTO RIGUARDA L’USO SICURO ED EFFICACE DEL MEDICINALE

* **Piano di gestione del rischio (RMP)**

Il titolare dell’autorizzazione all'immissione in commercio deve effettuare le attività e le azioni di farmacovigilanza richieste e dettagliate nel RMP approvato e presentato nel modulo 1.8.2 dell’autorizzazione all’immissione in commercio e in ogni successivo aggiornamento approvato del RMP.

Il RMP aggiornato deve essere presentato:

* su richiesta dell’Agenzia europea per i medicinali;
* ogni volta che il sistema di gestione del rischio è modificato, in particolare a seguito del ricevimento di nuove informazioni che possono portare a un cambiamento significativo del profilo beneficio/rischio o a seguito del raggiungimento di un importante obiettivo (di farmacovigilanza o di minimizzazione del rischio).

**ALLEGATO III**

**ETICHETTATURA E FOGLIO ILLUSTRATIVO**

**A. ETICHETTATURA**

**INFORMAZIONI DA APPORRE SUL CONFEZIONAMENTO SECONDARIO**

**SCATOLA**

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE**

Tafinlar 50 mg capsule rigide

dabrafenib

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA IN TERMINI DI PRINCIPIO(I) ATTIVO(I)**

Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 50 mg di dabrafenib.

**3. ELENCO DEGLI ECCIPIENTI**

**4. FORMA FARMACEUTICA E CONTENUTO**

Capsula rigida

28 capsule

120 capsule

**5. MODO E VIA(E) DI SOMMINISTRAZIONE**

Leggere il foglio illustrativo prima dell’uso.

Uso orale

**6. AVVERTENZA PARTICOLARE CHE PRESCRIVA DI TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI**

Tenere fuori dalla vista e dalla portata dei bambini.

**7. ALTRA(E) AVVERTENZA(E) PARTICOLARE(I), SE NECESSARIO**

Contiene essiccante, non rimuovere o ingerire.

**8. DATA DI SCADENZA**

Scad.

**9. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LA CONSERVAZIONE**

**10. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LO SMALTIMENTO DEL MEDICINALE NON UTILIZZATO O DEI RIFIUTI DERIVATI DA TALE MEDICINALE, SE NECESSARIO**

**11. NOME E INDIRIZZO DEL TITOLARE DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

Novartis Europharm Limited

Vista Building

Elm Park, Merrion Road

Dublin 4

Irlanda

**12. NUMERO(I) DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

EU/1/13/865/001 28 capsule

EU/1/13/865/002 120 capsule

**13. NUMERO DI LOTTO**

Lotto

**14. CONDIZIONE GENERALE DI FORNITURA**

**15. ISTRUZIONI PER L’USO**

**16. INFORMAZIONI IN BRAILLE**

tafinlar 50 mg

**17. IDENTIFICATIVO UNICO – CODICE A BARRE BIDIMENSIONALE**

Codice a barre bidimensionale con identificativo unico incluso.

**18. IDENTIFICATIVO UNICO - DATI RESI LEGGIBILI**

PC

SN

NN

**INFORMAZIONI DA APPORRE SUL CONFEZIONAMENTO PRIMARIO**

**ETICHETTA DEL FLACONE**

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE**

Tafinlar 50 mg capsule

dabrafenib

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA IN TERMINI DI PRINCIPIO(I) ATTIVO(I)**

Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 50 mg di dabrafenib.

**3. ELENCO DEGLI ECCIPIENTI**

**4. FORMA FARMACEUTICA E CONTENUTO**

Capsula rigida

28 capsule

120 capsule

**5. MODO E VIA(E) DI SOMMINISTRAZIONE**

Leggere il foglio illustrativo prima dell’uso.

Uso orale

**6. AVVERTENZA PARTICOLARE CHE PRESCRIVA DI TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI**

Tenere fuori dalla vista e dalla portata dei bambini.

**7. ALTRA(E) AVVERTENZA(E) PARTICOLARE(I), SE NECESSARIO**

**8. DATA DI SCADENZA**

Scad.

**9. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LA CONSERVAZIONE**

**10. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LO SMALTIMENTO DEL MEDICINALE NON UTILIZZATO O DEI RIFIUTI DERIVATI DA TALE MEDICINALE, SE NECESSARIO**

**11. NOME E INDIRIZZO DEL TITOLARE DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

Novartis Europharm Limited

**12. NUMERO(I) DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

EU/1/13/865/001 28 capsule

EU/1/13/865/002 120 capsule

**13. NUMERO DI LOTTO**

Lotto

**14. CONDIZIONE GENERALE DI FORNITURA**

**15. ISTRUZIONI PER L’USO**

**16. INFORMAZIONI IN BRAILLE**

**17. IDENTIFICATIVO UNICO – CODICE A BARRE BIDIMENSIONALE**

**18. IDENTIFICATIVO UNICO - DATI RESI LEGGIBILI**

**INFORMAZIONI DA APPORRE SUL CONFEZIONAMENTO SECONDARIO**

**SCATOLA**

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE**

Tafinlar 75 mg capsule rigide

dabrafenib

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA IN TERMINI DI PRINCIPIO(I) ATTIVO(I)**

Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 75 mg di dabrafenib.

**3. ELENCO DEGLI ECCIPIENTI**

**4. FORMA FARMACEUTICA E CONTENUTO**

Capsula rigida

28 capsule

120 capsule

**5. MODO E VIA(E) DI SOMMINISTRAZIONE**

Leggere il foglio illustrativo prima dell’uso.

Uso orale

**6. AVVERTENZA PARTICOLARE CHE PRESCRIVA DI TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI**

Tenere fuori dalla vista e dalla portata dei bambini.

**7. ALTRA(E) AVVERTENZA(E) PARTICOLARE(I), SE NECESSARIO**

Contiene essiccante, non rimuovere o ingerire.

**8. DATA DI SCADENZA**

Scad.

**9. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LA CONSERVAZIONE**

**10. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LO SMALTIMENTO DEL MEDICINALE NON UTILIZZATO O DEI RIFIUTI DERIVATI DA TALE MEDICINALE, SE NECESSARIO**

**11. NOME E INDIRIZZO DEL TITOLARE DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

Novartis Europharm Limited

Vista Building

Elm Park, Merrion Road

Dublin 4

Irlanda

**12. NUMERO(I) DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

EU/1/13/865/003 28 capsule

EU/1/13/865/004 120 capsule

**13. NUMERO DI LOTTO**

Lotto

**14. CONDIZIONE GENERALE DI FORNITURA**

**15. ISTRUZIONI PER L’USO**

**16. INFORMAZIONI IN BRAILLE**

tafinlar 75 mg

**17. IDENTIFICATIVO UNICO – CODICE A BARRE BIDIMENSIONALE**

Codice a barre bidimensionale con identificativo unico incluso.

**18. IDENTIFICATIVO UNICO - DATI RESI LEGGIBILI**

PC

SN

NN

**INFORMAZIONI DA APPORRE SUL CONFEZIONAMENTO PRIMARIO**

**ETICHETTA DEL FLACONE**

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE**

Tafinlar 75 mg capsule

dabrafenib

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA IN TERMINI DI PRINCIPIO(I) ATTIVO(I)**

Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 75 mg di dabrafenib.

**3. ELENCO DEGLI ECCIPIENTI**

**4. FORMA FARMACEUTICA E CONTENUTO**

Capsula rigida

28 capsule

120 capsule

**5. MODO E VIA(E) DI SOMMINISTRAZIONE**

Leggere il foglio illustrativo prima dell’uso.

Uso orale

**6. AVVERTENZA PARTICOLARE CHE PRESCRIVA DI TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI**

Tenere fuori dalla vista e dalla portata dei bambini.

**7. ALTRA(E) AVVERTENZA(E) PARTICOLARE(I), SE NECESSARIO**

**8. DATA DI SCADENZA**

Scad.

**9. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LA CONSERVAZIONE**

**10. PRECAUZIONI PARTICOLARI PER LO SMALTIMENTO DEL MEDICINALE NON UTILIZZATO O DEI RIFIUTI DERIVATI DA TALE MEDICINALE, SE NECESSARIO**

**11. NOME E INDIRIZZO DEL TITOLARE DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

Novartis Europharm Limited

**12. NUMERO(I) DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’IMMISSIONE IN COMMERCIO**

EU/1/13/865/003 28 capsule

EU/1/13/865/004 120 capsule

**13. NUMERO DI LOTTO**

Lotto

**14. CONDIZIONE GENERALE DI FORNITURA**

**15. ISTRUZIONI PER L’USO**

**16. INFORMAZIONI IN BRAILLE**

**17. IDENTIFICATIVO UNICO – CODICE A BARRE BIDIMENSIONALE**

**18. IDENTIFICATIVO UNICO - DATI RESI LEGGIBILI**

**B. FOGLIO ILLUSTRATIVO**

**Foglio illustrativo: informazioni per il paziente**

**Tafinlar 50 mg capsule rigide**

**Tafinlar 75 mg capsule rigide**

dabrafenib

**Legga attentamente questo foglio prima di prendere questo medicinale perché contiene importanti informazioni per lei.**

1. Conservi questo foglio. Potrebbe aver bisogno di leggerlo di nuovo.
2. Se ha qualsiasi dubbio, si rivolga al medico, al farmacista o all’infermiere.
3. Questo medicinale è stato prescritto soltanto per lei. Non lo dia ad altre persone, anche se i sintomi della malattia sono uguali ai suoi, perché potrebbe essere pericoloso.
4. Se si manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all’infermiere. Vedere paragrafo 4.

**Contenuto di questo foglio:**

1. Cos’è Tafinlar e a cosa serve

2. Cosa deve sapere prima di prendere Tafinlar

3. Come prendere Tafinlar

4. Possibili effetti indesiderati

5. Come conservare Tafinlar

6. Contenuto della confezione e altre informazioni

**1. Cos’è Tafinlar e a cosa serve**

Tafinlar è un medicinale che contiene il principio attivo dabrafenib. Viene usato da solo o in associazione con un altro medicinale contenente trametinib negli adulti per trattare un tipo di tumore della pelle chiamato melanoma che si è diffuso in altre parti del corpo o non può essere rimosso con la chirurgia.

Tafinlar in associazione con trametinib è anche usato per prevenire la recidiva del melanoma in seguito a rimozione chirurgica.

Tafinlar in associazione con trametinib è anche usato per trattare un tipo di tumore al polmone chiamato tumore al polmone non a piccole cellule (NSCLC).

Entrambi i tumori hanno una particolare variazione (mutazione) in un gene chiamato BRAF alla posizione V600. Questa mutazione del gene può aver causato lo sviluppo del tumore. Questo medicinale ha come bersaglio le proteine prodotte da questo gene BRAF mutato e rallenta o blocca lo sviluppo del tumore.

**2. Cosa deve sapere prima di prendere Tafinlar**

Tafinlar deve essere usato solo per trattare melanomi e NSCLC con mutazione BRAF. Pertanto, prima di iniziare il trattamento, il medico verificherà la presenza di questa mutazione.

Se il medico decidesse che lei debba prendere la terapia in associazione di Tafinlar e trametinib, **legga attentamente il foglio illustrativo di trametinib e questo foglio illustrativo.**

Se ha ulteriori domande sull’uso di questo medicinale si rivolga al medico, al farmacista o all’infermiere.

**Non prenda Tafinlar:**

* **se è allergico** a dabrafenib o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale (elencati nel paragrafo 6).

Controlli con il medico se pensa che ciò la riguardi.

**Avvertenze e precauzioni**

Si rivolga al medico prima di prendere Tafinlar. È necessario che il medico sappia se:

* ha qualsiasi **problema al fegato.**
* ha o ha avuto qualsiasi **problema ai reni.**

Il medico può prelevare dei campioni di sangue per controllare la funzionalità del fegato e dei reni mentre sta prendendo Tafinlar.

* **ha avuto tipi di cancro diversi dal melanoma o dal NSCLC**, in quanto può essere a maggiore rischio di sviluppare altri tumori della pelle e non della pelle con l’assunzione di Tafinlar.

**Prima di prendere Tafinlar in associazione con trametinib** il medico deve sapere se:

* ha problemi al cuore come insufficienza cardiaca o problemi nel modo in cui il cuore batte.
* ha problemi agli occhi, inclusi un blocco della vena che drena l’occhio (occlusione venosa retinica) o gonfiore degli occhi che può essere causato da una perdita di liquidi (corioretinopatia).
* ha problemi ai polmoni o a respirare, inclusa difficoltà a respirare spesso accompagnata da tosse secca, respiro corto e stanchezza.
* ha o ha avuto problemi gastrointestinali come diverticolite (tasche infiammate nel colon) o metastasi nel tratto gastrointestinale.

**Verifichi con il medico** se pensa che uno di questi problemi possa riguardarla.

**Condizioni per le quali può essere necessario porre attenzione**

Alcune persone che assumono Tafinlar sviluppano altre condizioni che possono essere gravi. È necessario che lei conosca i segni e i sintomi importanti a cui prestare attenzione mentre sta prendendo questo medicinale. Alcuni di questi sintomi (sanguinamenti, febbre, modifiche della pelle e problemi agli occhi) vengono brevemente menzionati in questo paragrafo, ma un’informazione più dettagliata si trova nel paragrafo 4 ‘Possibili effetti indesiderati’.

***Sanguinamento***

L’assunzione di Tafinlar in associazione con trametinib può causare sanguinamenti gravi che includono il sanguinamento nel cervello, nell’apparato digerente (come stomaco, retto o intestino), nei polmoni, ed in altri organi, e può portare alla morte. I sintomi possono includere:

* mal di testa, capogiri, o sensazione di debolezza
* sangue nelle feci o feci nere
* sangue nelle urine
* dolore di stomaco
* tosse/vomito con sangue

**Informi il medico** quanto prima se manifesta uno di questi sintomi.

***Febbre***

L’assunzione di Tafinlar o dell’associazione di Tafinlar e trametinib può causare febbre, anche se questa è più probabile se sta assumendo il trattamento in associazione (vedere anche paragrafo 4). In alcuni casi, le persone con febbre possono sviluppare pressione del sangue bassa, capogiri o altri sintomi.

**Informi immediatamente il medico** se le viene la febbre superiore a 38 °C o sente salire la febbre mentre sta assumendo questo medicinale.

***Disturbi del cuore***

Tafinlar può causare problemi al cuore, o peggiorare problemi al cuore già esistenti (vedere anche ‘Condizioni del cuore’ nel paragrafo 4), nelle persone che assumono Tafinlar in associazione con trametinib.

**Informi il medico se ha un disturbo del cuore.** Il medico eseguirà esami per verificare che il cuore funzioni correttamente prima e durante il trattamento con Tafinlar in associazione con trametinib. Informi immediatamente il medico se sente il cuore che batte forte, accelerato o che batte in modo irregolare, o se avverte capogiri, stanchezza, vertigini, respiro corto, o gonfiore alle gambe. Se necessario, il medico può decidere di sospendere il trattamento o di interromperlo del tutto.

***Modifiche della pelle che possono indicare un novo cancro della pelle***

Il medico controllerà la sua pelle prima di iniziare a prendere questo medicinale e regolarmente durante il trattamento.

**Informi immediatamente il medico** se nota qualsiasi modifica della pelle mentre sta prendendo questo medicinale o dopo il trattamento (vedere anche paragrafo 4).

***Problemi agli occhi***

**Deve essere effettuato un controllo degli occhi da parte del medico mentre sta prendendo questo medicinale.**

**Informi immediatamente il medico** se presenta rossore e irritazione agli occhi, visione offuscata, dolore agli occhi e altri cambiamenti nella visione durante il trattamento (vedere anche paragrafo 4).

Tafinlar, quando assunto in associazione con trametinib, può causare problemi agli occhi inclusa cecità. Tafinlar non è raccomandato se ha avuto un blocco della vena che drena l’occhio (occlusione della vena della retina). Informi immediatamente il medico se presenta i seguenti sintomi di problemi agli occhi: visione offuscata, perdita della vista o altri cambiamenti della vista, punti colorati nella visione o aloni (visione del bordo degli oggetti offuscato) durante il trattamento. Se necessario, il medico può decidere di sospendere il trattamento o di interromperlo del tutto.

* **Legga le informazioni sulla febbre, le modifiche della pelle e i problemi agli occhi nel paragrafo 4 di questo foglio. Informi il medico, il farmacista o l’infermiere se presenta uno qualsiasi dei segni e sintomi elencati.**

***Problemi al fegato***

Tafinlar in associazione con trametinib può causare problemi al fegato che possono progredire in condizioni gravi come epatite e insufficienza epatica, che possono essere fatali. Il medico la monitorerà periodicamente. Segni che il suo fegato può non lavorare correttamente includono:

* perdita di appetito
* sensazione di malessere (nausea)
* provare malessere (vomito)
* dolore allo stomaco (addome)
* ingiallimento della pelle o del bianco degli occhi (ittero)
* urine di colore scuro
* prurito della pelle

**Informi il medico** quanto prima se manifesta uno di questi sintomi.

***Dolore ai muscoli***

Tafinlar in associazione con trametinib può causare rottura dei muscoli (rabdomiolisi). **Informi il medico** quanto prima se manifesta uno di questi sintomi:

* dolore ai muscoli
* urine scure dovute ad un danno ai reni

Se necessario, il medico può decidere di sospendere il trattamento o di interromperlo del tutto.

***Foro nello stomaco o nell'intestino (perforazione)***

L’assunzione dell’associazione di Tafinlar e trametinib può aumentare il rischio di sviluppare fori nella parete intestinale. **Informi il medico** il più presto possibile se avverte forte dolore all’addome.

***Reazioni cutanee gravi***

Sono state osservate reazioni cutanee gravi in persone che assumevano Tafinlar in associazione con trametinib. Informi immediatamente il medico se nota cambiamenti alla pelle (vedere il paragrafo°4 per i sintomi di cui è necessario lei sia informato).

***Malattia infiammatoria che colpisce soprattutto la pelle, i polmoni, gli occhi e i linfonodi***

Una malattia infiammatoria che colpisce soprattutto la pelle, i polmoni, gli occhi e i linfonodi. Sintomi comuni della sarcoidosi possono includere tosse, respiro corto, ingrossamento dei linfonodi, disturbi visivi, febbre, stanchezza, dolore e gonfiore delle articolazioni e rigonfiamenti dolorosi sulla pelle. Informi il medico se presenta uno di questi sintomi.

***Disturbi del sistema immunitario***

Tafinlar in associazione con trametinib può, in rari casi, causare una condizione (linfoistiocitosi emofagocitica o HLH) in cui il sistema immunitario produce una quantità eccessiva rispetto al normale

di cellule che combattono le infezioni, chiamate istiociti e linfociti. I sintomi possono includere: ingrossamento del fegato e/o della milza, eruzione cutanea, ingrossamento dei linfonodi, problemi respiratori, facilità di comparsa dei lividi, anomalie ai reni e problemi al cuore. Informi immediatamente il medico se manifesta contemporaneamente più sintomi quali febbre, gonfiore delle ghiandole linfatiche, lividi o eruzione cutanea.

***Sindrome da lisi tumorale***

Se manifesta i seguenti sintomi, informi immediatamente il medico poiché questa può essere una condizione pericolosa per la vita: nausea, respiro affannoso, battito cardiaco irregolare, crampi muscolari, crisi convulsive, intorbidimento dell’urina, diminuzione della produzione di urina e stanchezza. Queste possono essere causate da un gruppo di complicazioni metaboliche che possono verificarsi durante il trattamento del cancro e sono causate dai prodotti di degradazione delle cellule cancerose morenti (sindrome da lisi tumorale o TLS) e possono portare a cambiamenti nella funzionalità renale (vedere anche paragrafo 4).

**Bambini e adolescenti**

Tafinlar non è raccomandato nei bambini e negli adolescenti. Gli effetti di Tafinlar nelle persone di età inferiore ai 18 anni non sono noti.

**Altri medicinali e Tafinlar**

Prima di iniziare il trattamento, informi il medico, il farmacista o l’infermiere se sta assumendo, ha recentemente assunto, o potrebbe assumere qualsiasi altro medicinale, compresi quelli senza prescrizione medica.

Alcuni medicinali possono avere effetto sul funzionamento di Tafinlar o possono aumentare la probabilità che lei abbia effetti indesiderati. Tafinlar può anche avere effetto sul funzionamento di altri medicinali. Questi includono:

* **medicinali per il controllo delle nascite** (*contraccettivi*) contenenti ormoni, come pillole, iniezioni o cerotti
* warfarin e acenocumarolo, medicinali usati per **fluidificare il sangue**
* digossina, usata per trattare i **disturbi del cuore**
* medicinali per trattare le **infezioni fungine**, come chetoconazolo, itraconazolo, voriconazolo e posaconazolo
* alcuni calcio‑antagonisti, usati per trattare **la pressione alta del sangue**, come diltiazem, felodipina, nicardipina, nifedipina o verapamil
* medicinali per trattare il **cancro**, come cabazitaxel
* alcuni medicinali per **abbassare i grassi (lipidi)** nel sangue, come gemfibrozil
* alcuni medicinali usati per trattare alcuni **disturbi psichiatrici,** come aloperidolo
* alcuni **antibiotici**, come claritromicina, doxiciclina e telitromicina
* alcuni medicinali per la **tubercolosi** (TB), come rifampicina
* alcuni medicinali che riducono i livelli di **colesterolo**, come atorvastatina e simvastatina
* alcuni **immunosoppressori**, come ciclosporina, tacrolimus e sirolimus
* alcuni medicinali **anti**‑**infiammatori**, come desametasone e metilprednisolone
* alcuni medicinali per trattare l’**HIV**, come ritonavir, amprenavir, indinavir, darunavir, delavirdina, efavirenz, fosamprenavir, lopinavir, nelfinavir, tipranavir, saquinavir e atazanavir
* alcuni medicinali usati per **alleviare il dolore**, come fentanyl e metadone
* medicinali per trattare le convulsioni (**epilessia**), come fenitoina, fenobarbital, primidone, acido valproico o carbamazepina
* medicinali **anti**‑**depressivi,** come nefazodone e medicinali contenenti l’erba di San Giovanni (*Hypericum perforatum*)
* **Informi il medico, il farmacista o l’infermiere** se sta assumendo uno di questi medicinali (o se non è sicuro). Il medico può decidere di modificare la dose.

Tenga una lista dei medicinali che prende, in modo da poterla mostrare al medico, al farmacista o all’infermiere.

**Gravidanza, allattamento e fertilità**

**Tafinlar non è raccomandato durante la gravidanza.**

* Se è in corso una gravidanza, se sospetta o sta pianificando una gravidanza, chieda consiglio al medico, al farmacista o all’infermiere prima di prendere questo medicinale. Tafinlar non è raccomandato durante la gravidanza perché può potenzialmente provocare danno al feto.
* Se è una donna in età fertile, deve usare un metodo per il controllo delle nascite affidabile mentre sta prendendo Tafinlar e per almeno 2 settimane dopo che ha smesso di prenderlo e per 16 settimane dopo aver preso ultima dose di trametinib assunto in associazione con Tafinlar.
* I medicinali per il controllo delle nascite contenenti ormoni (come pillole, iniezioni o cerotti) possono non funzionare così bene mentre sta prendendo Tafinlar o il trattamento in associazione (Tafinlar come pure trametinib). È necessario utilizzare un altro efficace metodo per il controllo delle nascite in modo da non iniziare una gravidanza mentre sta assumendo questo medicinale. Chieda consiglio al medico, al farmacista o all’infermiere.
* Se inizia una gravidanza mentre sta assumendo questo medicinale, informi immediatamente il medico.

**Tafinlar non è raccomandato durante l’allattamento con latte materno.**

Non è notose i componenti di questo medicinale possano passare nel latte materno.

Se sta allattando con latte materno, o sta pianificando di farlo, deve informare il medico. Lei e il medico deciderete se prendere questo medicinale o allattare.

**Fertilità – uomini e donne**

Gli studi negli animali hanno mostrato che il principio attivo dabrafenib può ridurre in maniera permanente la fertilità. Inoltre gli uomini che assumono Tafinlar possono avere una riduzione nel numero degli spermatozoi e il numero di spermatozoi può non ritornare ai livelli normali dopo che smettono di assumere questo medicinale.

Prima di iniziare il trattamento con Tafinlar, parli con il medico sulle opzioni per migliorare la probabilità di avere figli in futuro.

*Assunzione di Tafinlar con trametinib:* trametinib può compromettere la fertilità negli uomini e nelle donne.

Se ha ulteriori dubbi sugli effetti di questo medicinale sul numero degli spermatozoi si rivolga al medico, al farmacista o all’infermiere.

**Guida di veicoli e utilizzo di macchinari**

Tafinlar può avere effetti indesiderati che possono influire sulla capacità di guidare veicoli o di utilizzare macchinari.

Eviti di guidare veicoli o di utilizzare macchinari se lei ha problemi alla vista o se si sente stanco o debole o se i suoi livelli di energia sono bassi.

Le descrizioni di questi effetti si possono trovare nei paragrafi 2 e 4.

Discuta con il medico, il farmacista o l’infermiere se non è sicuro di qualcosa. Anche la malattia, i sintomi e le condizioni del trattamento possono avere effetti sulla capacità di guidare veicoli o di utilizzare macchinari.

**3. Come prendere Tafinlar**

Prenda questo medicinale seguendo sempre esattamente le istruzioni del medico, del farmacista o dell’infermiere. Se ha dubbi consulti il medico, il farmacista o l’infermiere.

Quanto prenderne

La dose raccomandata di Tafinlar sia da solo che in associazione con trametinib è di due capsule da 75 mg due volte al giorno (corrispondenti ad una dose giornaliera di 300 mg). La dose raccomandata di trametinib, quando usata in associazione con Tafinlar, è di 2 mg una volta al giorno.

Il medico può decidere che deve prendere una dose più bassa se presenta effetti indesiderati.

Tafinlar è anche disponibile in capsule da 50 mg, qualora sia raccomandata una riduzione della dose.

**Non prenda più Tafinlar di quanto il medico le ha raccomandato,** poiché ciò può aumentare il rischio di effetti indesiderati.

Come prenderlo

Deglutisca le capsule intere con acqua, una dopo l’altra.

Non mastichi o frantumi le capsule poiché altrimenti perderanno il loro effetto.

Prenda Tafinlar due volte al giorno, a stomaco vuoto. Questo significa che

* dopo aver preso Tafinlar, deve aspettare **almeno 1 ora** prima di mangiare.
* dopo aver mangiato, deve aspettare **almeno 2 ore** prima di prendere Tafinlar.

Prenda Tafinlar alla mattina e alla sera, ad una distanza di circa 12 ore. Prenda le dosi di Tafinlar del mattino e della sera alla stessa ora ogni giorno. Questo aumenterà la possibilità di ricordare di prendere le capsule.

Non prenda le dosi di Tafinlar del mattino e della sera in un’unica volta.

**Se prende più Tafinlar di quanto deve**

Se prende troppe capsule di Tafinlar, **contatti il medico, il farmacista** **o l’infermiere per un consiglio**. Se possibile mostri loro la confezione di Tafinlar con questo foglio.

**Se dimentica di prendere Tafinlar**

Se dimentica una dose e sono passate meno di 6 ore, la prenda non appena se lo ricorda.

Se dimentica una dose e sono passate più di 6 ore, salti quella dose e prenda la dose successiva alla solita ora. Poi continui a prendere le capsule ad intervalli regolari come al solito.

Non prenda una dose doppia per compensare la dose dimenticata.

Se interrompe il trattamento con Tafinlar

Prenda Tafinlar per tutto il tempo raccomandato dal medico. Non lo interrompa a meno che il medico, il farmacista o l’infermiere l’avverta di farlo.

Se ha qualsiasi ulteriore dubbio sull’uso di questo medicinale, si rivolga al medico, al farmacista o all’infermiere.

Come prendere Tafinlar in associazione con trametinib

* Prenda Tafinlar in associazione con trametinib seguendo sempre esattamente le istruzioni del medico, del farmacista o dell’infermiere. Non modifichi la dose o interrompa il trattamento con Tafinlar o trametinib senza che il medico, il farmacista o l’infermiere glielo dica.
* Prenda **Tafinlar due volte al giorno** e prenda **trametinib una volta al giorno.** Per lei può essere meglio prendere l’abitudine di assumere entrambi i medicinali alla stessa ora ogni giorno. Le dosi di Tafinlar devono essere assunte a circa 12 ore di distanza. Trametinib, quando assunto in associazione con Tafinlar dovrebbe essere preso **o** con la dose del mattino di Tafinlar **o** con la dose serale di Tafinlar.
* Prenda Tafinlar e trametinib a stomaco vuoto, almeno un’ora prima o due ore dopo un pasto. Deglutisca le capsule o la compressa intere con un bicchiere pieno d’acqua.
* Se dimentica una dose di Tafinlar o trametinib, la prenda non appena se ne ricorda. Non compensi la dose dimenticata e prenda direttamente la dose successiva quando prevista:
* Se mancano meno di 6 ore alla dose successiva di Tafinlar, che deve essere assunto due volte al giorno.
* Se mancano meno di 12 ore alla dose successiva di trametinib, che deve essere assunto una volta al giorno.
* Se prende troppe capsule di Tafinlar o compresse di trametinib, contatti immediatamente il medico, il farmacista o l’infermiere. Se possibile, porti con sé le capsule di Tafinlar e le compresse di trametinib. Se possibile, mostri loro la confezione di Tafinlar e trametinib con i fogli illustrativi.
* Se manifesta effetti indesiderati il medico può decidere di ridurle la dose di Tafinlar e/o trametinib. Prenda le dosi di Tafinlar e trametinib seguendo sempre esattamente le istruzioni del medico, del farmacista o dell’infermiere.

**4. Possibili effetti indesiderati**

Come tutti i medicinali, questo medicinale può causare effetti indesiderati sebbene non tutte le persone li manifestino.

***Possibili effetti indesiderati gravi***

*Problemi di sanguinamento*

Tafinlar può causare gravi problemi di sanguinamento, specialmente nel cervello quando assunto in associazione con trametinib. Si rivolga al medico o all’infermiere per avere immediatamente assistenza medica se presenta qualsiasi insolito segno di sanguinamento che include:

* mal di testa, capogiri, o debolezza
* tosse con sangue o coaguli di sangue
* vomito contenente sangue o simile a dei fondi di caffè
* feci rosse o nere che sembrano catrame

*Febbre*

L’assunzione di Tafinlar può causare febbre in più di una persona su 10. **Informi immediatamente il medico, il farmacista o l’infermiere se le viene la febbre (temperatura di 38ºC o più alta) o sente salire la febbre mentre sta prendendo questo medicinale.** Verranno effettuati degli esami per scoprire se vi siano altre cause per la febbre e per trattare il problema.

In alcuni casi, le persone con la febbre possono andare incontro ad un abbassamento della pressione e a capogiri. Se la febbre è grave, il medico può raccomandarle di smettere di prendere Tafinlar o Tafinlar e trametinib, durante il trattamento della febbre con altri medicinali. Una volta che la febbre è sotto controllo, il medico può raccomandare di iniziare di nuovo a prendere Tafinlar.

*Condizioni del cuore*

Tafinlar può avere effetti su come il cuore pompa il sangue quando assunto in associazione con trametinib. È più probabile che ciò riguardi le persone che hanno un problema al cuore già esistente. Lei verrà controllato per qualsiasi problema al cuore mentre sta prendendo Tafinlar in associazione con trametinib. Segni e sintomi di problemi al cuore includono:

* sentire il cuore che batte forte, accelerato o che batte in modo irregolare
* capogiri
* stanchezza
* sensazione di confusione mentale
* respiro corto
* gonfiore alle gambe

**Informi il medico** il più presto possibile se ha uno di questi sintomi, sia che essi si verifichino per la prima volta sia che essi peggiorino.

*Modifiche della pelle*

Sono state osservate reazioni cutanee gravi in persone che assumevano Tafinlar in associazione con trametinib (frequenza non nota). Se nota qualcuna delle seguenti reazioni:

* chiazze rossastre sul tronco circolari o a forma di bersaglio, con vescicole centrali. Esfoliazione della pelle. Ulcere a bocca, gola, naso, genitali e occhi. Queste gravi eruzioni cutanee possono essere precedute da febbre e sintomi simili a quelli influenzali (sindrome di Stevens-Johnson).
* Eruzione cutanea estesa, febbre e linfonodi ingrossati (*DRESS-syndrome* o reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici).
* **interrompa l’uso del medicinale e contatti immediatamente il medico**.

I pazienti che prendono Tafinlar possono comunemente (può interessare fino ad 1 persona su 10) sviluppare un tipo diverso di tumore della pelle chiamato *carcinoma cutaneo a cellule squamose* (*cuSCC*). Altri possono sviluppare un tipo di tumore della pelle chiamato *carcinoma a cellule basali* (*BCC*). Generalmente questi cambiamenti della pelle rimangono localizzati e possono essere rimossi chirurgicamente ed il trattamento con Tafinlar può continuare senza interruzione.

Alcune persone che prendono Tafinlar possono notare anche la comparsa di nuovi melanomi. Questi melanomi generalmente sono rimossi chirurgicamente ed il trattamento con Tafinlar può continuare senza interruzione.

Il medico le controllerà la pelle prima che inizi a prendere Tafinlar, poi la controllerà di nuovo ogni mese mentre sta prendendo questo medicinale e per 6 mesi dopo che ha smesso di prenderlo. Questo per cercare qualsiasi nuovo tumore della pelle.

Il medico le controllerà anche la testa, il collo, la bocca, i linfonodi e farà regolarmente delle scansioni (dette scansioni TC) nell’area del torace e dello stomaco. Potrà anche fare analisi del sangue. Questi controlli servono per rilevare se altri tumori, incluso il carcinoma a cellule squamose, si sviluppano all’interno del corpo. Sono anche raccomandati controlli a livello pelvico (nelle donne) e controlli anali prima e alla fine del trattamento.

Controlli la pelle regolarmente mentre sta prendendo Tafinlar.

Se nota uno qualsiasi dei seguenti:

* nuova verruca
* lesioni della pelle o protuberanza rossastra che sanguina o non si rimargina
* modifica della grandezza o del colore di un neo.
* **Informi il medico, il farmacista o l’infermiere il più presto possibile** se presenta uno di questi sintomi, sia che essi si verifichino per la prima volta sia che essi peggiorino.

**Reazioni della pelle (eruzione della pelle)** possono verificarsi durante l’assunzione di Tafinlar in associazione con trametinib. **Informi il medico** se manifesta un’eruzione della pelle durante l’assunzione di Tafinlar in associazione con trametinib.

*Problemi agli occhi*

I pazienti che prendono Tafinlar da solo possono non comunemente (può interessare fino ad 1 persona su 100) sviluppare un problema agli occhi chiamato uveite, che può danneggiare la vista se non viene trattata. Questo può verificarsi comunemente (può interessare fino a 1 persona su 10) in pazienti che assumono Tafinlar in associazione con trametinib.

L’uveite può svilupparsi velocemente e i sintomi includono:

* rossore ed irritazione all’occhio
* [visione](http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=99346) offuscata
* dolore all’occhio
* aumentata sensibilità alla luce
* macchie che galleggiano davanti agli occhi
* **Contatti immediatamente il medico, il farmacista o l’infermiere** se presenta questi sintomi.

Tafinlar può causare problemi agli occhi quando assunto in associazione con trametinib. Trametinib non è raccomandato se ha avuto un’occlusione della vena che drena l’occhio (occlusione della vena della retina). Il medico può raccomandare un esame dell’occhio prima di prendere Tafinlar in associazione con trametinib e mentre è in trattamento. Il medico può chiederle di interrompere l’assunzione di trametinib o mandarla da uno specialista se sviluppa segni e sintomi nella vista che includono:

* perdita della vista
* rossore ed irritazione dell’occhio
* punti colorati nella visione
* alone (visione del bordo degli oggetti offuscato)
* visione offuscata
* **Informi il medico, il farmacista o l’infermiere quanto prima se manifesta uno di questi sintomi.**

**È molto importante informare immediatamente il medico, il farmacista o l’infermiere** se sviluppa questi sintomi, in particolare se ha dolore e rossore all’occhio, che non si risolvono rapidamente. Possono organizzarle una visita dall’oculista per un esame completo dell’occhio.

*Disturbi del sistema immunitario*

Informi immediatamente il medico se manifesta contemporaneamente più sintomi quali febbre, gonfiore delle ghiandole linfatiche, lividi o eruzione cutanea. Questi possono essere segni di una condizione (linfoistiocitosi emofagocitica) in cui il sistema immunitario produce una quantità eccessiva rispetto al normale di cellule che combattono le infezioni, chiamate istiociti e linfociti, e che può causare vari sintomi, vedere paragrafo 2 (frequenza rara).

*Sindrome da lisi tumorale*

Informi immediatamente il medico se manifesta i seguenti sintomi: nausea, respiro affannoso, battito cardiaco irregolare, crampi muscolari, crisi convulsive, intorbidimento dell’urina, diminuzione della produzione di urina e stanchezza. Questi possono essere i segni di una condizione derivante dalla rapida rottura delle cellule cancerose che in alcune persone può essere fatale (sindrome da lisi tumorale o TLS), vedere paragrafo 2 (frequenza non nota).

**Possibili effetti indesiderati nei pazienti che assumono solo Tafinlar**

***Gli effetti indesiderati che può manifestare quando prende Tafinlar da solo sono i seguenti:***

*Effetti indesiderati molto comuni (possono riguardare più di 1 persona su 10)*

* Papilloma (un tipo di tumore della pelle che di solito non è pericoloso)
* Diminuzione dell’appetito
* Mal di testa
* Tosse
* Nausea, vomito
* Diarrea
* Ispessimento degli strati esterni della pelle
* Inusuale perdita o assottigliamento dei capelli
* Eruzione della pelle (rash)
* Rossore e gonfiore dei palmi delle mani, delle dita e delle piante dei piedi (vedere ‘Modifiche della pelle’ all’inizio del paragrafo 4)
* Dolore alle articolazioni, dolore ai muscoli, o dolore alle mani o ai piedi
* Febbre (vedere ‘Febbre’ all’inizio del paragrafo 4)
* Mancanza di energia
* Brividi
* Debolezza

*Effetti indesiderati comuni (possono riguardare fino a 1 persona su 10)*

* Effetti sulla pelle tra cui il carcinoma cutaneo a cellule squamose (un tipo di tumore della pelle), escrescenze simili a verruche, fibromi penduli (porri), escrescenze della pelle non controllate o lesioni (carcinoma a cellule basali), secchezza della pelle, prurito o arrossamento della pelle, aree di pelle ispessita squamosa, o pelle ruvida (cheratosi attinica), lesioni della pelle, arrossamento della pelle, aumento della sensibilità della pelle al sole
* Stitichezza
* Malattia simil‑influenzale
* Condizione che colpisce i nervi e che può causare dolore, perdita di sensibilità o formicolio alle mani e ai piedi e/o debolezza muscolare (neuropatia periferica)

*Effetti indesiderati comuni che possono rendersi evidenti dall’esame del sangue*

* Basso livello di fosforo (ipofosfatemia) nel sangue
* Aumento dei livelli di zucchero nel sangue (iperglicemia)

*Effetti indesiderati non comuni (possono riguardare fino a 1 persona su 100)*

* Nuovo melanoma
* Reazioni allergiche (ipersensibilità)
* Infiammazione dell’occhio (uveite, vedere ‘Problemi agli occhi’ all’inizio del paragrafo 4)
* Infiammazione del pancreas (che causa un forte dolore all’addome)
* Infiammazione dello strato grasso sotto la pelle (panniculite)
* Problemi ai reni, insufficienza renale
* Infiammazione dei reni
* Macchie o ulcere della cute in rilievo, dolorose, di colore da rosso a rosso scuro localizzate principalmente su braccia, gambe, viso e collo, accompagnate da febbre (segni di dermatosi neutrofila febbrile acuta)

Possibili effetti indesiderati quando Tafinlar e trametinib vengono assunti insieme

Durante l’assunzione di Tafinlar e trametinib insieme si può manifestare uno degli effetti indesiderati elencati sopra, anche se la frequenza può cambiare (aumentare o diminuire).

Può inoltre manifestare **effetti indesiderati aggiuntivi dovuti all’assunzione di trametinib** insieme a Tafinlar.

Informi quanto prima il medico se manifesta uno di questi effetti indesiderati, sia per la prima volta sia se si aggravano.

Legga anche il foglio illustrativo di trametinib per dettagli sugli effetti indesiderati che può manifestare con trametinib.

Gli effetti indesiderati che può manifestare durante l’assunzione di Tafinlar in associazione con trametinib sono i seguenti:

*Effetti indesiderati molto comuni (possono riguardare più di 1 persona su 10)*

* Infiammazione del naso e della gola
* Diminuzione dell’appetito
* Mal di testa
* Capogiri
* Pressione del sangue alta (ipertensione)
* Sanguinamento, in varie parti del corpo, che può essere da lieve a grave (emorragia)
* Tosse
* Mal di stomaco
* Stitichezza
* Diarrea
* Nausea, vomito
* Eruzione della pelle (rash), pelle secca, prurito, arrossamento della pelle
* Dolore alle articolazioni, dolore ai muscoli, o dolore alle mani e ai piedi
* Spasmi muscolari
* Mancanza di energie, sentirsi deboli
* Brividi
* Gonfiore di mani o piedi (edema periferico)
* Febbre
* Malattia simil-influenzale

*Effetti indesiderati molto comuni che possono rendersi evidenti dall’esame del sangue*

* Risultati anomali degli esami di laboratorio relativi al fegato

*Effetti indesiderati comuni (possono riguardare fino a 1 persona su 10)*

* Infezione delle vie urinarie
* Effetti a carico della pelle inclusa infezione della pelle (cellulite), infiammazione dei follicoli piliferi, disturbi delle unghie come modifiche del letto dell’unghia, dolore alle unghie, infezione e gonfiore delle cuticole, eruzione cutanea con vescicole piene di pus, carcinoma cutaneo a cellule squamose (un tipo di cancro della pelle), papilloma (un tipo di tumore della pelle che solitamente non è pericoloso), escrescenze simili a verruche, aumento della sensibilità della pelle al sole (vedere anche “Modifiche della pelle” all’inizio del paragrafo 4)
* Disidratazione (bassi livelli di acqua o fluidi)
* Visione offuscata, problemi di vista, infiammazione dell’occhio (uveite)
* Cuore che pompa in modo meno efficiente
* Pressione del sangue bassa (ipotensione)
* Gonfiore tissutale localizzato
* Fiato corto
* Bocca secca
* Dolore alla bocca o ulcere in bocca, infiammazione delle membrane mucose
* Problemi simili all’acne
* Ispessimento dello strato esterno della pelle (ipercheratosi), aree di pelle ispessita o pelle squamosa e con croste (cheratosi attinica), screpolature o lesioni della pelle
* Aumento della sudorazione, sudorazione notturna
* Inusuale perdita o assottigliamento dei capelli
* Mani e piedi rossi e doloranti
* Infiammazione dello strato di grasso sotto la pelle (panniculite)
* Infiammazione della mucosa
* Gonfiore del viso
* Condizione che colpisce i nervi e che può causare dolore, perdita di sensibilità o formicolio alle mani e ai piedi e/o debolezza muscolare (neuropatia periferica)
* Battito cardiaco irregolare (blocco atrioventricolare)

*Effetti indesiderati comuni che possono rendersi evidenti dall’esame del sangue*

* Bassi livelli di globuli bainchi nel sangue
* Diminuzione del numero di globuli rossi (anemia), di piastrine (cellule che aiutano il sangue a coagulare), e di un tipo di globuli bianchi (leucopenia)
* Bassi livelli di sodio (iponatremia) o fosfato (ipofosfatemia) nel sangue
* Aumento dei livelli di zucchero nel sangue
* Aumento della creatinfosfochinasi, un enzima presente principalmente in cuore, cervello e muscoli scheletrici
* Aumento di alcune sostanze (enzimi) prodotti dal fegato

*Effetti indesiderati non comuni (possono riguardare fino a 1 persona su 100)*

* Insorgenza di un nuovo tumore della pelle (melanoma)
* Fibromi della pelle (porri)
* Reazioni allergiche (ipersensibilità)
* Modifiche agli occhi che includono gonfiore degli occhi causato da perdita di liquidi (corioretinopatia), separazione della membrana posteriore dell’occhio sensibile alla luce (la retina) dal suo strato di supporto (distacco della retina) e gonfiore intorno agli occhi.
* Frequenza cardiaca più bassa del normale e/o diminuzione della frequenza cardiaca
* Infiammazione del polmone (polmonite)
* Iniammazione del pancreas
* Infiammazione dell’intestino (colite)
* Insufficienza renale
* Infiammazione dei reni
* Malattia infiammatoria che colpisce soprattutto la pelle, i polmoni, gli occhi e i linfonodi (sarcoidosi)
* Macchie o ulcere della cute in rilievo, dolorose, di colore da rosso a rosso scuro localizzate principalmente su braccia, gambe, viso e collo, accompagnate da febbre (segni di dermatosi neutrofila febbrile acuta)

*Effetti indesiderati rari (possono riguardare fino a 1 persona su 1 000)*

* Un foro (perforazione) nello stomaco o nell’intestino

*Non nota (la frequenza non può essere valutata dai dati disponibili):*

* Infiammazione del muscolo cardiaco (miocardite), che può causare affanno, febbre, palpitazioni e dolore al petto.
* Pelle infiammata e squamosa (dermatite esfoliativa)

**Segnalazione degli effetti indesiderati**

Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all’infermiere. Può inoltre segnalare gli effetti indesiderati direttamente tramite il sistema nazionale di segnalazione riportato nell’[allegato V](https://www.ema.europa.eu/documents/template-form/qrd-appendix-v-adverse-drug-reaction-reporting-details_en.docx). Segnalando gli effetti indesiderati può contribuire a fornire maggiori informazioni sulla sicurezza di questo medicinale.

**5. Come conservare Tafinlar**

Conservi questo medicinale fuori dalla vista e dalla portata dei bambini.

Non usi questo medicinale dopo la data di scadenza che è riportata sull’etichetta del flacone e sulla scatola dopo Scad. La data di scadenza si riferisce all’ultimo giorno di quel mese.

Questo medicinale non richiede alcuna condizione particolare di conservazione.

Non getti alcun medicinale nell’acqua di scarico e nei rifiuti domestici. Chieda al farmacista come eliminare i medicinali che non utilizza più. Questo aiuterà a proteggere l’ambiente.

**6. Contenuto della confezione e altre informazioni**

**Cosa contieneTafinlar**

* Il principio attivo è dabrafenib. Ogni capsula rigida contiene dabrafenib mesilato equivalente a 50 mg o 75 mg di dabrafenib.
* Gli altri componenti sono: cellulosa microcristallina, magnesio stearato, biossido di silicone colloidale, ferro ossido rosso (E172), titanio diossido (E171), e ipromellosa (E464). Inoltre, le capsule sono stampate con inchiostro nero che contiene ferro ossido nero (E172), gommalacca e glicole propilenico.

**Descrizione dell’aspetto di Tafinlar e contenuto della confezione**

Le capsule rigide di Tafinlar 50 mg sono opache, di colore rosso scuro e con impresso ‘GS TEW’ e ’50 mg’.

Le capsule rigide di Tafinlar 75 mg sono opache, di colore rosa scuro e con impresso‘GS LHF’ e ’75 mg’.

I flaconi sono opachi, di plastica di colore bianco, con tappo a vite in plastica.

I flaconi includono anche un gel essiccante di silice in un piccolo contenitore a forma di cilindro. L’essiccante deve essere tenuto dentro il flacone e non deve essere ingerito.

Tafinlar 50 mg e 75 mg capsule rigide è disponibile in confezioni contenenti 28 o 120 capsule. E’ possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate nel suo paese.

**Titolare dell’autorizzazione all’immissione in commercio**

Novartis Europharm Limited

Vista Building

Elm Park, Merrion Road

Dublin 4

Irlanda

**Produttore**

Lek Pharmaceuticals d.d.

Verovskova ulica 57

1526, Ljubljana

Slovenia

Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC

Verovskova ulica 57

1000, Ljubljana

Slovenia

Novartis Farmacéutica S.A.

Gran Via de les Corts Catalanes 764

08013 Barcelona

Spagna

Novartis Pharma GmbH

Sophie-Germain-Strasse 10

90443 Norimberga

Germania

Per ulteriori informazioni su questo medicinale, contatti il rappresentante locale del titolare dell’autorizzazione all’immissione in commercio:

|  |  |
| --- | --- |
| **België/Belgique/Belgien**  Novartis Pharma N.V.  Tél/Tel: +32 2 246 16 11 | **Lietuva**  SIA Novartis Baltics Lietuvos filialas  Tel: +370 5 269 16 50 |
| **България**  Novartis Bulgaria EOOD  Тел: +359 2 489 98 28 | **Luxembourg/Luxemburg**  Novartis Pharma N.V.  Tél/Tel: +32 2 246 16 11 |
| **Česká republika**  Novartis s.r.o.  Tel: +420 225 775 111 | **Magyarország**  Novartis Hungária Kft.  Tel.: +36 1 457 65 00 |
| **Danmark**  Novartis Healthcare A/S  Tlf.: +45 39 16 84 00 | **Malta**  Novartis Pharma Services Inc.  Tel: +356 2122 2872 |
| **Deutschland**  Novartis Pharma GmbH  Tel: +49 911 273 0 | **Nederland**  Novartis Pharma B.V.  Tel: +31 88 04 52 555 |
| **Eesti**  SIA Novartis Baltics Eesti filiaal  Tel: +372 66 30 810 | **Norge**  Novartis Norge AS  Tlf: +47 23 05 20 00 |
| **Ελλάδα**  Novartis (Hellas) A.E.B.E.  Τηλ: +30 210 281 17 12 | **Österreich**  Novartis Pharma GmbH  Tel: +43 1 86 6570 |
| **España**  Novartis Farmacéutica, S.A.  Tel: +34 93 306 42 00 | **Polska**  Novartis Poland Sp. z o.o.  Tel.: +48 22 375 4888 |
| **France**  Novartis Pharma S.A.S.  Tél: +33 1 55 47 66 00 | **Portugal**  Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, S.A.  Tel: +351 21 000 8600 |
| **Hrvatska**  Novartis Hrvatska d.o.o.  Tel. +385 1 6274 220 | **România**  Novartis Pharma Services Romania SRL  Tel: +40 21 31299 01 |
| **Ireland**  Novartis Ireland Limited  Tel: +353 1 260 12 55 | **Slovenija**  Novartis Pharma Services Inc.  Tel: +386 1 300 75 50 |
| **Ísland**  Vistor hf.  Sími: +354 535 7000 | **Slovenská republika**  Novartis Slovakia s.r.o.  Tel: +421 2 5542 5439 |
| **Italia**  Novartis Farma S.p.A.  Tel: +39 02 96 54 1 | **Suomi/Finland**  Novartis Finland Oy  Puh/Tel: +358 (0)10 6133 200 |
| **Κύπρος**  Novartis Pharma Services Inc.  Τηλ: +357 22 690 690 | **Sverige**  Novartis Sverige AB  Tel: +46 8 732 32 00 |
| **Latvija**  SIA Novartis Baltics  Tel: +371 67 887 070 |  |

**Questo foglio illustrativo è stato aggiornato**

**Altre fonti d’informazioni**

Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web dell’Agenzia europea per i medicinali, <https://www.ema.europa.eu>.

Questo foglio è disponibile in tutte le lingue dell’Unione europea/dello Spazio economico europeo sul sito web dell’Agenzia europea per i medicinali.