

ANEXO I

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. NOME DO MEDICAMENTO

Remsima 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão.

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Um frasco para injetáveis contém 100 mg de infliximab*. Depois da reconstituição cada ml contém 10 mg de infliximab.

* Infliximab é um anticorpo monoclonal IgG1 humano-murino quimérico produzido em células de hibridoma de murino por tecnologia de ADN recombinante.

Excipiente(s) com efeito conhecido

Este medicamento contém 0,5 mg de polissorbato 80 (E433) em cada frasco para injetáveis.

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Pó para concentrado para solução para perfusão (pó para concentrado).

O pó é branco.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Artrite reumatoide

Remsima, em associação com o metotrexato, é indicado para a redução de sinais e sintomas, bem como a melhoria da função física em:

- doentes adultos com doença ativa que apresentaram uma resposta inadequada a fármacos modificadores da evolução da doença reumática (DMARDs), incluindo o metotrexato.
- doentes adultos com doença grave, ativa e progressiva, que não receberam previamente tratamento com metotrexato ou outros DMARDs.

Nestas populações de doentes foi demonstrada uma redução da taxa de progressão das lesões articulares, avaliada através de raios-X (ver secção 5.1).

Doença de Crohn em adultos

Remsima está indicado para:

- tratamento da doença de Crohn ativa, moderada a grave, em doentes adultos que não apresentaram resposta mesmo após um ciclo completo e adequado de terapêutica com um corticosteroide e/ou um imunossupressor; ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas.
- tratamento da doença de Crohn ativa, com formação de fistulas, em doentes adultos que não apresentaram resposta mesmo após um ciclo completo e adequado de terapêutica com um tratamento convencional (incluindo antibióticos, drenagem e terapêutica imunossupressora).

Doença de Crohn pediátrica

Remsima está indicado para o tratamento da doença de Crohn ativa, grave, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, que não apresentaram resposta à terapêutica convencional, incluindo um corticosteroide, um imunomodulador e terapêutica de nutrição primária; ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas. Infliximab foi estudado apenas em associação com terapêutica imunossupressora convencional.

Colite ulcerosa

Remsima está indicado para o tratamento da colite ulcerosa ativa, moderada a grave, em doentes adultos que não responderam adequadamente à terapêutica convencional, incluindo corticosteroides e 6-mercaptopurina (6-MP) ou azatioprina (AZA), ou que apresentam intolerância ou contraindicações para estas terapêuticas.

Colite ulcerosa pediátrica

Remsima está indicado para o tratamento da colite ulcerosa ativa grave, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, que apresentaram uma resposta inadequada à terapêutica convencional, incluindo corticosteroides e 6-MP ou AZA, ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas.

Espondilite anquilosante

Remsima está indicado para o tratamento da espondilite anquilosante ativa grave, em doentes adultos que não responderam adequadamente a terapêuticas convencionais.

Artrite psoriática

Remsima está indicado para o tratamento da artrite psoriática ativa e progressiva em doentes adultos quando houver uma resposta inadequada a uma terapêutica prévia com DMARD.

Remsima deve ser administrado:

- em associação com metotrexato
- ou em monoterapia, em doentes que demonstraram intolerância ao metotrexato ou para os quais o metotrexato está contraindicado

Infliximab tem demonstrado melhorar a função física em doentes com artrite psoriática e reduzir a taxa de progressão da lesão ao nível da articulação periférica de acordo com a avaliação por raio-X em doentes com subtipos simétricos poliarticulares da doença (ver secção 5.1).

Psoríase

Remsima é indicado para o tratamento da psoríase em placas, moderada a grave, em doentes adultos que não apresentaram resposta, ou que têm uma contraindicação, ou que são intolerantes a outras terapêuticas sistémicas, incluindo ciclosporina, metotrexato ou psoraleno associado à radiação ultravioleta (PUVA) (ver secção 5.1).

4.2 Posologia e modo de administração

O tratamento com Remsima deve ser iniciado e efetuado sob a supervisão de um médico especialista com experiência no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide, de doenças intestinais inflamatórias, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoríase. Remsima deve ser administrado por via intravenosa. As perfusões de Remsima devem ser administradas por profissionais de saúde qualificados com formação adequada para detetar quaisquer problemas relacionados com a perfusão. Os doentes medicados com Remsima devem receber o folheto informativo e o cartão de alerta do doente.

No decurso do tratamento com Remsima, a utilização de outras terapêuticas concomitantes, por exemplo com corticosteroides e imunossupressores, deverá ser otimizada.

É importante verificar as etiquetas do medicamento para garantir que está a ser administrada a formulação (intravenosa ou subcutânea) correta ao doente, tal como prescrito. A formulação subcutânea de Remsima não se destina-se a administração intravenosa e deve ser administrada apenas através de injeção subcutânea.

Posologia

Adultos (≥ 18 anos)

Artrite reumatoide

3 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 3 mg/kg administradas 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas.

Remsima deve ser administrado concomitantemente com metotrexato.

Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 12 semanas de tratamento. Se um doente apresenta uma resposta inadequada ou se há perda de resposta após este período, pode ser tido em consideração um aumento gradual da dose de, aproximadamente, 1,5 mg/kg, até ser atingida a dose máxima de 7,5 mg/kg, em intervalos de 8 semanas. Como alternativa, pode considerar-se a administração de 3 mg/kg, em intervalos de 4 semanas. Se for atingida uma resposta adequada, os doentes devem continuar a receber tratamento com a dose ou intervalo de administração escolhidos. A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentarem evidência de benefício terapêutico durante as primeiras 12 semanas de tratamento ou após o ajuste posológico.

Doença de Crohn ativa moderada a grave

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos por uma perfusão adicional de 5 mg/kg 2 semanas após a primeira perfusão intravenosa. No caso de o doente não responder ao tratamento após as 2 primeiras doses, não deve ser administrado um tratamento adicional com infliximab. Os dados disponíveis não sustentam tratamentos adicionais de infliximab em doentes que não respondam dentro de 6 semanas após a perfusão inicial.

Nos doentes que respondem, as estratégias alternativas para continuação do tratamento são as seguintes:

- Manutenção: perfusão adicional de 5 mg/kg na semana 6 após a dose inicial, seguindo-se de perfusões administradas em intervalos de 8 semanas ou
- Readministração: perfusão de 5 mg/kg se houver recorrência de sinais e sintomas da doença (ver “Readministração” abaixo e secção 4.4).

Apesar de faltarem dados comparativos, resultados limitados em doentes que inicialmente responderam a doses de 5 mg/kg mas que deixaram de responder indicam que alguns doentes podem recuperar a resposta com um aumento progressivo da dose (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentam evidência de benefício terapêutico após o ajuste posológico.

Doença de Crohn ativa, com formação de fistulas

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos de doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão às 2 e 6 semanas após a primeira perfusão. Se um doente não responder após 3 doses, não deve ser administrado qualquer tratamento adicional com infliximab.

Nos doentes que respondem, as estratégias alternativas para continuação do tratamento são as seguintes:

- Manutenção: perfusões adicionais de 5 mg/kg em intervalos de 8 semanas ou

- Readministração: perfusão de 5 mg/kg se houver recorrência de sinais e sintomas da doença, seguida por perfusões de 5 mg/kg em intervalos de 8 semanas (ver “Readministração” abaixo e secção 4.4).

Apesar de faltarem dados comparativos, resultados limitados em doentes que inicialmente responderam a doses de 5 mg/kg, mas que deixaram de responder, indicam que alguns doentes podem recuperar a resposta com um aumento progressivo da dose (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentam evidência de benefício terapêutico após ajuste posológico.

Na doença de Crohn, a experiência com a readministração se houver recorrência de sinais e sintomas é limitada e os dados comparativos sobre o benefício/risco das estratégias alternativas para a continuação do tratamento permanecem não disponíveis.

Colite ulcerosa

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg administradas por perfusão 2 e 6 semanas após a primeira perfusão, e em seguida, em intervalos de 8 semanas.

Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 14 semanas de tratamento, ou seja, três doses. A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentarem evidência do benefício terapêutico durante este período de tempo.

Espondilite anquilosante

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 6 a 8 semanas. Se o doente não responder até às 6 semanas (i.e. após a administração de 2 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab.

Artrite psoriática

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas.

Psoriase

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Se um doente não responder dentro de 14 semanas (i.e. após a administração de 4 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab.

Readministração na doença de Crohn e artrite reumatoide

Caso se verifique recorrência dos sinais e sintomas da doença, infliximab pode ser readministrado no período de 16 semanas após a última perfusão. Em estudos clínicos, as reações de hipersensibilidade tardia foram pouco frequentes e ocorreram após um intervalo de menos de 1 ano sem administração de infliximab (ver secções 4.4 e 4.8). A segurança e eficácia da readministração de infliximab após um período sem tratamento de mais de 16 semanas não foram estabelecidas. Esta recomendação aplica-se tanto aos doentes com doença de Crohn como aos doentes com artrite reumatoide.

Readministração na colite ulcerosa

A segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutras intervalos que não os de 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na espondilite anquilosante

A segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutras intervalos que não os de 6 a 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na artrite psoriática

A segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutras intervalos que não os de 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na psoriase

A experiência limitada de repetição do tratamento com uma dose única de infliximab na psoriase, após um intervalo de 20 semanas, sugere uma eficácia reduzida e uma incidência mais elevada de reações ligeiras a moderadas à perfusão comparativamente com o regime de indução inicial (ver secção 5.1).

A experiência limitada de repetição do tratamento após ativação da doença com um regime de reindução sugere uma incidência mais elevada de reações à perfusão, incluindo reações graves, comparativamente ao tratamento de manutenção em intervalos de 8 semanas (ver secção 4.8).

Readministração nas várias indicações

No caso de ser interrompida a terapêutica de manutenção e existir necessidade de reiniciar o tratamento, não é recomendada a utilização de um regime de reindução (ver secção 4.8). Nesta situação, infliximab deve ser reiniciado na forma de uma dose única, seguida pelas recomendações posológicas de manutenção descritas acima.

Populações especiais

Idosos

Não foram realizados estudos específicos com infliximab em doentes idosos. Nos estudos clínicos, não foram observadas diferenças significativas relacionadas com a idade, na depuração ou volume de distribuição. Não é necessário ajuste posológico (ver secção 5.2). Para mais informações sobre a segurança de infliximab em doentes idosos (ver secções 4.4 e 4.8).

Compromisso renal e/ou hepático

Infliximab não foi estudado nesta população de doentes. Não podem ser efetuadas quaisquer recomendações sobre a posologia (ver secção 5.2).

População pediátrica

Doença de Crohn (6 a 17 anos)

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos de perfusões adicionais de 5 mg/kg, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas. Os dados disponíveis não suportam a continuação do tratamento com infliximab em crianças e adolescentes que não respondem nas primeiras 10 semanas de tratamento (ver secção 5.1).

Alguns doentes podem necessitar de um intervalo mais curto entre as doses administradas para manter o benefício clínico, enquanto que para outros, um intervalo mais longo entre as doses administradas poderá ser suficiente. Doentes que tenham tido o seu intervalo entre doses reduzido para menos de 8 semanas poderão estar em maior risco de desenvolver reações adversas. A terapêutica continuada com um intervalo entre doses encurtado deve ser cuidadosamente considerada em doentes nos quais não existe qualquer evidência de benefício terapêutico adicional após uma alteração no intervalo entre doses.

A segurança e eficácia de infliximab em crianças com doença de Crohn com idade inferior a 6 anos não foram estudadas. Os dados farmacocinéticos atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica em crianças com idade inferior a 6 anos.

Colite ulcerosa (6 a 17 anos)

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos de perfusões adicionais de 5 mg/kg, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas. Os

dados disponíveis não suportam a continuação do tratamento com infliximab em doentes pediátricos que não respondem nas primeiras 8 semanas de tratamento (ver secção 5.1).

A segurança e eficácia de infliximab em crianças com colite ulcerosa com idade inferior a 6 anos não foram estudadas. Os dados farmacocinéticos atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2 mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica em crianças com idade inferior a 6 anos.

Psoríase

A segurança e eficácia de infliximab em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos para a indicação de psoríase não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Artrite idiopática juvenil, artrite psoriática e espondilite anquilosante

A segurança e eficácia de infliximab em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos para as indicações artrite idiopática juvenil, artrite psoriática e espondilite anquilosante não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Artrite reumatoide juvenil

A segurança e eficácia de infliximab em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos para a indicação artrite reumatoide juvenil não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis estão descritos nas secções 4.8 e 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Modo de administração

Infliximab deve ser administrado por via intravenosa durante um período de 2 horas. Todos os doentes aos quais se administra infliximab devem ser mantidos sob observação durante, pelo menos, 1-2 horas após a perfusão para despiste de reações agudas relacionadas com a perfusão. Deve estar disponível equipamento de emergência, tais como adrenalina, anti-histamínicos, corticosteroides e ventilação artificial. Os doentes podem ser tratados previamente com, por exemplo um anti-histamínico, hidrocortisona e/ou paracetamol e a taxa de perfusão pode ser diminuída para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão, especialmente se ocorrerem previamente reações relacionadas com a perfusão (ver secção 4.4).

Perfusões mais curtas nas indicações para adultos

Em doentes adultos cuidadosamente selecionados que toleraram, pelo menos, 3 perfusões iniciais de 2 horas de infliximab (fase de indução) e que estão a receber tratamento de manutenção, pode considerar-se a administração das perfusões subsequentes durante um período não inferior a 1 hora. Se ocorrer uma reação à perfusão associada a uma perfusão mais curta, pode ser considerada uma taxa de perfusão mais lenta para futuras perfusões se o tratamento for para continuar. Não foram estudadas perfusões mais curtas com doses > 6 mg/kg (ver secção 4.8).

Consulte as instruções de preparação e administração na secção 6.6.

4.3 Contraindicações

Hipersensibilidade à substância ativa, a outras proteínas murinas ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

Doentes com tuberculose ou outras infecções graves, tais como, sépsis, abcessos, e infecções oportunistas (ver secção 4.4).

Doentes com insuficiência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA) (ver secções 4.4 e 4.8).

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

Rastreabilidade

De modo a melhorar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, o nome e o número de lote do medicamento administrado devem ser registados de forma clara.

Reações da perfusão e hipersensibilidade

Infliximab tem sido associado a reações agudas relacionadas com a perfusão, incluindo choque anafilático e reações de hipersensibilidade tardia (ver secção 4.8).

As reações agudas da perfusão, incluindo reações anafiláticas, podem desenvolver-se durante (em segundos) ou em poucas horas após a perfusão. Caso se observem reações agudas da perfusão, esta deve ser interrompida imediatamente. Equipamento de emergência, como a adrenalina, anti-histamínicos, corticosteroides e ventilação artificial, tem de estar disponível. Os doentes podem ser pré-tratados, por exemplo, com um anti-histamínico, hidrocortisona e/ou paracetamol de modo a prevenir a ocorrência de efeitos ligeiros e transitórios.

Alguns doentes poderão desenvolver anticorpos ao infliximab que têm sido associados a um aumento na frequência de reações relacionadas com a perfusão. Uma pequena proporção de reações à perfusão foram reações alérgicas graves. Observou-se, também, uma associação entre o desenvolvimento de anticorpos ao infliximab e uma duração reduzida da resposta. A administração concomitante de imunomoduladores foi associada a uma incidência mais baixa de anticorpos ao infliximab e uma redução na frequência de reações à perfusão. O efeito da terapêutica imunomoduladora concomitante foi mais profundo nos doentes que receberam tratamento episodicamente do que nos doentes que receberam terapêutica de manutenção. Nos doentes que suspendam imunossupressores antes ou durante o tratamento com infliximab existe um risco maior de desenvolvimento destes anticorpos. Os anticorpos ao infliximab nem sempre podem ser detetados em amostras de soro. Caso ocorram reações graves, deve instituir-se um tratamento sintomático e não devem ser administradas perfusões adicionais de infliximab (ver secção 4.8).

Em estudos clínicos, foram notificadas reações de hipersensibilidade tardia. Os dados disponíveis sugerem um aumento do risco de reações de hipersensibilidade tardia com o aumento do intervalo de tempo decorrido após a última administração de infliximab. Os doentes devem ser aconselhados a consultar imediatamente um médico caso surja alguma reação adversa tardia (ver secção 4.8). Caso o tratamento seja repetido após um período de tempo prolongado, deve proceder-se a uma cuidadosa monitorização dos doentes relativamente aos sinais e sintomas de hipersensibilidade tardia.

Infeções

Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infeções, incluindo a tuberculose, antes, durante e após o tratamento com infliximab. Dado que a eliminação de infliximab pode demorar até seis meses, a monitorização deverá continuar ao longo desse período. Não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab se um doente desenvolver uma infeção grave ou sépsis.

Deve ter-se precaução ao administrar-se infliximab em doentes com infeção crónica ou com antecedentes de infeções recorrentes, incluindo a terapêutica concomitante com medicamentos imunossupressores. Os doentes devem ser devidamente advertidos quanto a potenciais fatores de risco de infeção e evitar a exposição aos mesmos.

O fator de necrose tumoral alfa (TNF_α) é um mediador da inflamação e modula a resposta imunitária celular. Dados experimentais demonstram que o TNF_α é essencial para a resolução das infeções intracelulares. A experiência clínica demonstra que a defesa do hospedeiro contra a infeção encontra-se diminuída em alguns doentes tratados com infliximab.

Saliente-se que a supressão do TNF_α pode mascarar os sintomas de infecção, como por exemplo a febre. O reconhecimento precoce de manifestações clínicas atípicas de infecções graves e manifestação clínica típica de infecções raras e invulgares é determinante para minimizar atrasos no diagnóstico e no tratamento da doença.

Os doentes a receberem antagonistas do TNF são mais suscetíveis a infecções graves.

Foram observadas tuberculose, infecções bacterianas, incluindo sépsis e pneumonia, infecções fúngicas invasivas, virais e outras infecções oportunistas em doentes tratados com infliximab. Algumas destas infecções foram fatais; as infecções oportunistas notificadas mais frequentemente com uma taxa de mortalidade > 5 % incluem a pneumocistose, candidíase, listeriose e aspergilose.

Os doentes que desenvolvam uma infecção nova enquanto se encontram a fazer tratamento com infliximab, devem ser cuidadosamente monitorizados e sujeitos a uma avaliação diagnóstica completa. A administração de infliximab deve ser suspensa se um doente desenvolver uma nova infecção grave ou sépsis e deve ser iniciada uma terapêutica antimicrobiana ou antifúngica apropriada até que a infecção esteja controlada.

Tuberculose

Têm sido notificados casos de tuberculose ativa em doentes a receberem infliximab. Deve ter-se em consideração que na maioria destas notificações a tuberculose foi extrapulmonar, apresentando-se quer como doença local ou disseminada.

Antes de iniciar o tratamento com infliximab, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose, tanto ativa como inativa (“latente”). Esta avaliação deve incluir uma anamnese pormenorizada com antecedentes pessoais de tuberculose ou possíveis contactos prévios com a tuberculose e terapêutica imunossupressora prévia e/ou atual. Devem ser efetuados exames de rastreio adequados (por exemplo teste cutâneo de tuberculina, raio-X torácico e/ou ensaio de libertação de interferão gama), em todos os doentes (poderão ser aplicáveis recomendações locais). Recomenda-se que a realização destes testes seja registada no cartão de alerta do doente. Chama-se a atenção dos prescritores para o risco de poderem surgir resultados falsos negativos no teste cutâneo de tuberculina, especialmente em indivíduos com doença grave ou imunodeprimidos.

No caso de ser diagnosticada tuberculose ativa, não deve ser iniciada a terapêutica com infliximab (ver secção 4.3).

No caso de se suspeitar de tuberculose latente, deverá ser consultado um médico com experiência no tratamento de tuberculose. Deverá ser muito cuidadosamente avaliada a relação benefício/risco da terapêutica com infliximab em todas as situações seguidamente descritas.

Na eventualidade de um diagnóstico de tuberculose inativa (“latente”), deverá ser iniciada terapêutica antituberculose para o tratamento da tuberculose latente antes da instituição da terapêutica com infliximab, e de acordo com as recomendações locais.

No caso de doentes que têm fatores de risco significativos ou em elevado número, para a tuberculose e têm um teste negativo para a tuberculose latente, deverá ser considerada a terapêutica antituberculose antes de se iniciar o tratamento com infliximab.

A administração de terapêutica antituberculose deverá também ser avaliada antes de se iniciar a terapêutica com infliximab em doentes com uma história anterior de tuberculose latente ou ativa e a quem não é possível confirmar um ciclo adequado de tratamento.

Foram notificados alguns casos de tuberculose ativa em doentes tratados com infliximab durante e após tratamento para a tuberculose latente.

Todos os doentes devem ser informados de que devem procurar o aconselhamento médico se surgirem sinais / sintomas sugestivos de tuberculose (por ex: tosse persistente, síndrome consumptiva / perda de peso, febre baixa), durante ou após o tratamento com infliximab.

Infeções fúngicas invasivas

Em doentes tratados com infliximab, se estes desenvolverem uma doença sistémica grave deve-se suspeitar de um infeção fúngica invasiva, tal como aspergilose, candidíase, pneumocistose, histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose, e, na avaliação destes doentes, deve ser consultado na fase inicial um médico com experiência no diagnóstico e no tratamento de infeções fúngicas invasivas.

As infeções fúngicas invasivas podem apresentar-se como doença disseminada em vez de localizada e os testes de抗igenos e anticorpos podem ser negativos em alguns doentes com infeção ativa. Deve ser considerado o tratamento antifúngico empírico adequado durante a fase de diagnóstico, tendo em conta quer o risco de infeção fúngica grave, quer os riscos do tratamento antifúngico.

Os doentes que tenham residido ou viajado para regiões onde as infeções fúngicas invasivas, tais como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose, são endémicas, os benefícios e os riscos do tratamento com infliximab devem ser cuidadosamente considerados antes do início do tratamento com infliximab.

Doença de Crohn com formação de fistulas

Os doentes com doença de Crohn com formação de fistulas que tenham fistulas supurativas agudas não podem iniciar a terapêutica com infliximab até que a eventual fonte da infeção, especificamente abcesso, tenha sido excluída (ver secção 4.3).

Reativação da hepatite B (VHB)

Ocorreu reativação da hepatite B em doentes que receberam um antagonista do TNF, incluindo infliximab, que são portadores crónicos deste vírus. Alguns casos tiveram um desfecho fatal.

Os doentes devem ser testados relativamente à infeção por VHB antes de iniciarem o tratamento com infliximab. Nos doentes que tiverem um teste positivo para o VHB, recomenda-se a consulta com um médico com experiência no tratamento da hepatite B. Os portadores do VHB que necessitam de tratamento com infliximab devem ser cuidadosamente monitorizados para deteção de sinais e sintomas de infeção ativa por VHB durante o tratamento e no período de vários meses após terminar o tratamento. Não estão disponíveis dados adequados do tratamento de doentes que são portadores de VHB com terapêutica antiviral, em conjunto com terapêutica com um antagonista do TNF, para prevenir a reativação do VHB. Em doentes que desenvolvem reativação do VHB, o infliximab deve ser suspenso e deve ser iniciada uma terapêutica antiviral eficaz com tratamento de suporte adequado.

Acontecimentos hepatobiliares

Foram observados durante a experiência pós-comercialização de infliximab, casos de icterícia e hepatite não infecciosa, por vezes com características de hepatite autoimune. Ocorreram casos isolados de falência hepática de que resultaram transplantação hepática ou morte. Devem avaliar-se evidências de lesão hepática nos doentes com sintomas ou sinais de insuficiência hepática. No caso de se verificar icterícia e/ou aumento da ALT ≥ 5 vezes o limite superior do normal, infliximab deverá ser suspenso, devendo efetuar-se uma investigação completa da anormalidade.

Administração concomitante de um inibidor do TNF-alfa e anacinra

Observaram-se infeções graves e neutropenia em estudos clínicos nos quais se administrou anacinra e outro fármaco que inibe o TNF_α, o etanercept, sem que tenha sido observado qualquer benefício clínico adicional comparativamente com o etanercept em monoterapia. Dada a natureza das reações adversas observadas com a utilização concomitante de etanercept e anacinra, poderá também observar-se

uma toxicidade semelhante caso seja administrada a combinação de anacinra e outros antagonistas do TNF α . Assim, não se recomenda a associação de infliximab e anacinra.

Administração concomitante de um inibidor do TNF-alfa e abatacept

Em estudos clínicos, a administração concomitante de antagonistas do TNF e abatacept tem sido associada a um aumento do risco de infeções, incluindo infeções graves, comparativamente à administração de antagonistas do TNF em monoterapia, sem aumento do benefício clínico. A associação de infliximab e abatacept não é recomendada.

Administração concomitante com outras terapêuticas biológicas

Existe informação insuficiente sobre a utilização concomitante de infliximab com outras terapêuticas biológicas usadas no tratamento das mesmas situações que infliximab. A utilização concomitante de infliximab com estes biológicos não é recomendada devido à possibilidade de aumento do risco de infeções e outras potenciais interações farmacológicas.

Mudança entre DMARDs biológicos

Deve ter-se precaução e os doentes devem continuar a ser monitorizados quando se muda de um medicamento biológico para outro, uma vez que a sobreposição da atividade dos medicamentos biológicos pode aumentar o risco de reações adversas, incluindo infeção.

Vacinação

Recomenda-se, se possível, que os doentes tenham todas as vacinas em dia de acordo com as normas orientadoras atuais antes do início do tratamento com Remsima. Os doentes em tratamento com infliximab poderão receber vacinas concomitantemente, exceto vacinas vivas (ver secções 4.5 e 4.6).

Num subgrupo de 90 doentes adultos com artrite reumatoide do estudo ASPIRE uma proporção semelhante de doentes de cada grupo de tratamento (metotrexato com: placebo [n = 17], 3 mg/kg [n = 27] ou 6 mg/kg de infliximab [n = 46]) mostrou um aumento efetivo de duas vezes nos títulos de uma vacina pneumocócica polivalente, o que indica que o infliximab não interferiu com a resposta imune humoral independente das células T. No entanto, estudos publicados na literatura para várias indicações (ex. artrite reumatoide, psoríase, doença de Crohn) sugerem que vacinas não-vivas administradas durante o tratamento com antagonistas do TNF, incluindo infliximab, podem provocar uma resposta imune mais baixa do que em doentes que não estão a receber terapêutica com antagonistas do TNF.

Vacinas vivas/agentes terapêuticos infecciosos

Nos doentes que recebem terapêutica com antagonistas do TNF, os disponíveis sobre a resposta à vacinação com vacinas vivas ou sobre a transmissão secundária de infeção através das vacinas vivas são limitados. O uso de vacinas vivas pode resultar numa infeção clínica, incluindo infeção disseminada. A administração concomitante de vacinas vivas com infliximab não é recomendada.

Exposição de lactentes *in utero*

Foram notificados casos fatais devido a infeção por Bacilo Calmette-Guérin (BCG) disseminada, no seguimento da administração da vacina BCG após o nascimento, em lactentes expostos a infliximab *in utero*. É recomendado um período mínimo de doze meses de espera após o nascimento antes da administração de vacinas vivas a lactentes com exposição *in utero* a infliximab. Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente (ver secção 4.6).

Exposição de lactentes através do leite materno

Não se recomenda a administração de uma vacina viva a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis (ver secção 4.6).

Agentes terapêuticos infecciosos

O uso de outros agentes terapêuticos infecciosos como bactérias vivas atenuadas (p. ex. instilação de BCG na bexiga para o tratamento de cancro) pode resultar numa infeção clínica, incluindo infeção disseminada. Recomenda-se que não sejam administrados concomitantemente agentes terapêuticos infecciosos com infliximab.

Processos autoimunes

O défice relativo em TNF α , causado pela terapêutica com antagonistas do TNF pode provocar o desenvolvimento de um processo autoimune. Não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome do tipo lúpus, após o tratamento com infliximab, e de ser positiva a pesquisa de anticorpos contra o ADN de cadeia dupla (ver secção 4.8).

Acontecimentos neurológicos

A utilização de antagonistas do TNF, incluindo infliximab, tem sido associada a novos casos de aparecimento ou exacerbação dos sintomas clínicos e/ou evidência radiográfica de doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, incluindo esclerose múltipla, e doenças desmielinizantes periféricas, incluindo síndrome de Guillain-Barré. Em doentes com perturbações desmielinizantes pré-existentes ou com início recente, os benefícios e riscos do tratamento com antagonistas do TNF devem ser cuidadosamente ponderados antes do início da terapêutica com infliximab. A suspensão do tratamento com infliximab deve ser considerada se se desenvolverem estas perturbações.

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

Na parte controlada dos estudos clínicos dos antagonistas do TNF foram observados mais casos de neoplasias malignas, incluindo linfoma, entre os doentes que receberam um antagonista do TNF comparativamente com os doentes do grupo de controlo. Durante os estudos clínicos de infliximab em todas as indicações terapêuticas aprovadas a incidência de linfoma nos doentes tratados com infliximab foi superior à esperada na população em geral, mas a ocorrência de linfoma foi rara. No período pós-comercialização, foram notificados casos de leucemia em doentes tratados com um antagonista do TNF. Existe um risco basal acrescido de linfoma e leucemia em doentes com artrite reumatoide, nos quais a doença inflamatória é de longo curso e muito ativa, o que dificulta a estimativa do risco.

Num estudo clínico exploratório realizado para avaliar o uso de infliximab em doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO) moderada a grave, foram reportadas mais neoplasias malignas no grupo de doentes tratados com infliximab do que no grupo de doentes de controlo. Todos os doentes tinham antecedentes de tabagismo intenso. Deverão ser tomadas precauções quando for considerado o tratamento de doentes com risco aumentado de doença maligna devido a tabagismo intenso.

Com base no conhecimento atual, o risco de desenvolvimento de linfomas ou de outras neoplasias malignas em doentes que recebam tratamento com antagonistas do TNF não pode ser excluído (ver secção 4.8). Devem ser tomadas precauções quando for considerado o tratamento com antagonistas do TNF em doentes com uma história clínica de neoplasias malignas ou quando for considerado manter o tratamento em doentes que desenvolvam uma doença maligna.

Deve ser tida precaução nos doentes com psoriase e antecedentes de terapêutica imunossupressora extensa ou tratamento por PUVA prolongado.

No período pós-comercialização foram notificados casos de neoplasias malignas, algumas fatais, em crianças, adolescentes e adultos jovens (até 22 anos de idade) tratados com antagonistas do TNF (início da terapêutica ≤ 18 anos de idade), incluindo infliximab. Aproximadamente metade dos casos foram linfomas. Os outros casos representaram uma variedade de diferentes neoplasias malignas e incluíram neoplasias malignas raras, habitualmente associadas com imunossupressão. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de neoplasias malignas em doentes tratados com antagonistas do TNF.

Após a comercialização, foram notificados casos de linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL) em doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Este tipo raro de linfoma de linfócitos T tem uma progressão muito agressiva e geralmente fatal. Quase todos os doentes tinham recebido tratamento com AZA e 6-MP concomitantemente ou imediatamente antes do antagonista do TNF. A grande maioria dos casos com infliximab ocorreram em doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa e a maior parte foi notificada em adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino. O risco potencial da combinação entre AZA ou 6-MP e infliximab deve ser cuidadosamente considerado. O risco de desenvolvimento de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes que recebam tratamento com infliximab não pode ser excluído (ver secção 4.8).

Foram notificados melanoma e carcinoma de células Merkel em doentes tratados com terapêutica bloqueadora do TNF, incluindo infliximab (ver secção 4.8). É recomendado o exame periódico da pele, particularmente em doentes com fatores de risco para cancro da pele.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional com dados do registo nacional de saúde Sueco demonstrou um aumento na incidência de cancro do colo do útero em mulheres com artrite reumatoide tratadas com infliximab em comparação com as doentes que não tinham sido tratadas com quaisquer agentes biológicos ou a população em geral, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade. Deve ser mantido o rastreio periódico em mulheres tratadas com infliximab, incluindo as mulheres com mais de 60 anos de idade.

Todos os doentes com colite ulcerosa em risco aumentado de displasia ou carcinoma do cólon (por ex., doentes com colite ulcerosa de duração prolongada ou colangite esclerosante primária), ou doentes que têm antecedentes de displasia ou carcinoma do cólon devem ser rastreados a intervalos regulares quanto à existência de displasia antes da terapêutica e ao longo da evolução da sua doença. Esta avaliação deve incluir colonoscopia e biopsias, de acordo com as recomendações locais. Os dados atuais não indicam que o tratamento com infliximab influencia o risco de desenvolvimento de displasia ou carcinoma do cólon.

Uma vez que não foi estabelecida a possibilidade de um aumento do risco de desenvolvimento de cancro em doentes com displasia recentemente diagnosticada e tratados com infliximab, o risco e os benefícios da terapêutica continuada devem ser cuidadosamente ponderados pelo médico para cada doente.

Insuficiência cardíaca

Infliximab deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira (classes I/II da NYHA). Os doentes deverão ser cuidadosamente monitorizados e o tratamento com infliximab deve ser interrompido caso os doentes desenvolvam novos sintomas ou apresentem agravamento dos sintomas de insuficiência cardíaca (ver secções 4.3 e 4.8).

Reações hematológicas

Têm sido notificados casos de pancitopenia, leucopenia, neutropenia e trombocitopenia em doentes a receberem antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Todos os doentes devem ser aconselhados a procurarem o médico imediatamente se desenvolverem sinais e sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas (p. ex. febre persistente, contusão, hemorragia, palidez). A suspensão do tratamento com infliximab deve ser considerada em doentes com anomalias hematológicas significativas confirmadas.

Outros

A experiência da segurança do tratamento com infliximab em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, incluindo artroplastia, é limitada. A longa semivida de infliximab deve ser tida em consideração na eventualidade de estar a ser planeada uma intervenção cirúrgica. Um doente que necessite de ser submetido a cirurgia enquanto estiver a receber tratamento com infliximab, deve ser cuidadosamente monitorizado relativamente a infecções e devem ser tomadas as medidas apropriadas.

A falha na resposta ao tratamento da doença de Crohn pode indicar a presença de estenose fibrótica estabelecida, a qual pode requerer tratamento cirúrgico. Não há evidência que sugira que infliximab agrava ou provoca estenoses fibróticas.

Populações especiais

Idosos

A incidência de infecções graves em doentes com idade igual e superior a 65 anos tratados com infliximab foi maior do que em doentes com idade inferior a 65 anos, sendo que algumas destas foram fatais. Deve ser tomada especial atenção relativamente ao risco de infecção durante o tratamento no idoso (ver secção 4.8).

População pediátrica

Infeções

Em estudos clínicos, os casos de infecções foram notificados numa maior proporção de doentes pediátricos em comparação com doentes adultos (ver secção 4.8).

Vacinações

Antes de iniciar o tratamento com infliximab, recomenda-se que os doentes pediátricos tenham, se possível, todas as vacinas em dia de acordo com as normas orientadoras atuais de vacinação. Os doentes pediátricos em tratamento com infliximab poderão receber vacinas concomitantemente, exceto vacinas vivas (ver secções 4.5 e 4.6).

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

No período pós-comercialização, foram notificados casos de neoplasias malignas, algumas fatais, em crianças, adolescentes e adultos jovens (até 22 anos de idade) tratados com antagonistas do TNF (início da terapêutica ≤ 18 anos de idade), incluindo infliximab. Aproximadamente metade dos casos foram linfomas. Os outros casos representaram uma variedade de diferentes neoplasias malignas e incluíram neoplasias malignas raras habitualmente associadas a imunossupressão. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de doenças malignas em crianças e adolescentes tratados com antagonistas do TNF.

Após a comercialização, foram notificados casos de linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL) em doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Este tipo raro de linfoma de células T tem um curso de doença muito agressivo e é geralmente fatal. Quase todos os doentes tinham recebido tratamento com AZA e 6-MP concomitantemente ou imediatamente antes do antagonista do TNF. A grande maioria dos casos com infliximab ocorreram em doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa e a maior parte foi notificada em adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino. O risco potencial da combinação de AZA ou 6-MP e infliximab deve ser cuidadosamente avaliado. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes que recebam tratamento com infliximab (ver secção 4.8).

Excipiente(s) com efeito conhecido

Conteúdo em sódio

Remsima contém menos do que 1 mmol de sódio (23 mg) por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio”. No entanto, Remsima é diluído numa solução para perfusão de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%). Deve ser tido em consideração para doentes em dieta controlada de sódio (ver secção 6.6).

Polissorbato 80

Este medicamento contém 0,5 mg de polissorbato 80 em cada frasco para injetáveis que é equivalente a 0,05 mg/ml. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Não foram realizados estudos de interação.

Em doentes com artrite reumatoide, artrite psoriática e doença de Crohn, há evidência de redução da formação de anticorpos contra o infliximab e aumento das concentrações plasmáticas de infliximab quando Remsima foi administrado concomitantemente com metotrexato e outros imunomoduladores. Contudo, os resultados são incertos devido a limitações dos métodos utilizados nas análises de infliximab e anticorpos contra o infliximab no soro.

Os corticosteroides não parecem afetar a farmacocinética do infliximab de forma clinicamente relevante.

Não se recomenda a associação de infliximab com outras terapêuticas biológicas usadas no tratamento das mesmas situações que infliximab, incluindo anacinra e abatacept (ver secção 4.4).

Recomenda-se que não se administrem vacinas vivas concomitantemente com infliximab. É também recomendado que não sejam administradas vacinas vivas a lactentes após a exposição *in utero* a infliximab, pelo menos durante 12 meses após o nascimento. Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente (ver secção 4.4).

Não se recomenda a administração de uma vacina viva a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis (ver secções 4.4 e 4.6).

Recomenda-se que não sejam administrados concomitantemente agentes terapêuticos infecciosos com infliximab (ver secção 4.4).

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Mulheres com potencial para engravidar

As mulheres em idade fértil devem considerar a utilização de métodos contraceptivos adequados de modo a prevenirem a gravidez, e continuar a utilizá-los durante, pelo menos, 6 meses após o último tratamento com infliximab.

Gravidez

O número moderado de gravidezes expostas ao infliximab, recolhidas prospectivamente, resultando em nados-vivos com resultados conhecidos, incluindo cerca de 1.100 expostas durante o primeiro trimestre, não indica um aumento na taxa de malformações no recém-nascido.

Com base num estudo observacional do na Europa do Norte, foi observado um risco aumentado (OR, 95% IC; valor-p) para cesariana (1,50; 1,14-1,96; p = 0,0032), nascimento pré-termo (1,48; 1,05-2,09; p = 0,024), pequeno para a idade gestacional (2,79; 1,54-5,04; p = 0,0007), e baixo peso ao nascer (2,03; 1,41-2,94; p = 0,0002) em mulheres expostas ao infliximab durante a gravidez (com ou sem imunomodeladores/corticosteroides, em 270 gravidezes) em comparação com mulheres expostas apenas aos imunomodeladores e/ou corticosteroides (6.460 gravidezes). A potencial contribuição da exposição ao infliximab e/ou da gravidez da doença subjacente não é clara nestes resultados.

Devido à inibição do TNF α , existe a possibilidade de que o infliximab administrado durante a gravidez, possa afetar as respostas imunes normais no recém-nascido. Num estudo de toxicidade no desenvolvimento efetuado no morganho com um anticorpo análogo que inibe seletivamente a atividade funcional do TNF α do morganho, não se observou qualquer evidência de toxicidade materna, embriotoxicidade ou teratogenicidade (ver secção 5.3).

A experiência clínica disponível é limitada. Infliximab deve apenas ser utilizado na gravidez se claramente necessário.

Infliximab atravessa a placenta e foi detetado no soro de lactentes até 12 meses após o nascimento. Após a exposição *in utero* a infliximab, os lactentes poderão ter um risco aumentado de infecção, incluindo infecção disseminada grave que poderá tornar-se fatal. A administração de vacinas vivas (p. ex. vacina BCG) a lactentes expostas ao infliximab *in utero* não é recomendada pelo menos durante os 12 meses após o nascimento (ver secções 4.4 e 4.5). Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente. Foram também notificados casos de agranulocitose (ver secção 4.8).

Amamentação

Dados limitados da literatura publicada indicam que o infliximab foi detetado em níveis baixos no leite materno em concentrações até 5% do nível serológico materno. . Também foi detetado infliximab em soro de lactentes após exposição a infliximab através do leite materno. Espera-se que a exposição sistémica ao infliximab de um lactente amamentado seja baixa uma vez que o infliximab é amplamente degradado no trato gastrointestinal. No entanto, não se recomenda a administração de vacinas vivas a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis. Pode considerar-se a utilização de infliximab durante a amamentação.

Fertilidade

Os dados pré-clínicos são insuficientes para tirar conclusões sobre os efeitos do infliximab sobre a fertilidade e sobre a função reprodutora, em geral (ver secção 5.3).

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

Os possíveis efeitos de Remsima sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são reduzidos. Poderão ocorrer tonturas após a administração de infliximab (ver secção 4.8).

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

A infecção do trato respiratório superior foi a reação adversa ao medicamento (RAM) notificada com maior frequência em ensaios clínicos, ocorrendo em 25,3 % dos doentes tratados com infliximab em comparação com 16,5 % dos doentes do grupo de controlo. As RAMs mais graves associadas à utilização de antagonistas do TNF que têm sido notificadas para o infliximab incluem a reativação do VHB, ICC (insuficiência cardíaca congestiva), infecções graves (incluindo sépsis, infecções oportunistas e tuberculose), doença do soro (reações de hipersensibilidade tardia), reações hematológicas, lúpus eritematoso sistémico/síndrome semelhante ao lúpus, doenças desmielinizantes, acontecimentos

hepatobiliares, linfoma, HSTCL, leucemia, carcinoma de células Merckel, melanoma, neoplasias malignas pediátricas, sarcoidose/reAÇÃO tipo sarcoide, abcesso intestinal ou perianal (na doença de Crohn) e reAções graves à perfusão (ver secção 4.4).

Lista tabelada de ReAções adversas

A Tabela 1 lista as RAMs baseadas na experiência dos estudos clínicos, bem como as reAções adversas, algumas fatais, notificadas durante a experiência pós-comercialização. Dentro das classes de sistemas de órgãos, as reAções adversas encontram-se divididas pelas seguintes categorias de frequência: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raros ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muito raros ($< 1/10.000$), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência.

Tabela 1
ReAções adversas nos estudos clínicos e durante a experiência pós-comercialização

<i>Infeções e infestações</i>	
Muito frequentes:	Infeção viral (p. ex., gripe, infeção por vírus do herpes, COVID-19*).
Frequentes:	Infeções bacterianas (p. ex., sépsis, celulite, abcesso). Tuberculose, infeções fúngicas (p. ex., candidíase, onicomicose).
Pouco frequentes:	Tuberculose, infeções fúngicas (p. ex., candidíase, onicomicose).
Raros:	Meningite, infeções oportunistas (tais como infeções fúngicas invasivas [pneumocistose, histoplasmose, aspergilose, coccidioidomicose, criptococose, blastomicose], infeções bacterianas [micobacteriose atípica, listeriose, salmonelose] e infeções virais [citomegalovírus]), infeções parasitárias, reativação da hepatite B.
Desconhecido:	Infeção ligada à vacina (após exposição a infliximab <i>in utero</i> **).
<i>Neoplasias benignas malignas e não especificadas (incluindo quistos e polipos)</i>	
Raros:	Linfoma, linfoma não-Hodgkin, doença de Hodgkin, leucemia, melanoma, cancro do colo do útero.
Desconhecido:	Linfoma hepatoesplénico de células T (primariamente em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino com doença de Crohn e colite ulcerosa), carcinoma de células Merkel, Sarcoma de Kaposi..
<i>Doenças do sangue e do sistema linfático</i>	
Frequentes:	Neutropenia, leucopenia, anemia, linfadenopatia.
Pouco frequentes:	Trombocitopenia, linfopenia, linfocitose.
Raros:	Agranulocitose (incluindo em lactentes expostos a infliximab <i>in utero</i>), púrpura trombocitopénica trombótica, pancitopenia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática.
<i>Doenças do sistema imunitário</i>	
Frequentes:	Sintoma respiratório alérgico.
Pouco frequentes:	Reação anafilática, síndrome semelhante ao lúpus, doença do soro ou reação semelhante à doença do soro.
Raros:	Choque anafilático, vasculite, reação do tipo sarcoide.
<i>Doenças do metabolismo e da nutrição</i>	
Pouco frequentes:	Dislipidemia.
<i>Perturbações do foro psiquiátrico</i>	

Frequentes:	Depressão, insónia.
Pouco frequentes:	Amnésia, agitação, confusão, sonolência, nervosismo.
Raros:	Apatia.
<i>Doenças do sistema nervoso</i>	
Muito frequentes:	Cefaleias.
Frequentes:	Vertigens, tonturas, hipostesia, parestesia.
Pouco frequentes:	Convulsão, neuropatia
Raros:	Mielite transversa, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central (doença semelhante a esclerose múltipla e nevrite ótica), doenças desmielinizantes periféricas (tal como síndrome de Guillain-Barré, polineuropatia inflamatória crónica desmielinizante e neuropatia motora multifocal).
Desconhecido	Acidentes vasculares cerebrais em associação temporal próxima com a perfusão.
<i>Afeções oculares</i>	
Frequentes:	Conjuntivite.
Pouco frequentes:	Queratite, edema peri-orbital, hordéolo.
Raros:	Endoftalmite.
Desconhecido:	Perda transitória de visão que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão.
<i>Cardiopatias</i>	
Frequentes:	Taquicardia, palpitação.
Pouco frequentes:	Insuficiência cardíaca (aparecimento ou agravamento), arritmia, síncope, bradicardia.
Raros:	Cianose, derrame pericárdico.
Desconhecido:	Isquemia do miocárdio/enfarte do miocárdio.
<i>Vasculopatias</i>	
Frequentes:	Hipotensão, hipertensão, equimose, afrontamentos, rubor.
Pouco frequentes:	Isquemia periférica, tromboflebite, hematoma.
Raros:	Falência circulatória, petéquias, vasospasmo.
<i>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</i>	
Muito frequentes:	Infeção do aparelho respiratório superior, sinusite.
Frequentes:	Infeção do aparelho respiratório inferior (ex.: bronquite, pneumonia), dispneia, epistaxis.
Pouco frequentes:	Edema pulmonar, broncospasmo, pleurisia, derrame pleural.
Raros:	Doença pulmonar intersticial (incluindo doença de progressão rápida, fibrose pulmonar e pneumonite).
<i>Doenças gastrointestinais</i>	
Muito frequentes:	Dor abdominal, náuseas.
Frequentes:	Hemorragia gastrointestinal, diarreia, dispepsia, refluxo gastro-esofágico, obstipação.
Pouco frequentes:	Perfuração intestinal, estenose intestinal, diverticulite, pancreatite, queilite.
<i>Afeções hepatobiliares</i>	
Frequentes:	Função hepática anormal, aumento das transaminases.
Pouco frequentes:	Hepatite, lesão hepatocelular, colecistite.
Raros:	Hepatite autoimune, icterícia.
Desconhecido:	Falência hepática.

<i>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos</i>	
Frequentes:	Aparecimento ou agravamento de psoríase, incluindo psoríase pustulosa (principalmente palmar e plantar), urticária, erupção cutânea, prurido, hiperidrose, pele seca, dermatite fúngica, eczema, alopecia.
Pouco frequentes:	Erupção bolhosa, seborreia, rosácea, papiloma da pele, hiperqueratose, pigmentação anormal da pele.
Raros:	Necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, furunculose, dermatose bolhosa IgA linear (DBAL), pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA), reações liquenoides.
Desconhecido:	Agravamento dos sintomas de dermatomiosite.
<i>Afeções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos</i>	
Frequentes:	Artralgias, mialgias, lombalgia.
<i>Doenças renais e urinárias</i>	
Frequentes:	Infeção do trato urinário.
Pouco Frequentes:	Pielonefrite.
<i>Doenças dos órgãos genitais e da mama</i>	
Pouco frequentes:	Vaginite.
<i>Perturbações gerais e alterações no local de administração</i>	
Muito frequentes:	Reação relacionada com a perfusão, dor.
Frequentes:	Dor torácica, fadiga, febre, reação no local da injeção, arrepios, edema.
Pouco frequentes:	Dificuldade de cicatrização.
Raros:	Lesão granulomatosa.
<i>Exames complementares de diagnóstico</i>	
Pouco frequentes:	Auto-anticorpo positivo, peso aumentado ¹ .
Raros:	Fator do complemento anormal.

* Observou-se COVID-19 com Remsima administrado por via SC

**incluindo tuberculose bovina (infeção BCG disseminada), ver secção 4.4

¹ Em ensaios clínicos em adultos, em todas as indicações terapêuticas, ao mês 12 do período controlado, o aumento mediano de peso foi 3,50 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo. O aumento mediano de peso para indicações da doença intestinal inflamatória foi 4,14 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo e o aumento mediano de peso para as indicações de reumatologia foi 3,40 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo.

Descrição de reações adversas selecionadas

Reações relacionadas com a perfusão

Uma reação relacionada com a perfusão foi definida, nos estudos clínicos, como qualquer acontecimento adverso que ocorresse durante uma perfusão ou dentro de 1 hora após uma perfusão. Nos estudos clínicos de fase III, 18 % dos doentes tratados com infliximab em comparação com 5 % dos doentes que receberam placebo apresentaram uma reação relacionada com a perfusão. Em geral, uma maior proporção de doentes que estava a receber infliximab em monoterapia tiveram uma reação relacionada com a perfusão em comparação com os doentes que estavam a receber concomitantemente infliximab com imunomoduladores. Aproximadamente 3 % dos doentes suspenderam o tratamento devido a reações relacionadas com a perfusão e todos os doentes recuperaram, com ou sem terapêutica médica. Dos doentes tratados com infliximab que tiveram uma reação à perfusão durante o período de indução, na semana 6, 27 % tiveram uma reação à perfusão durante o período de manutenção, da semana 7 à semana 54. Dos doentes que não tiveram uma reação à perfusão durante o período de indução, 9 % tiveram uma reação à perfusão durante o período de manutenção.

Num estudo clínico em doentes com artrite reumatoide (ASPIRE), as perfusões destinavam-se a ser administradas ao longo de 2 horas para as 3 primeiras perfusões. A duração das perfusões subsequentes poderia ser reduzida para não menos de 40 minutos em doentes que não tivessem tido reações graves à perfusão. Neste ensaio, sessenta e seis por cento dos doentes (686 de 1.040)

receberam pelo menos uma perfusão mais curta de 90 minutos ou menos e 44 % dos doentes (454 de 1.040) receberam pelo menos uma perfusão mais curta de 60 minutos ou menos. Dos doentes tratados com infliximab que receberam pelo menos uma perfusão mais curta, as reações relacionadas com a perfusão ocorreram em 15 % dos doentes e as reações graves relacionadas com a perfusão ocorreram em 0,4 % dos doentes.

Num estudo clínico de doentes com doença de Crohn (SONIC) ocorreram reações relacionadas com a perfusão em 16,6 % (27/163) dos doentes que receberam infliximab em monoterapia, em 5 % (9/179) dos doentes que receberam infliximab em associação com AZA e em 5,6 % (9/161) dos doentes que receberam AZA em monoterapia. Ocorreu um reação grave à perfusão (< 1 %) num doente a fazer infliximab em monoterapia.

Na experiência pós-comercialização, foram associados à administração de infliximab casos de reações de tipo anafilático, incluindo edema da laringe/faringe e broncospasmo grave, e convulsão (ver secção 4.4). Foram notificados casos de perda transitória de visão durante ou nas 2 horas após a perfusão de infliximab. Foram também notificados acontecimentos (alguns fatais) de isquemia/enfarte do miocárdio e arritmia, alguns com associação temporal próxima da perfusão de infliximab; foram também notificados acidentes vasculares cerebrais em associação temporal próxima da perfusão de infliximab.

Reações à perfusão após readministração de infliximab

Um estudo clínico em doentes com psoríase moderada a grave foi desenhado para avaliar a eficácia e a segurança da terapêutica de manutenção a longo prazo *versus* repetição do tratamento com um regime de indução de infliximab (máximo de 4 perfusões, na semanas 0, 2, 6 e 14) após ativação da doença. Os doentes não receberam qualquer terapêutica imunossupressora concomitante. No braço de repetição do tratamento, 4 % (8/219) dos doentes tiveram reações à perfusão graves *versus* < 1 % (1/222) na terapêutica de manutenção. A maioria das reações à perfusão graves ocorreu durante a segunda perfusão na semana 2. O intervalo entre a última dose de manutenção e a primeira dose de reindução variou entre 35-231 dias. Os sintomas incluíram, mas não só, dispneia, urticária, edema facial e hipotensão. Em todos os casos, o tratamento com infliximab foi interrompido e/ou instituído outro tratamento com completa resolução dos sinais e sintomas.

Hipersensibilidade tardia

Em estudos clínicos, as reações de hipersensibilidade tardia foram pouco frequentes e ocorreram após um intervalo de menos de 1 ano sem administração de infliximab. Nos estudos em doentes com psoríase, as reações de hipersensibilidade tardia ocorreram mais cedo no decurso do tratamento. Os sinais e os sintomas incluíram mialgias e/ou artralgias com febre e/ou erupção cutânea, tendo alguns doentes sofrido de prurido, edema facial, da mão ou do lábio, disfagia, urticária, dor de garganta e cefaleias.

Existem dados insuficientes sobre a incidência de reações de hipersensibilidade tardia após intervalos sem administração de infliximab superiores a 1 ano, mas os dados limitados dos estudos clínicos sugerem um aumento do risco de hipersensibilidade tardia com o aumento do intervalo sem administração de infliximab (ver secção 4.4).

Num estudo clínico com a duração de 1 ano, no qual se administraram perfusões repetidas em doentes com doença de Crohn (estudo ACCENT I), a incidência de reações semelhantes à doença do soro foi de 2,4 %.

Imunogenicidade

Os doentes que desenvolveram anticorpos contra o infliximab apresentaram uma maior probabilidade (aproximadamente 2-3 vezes) de desenvolverem reações relacionadas com a perfusão. A utilização de agentes imunossupressores concomitantes parece reduzir a frequência de reações relacionadas com a perfusão.

Em estudos clínicos utilizando doses únicas e múltiplas de 1 a 20 mg/kg de infliximab, foram detetados anticorpos contra o infliximab em 14 % dos doentes com qualquer terapia imunossupressora, e em 24 % dos doentes sem terapia imunossupressora. Em doentes com artrite reumatoide que receberam tratamento repetido com os regimes posológicos recomendados com metotrexato, 8 % dos doentes desenvolveram anticorpos contra o infliximab. Em doentes com artrite psoriática que receberam 5 mg/kg, com ou sem metotrexato, 15 % do total desenvolveram anticorpos (os anticorpos ocorreram em 4 % dos doentes a receberem metotrexato e em 26 % dos doentes que não estavam a receber metotrexato de base). Em doentes com doença de Crohn que receberam tratamento de manutenção, de uma forma geral, foram produzidos anticorpos contra o infliximab em 3,3 % dos doentes tratados com imunossupressores e em 13,3 % dos doentes não tratados com imunossupressores. A incidência de anticorpos foi 2-3 vezes mais elevada em doentes que receberam tratamento episodicamente. Devido às limitações metodológicas, uma análise negativa não excluiu a presença de anticorpos contra o infliximab. Alguns doentes que desenvolveram títulos elevados de anticorpos contra o infliximab evidenciaram eficácia reduzida. Em doentes com psoriase tratados com infliximab em regime de manutenção, na ausência de imunomoduladores concomitantes, aproximadamente 28 % desenvolveram anticorpos contra o infliximab (ver secção 4.4: “Reações de perfusão e hipersensibilidade”).

Infecções

Foram observadas em doentes a receber infliximab tuberculose, infecções bacterianas, incluindo sépsis e pneumonia, infecções fúngicas invasivas, virais e outras infecções oportunistas. Algumas destas infecções foram fatais; as infecções oportunistas notificadas mais frequentemente com uma taxa de mortalidade > 5 % incluem a pneumocistose, candidíase, listeriose e aspergilose (ver secção 4.4).

Nos estudos clínicos, 36 % dos doentes tratados com infliximab receberam tratamento para infecções, comparativamente com 25 % dos doentes que receberam placebo.

Em estudos clínicos na artrite reumatoide, a incidência de infecções graves, incluindo pneumonia, foi superior nos doentes tratados com infliximab mais metotrexato comparativamente com os doentes tratados só com metotrexato, especialmente em doses de 6 mg/kg ou superiores (ver secção 4.4).

Em notificações espontâneas no período de pós-comercialização, as infecções constituem a reação adversa grave mais frequente. Alguns dos casos notificados foram fatais. Cerca de 50 % dos casos fatais notificados foram associados a infecção. Foram notificados casos de tuberculose, algumas vezes fatal, incluindo tuberculose miliar e tuberculose com localização extrapulmonar (ver secção 4.4).

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

Em estudos clínicos com infliximab, nos quais 5.780 doentes receberam tratamento, representando 5.494 doentes-ano, detetaram-se 5 casos de linfomas e 26 de outras neoplasias malignas, excluindo linfomas, comparativamente com a ausência de linfomas e 1 caso de doença maligna, excluindo linfomas, nos 1.600 doentes que receberam placebo, representando 941 doentes-ano.

No seguimento de longo prazo sobre segurança, efetuado no âmbito dos ensaios clínicos com infliximab até 5 anos, representando 6.234 doentes-ano (3.210 doentes), foram notificados 5 casos de linfoma e 38 casos de neoplasias malignas, excluindo linfomas.

Foram igualmente notificados casos de neoplasias malignas, incluindo linfoma, no período pós-comercialização (ver secção 4.4).

Num estudo clínico exploratório envolvendo doentes com DPOC moderada a grave que eram na altura do ensaio fumadores ou ex-fumadores, 157 doentes adultos foram tratados com infliximab com doses similares às administradas na artrite reumatoide e na doença de Crohn. Nove destes doentes desenvolveram neoplasias malignas, incluindo 1 linfoma. A duração mediana do seguimento foi de 0,8 anos (incidência de 5,7 % [IC 95 % 2,65 %-10,6 %]). Foi notificada uma doença maligna entre 77 doentes de controlo (duração mediana do seguimento 0,8 anos; incidência 1,3 %

[IC 95 % 0,03 %-7,0 %]). A maioria das neoplasias malignas desenvolveram-se no pulmão ou cabeça e pescoço.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional demonstrou um aumento na incidência de cancro do colo do útero, em mulheres com artrite reumatoide tratadas com infliximab, em comparação com as doentes que não tinham sido tratadas com quaisquer agentes biológicos ou a população em geral, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade (ver secção 4.4).

Além disso, foram notificados em fase de pós-comercialização casos de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes tratados com infliximab, na grande maioria dos casos em doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa, a maior parte dos quais eram adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino (ver secção 4.4).

Insuficiência cardíaca

Num estudo de Fase II realizado com o objetivo de avaliar infliximab na ICC, observou-se uma maior incidência de mortalidade devido a um agravamento da insuficiência cardíaca em doentes tratados com infliximab, especialmente nos doentes que receberam a dose elevada de 10 mg/kg (i. e., duas vezes a dose máxima aprovada). Neste estudo, 150 doentes com ICC de classe III/IV da NYHA (fração de ejeção ventricular esquerda $\leq 35\%$) receberam 3 perfusões de infliximab a 5 mg/kg, 10 mg/kg, ou placebo durante 6 semanas. Às 38 semanas, 9 de 101 doentes que receberam infliximab (2 a 5 mg/kg e 7 a 10 mg/kg) morreram, comparativamente com uma morte observada entre os 49 doentes que receberam placebo.

Durante a experiência pós-comercialização foram notificados casos de agravamento da insuficiência cardíaca, com e sem fatores identificáveis de precipitação, em doentes tratados com infliximab. Após a comercialização foi também notificado o aparecimento de insuficiência cardíaca, incluindo insuficiência cardíaca em doentes sem antecedentes de doença cardiovascular. Alguns destes doentes tinham menos de 50 anos de idade.

Acontecimentos hepatobiliares

Em estudos clínicos, observaram-se subidas ligeiras ou moderadas de ALT e AST em doentes que receberam infliximab, sem progressão para lesão hepática grave. Foram observadas subidas de $ALT \geq 5 \times$ Limite Superior do Normal (LSN) (ver tabela 2). Foram observadas subidas das aminotransferases (ALT mais frequentemente do que AST) numa proporção superior de doentes que receberam infliximab do que nos grupos de controlo, tanto quando o infliximab foi administrado em monoterapia, como quando foi administrado em associação com outros agentes imunossupressores. A maior parte dos valores anormais das aminotransferases foram transitórios; contudo, observaram-se subidas mais prolongadas num pequeno número de doentes. Em geral, os doentes que tiveram subidas dos valores da ALT e AST foram assintomáticos, e os valores diminuíram ou normalizaram com a continuação ou a suspensão de infliximab, ou modificação da terapêutica concomitante. Nos relatórios de farmacovigilância pós-comercialização foram notificados em doentes que recebiam infliximab casos de icterícia e hepatite, por vezes com características de hepatite autoimune (ver secção 4.4).

Tabela 2
Proporção de doentes com atividade da ALT aumentada em estudos clínicos

Indicação	Número de doentes ³		Mediana de seguimento (semanas) ⁴		$\geq 3 \times \text{LSN}$		$\geq 5 \times \text{LSN}$	
	placebo	infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab
Artrite reumatoide ¹	375	1087	58,1	58,3	3,2 %	3,9 %	0,8 %	0,9 %
Doença de Crohn ²	324	1.034	53,7	54,0	2,2 %	4,9 %	0,0 %	1,5 %
Doença de Crohn pediátrica	N/A	139	N/A	53,0	N/A	4,4 %	N/A	1,5 %
Colite ulcerosa	242	482	30,1	30,8	1,2 %	2,5 %	0,4 %	0,6 %
Colite ulcerosa pediátrica	N/A	60	N/A	49,4	N/A	6,7 %	N/A	1,7 %
Espondilite anquilosante	76	275	24,1	101,9	0,0 %	9,5 %	0,0 %	3,6 %
Artrite psoriática	98	191	18,1	39,1	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,1 %
Psoríase em placas	281	1.175	16,1	50,1	0,4 %	7,7 %	0,0 %	3,4 %

- 1 Os doentes do grupo placebo receberam metotrexato, enquanto que os doentes do grupo infliximab receberam infliximab e metotrexato.
- 2 Os doentes do grupo placebo nos 2 estudos de Fase III na doença de Crohn, ACCENT I e ACCENT II, receberam uma dose inicial de 5 mg/kg de infliximab no início do estudo e receberam placebo na fase de manutenção. Os doentes que foram aleatorizados para o grupo de manutenção com placebo e depois passaram para o infliximab estão incluídos no grupo do infliximab na análise ALT. No ensaio de fase IIIb na doença de Crohn, SONIC, os doentes do grupo do placebo receberam AZA 2,5 mg/kg/dia como controlo ativo em adição às perfusões com o placebo de infliximab.
- 3 Número de doentes avaliados em relação à ALT.
- 4 A mediana de seguimento é baseada nos doentes tratados.

Anticorpos anti-nucleares (ANA)/Anticorpos anti-ADN de cadeia dupla (dsDNA)

Aproximadamente metade dos doentes tratados com infliximab em estudos clínicos que eram ANA negativos na primeira avaliação, desenvolveram positividade relativamente aos ANA durante o estudo comparativamente com aproximadamente, um quinto dos doentes que receberam placebo. Os anticorpos anti-dsDNA foram detetados de novo em aproximadamente 17 % dos doentes tratados com infliximab comparativamente com 0 % dos doentes que receberam placebo. Na última avaliação, 57 % dos doentes que receberam infliximab permaneceram anti-dsDNA positivos. Contudo, permanecem pouco frequentes as notificações de lúpus e de síndromes tipo lúpus (ver secção 4.4).

População pediátrica

Doentes com artrite reumatoide juvenil

O infliximab foi estudado num estudo clínico com 120 doentes (faixa etária: 4-17 anos de idade) com artrite reumatoide juvenil ativa, independentemente do metotrexato. Os doentes receberam 3 ou 6 mg/kg de infliximab na forma de um regime de indução de 3 doses (semanas 0, 2, 6 ou semanas 14, 16, 20, respetivamente) seguido de terapêutica de manutenção em intervalos de 8 semanas, em associação com o metotrexato.

Reações relacionadas com a perfusão

As reações relacionadas com a perfusão ocorreram em 35 % dos doentes com artrite reumatoide juvenil que receberam 3 mg/kg em comparação com 17,5 % dos doentes que receberam 6 mg/kg. No grupo de 3 mg/kg de infliximab, 4 de 60 doentes tiveram uma reação grave relacionada com a perfusão e 3 doentes notificaram uma possível reação anafilática (2 dos quais estavam entre as reações graves relacionadas com a perfusão). No grupo de 6 mg/kg, 2 de 57 doentes tiveram uma reação grave relacionada com a perfusão, um dos quais teve uma possível reação anafilática (ver secção 4.4).

Imunogenicidade

Desenvolveram-se anticorpos ao infliximab em 38 % dos doentes que receberam 3 mg/kg em comparação com 12 % dos doentes que receberam 6 mg/kg. Os títulos de anticorpos foram notavelmente mais elevados para os 3 mg/kg em comparação com o grupo de 6 mg/kg.

Infeções

Ocorreram infeções em 68 % (41/60) das crianças que receberam 3 mg/kg durante 52 semanas, em 65 % (37/57) das crianças que receberam 6 mg/kg de infliximab durante 38 semanas e em 47 % (28/60) das crianças que receberam placebo durante 14 semanas (ver secção 4.4).

Doentes pediátricos com doença de Crohn

As seguintes reações adversas foram notificadas mais frequentemente em doentes pediátricos com doença de Crohn no estudo REACH (ver secção 5.1) do que em doentes adultos com doença de Crohn: anemia (10,7 %), sangue nas fezes (9,7 %), leucopenia (8,7 %), rubor (8,7 %), infecção viral (7,8 %), neutropenia (6,8 %), infecção bacteriana (5,8 %) e reação alérgica das vias respiratórias (5,8 %). Adicionalmente, foram notificadas fraturas ósseas (6,8 %), no entanto, não foi estabelecida uma relação causal. São discutidas em baixo outras considerações especiais.

Reações relacionadas com a perfusão

No ensaio REACH, 17,5 % dos doentes aleatorizados tiveram 1 ou mais reações à perfusão. Não ocorreram reações graves à perfusão e 2 doentes no REACH tiveram reações anafiláticas não graves.

Imunogenicidade

Foram detetados anticorpos ao infliximab em 3 (2,9 %) doentes pediátricos.

Infeções

No estudo REACH, foram notificadas infeções em 56,3 % dos doentes aleatorizados tratados com infliximab. As infeções foram notificadas mais frequentemente em doentes que receberam perfusões em cada 8 semanas por oposição aos que receberam perfusões em cada 12 semanas (73,6 % e 38,0 %, respetivamente), enquanto que foram notificadas infeções graves em 3 doentes do grupo de tratamento de manutenção em intervalos de 8 semanas e em 4 doentes do grupo de tratamento de manutenção em intervalos de 12 semanas. As infeções notificadas mais frequentemente foram as infeções das vias respiratórias superiores e a faringite, e a infecção grave mais frequentemente notificada foi o abcesso. Foram notificados três casos de pneumonia (1 grave) e 2 casos de herpes zoster (ambos não graves).

Doentes pediátricos com colite ulcerosa

No global, as reações adversas notificadas no ensaio em doentes pediátricos com colite ulcerosa (C0168T72) e nos estudos em adultos com colite ulcerosa (ACT 1 e ACT 2) foram na generalidade consistentes. No ensaio C0168T72, as reações adversas mais frequentes foram infeções do trato respiratório superior, faringite, dor abdominal, febre e cefaleia. O acontecimento adverso mais frequente foi o agravamento da colite ulcerosa, cuja incidência foi superior em doentes com intervalos de administração de 12 semanas vs. o regime com intervalos de 8 semanas.

Reações relacionadas com a perfusão

No global, 8 (13,3 %) dos 60 doentes tratados tiveram uma ou mais reações à perfusão, com 4 de 22 (18,2 %) no grupo de tratamento em intervalos de 8 semanas e 3 em 23 (13,0 %) no grupo

de tratamento de manutenção em intervalos de 12 semanas. Não foram reportadas reações à perfusão graves. Todas as reações à perfusão foram de intensidade ligeira a moderada.

Imunogenicidade

Foram detetados anticorpos ao infliximab em 4 (7,7 %) doentes durante a semana 54.

Infeções

Foram reportadas infeções em 31 (51,7 %) de 60 doentes tratados no C0168T72 e 22 (36,7 %) precisaram de tratamento antibiótico oral ou parentérico. A proporção de doentes com infeções no ensaio C0168T72 foi semelhante à obtida no estudo relativo à doença de Crohn pediátrica (REACH), mas superior à proporção obtida nos estudos de colite ulcerosa em adultos (ACT 1 e ACT 2). A incidência global de infeções no C0168T72 foi de 13/22 (59 %) no grupo de tratamento de manutenção a cada 8 semanas e de 14/23 (60,9 %) no grupo de tratamento de manutenção a cada 12 semanas. As infeções respiratórias mais frequentemente reportadas foram a infecção do trato respiratório superior (7/60 [12 %]) e faringite (5/60 [8 %]). Foram reportadas infeções graves em 12 % (7/60) de todos os doentes tratados.

Neste estudo, houve um número maior de doentes no grupo etário dos 12 aos 17 anos do que no grupo dos 6 aos 11 anos (45/60 [75,0 %] vs. 15/60 [25,0 %]). Enquanto que o número de doentes em cada um dos subgrupos é demasiado pequeno para se tirar qualquer conclusão definitiva relativamente ao efeito da idade em acontecimentos de segurança, houve uma maior proporção de doentes com acontecimentos adversos graves e descontinuação da terapêutica devido a acontecimentos adversos no grupo mais novo do que no grupo etário mais velho. Enquanto que a proporção de doentes com infeções foi também mais elevado no grupo etário mais novo para infeções graves, a proporção foi semelhante nos dois grupos etários. A proporção global de acontecimentos adversos e reações à perfusão foram semelhantes entre os grupos 6 a 11 anos de idade e 12 a 17 anos de idade.

Experiência pós-comercialização

As reações adversas graves espontâneas após a comercialização com infliximab, na população pediátrica, incluíram neoplasias malignas, incluindo linfomas hepatoesplénicos de células T, alterações temporárias das enzimas hepáticas, síndromes do tipo lúpus, positividade para auto-anticorpos (ver secções 4.4 e 4.8).

Outras populações especiais

Idosos

Em estudos clínicos de artrite reumatoide, a incidência de infeções graves foi maior em doentes com idade igual e superior a 65 anos tratados com infliximab mais metotrexato (11,3 %) do que em doentes com idade inferior a 65 anos (4,6 %). Em doentes tratados com metotrexato isolado, a incidência de infeções graves foi de 5,2 % em doentes com idade igual e superior a 65 anos em comparação com 2,7 % em doentes com idade inferior a 65 anos (ver secção 4.4).

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#).

4.9 Sobredosagem

Não foram descritos casos de sobredosagem. Foram administradas doses únicas até 20 mg/kg sem quaisquer efeitos tóxicos.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: imunossupressores, inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF_α), código ATC: L04AB02

Remsima é um medicamento biossimilar. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

Mecanismo de ação

Infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico humano-murino que se liga com uma elevada afinidade tanto à forma solúvel como transmembranar do TNF_α, mas não à linfotoxina α (TNF_β).

Efeitos farmacodinâmicos

O infliximab inibe a atividade funcional do TNF_α numa vasta gama de bioensaios *in vitro*. O infliximab previne a doença em ratinhos transgénicos que desenvolvem poliartrite como resultado da expressão constitutiva do TNF_α humano e, quando administrado após o início da doença, permitiu cicatrizar as articulações que apresentavam erosão. *In vivo*, o infliximab forma rapidamente complexos estáveis com o TNF_α humano, um processo que evolui paralelamente com a perda de bioatividade do TNF_α.

Foram detetadas concentrações elevadas de TNF_α nas articulações de doentes com artrite reumatoide, as quais se correlacionam com o aumento da atividade da doença. Na artrite reumatoide, o tratamento com infliximab reduziu a infiltração de células inflamatórias para áreas inflamadas da articulação, bem como a expressão de moléculas mediadoras da adesão celular, quimiotaxia e degradação tecidual.

Após o tratamento com infliximab, os doentes registaram descidas dos níveis séricos de interleucina 6 (IL-6) e de proteína C-reativa (PCR) e subidas dos níveis de hemoglobina nos doentes com artrite reumatoide com níveis baixos de hemoglobina, em comparação com os valores basais. No que se refere aos linfócitos do sangue periférico, não foram comprovadas descidas significativas adicionais do número ou das respostas proliferativas à estimulação mitogénica *in vitro* comparativamente com as células de doentes não tratados. Em doentes com psoriase, o tratamento com infliximab teve como resultado uma diminuição da inflamação da epiderme e normalização da diferenciação dos queratinócitos nas placas psoriáticas. O tratamento de curto prazo com infliximab na artrite psoriática, reduziu o número de linfócitos T e vasos sanguíneos nas sinovias e na pele psoriática.

A avaliação histológica de biopsias do cólon, obtidas antes e 4 semanas após a administração de infliximab, revelou uma redução substancial do TNF_α detetável. O tratamento com infliximab de indivíduos com doença de Crohn esteve também associado a uma redução substancial dos níveis séricos, normalmente elevados, do marcador da inflamação, PCR. A contagem total de leucócitos periféricos foi afetada de forma mínima nos doentes tratados com infliximab, embora as alterações nos linfócitos, monócitos e neutrófilos tenham refletido desvios dentro dos limites dos valores normais. As células mononucleares sanguíneas periféricas dos doentes tratados com infliximab revelaram que a capacidade de resposta proliferativa aos estímulos não diminuiu comparativamente com os doentes não tratados, não tendo sido observadas quaisquer alterações substanciais na produção de citocinas por células mononucleares sanguíneas periféricas estimuladas após o tratamento com infliximab. A análise das células mononucleares de *lâmina própria*, obtidas por biopsia da mucosa intestinal, demonstrou que o tratamento com infliximab induziu uma redução do número de células capazes de expressar o TNF_α e o interferão γ. Outros estudos histológicos indicaram que o tratamento com infliximab reduz a infiltração das células inflamatórias nas áreas afetadas do intestino e a presença de marcadores de inflamação nesses locais. Estudos realizados ao nível da mucosa intestinal por endoscopia evidenciaram a cicatrização da mucosa em doentes tratados com infliximab.

Eficácia e segurança clínicas

Artrite reumatoide em adultos

A eficácia de infliximab foi avaliada em dois estudos clínicos principais, multicêntricos, aleatorizados em dupla ocultação: ATTRACT e ASPIRE. Em ambos os estudos foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de ácido fólico, corticosteroides orais (≤ 10 mg/dia) e/ou de fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

Os principais parâmetros de avaliação final foram a redução de sinais e sintomas avaliados através dos critérios do *American College of Rheumatology* (ACR20 para o ATTRACT, ACR-N de referência para o ASPIRE), a prevenção das lesões estruturais das articulações e a melhoria da função física. Considerou-se que existiu uma redução dos sinais e sintomas quando se observou pelo menos uma melhoria de 20 % (ACR20) nas contagens de articulações dolorosas à palpação e com tumefação e em 3 dos 5 critérios a seguir indicados: (1) avaliação global efetuada pelo médico, (2) avaliação global efetuada pelo doente, (3) avaliação da capacidade funcional/incapacidade, (4) escala visual analógica de dor e (5) velocidade de sedimentação eritrocitária ou proteína-C reativa. O ACR-N utiliza os mesmos critérios do ACR20, calculados tomando em consideração a percentagem mais baixa de melhorias observada nas contagens de articulações tumefactas e de articulações dolorosas e a média dos 5 componentes restantes da resposta ACR. As lesões estruturais das articulações (erosões e estreitamento do espaço da articulação) em ambas as mãos e pés foi medida pela alteração, a partir da linha de base, em toda a escala de Sharp modificada por van der Heijde (0-440). O Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ; escala 0-3) foi utilizado para o cálculo das alterações médias da linha de base verificadas no tempo, pelo doente, relativamente à função física.

O estudo ATTRACT avaliou as respostas nas semanas 30, 54 e 102 num estudo controlado com placebo, realizado em 428 doentes com artrite reumatoide ativa, não obstante o tratamento com metotrexato. Cerca de 50 % dos doentes pertenciam à classe funcional III. Os doentes receberam placebo, 3 mg/kg ou 10 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6, e seguidamente em cada 4 ou 8 semanas. Todos os doentes tinham sido submetidos a doses estáveis de metotrexato (mediana de 15 mg/semana) durante 6 meses antes da sua inclusão no estudo e permaneceram em doses estáveis no decurso do mesmo.

São apresentados na Tabela 3 os resultados da semana 54 (ACR20, escala total de Sharp modificada por van der Heijde e HAQ). Graus mais elevados de resposta clínica (ACR50 e ACR70) foram observados em todos os grupos que receberam infliximab nas semanas 30 e 54, comparativamente com o metotrexato isoladamente.

A redução na taxa de progressão das lesões estruturais das articulações (erosão e estreitamento do espaço da articulação) observou-se em todos os grupos que receberam infliximab às 54 semanas (Tabela 3).

Os efeitos observados às 54 semanas foram mantidos até às 102 semanas. Devido a um determinado número de suspensões do tratamento, a diferença de magnitude do efeito entre o grupo que recebeu infliximab e o grupo que recebeu metotrexato isoladamente não pode ser definido.

Tabela 3
**Efeitos sobre o ACR20, lesões estruturais das articulações e capacidade física na semana 54,
ATTRACT**

	infliximab ^b					
Controlo ^a	3 mg/kg q 8 semanas	3 mg/kg q 4 semanas	10 mg/kg q 8 semanas	10 mg/kg q 4 semanas	Todos infliximab ^b	
Doentes com resposta ACR20/ doentes avaliados (%)	15/88 (17 %)	36/86 (42 %)	41/86 (48 %)	51/87 (59 %)	48/81 (59 %)	176/340 (52 %)
Resultados totais ^d (escala de Sharp modificada por van der Heijde)						
Alterações relativas à linha de base (Média ± DP ^c)	7,0 ± 10,3	1,3 ± 6,0	1,6 ± 8,5	0,2 ± 3,6	-0,7 ± 3,8	0,6 ± 5,9
Mediana (Limites interquartílicos)	4,0 (0,5;9,7)	0,5 (-1,5;3,0)	0,1 (-2,5;3,0)	0,5 (-1,5;2,0)	-0,5 (-3,0;1,5)	0,0 (-1,8;2,0)
Doentes sem deterioração/doentes avaliados (%) ^c	13/64 (20 %)	34/71 (48 %)	35/71 (49 %)	37/77 (48 %)	44/66 (67 %)	150/285 (53 %)
Alterações de HAQ relativamente à linha de base no tempo ^e (doentes avaliados)	87	86	85	87	81	339
Média ± DP ^c	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,4 ± 0,4

^a controlo = Todos os doentes tinham AR ativa, apesar do tratamento com doses estáveis de metotrexato durante 6 meses antes da inclusão e deveriam permanecer com doses estáveis durante o estudo. Permitiu-se o uso concomitante de doses estáveis de corticosteroides orais (≤ 10 mg/dia) e/ou AINEs, e foram administrados suplementos de folato.

^b todas as doses de infliximab foram administradas em combinação com o metotrexato e folato, tendo alguns doentes recebido corticosteroides e/ou AINEs

^c $p < 0,001$, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo

^d valores superiores indicam maior lesão articular.

^e HAQ = Questionário de Avaliação de Saúde; valores superiores indicam menor incapacidade.

O estudo ASPIRE avaliou as respostas na semana 54 em 1.004 doentes não previamente submetidos a tratamento com metotrexato, com artrite reumatoide ativa (duração da doença ≤ 3 anos, com uma mediana de 0,6 anos) ativa (em média uma contagem de articulações tumefactas e dolorosas à palpação de 19 e 31, respetivamente). Todos os doentes receberam tratamento com metotrexato (dose otimizada de 20 mg/semana na semana 8) e quer com placebo, ou infliximab a 3 mg/kg ou 6 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6 e subsequentemente em cada 8 semanas. São apresentados na Tabela 4 os resultados da semana 54.

Após 54 semanas de tratamento, o efeito de ambas as doses de infliximab + metotrexato foi de uma melhoria estatisticamente significativa dos sinais e sintomas comparativamente com o metotrexato utilizado em monoterapia, conforme avaliado pela proporção de doentes que atingiu respostas ACR20, 50 e 70.

No estudo ASPIRE, mais de 90 % dos doentes tinha pelo menos duas radiografias avaliáveis. A redução na taxa de progressão das lesões estruturais foi observada nas semanas 30 e 54 nos grupos que receberam infliximab + metotrexato comparativamente com o metotrexato em monoterapia.

Tabela 4**Efeitos sobre o ACRn, lesões estruturais das articulações e função física na semana 54, ASPIRE**

	Placebo + MTX	Infliximab + MTX		
		3 mg/kg	6 mg/kg	Em combinação
Doentes aleatorizados	282	359	363	722
Percentagem de melhoria de ACR Média ± DP ^a	24,8 ± 59,7	37,3 ± 52,8	42,0 ± 47,3	39,6 ± 50,1
Alterações relativas à linha de base de van der Heijde - escala modificada Sharp ^b				
Média ± DP ^a	3,70 ± 9,61	0,42 ± 5,82	0,51 ± 5,55	0,46 ± 5,68
Mediana	0,43	0,00	0,00	0,00
Melhoria no HAQ ao longo do tempo, relativamente à linha de base desde a semana 30 à semana 54 ^c				
Média ± DP ^d	0,68 ± 0,63	0,80 ± 0,65	0,88 ± 0,65	0,84 ± 0,65

^a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo

^b valores mais elevados indicam mais lesões articulares

^c HAQ = Questionário de Avaliação de Saúde; valores superiores indicam menor incapacidade

^d p= 0,030 e < 0,001 para os grupos de tratamento de, respetivamente, 3 mg/kg e 6 mg/kg vs. Placebo + MTX

Os dados de suporte para a titulação da dose para o tratamento da artrite reumatoide foram proporcionados pelos estudos ATTRACT, ASPIRE e START. O estudo START foi um estudo de segurança, efetuado em grupos paralelos, com 3 braços, multicêntrico, com distribuição aleatória e dupla ocultação. Num dos braços do estudo (grupo 2, n=329) a dose foi titulada nos doentes que apresentavam uma resposta inadequada, permitindo-se que recebessem doses incrementais de 1,5 mg/kg, desde 3 até 9 mg/kg. A maioria destes doentes (67 %) não requereu qualquer titulação da dose. Nos doentes que requereram uma titulação da dose, 80 % atingiram uma resposta clínica e a maioria destes (64 %) requereu apenas um ajuste de 1,5 mg/kg.

Doença de Crohn em adultos

Tratamento de indução na doença de Crohn ativa moderada a grave

A eficácia do tratamento com uma dose única de infliximab foi avaliada em 108 indivíduos com doença de Crohn ativa (Índice de Atividade da Doença de Crohn (CDAI) ≥ 220 ≤ 400) num estudo de dose-resposta, com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlado com placebo.

Destes 108 doentes, 27 foram tratados com a dose de infliximab recomendada de 5 mg/kg. Todos os doentes tinham apresentado uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais efetuadas anteriormente. Foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de terapêuticas convencionais e 92 % dos doentes continuaram a ser tratados com estas terapêuticas.

O parâmetro de avaliação final primário consistiu na percentagem de doentes que apresentaram uma resposta clínica, definida como uma diminuição do CDAI de ≥ 70 pontos desde a linha de base até à data da avaliação às 4 semanas, sem um aumento na utilização de medicamentos para tratamento da doença de Crohn ou cirurgia para a doença de Crohn. Os doentes que responderam na semana 4 foram mantidos sob observação até à semana 12. Os parâmetros de avaliação final secundários incluíram a percentagem de doentes em fase de remissão clínica na semana 4 (CDAI < 150) e a resposta clínica ao longo do tempo.

Na semana 4, após a administração de uma dose única, 22/27 (81 %) dos doentes tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab atingiram uma resposta clínica vs. 4/25 (16 %) dos doentes que receberam placebo (p < 0,001). Também na semana 4, 13/27 (48 %) dos doentes tratados com infliximab

atingiram remissão clínica ($CDAI < 150$) vs. 1/25 (4 %) dos doentes que receberam placebo. Foi obtida resposta no período de 2 semanas, a qual atingiu o seu máximo às 4 semanas. Na última observação às 12 semanas, 13/27 (48 %) dos doentes tratados com infliximab continuavam a responder à terapêutica.

Tratamento de manutenção na doença de Crohn ativa moderada a grave em adultos

A eficácia de perfusões repetidas de infliximab foi estudada num estudo clínico que teve a duração de 1 ano (ACCENT I). Um total de 573 doentes com doença de Crohn ativa moderada a grave ($CDAI \geq 220 \leq 400$) recebeu uma perfusão única de 5 mg/kg na semana 0. Dos 580 doentes recrutados, 178 (30,7 %) foram considerados doentes graves (pontuações $CDAI > 300$ e corticosteroides concomitantes e/ou imunossupressores) correspondendo à população definida na indicação (ver secção 4.1). Na semana 2, todos os doentes foram avaliados relativamente à resposta clínica e distribuídos aleatoriamente por um de 3 grupos de tratamento; um grupo submetido ao tratamento de manutenção com placebo, um grupo submetido ao tratamento de manutenção com infliximab a 5 mg/kg e um grupo submetido ao tratamento de manutenção com infliximab a 10 mg/kg. Os 3 grupos receberam perfusões repetidas nas semanas 2, 6 e depois a cada 8 semanas.

Dos 573 doentes distribuídos aleatoriamente, 335 (58 %) atingiram resposta clínica até à semana 2. Estes doentes foram classificados como respondedores à 2^a semana e foram incluídos na análise primária (ver tabela 5). Entre os doentes classificados como não respondedores à semana 2, 32 % (26/81) no grupo de manutenção com placebo e 42 % (68/163) no grupo tratado com infliximab, atingiram resposta clínica na semana 6. Posteriormente, não houve diferença entre os grupos no número de respondedores tardios.

Os principais co-parâmetros de avaliação final foram a proporção dos doentes em remissão clínica ($CDAI < 150$) na semana 30 e o tempo até à perda de resposta na semana 54. Foi permitida a redução de corticosteroides após a semana 6.

Tabela 5

Efeitos na taxa de resposta e remissão, dados do estudo ACCENT I (respondedores à 2^a semana)

	Estudo ACCENT I (respondedores à 2 ^a semana)		
	Manutenção com placebo (n=110)	Manutenção com infliximab a 5 mg/kg (n=113) (valor de p)	Manutenção com infliximab a 10 mg/kg (n=112) (valor de p)
Tempo mediano até perda de resposta até à semana 54	19 semanas	38 semanas (0,002)	> 54 semanas (< 0,001)
Semana 30			
Resposta clínica ^a	27,3	51,3 (< 0,001)	59,1 (< 0,001)
Remissão clínica	20,9	38,9 (0,003)	45,5 (< 0,001)
Remissão sem corticosteroides	10,7 (6/56)	31,0 (18/58) (0,008)	36,8 (21/57) (0,001)
Semana 54			
Resposta clínica ^a	15,5	38,1 (< 0,001)	47,7 (< 0,001)
Remissão clínica	13,6	28,3 (0,007)	38,4 (< 0,001)
Remissão mantida sem corticosteroides ^b	5,7 (3/53)	17,9 (10/56) (0,075)	28,6 (16/56) (0,002)

^a Redução de $CDAI \geq 25\%$ e ≥ 70 pontos.

^b $CDAI < 150$ nas semanas 30 e 54 e sem administração de corticosteroides nos 3 meses anteriores à semana 54 de entre os doentes que receberam corticosteroides na linha de base.

Os doentes que responderam ao tratamento mas que perderam, subsequentemente, os seus benefícios clínicos, foram autorizados, com início na semana 14, a transitar para uma dose de 5 mg/kg de infliximab, superior à dose que lhes tinha sido inicialmente distribuída aleatoriamente. Oitenta e nove por cento (50/56) dos doentes que perderam a resposta clínica com a terapêutica de manutenção com 5 mg/kg de infliximab responderam ao tratamento com 10 mg/kg de infliximab depois da semana 14.

Foram observadas melhorias nos questionários de qualidade de vida relacionada com a saúde, uma redução na hospitalização relacionada com a doença e na utilização de corticosteroides nos grupos de tratamento de manutenção com infliximab comparativamente com o grupo de tratamento de manutenção com placebo, nas semanas 30 e 54.

O infliximab com ou sem AZA foi avaliado num estudo aleatorizado, em dupla-ocultação com comparador ativo (SONIC) de 508 doentes adultos com doença de Crohn, moderada a grave ($CDAI \geq 220 \leq 450$), que não tinham sido submetidos previamente a medicamentos biológicos e imunossupressores e com uma duração mediana da doença de 2,3 anos. No início do estudo, 27,4 % dos doentes estavam a receber corticosteroides sistémicos, 14,2 % dos doentes estavam a receber budesonido e 54,3 % dos doentes estavam a receber compostos 5-ASA. Os doentes foram aleatorizados para receberem AZA em monoterapia, infliximab em monoterapia ou infliximab mais AZA em associação. O infliximab foi administrado numa dose de 5 mg/kg nas semanas 0, 2, 6, e posteriormente a cada 8 semanas. A AZA foi administrada numa dose de 2,5 mg/kg/dia.

O parâmetro de avaliação final primário do estudo foi a remissão clínica sem corticosteroides na semana 26, definida como doentes em remissão clínica ($CDAI < 150$) que, durante pelo menos 3 semanas, não tinham tomado corticosteroides orais ou sistémicos (prednisona ou equivalente) ou budesonido numa dose > 6 mg/dia. Para ver os resultados, consulte a Tabela 6. A percentagem de doentes com cicatrização da mucosa na semana 26 foi significativamente maior nos grupos com a associação infliximab mais AZA (43,9 %, $p < 0,001$) e infliximab em monoterapia (30,1 %, $p=0,023$) em comparação com o grupo AZA em monoterapia (16,5 %).

Tabela 6
Percentagem de doentes que alcançaram remissão clínica sem corticosteroides na semana 26, SONIC

	AZA Monoterapia	Infliximab Monoterapia	Infliximab + AZA Associação
Semana 26			
Todos os doentes aleatorizados	30,0 % (51/170)	44,4 % (75/169) ($p=0,006$) [*]	56,8 % (96/169) ($p<0,001$) [*]

* Os valores de p representam cada grupo de tratamento infliximab vs. AZA em monoterapia

Foram observadas tendências semelhantes no alcance da remissão clínica livre de corticosteroides na semana 50. Além disso, foi observada melhoria da qualidade de vida medida pelo IBDQ com o infliximab.

Tratamento de indução na doença de Crohn ativa com formação de fistulas

A eficácia foi avaliada num estudo com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlado com placebo, realizado em 94 indivíduos com doença de Crohn com formação de fistulas, em que estas tinham, pelo menos, três meses de duração. Trinta e um destes doentes foram tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab. Cerca de 93 % dos doentes tinham sido previamente tratados com antibióticos ou terapêutica imunossupressora.

Foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de terapêuticas convencionais e 83 % dos doentes continuaram a receber, pelo menos, uma destas terapêuticas. Os doentes receberam três doses de placebo ou de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Os doentes foram acompanhados até às 26 semanas. O parâmetro de avaliação final primário consistiu na percentagem de doentes que evidenciaram resposta clínica, definida como ≥ 50 % de redução em relação à linha de base, em termos de número

de fistulas drenadas por compressão suave em, pelo menos, duas visitas consecutivas (em intervalos de quatro semanas), sem que se verificasse aumento da utilização de medicamentos ou cirurgia para a doença de Crohn.

Sessenta e oito por cento (21/31) dos doentes tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab atingiram uma resposta clínica vs. 26 % (8/31) dos doentes que receberam placebo ($p = 0,002$). O tempo mediano até início da resposta no grupo tratado com infliximab foi de 2 semanas. A duração mediana da resposta foi de 12 semanas. Verificou-se, além disso, encerramento de todas as fistulas em 55 % dos doentes tratados com infliximab comparativamente com 13 % dos doentes que receberam placebo ($p = 0,001$).

Tratamento de manutenção na doença de Crohn ativa com formação de fistulas

A eficácia de perfusões repetidas de infliximab em doentes com doença de Crohn com formação de fistulas foi estudada num estudo clínico com a duração de 1 ano (ACCENT II). Trezentos e seis doentes, no total, receberam 3 doses de 5 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Na linha de base, 87 % dos doentes tinham fistulas perianais, 14 % tinham fistulas abdominais, 9 % tinham fistulas retovaginais. O valor mediano de CDAI foi de 180. Na semana 14, 282 doentes foram avaliados relativamente à resposta clínica e distribuídos aleatoriamente para receberem, quer placebo, quer 5 mg/kg de infliximab, a cada 8 semanas até à semana 46.

Foram avaliados relativamente ao principal parâmetro de avaliação final, respondedores (195/282) à semana 14, que consistia no tempo desde a distribuição aleatória até à perda de resposta (Tabela 7). Foi permitida a redução de corticosteroides após a semana 6.

Tabela 7
Efeitos na taxa de resposta, dados do estudo ACCENT II (respondedores à 14^a semana)

	ACCENT II (respondedores à 14 ^a semana)		
	Manutenção com Placebo (n=99)	Manutenção com Infliximab (5 mg/kg) (n=96)	Valor-p
Tempo mediano até perda de resposta até à semana 54	14 semanas	> 40 semanas	< 0,001
Semana 54			
Resposta das Fístulas (%) ^a	23,5	46,2	0,001
Resposta completa das fistulas (%) ^b	19,4	36,3	0,009

^a Uma redução de $\geq 50\%$ em relação à linha de base em termos de número de fistulas drenadas durante um período de ≥ 4 semanas.

^b Ausência de qualquer fistula drenada.

Os doentes que inicialmente responderam ao tratamento e subsequentemente perderam as suas respostas foram elegíveis para transitar para a repetição do tratamento ativo, de 8 em 8 semanas, com início na semana 22, com uma dose de 5 mg/kg de infliximab superior à dose que lhes estava inicialmente distribuída aleatoriamente. Nos doentes do grupo tratado com 5 mg/kg de infliximab, que transitaram devido à perda de resposta das fistulas depois da semana 22, 57 % (12/21) responderam à repetição do tratamento de 10 mg/kg de infliximab de 8 em 8 semanas.

Não existiu uma diferença significativa entre o placebo e o infliximab na proporção de doentes com encerramento mantido de todas as fistulas até à semana 54, para sintomas tais como proctalgia, abcessos e infeções do trato urinário ou relativamente ao número de novas fistulas desenvolvidas durante o tratamento.

A terapêutica de manutenção com infliximab a cada 8 semanas reduziu significativamente as hospitalizações e cirurgias relacionadas com a doença comparativamente ao placebo. Além disso, foi observada uma redução na utilização de corticosteroides e na melhoria da qualidade de vida.

Colite ulcerosa em adultos

A segurança e eficácia de infliximab foram avaliadas em dois estudos clínicos (ACT 1 e ACT 2) com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlados com placebo, em doentes adultos com colite ulcerosa ativa, moderada a grave (pontuação de Mayo de 6 a 12; subpontuação endoscópica ≥ 2), com resposta inadequada às terapêuticas convencionais [corticosteroides orais, aminossalicilatos e/ou imunomoduladores (6-MP, AZA)]. Foram permitidas doses estáveis concomitantes de aminossalicilatos orais, corticosteroides e/ou agentes imunomoduladores. Em ambos os estudos, os doentes foram aleatorizados para receberem placebo, 5 mg/kg ou 10 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2, 6, 14 e 22 e no ACT 1 nas semanas 30, 38 e 46. A redução da dose de corticosteroides foi permitida após a semana 8.

Tabela 8

**Efeitos na resposta clínica, na remissão clínica e na cicatrização da mucosa nas semanas 8 e 30.
Dados combinados do ACT 1 e 2.**

	Placebo	5 mg/kg	10 mg/kg	Infliximab Combinado
Indivíduos aleatorizados	244	242	242	484
Percentagem de indivíduos em resposta clínica e em resposta clínica mantida				
Resposta clínica na semana 8 ^a	33,2 %	66,9 %	65,3 %	66,1 %
Resposta clínica na semana 30 ^a	27,9 %	49,6 %	55,4 %	52,5 %
Resposta mantida (resposta clínica nas semanas 8 e 30) ^a	19,3 %	45,0 %	49,6 %	47,3 %
Percentagem de indivíduos em remissão clínica e em remissão mantida				
Remissão clínica na semana 8 ^a	10,2 %	36,4 %	29,8 %	33,1 %
Remissão clínica na semana 30 ^a	13,1 %	29,8 %	36,4 %	33,1 %
Remissão mantida (remissão nas semanas 8 e 30) ^a	5,3 %	19,0 %	24,4 %	21,7 %
Percentagem de indivíduos com cicatrização da mucosa				
Cicatrização da mucosa na semana 8 ^a	32,4 %	61,2 %	60,3 %	60,7 %
Cicatrização da mucosa na semana 30 ^a	27,5 %	48,3 %	52,9 %	50,6 %

^a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. Placebo.

A eficácia de infliximab durante a semana 54 foi avaliada no estudo ACT 1.

Ao fim de 54 semanas, a resposta clínica foi de 44,9 % nos doentes incluídos no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab comparativamente com 19,8 % no grupo que recebeu placebo ($p < 0,001$). A remissão clínica e a cicatrização da mucosa ocorreram numa percentagem maior de doentes que receberam tratamento combinado com infliximab comparativamente com o grupo que recebeu placebo na semana 54 (34,6 % vs. 16,5 %, $p < 0,001$ e 46,1 % vs. 18,2 %, $p < 0,001$, respetivamente). Na semana 54, a percentagem de doentes com resposta mantida e com remissão mantida foi maior no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab do que no grupo que recebeu placebo (37,9 % vs. 14,0 %, $p < 0,001$; e 20,2 % vs. 6,6 %, $p < 0,001$, respetivamente).

Uma maior percentagem de doentes incluídos no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab pôde descontinuar a administração de corticosteroides, permanecendo em remissão clínica, comparativamente com o grupo que recebeu placebo na semana 30 (22,3 % vs. 7,2 %, $p < 0,001$, dados combinados de ATC 1 e ATC 2) e na semana 54 (21,0 % vs. 8,9 %, $p = 0,022$, dados de ATC 1).

A análise dos dados combinados dos estudos ATC 1 e ATC 2 e suas extensões, analisados desde a linha de base até à semana 54, demonstraram uma redução das hospitalizações e processos cirúrgicos relacionados com colite ulcerosa tratada com infliximab. O número de hospitalizações relacionadas com colite ulcerosa foi significativamente menor nos grupos que receberam tratamento com 5 e 10 mg/kg de infliximab do que no grupo que recebeu placebo (número médio de hospitalizações por 100 indivíduos-ano: 21 e 19 vs. 40 no grupo que recebeu placebo; respetivamente

$p=0,019$ e $p=0,007$). O número de processos cirúrgicos relacionados com colite ulcerosa foi também menor nos grupos que receberam tratamento com 5 e 10 mg/kg de infliximab do que no grupo que recebeu placebo (número médio de processos cirúrgicos por 100 indivíduos-ano: 22 e 19 vs. 34; respetivamente $p=0,145$ e $p=0,022$).

A proporção dos indivíduos que foram submetidos a colectomia em qualquer altura durante as 54 semanas após a primeira perfusão do agente em estudo, foi recolhida e combinada dos estudos ATC 1 e ATC 2 e suas extensões. Um número menor de indivíduos submetidos a colectomia no grupo tratado com 5 mg/kg de infliximab (28/242 ou 11,6 % [estatisticamente não significativo]) e no grupo tratado com 10 mg/kg de infliximab (18/242 ou 7,4 % [$p=0,011$]) do que no grupo tratado com placebo (36/244; 14,8 %).

Foi também examinada a redução na incidência da colectomia num outro estudo em dupla ocultação, aleatorizado (C0168Y06) em doentes hospitalizados ($n=45$) sofrendo de colite ulcerosa ativa, moderada a grave, que não responderam aos corticosteroides intravenosos e que estavam, portanto, em risco mais elevado de colectomia. Ocorreram significativamente menos colectomias até 3 meses após a perfusão do estudo em doentes que receberam uma dose única de 5 mg/kg de infliximab em comparação com os doentes que receberam placebo (respetivamente, 29,2 % vs. 66,7 %, $p=0,017$).

Nos estudos ATC 1 e ATC 2, infliximab melhorou a qualidade de vida, o que foi confirmado por uma melhoria estatisticamente significativa numa medida específica da doença, IBDQ, e pela melhoria no questionário genérico simplificado de 36 itens, SF-36.

Espondilite anquilosante em adultos

A eficácia e a segurança de infliximab foram avaliadas em dois estudos multicéntricos, controlados por placebo, em dupla ocultação, em doentes com espondilite anquilosante ativa (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] pontuação ≥ 4 e dor raquidiana ≥ 4 na escala de 1-10).

No primeiro estudo (P01522), que teve uma fase de dupla ocultação de 3 meses, 70 doentes receberam 5 mg/kg de infliximab ou de placebo nas semanas 0, 2, 6 (35 doentes em cada grupo). A partir da semana 12, os doentes que tinham recebido placebo passaram a ser tratados com 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 6 semanas até à semana 54. Após o primeiro ano do estudo, 53 doentes prosseguiram para uma extensão do estudo sem ocultação até à semana 102.

Num segundo estudo clínico (ASSERT), 279 doentes foram aleatorizados para receberem placebo (Grupo 1, $n=78$) ou 5 mg/kg de infliximab (Grupo 2, $n=201$) nas semanas 0, 2 e 6 e em intervalos de 6 semanas até à semana 24. Posteriormente, todos os indivíduos continuaram a receber infliximab em intervalos de 6 semanas até à semana 96. O Grupo 1 recebeu 5 mg/kg de infliximab. No grupo 2, os doentes que tiveram um BASDAI ≥ 3 em duas visitas consecutivas, iniciaram a perfusão na semana 36 e receberam 7,5 mg/kg de infliximab em intervalos de 6 semanas por um período de 96 semanas.

No ASSERT, foi observada uma melhoria nos sinais e sintomas precocemente à semana 2. Na semana 24, o número de respondedores ASAS 20 no grupo do placebo foi de 15/78 (19 %) e 123/201 (61 %) no grupo a receber 5 mg/kg de infliximab ($p<0,001$). Houve 95 indivíduos do grupo 2 que continuaram a receber 5 mg/kg em intervalos de 6 semanas. Na semana 102 houve 80 indivíduos que continuaram a receber o tratamento com infliximab, dos quais 71 (89 %) foram respondedores ASAS 20.

No P01522, foi também observada uma melhoria nos sinais e sintomas precocemente à semana 2. Na semana 12, o número de respondedores BASDAI 50 foi de 3/35 (9 %) no grupo do placebo e 20/35 (57 %) no grupo a receber 5 mg/kg ($p<0,01$). Houve 53 indivíduos que continuaram a receber 5 mg/kg em intervalos de 6 semanas. Na semana 102, houve 49 indivíduos que continuaram a receber o tratamento com infliximab, dos quais 30 (61 %) foram respondedores BASDAI 50.

Em ambos os estudos, as funções físicas e de qualidade de vida foram medidas através do BASFI e a pontuação da componente física do SF-36 foram também significativamente melhoradas.

Artrite psoriática em adultos

A eficácia e a segurança foram avaliadas em dois estudos multicéntricos, com dupla ocultação, controlados com placebo, em doentes com artrite psoriática ativa.

No primeiro estudo clínico (IMPACT), a eficácia e a segurança de infliximab foram estudadas em 104 doentes com artrite psoriática ativa poliarticular. Durante a fase de 16 semanas efetuada com dupla ocultação, os doentes receberam, quer 5 mg/kg de infliximab, quer placebo, nas semanas 0, 2, 6, e 14 (52 doentes em cada grupo). Com início na semana 16, os doentes que tinham recebido placebo passaram a receber infliximab e todos os doentes receberam subsequentemente 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 semanas até à semana 46. Após o primeiro ano do estudo, 78 doentes prosseguiram para uma extensão do estudo sem ocultação, até à semana 98.

No segundo estudo clínico (IMPACT 2), a eficácia e a segurança de infliximab foram estudadas em 200 doentes com artrite psoriática ativa (≥ 5 articulações tumefactas e ≥ 5 articulações dolorosas à palpação). Quarenta e seis por cento dos doentes continuaram a receber doses estáveis de metotrexato (≤ 25 mg/semana). Durante a fase de 24 semanas efetuada com dupla ocultação, os doentes receberam quer 5 mg/kg de infliximab, quer placebo, nas semanas 0, 2, 6, 14 e 22 (100 doentes em cada grupo). Na semana 16, 47 doentes que tinham recebido placebo, que apresentavam uma melhoria a partir da linha de base $< 10\%$ nas contagens das articulações tumefactas e com hipersensibilidade passaram a receber indução de infliximab (escape precoce). Na semana 24, todos os doentes que recebiam placebo passaram a receber a indução de infliximab. A administração continuou para todos os doentes até à semana 46.

Os resultados chave de eficácia para o IMPACT e para o IMPACT 2 são apresentados na Tabela 9 abaixo:

Tabela 9
Efeitos no ACR e PASI no IMPACT e no IMPACT 2

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (semana 16)	Infliximab (semana 16)	Infliximab (semana 98)	Placebo (semana 24)	Infliximab (semana 24)	Infliximab (semana 54)
Doentes aleatorizados	52	52	N/A ^a	100	100	100
Resposta ACR (% de doentes)						
N	52	52	78	100	100	100
Resposta ACR 20*	5 (10 %)	34 (65 %)	48 (62 %)	16 (16 %)	54 (54 %)	53 (53 %)
Resposta ACR 50*	0 (0 %)	24 (46 %)	35 (45 %)	4 (4 %)	41 (41 %)	33 (33 %)
Resposta ACR 70*	0 (0 %)	15 (29 %)	27 (35 %)	2 (2 %)	27 (27 %)	20 (20 %)
Resposta PASI (% de doentes) ^b						
N				87	83	82

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (semana 16)	Infliximab (semana 16)	Infliximab (semana 98)	Placebo (semana 24)	Infliximab (semana 24)	Infliximab (semana 54)
Resposta PASI 75**				1 (1 %)	50 (60 %)	40 (48,8 %)

* Análise ITT onde os indivíduos com dados omissos foram incluídos como não respondedores.

^a Os dados à semana 98 para o IMPACT incluem os doentes que passaram do placebo e os doentes a receberem infliximab que integraram a extensão sem ocultação.

^b Com base em doentes com um PASI basal > 2,5 para o IMPACT, e em doentes com psoriase com um envolvimento da pele > 3 % da ASC na linha de base no IMPACT 2.

** Resposta PASI 75 para o IMPACT não incluída devido ao N baixo; p< 0,001 para o infliximab vs. placebo na semana 24 para o IMPACT 2.

Nos IMPACT e IMPACT 2, foram observadas respostas clínicas logo na semana 2 e mantiveram-se até às semanas 98 e 54, respetivamente. A eficácia foi demonstrada com ou sem utilização concomitante de metotrexato. As diminuições nos parâmetros da atividade periférica característica da artrite psoriática (tais como o número de articulações tumefactas, número de articulações dolorosas/dolorosas à palpação, dactilite e presença de entesiotipia) foram observadas nos doentes que receberam infliximab.

Foram avaliadas as alterações radiográficas no IMPACT2. Foram radiografadas as mãos e os pés, na linha de base e nas semanas 24 e 54. O tratamento com infliximab reduziu a taxa de progressão da lesão ao nível da articulação periférica em comparação com o tratamento com placebo, relativamente aos principais parâmetros de avaliação final na semana 24, pelas alterações desde a linha de base medidas numa escala total vdH-S modificada (pontuação média ±DP foi 0,82 ± 2,62 no grupo placebo em comparação com -0,70 ± 2,53 no grupo do infliximab; p< 0,001). No grupo infliximab, a alteração média na escala total vdH-S modificada manteve-se abaixo de 0 até ao final da semana 54.

Os doentes que receberam infliximab apresentaram melhoria significativa da função física conforme avaliado pelo HAQ. Foram também demonstradas melhorias significativas na qualidade de vida relacionada com a saúde, conforme medido pelos resultados sumários dos componentes físico e mental do SF-36 no IMPACT 2.

Psoriase em adultos

A eficácia de infliximab foi avaliada em dois estudos multicéntricos, aleatorizados, sob dupla ocultação: SPIRIT e EXPRESS. Os doentes em ambos os estudos possuíam psoriase em placas (Área de Superfície Corporal [ASC] ≥ 10 % e valor do Índice de Superfície e Gravidade da Psoriase [PASI] ≥ 12). O objetivo principal em ambos os estudos foi a determinação da percentagem de doentes que atingiram uma melhoria ≥ 75 % no índice de PASI na semana 10, em relação à linha de base.,

O SPIRIT avaliou a eficácia da terapêutica de indução de infliximab em 249 doentes com psoriase em placas que previamente receberam PUVA ou terapêutica sistémica. Os doentes receberam perfusões intravenosas quer de infliximab doseadas a 3 ou a 5 mg/kg, ou perfusões de placebo, nas semanas 0, 2 e 6. Os doentes com um valor de avaliação médica global (PGA) ≥ 3 foram elegíveis para receberem perfusões adicionais do mesmo tratamento na semana 26.

No SPIRIT, a proporção de doentes que atingiu o PASI 75 na semana 10 foi de 71,7 % no grupo que recebeu 3 mg/kg de infliximab, de 87,9 % no grupo que recebeu 5 mg/kg de infliximab, e 5,9 % no grupo que recebeu placebo (p < 0,001). Na semana 26, vinte semanas após a última dose de indução, 30 % dos doentes do grupo que recebeu 5 mg/kg e 13,8 % dos doentes do grupo que recebeu 3 mg/kg atingiram o PASI 75. Entre as semanas 6 e 26, os sintomas de psoriase voltaram a surgir gradualmente com um tempo médio de recidiva de > 20 semanas. Não se observou recorrência. O EXPRESS avaliou a eficácia da terapêutica de indução e manutenção com infliximab em 378 doentes com psoriase em placas. Os doentes receberam perfusões com 5 mg/kg de infliximab ou de placebo nas semanas 0, 2 e 6, seguidas por terapêutica de manutenção em cada 8 semanas até à semana 22, no grupo que recebeu placebo, e até à semana 46, no grupo que recebeu infliximab. Na semana 24, o grupo que recebeu placebo foi cruzado e passou a receber a terapêutica de indução de

infliximab (5 mg/kg) seguida da terapêutica de manutenção de infliximab (5 mg/kg). A psoriase ungueal foi avaliada utilizando o índice de Gravidade da Psoriase Ungueal (NAPSI). 71,4 % dos doentes tinham recebido tratamentos anteriores com PUVA, metotrexato, ciclosporina ou acitretina, contudo não foram necessariamente considerados como resistentes aos tratamentos. Os resultados principais são apresentados na Tabela 10. Nos indivíduos que receberam tratamento com infliximab foram evidentes melhorias significativas de PASI 50 na primeira visita (semana 2) e melhorias de PASI 75 na segunda visita (semana 6). A eficácia foi semelhante no subgrupo de doentes que tinha sido exposto previamente a terapêuticas sistémicas comparativamente com a população geral estudada.

Tabela 10
Resumo da resposta PASI, resposta PGA e percentagem de doentes com todas as unhas sem evidência de doença nas semanas 10, 24 e 50. EXPRESS.

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (na semana 24)	Infliximab 5 mg/kg
Semana 10		
N	77	301
Melhoria ≥ 90 %	1 (1,3 %)	172 (57,1 %) ^a
Melhoria ≥ 75 %	2 (2,6 %)	242 (80,4 %) ^a
Melhoria ≥ 50 %	6 (7,8 %)	274 (91,0 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	3 (3,9 %)	242 (82,9 %) ^{ab}
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	14 (18,2 %)	275 (94,2 %) ^{ab}
Semana 24		
N	77	276
Melhoria ≥ 90 %	1 (1,3 %)	161 (58,3 %) ^a
Melhoria ≥ 75 %	3 (3,9 %)	227 (82,2 %) ^a
Melhoria ≥ 50 %	5 (6,5 %)	248 (89,9 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	2 (2,6 %)	203 (73,6 %) ^a
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	15 (19,5 %)	246 (89,1 %) ^a
Semana 50		
N	68	281
Melhoria ≥ 90 %	34 (50,0 %)	127 (45,2 %)
Melhoria ≥ 75 %	52 (76,5 %)	170 (60,5 %)
Melhoria ≥ 50 %	61 (89,7 %)	193 (68,7 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	46 (67,6 %)	149 (53,0 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	59 (86,8 %)	189 (67,3 %)
Todas as unhas sem evidência de doença^c		
Semana 10	1/65 (1,5 %)	16/235 (6,8 %)
Semana 24	3/65 (4,6 %)	58/223 (26,0 %) ^a
Semana 50	27/64 (42,2 %)	92/226 (40,7 %)

^a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo.

^b n = 292.

^c A análise foi baseada nos indivíduos com psoriase ungueal de base (81,8 % dos indivíduos). Os valores médios basais do NAPSI foram 4,6 e 4,3 nos grupos do infliximab e placebo.

Foram demonstradas melhorias significativas em relação ao basal no Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (DLQI) (p < 0,001) e nos valores das componentes física e mental da Versão Reduzida (SF) 36 (p < 0,001 para a comparação de cada componente).

População pediátrica

Doença de Crohn pediátrica (6 a 17 anos de idade)

No estudo REACH, 112 doentes (6 a 17 anos, idade mediana 13,0 anos) com doença de Crohn ativa, moderada a grave (CDAI pediátrico mediano de 40), e uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais, receberam 5 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Todos os doentes recebiam obrigatoriamente uma dose estável de 6-MP, AZA ou MTX (35 % também estavam a receber corticosteroides no início do estudo). Os doentes avaliados pelo investigador como tendo resposta clínica na semana 10 foram aleatorizados e receberam 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 ou 12 semanas, como um regime de tratamento de manutenção. Se a resposta desaparecia durante o tratamento de manutenção, era permitido cruzar para uma dose mais elevada (10 mg/kg) e/ou um intervalo de administração mais curto (a cada 8 semanas). Trinta e dois (32) doentes pediátricos avaliáveis cruzaram de braço (9 doentes no grupo de manutenção do intervalo de 8 semanas e 23 doentes no grupo de manutenção do intervalo de 12 semanas). Vinte e quatro destes doentes (75,0 %) retomaram a resposta clínica após cruzarem de braço.

A proporção de doentes com resposta clínica na semana 10 foi de 88,4 % (99/112). A proporção de doentes que atingiram a remissão clínica na semana 10 foi de 58,9 % (66/112).

Às 30 semanas, a proporção de doentes em remissão clínica foi maior no grupo de manutenção com intervalo de 8 semanas (59,6 %, 31/52) do que no grupo de manutenção com intervalo de 12 semanas (35,3 %, 18/51; p=0,013). Às 54 semanas, os números eram 55,8 % (29/52) e 23,5 % (12/51) nos grupos de manutenção com intervalo de 8 semanas e 12 semanas, respetivamente (p< 0,001).

Os dados sobre as fistulas derivaram das pontuações de PCDAI. Dos 22 doentes que apresentavam fistulas no início do estudo, 63,6 % (14/22), 59,1 % (13/22) e 68,2 % (15/22) apresentaram resposta completa das fistulas nas semanas 10, 30 e 54, respetivamente, nos grupos de manutenção combinados dos intervalos de 8 semanas e 12 semanas.

Adicionalmente, foram observadas melhorias estatística e clinicamente significativas na qualidade de vida e na altura, assim como uma diminuição significativa da utilização de corticosteroides em comparação com o início do estudo.

Colite ulcerosa pediátrica (6 a 17 anos)

A eficácia e a segurança de infliximab foram avaliadas num estudo clínico (C0168T72) multicêntrico, aleatorizado, aberto, em grupo paralelo, com 60 doentes pediátricos com idades entre os 6 e os 17 anos (idade mediana 14,5 anos) com colite ulcerosa ativa, moderada a grave (pontuação de Mayo de 6 a 12; subpontuação endoscópica ≥ 2), com uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais. Na linha de base, 53 % dos doentes estavam a receber tratamento imunomodulador (6-MP, AZA e/ou MTX) e 62 % dos doentes estavam a receber tratamento com corticosteroides. Foi permitida descontinuação dos imunomoduladores e a redução da dose dos corticosteroides após a semana 0.

Todos os doentes receberam um tratamento de indução de 5 mg/kg de infliximab nas semanas 0,2 e 6. Os doentes que não responderam ao infliximab na semana 8 (n=15) não receberam mais medicamento e voltaram para visitas de seguimento de segurança. Na semana 8, 45 doentes foram aleatorizados e receberam 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 ou 12 semanas como regime de tratamento de manutenção.

A proporção de doentes com resposta clínica na semana 8 foi de 73,3 % (44/60). A resposta clínica na semana 8 foi semelhante entre os doentes com ou sem uso concomitante de imunomoduladores na linha de base. A remissão clínica à semana 8 foi de 33,3 % (17/51), de acordo com a pontuação do índice de atividade da colite ulcerosa pediátrica (PUCAI).

Na semana 54, a proporção de doentes em remissão clínica medida pela pontuação do PUCAI foi de 38 % (8/21) no grupo de manutenção com intervalo de 8 semanas e 18 % (4/22) no grupo de manutenção com intervalo de 12 semanas. Para os doentes a receberem corticosteroides na linha de base, a proporção de doentes em remissão e que não estavam a receber corticosteroides na

semana 54 foi de 38,5 % (5/13) no grupo com intervalo de 8 semanas e 0 % (0/13) para o grupo de manutenção com intervalo de 12 semanas.

Neste estudo houve um maior número de doentes no grupo etário dos 12 aos 17 anos de idade do que no grupo dos 6 aos 11 anos de idade (45/60 vs. 15/60). Enquanto que o número de doentes em cada um dos subgrupos é demasiado pequeno para tirar qualquer conclusão definitiva relativamente ao efeito da idade, houve uma maior proporção de doentes no grupo mais novo com intensificação da dose e descontinuação da terapêutica devido a eficácia inadequada.

Outras indicações pediátricas

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com o medicamento de referência contendo infliximab em todos os subgrupos da população pediátrica na artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática, espondilite anquilosante, psoríase e doença de Crohn (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica).

5.2 Propriedades farmacocinéticas

A administração de perfusões intravenosas únicas de 1, 3, 5, 10 ou 20 mg/kg de infliximab provocou aumentos proporcionais, proporcionais à dose, das concentrações séricas máximas (C_{max}) e da área sob a curva da concentração-tempo (AUC). O volume de distribuição no estado de equilíbrio (V_d mediano de 3,0 a 4,1 litros) foi independente da dose administrada e indicou que o infliximab se distribui predominantemente no compartimento vascular. Não se observou uma farmacocinética dependente do tempo. As vias de eliminação do infliximab não se encontram caracterizadas. Não foi detetado infliximab não alterado na urina. Não se observaram diferenças significativas na depuração ou no volume de distribuição relacionadas com a idade ou o peso em doentes com artrite reumatoide. Não foi estudada a farmacocinética do infliximab em doentes idosos. Não se realizaram estudos em indivíduos com doença hepática ou renal.

Em doses únicas de 3, 5 ou 10 mg/kg, os valores medianos da C_{max} foram de 77, 118 e 277 microgramas/ml, respetivamente. A mediana da semivida de eliminação, registada com estas doses, variou entre 8 e 9,5 dias. Na maioria dos doentes, o infliximab podia ser detetado no soro durante pelo menos 8 semanas após a administração da dose única recomendada de 5 mg/kg, na doença de Crohn, e com a dose de manutenção de 3 mg/kg, administrada em intervalos de 8 semanas, na artrite reumatoide.

A administração repetida de infliximab (5 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6, respetivamente, na doença de Crohn com formação de fistulas, 3 ou 10 mg/kg nas semanas 4 ou 8, respetivamente, na artrite reumatoide) resultou numa ligeira acumulação sérica de infliximab após a segunda dose. Não se observou qualquer acumulação adicional clinicamente relevante. Na maioria dos doentes com doença de Crohn com formação de fistulas, o infliximab foi detetado no soro durante 12 semanas (variável entre 4-28 semanas) após a administração do regime terapêutico.

População pediátrica

A análise da farmacocinética na população com um intervalo de idade dos 2 meses aos 17 anos, baseada nos dados obtidos de doentes com colite ulcerosa (N=60), doença de Crohn (N=112), artrite reumatoide juvenil (N=117) e doença de Kawasaki (N=16), indicaram que a exposição ao infliximab foi dependente do peso corporal de uma forma não-linear. Após a administração de 5 mg/kg de infliximab em cada 8 semanas, o valor mediano previsto no estado de equilíbrio após exposição ao infliximab (área sob a curva da concentração-tempo no estado de equilíbrio, AUC_{ss}), em doentes pediátricos entre os 6 anos e os 17 anos, foi aproximadamente 20 % inferior do que o estado de equilíbrio previsto após a exposição ao medicamento em adultos. O valor mediano da AUC_{ss} previsto em doentes pediátricos com 2 anos e menos de 6 anos foi aproximadamente 40 % inferior ao dos adultos, apesar de o número de doentes que suporta esta estimativa ser limitado.

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Não se verificam reações cruzadas entre o infliximab e o TNF_α de outras espécies que não a humana e os chimpanzés. Deste modo, são limitados os dados convencionais de segurança pré-clínica relativamente ao infliximab. No estudo de toxicidade no desenvolvimento efetuado em ratinhos com um anticorpo análogo que inibe seletivamente a atividade funcional do TNF_α do ratinho, não se observou qualquer evidência de toxicidade materna, embriotoxicidade ou teratogenicidade. Num estudo de fertilidade e da função reprodutora geral, o número de ratinhos fêmeas gestantes foi reduzido após a administração do mesmo anticorpo análogo. Desconhece-se se este achado foi devido a efeitos sobre os machos e/ou nas fêmeas. Num estudo de toxicidade de dose repetida efetuado em ratinhos com a duração de 6 meses, utilizando o mesmo anticorpo análogo contra o TNF_α do ratinho, observaram-se depósitos de cristais na cápsula do cristalino de alguns dos ratinhos do grupo de tratamento. Não se realizaram exames oftalmológicos específicos em doentes por forma a investigar a relevância deste achado para os seres humanos.

Não se realizaram estudos a longo prazo com o objetivo de avaliar a carcinogenicidade potencial de infliximab. Os estudos efetuados em ratinhos com deficiência de TNF_α demonstraram não existir um aumento dos tumores quando provocados com indutores e/ou promotores conhecidos de tumores.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1. Lista dos excipientes

Sacarose
Polissorbato 80 (E433)
Fosfato de sódio di-hidrogenado mono-hidratado
Fosfato dissódico di-hidratado

6.2 Incompatibilidades

Na ausência de estudos de compatibilidade, este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.

6.3 Prazo de validade

Antes da reconstituição

5 anos a 2°C – 8°C.

Remsima pode ser conservado a temperaturas até um máximo de 25°C durante um período único até 6 meses, mas não excedendo o prazo de validade original. O novo prazo de validade tem de ser escrito na cartonagem. Após remoção do frigorífico, Remsima não pode voltar a ser conservado no frigorífico.

Após reconstituição e diluição

A estabilidade química e física da solução diluída foi demonstrada até 60 dias a 2°C – 8°C e durante um período adicional de 24 horas a 25°C após retirar do frigorífico. De um ponto de vista microbiológico, a solução para perfusão deve ser administrada imediatamente, os tempos de conservação durante a utilização e condições de conservação antes da utilização são da responsabilidade do utilizador e normalmente não deverão ser superiores a 24 horas a 2°C – 8°C, a não ser que a reconstituição/diluição tenha ocorrido em condições assépticas controladas e validadas.

6.4 Precauções especiais de conservação

Conservar no frigorífico (2°C – 8°C).

Para condições de conservação até 25°C, antes da reconstituição do medicamento, ver secção 6.3.

Condições de conservação do medicamento após reconstituição, ver secção 6.3.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Frasco para injetáveis de vidro (tipo 1), com uma rolha de borracha (de butilo) e um selo de alumínio com um botão de remoção fácil.

Apresentações de 1, 2, 3, 4, 5 frascos para injetáveis.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação e manuseamento

1. A dose e o número de frascos para injetáveis de Remsima têm de ser calculados. Cada frasco para injetáveis de Remsima contém 100 mg de infliximab. O volume total da solução de Remsima reconstituída necessária tem de ser calculado.
2. Sob condições asséticas, cada frasco para injetáveis de Remsima deve ser reconstituído com 10 ml de água para injetáveis, utilizando uma seringa com uma agulha de calibre 21 (0,8 mm) ou mais pequena. A tampa de remoção fácil do frasco para injetáveis tem de ser retirada e o topo tem de ser limpo com uma compressa embebida em álcool a 70 %. A agulha da seringa deve ser introduzida no frasco para injetáveis, na parte central da rolha de borracha, e o jato de água para injetáveis dirigido para a parede de vidro do frasco para injetáveis. O frasco para injetáveis deve ser rodado, efetuando movimentos giratórios suaves, para dissolver o pó. A agitação prolongada ou vigorosa deve ser evitada. O FRASCO PARA INJETÁVEIS NÃO DEVE SER AGITADO. Pode ocorrer formação de espuma na solução após a reconstituição. A solução reconstituída deve repousar durante 5 minutos. A solução deve ser incolor a amarelo claro e opalescente. A solução pode apresentar algumas partículas finas translúcidas em virtude do infliximab ser uma proteína. A solução não deve ser utilizada se estiverem presentes partículas opacas ou outras partículas estranhas ou caso se observe alteração da cor.
3. O volume necessário da solução de Remsima reconstituída deve ser diluído até 250 ml com solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9 %). Não dilua a solução de Remsima reconstituída com qualquer outro solvente. A diluição pode ser conseguida extraíndo um volume da solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9 %) do frasco de vidro ou saco de perfusão de 250 ml, igual ao volume de Remsima reconstituído. O volume necessário da solução de Remsima reconstituída deve ser adicionado lentamente até perfazer o volume do saco ou do frasco de perfusão de 250 ml e misturado suavemente. Para volumes superiores a 250 ml, utilizar um saco de perfusão maior (ex. 500 ml, 1.000 ml) ou utilizar múltiplos sacos de perfusão de 250 ml para assegurar que a concentração da solução para perfusão não excede os 4 mg/ml. Se armazenada refrigerada após reconstituição e diluição, deve permitir-se que a solução para perfusão se equilibre à temperatura ambiente de 25°C durante 3 horas antes do Passo 4 (perfusão). O armazenamento por mais de 24 horas a 2°C – 8°C aplica-se apenas à preparação do Remsima no saco de perfusão.
4. A solução para perfusão tem de ser administrada durante um período não inferior ao tempo de perfusão recomendado (ver secção 4.2). Deve ser utilizado apenas um sistema de perfusão com um filtro em linha, estéril, apirogénico, com baixa ligação às proteínas (tamanho dos poros: igual ou inferior a 1,2 micrómetros). Uma vez que não estão presentes conservantes, a

administração da solução para perfusão deve ser iniciada o mais rapidamente possível e no espaço de 3 horas após a reconstituição e a diluição. Se não for usada imediatamente, os tempos e condições de conservação antes da utilização são da responsabilidade do utilizador e normalmente não deverão ser superiores a 24 horas a 2°C – 8°C, a não ser que a reconstituição/diluição tenha sido realizada sob condições assépticas controladas e validadas (ver secção 6.3 acima). Qualquer quantidade não utilizada de solução para perfusão não deve ser conservada para reutilização.

5. Antes da administração, Remsima deve ser inspecionado visualmente para verificar se contém partículas ou apresenta sinais de alteração da cor. A solução não deve ser utilizada se contiver partículas opacas visíveis, partículas estranhas ou alterações da cor.
6. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/001
EU/1/13/853/002
EU/1/13/853/003
EU/1/13/853/004
EU/1/13/853/005

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: 10 de setembro de 2013
Data da última renovação: 21 de junho de 2018

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

1. NOME DO MEDICAMENTO

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia
Remsima 120 mg solução injetável em caneta pré-cheia

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia

Cada seringa pré-cheia de dose única de 1 ml contém 120 mg de infliximab*.

Remsima 120 mg solução injetável em caneta pré-cheia

Cada caneta pré-cheia de dose única de 1 ml contém 120 mg de infliximab*.

* Infliximab é um anticorpo monoclonal IgG1 humano-murino quimérico produzido em células de hibridoma de murino por tecnologia de ADN recombinante.

Excipiente(s) com efeito conhecido

Este medicamento contém 45 mg de sorbitol (E420) e 0,5 mg de polissorbato 80 (E433) em cada ml de solução.

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Solução injetável (injetável).

Solução transparente a opalescente, incolor a castanho claro.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Artrite reumatoide

Remsima, em associação com o metotrexato, é indicado para a redução de sinais e sintomas, bem como a melhoria da função física em:

- doentes adultos com doença ativa que apresentaram uma resposta inadequada a fármacos modificadores da evolução da doença reumática (DMARDs), incluindo o metotrexato.
- doentes adultos com doença grave, ativa e progressiva, que não receberam previamente tratamento com metotrexato ou outros DMARDs.

Nestas populações de doentes foi demonstrada uma redução da taxa de progressão das lesões articulares, avaliada através de raios-X (ver secção 5.1).

Doença de Crohn

Remsima está indicado para:

- tratamento da doença de Crohn ativa, moderada a grave, em doentes adultos que não apresentaram resposta mesmo após um ciclo completo e adequado de terapêutica com um corticosteroide e/ou um imunossupressor; ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas.
- tratamento da doença de Crohn ativa, com formação de fistulas, em doentes adultos que não apresentaram resposta mesmo após um ciclo completo e adequado de terapêutica com um tratamento convencional (incluindo antibióticos, drenagem e terapêutica imunossupressora).

Colite ulcerosa

Remsima está indicado para o tratamento da colite ulcerosa ativa, moderada a grave, em doentes adultos que não responderam adequadamente à terapêutica convencional, incluindo corticosteroides e 6-mercaptopurina (6-MP) ou azatioprina (AZA), ou que apresentam intolerância ou contraindicações para estas terapêuticas.

Espondilite anquilosante

Remsima está indicado para o tratamento da espondilite anquilosante ativa grave, em doentes adultos que não responderam adequadamente a terapêuticas convencionais.

Artrite psoriática

Remsima está indicado para o tratamento da artrite psoriática ativa e progressiva em doentes adultos quando houver uma resposta inadequada a uma terapêutica prévia com DMARD.

Remsima deve ser administrado:

- em associação com metotrexato
- ou em monoterapia, em doentes que demonstraram intolerância ao metotrexato ou para os quais o metotrexato está contraindicado

Infliximab tem demonstrado melhorar a função física em doentes com artrite psoriática e reduzir a taxa de progressão da lesão ao nível da articulação periférica de acordo com a avaliação por raio-X em doentes com subtipos simétricos poliarticulares da doença (ver secção 5.1).

Psoríase

Remsima é indicado para o tratamento da psoríase em placas, moderada a grave, em doentes adultos que não apresentaram resposta, ou que têm uma contraindicação, ou que são intolerantes a outras terapêuticas sistémicas, incluindo ciclosporina, metotrexato ou psoraleno associado à radiação ultravioleta (PUVA) (ver secção 5.1).

4.2 Posologia e modo de administração

O tratamento com Remsima deve ser iniciado e efetuado sob a supervisão de um médico especialista com experiência no diagnóstico e tratamento das doenças para as quais Remsima é indicado. Os doentes medicados com Remsima devem receber o folheto informativo e o cartão de alerta do doente. As instruções de utilização são fornecidas no folheto informativo.

Para injeções subsequentes e após formação apropriada sobre a técnica de injeção subcutânea, os doentes podem autoinjetar-se com Remsima, se o médico considerar que é apropriado e com acompanhamento médico, se necessário. A adequabilidade do doente para utilização subcutânea em casa deve ser avaliada e os doentes devem ser aconselhados a informar o respetivo profissional de saúde se tiverem sintomas de uma reação alérgica antes de administrarem a dose seguinte. Os doentes devem procurar assistência médica imediatamente se desenvolverem sintomas de reações alérgicas graves (ver secção 4.4).

No decurso do tratamento com Remsima, a utilização de outras terapêuticas concomitantes, por exemplo com corticosteroides e imunossupressores, deverá ser otimizada.

É importante verificar as etiquetas do medicamento para garantir que está a ser administrada a formulação (intravenosa ou subcutânea) correta ao doente, tal como prescrito. A formulação subcutânea de Remsima não se destina-se a administração intravenosa e deve ser administrada apenas através de injeção subcutânea.

Posologia

Adultos (≥ 18 anos)

Artrite reumatoide

O tratamento com a formulação subcutânea de Remsima deve ser iniciado com doses de carga de infliximab, que podem ser intravenosas ou subcutâneas. Quando for utilizada carga subcutânea, Remsima 120 mg deve ser administrado como uma injeção subcutânea seguida de injeções subcutâneas adicionais nas semanas 1, 2, 3 e 4 após a primeira injeção e, em seguida, a cada 2 semanas. Se doses de carga intravenosas de infliximab forem administradas para iniciar o tratamento, 2 perfusões intravenosas de infliximab 3 mg/kg devem ser administradas com 2 semanas de intervalo. O primeiro tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a segunda administração intravenosa. A dose de manutenção recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas.

Remsima deve ser administrado concomitantemente com metotrexato.

Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 12 semanas de tratamento. A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentarem evidência de benefício terapêutico durante as primeiras 12 semanas de tratamento (ver secção 5.1).

Doença de Crohn ativa moderada a grave

O primeiro tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a última administração de perfusões intravenosas. Antes de se iniciar o tratamento com a formulação subcutânea de Remsima, devem ser administradas 2 perfusões intravenosas de infliximab 5 mg/kg com 2 semanas de intervalo e pode-se administrar uma perfusão intravenosa adicional de infliximab 5 mg/kg 4 semanas após a segunda perfusão. A dose de manutenção recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas. No caso de o doente não responder ao tratamento após doses de carga de infliximab intravenoso, não deve ser administrado um tratamento adicional com infliximab. Os dados disponíveis não sustentam tratamentos adicionais de infliximab em doentes que não respondam dentro de 6 semanas após a perfusão inicial.

Dados limitados em doentes que inicialmente responderam ao regime de indução com infliximab mas que deixaram de responder indicam que alguns doentes podem recuperar a resposta com um aumento progressivo da dose (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentam evidência de benefício terapêutico após o ajuste posológico.

Doença de Crohn ativa, com formação de fistulas

O primeiro tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a última administração de perfusões intravenosas. Antes de se iniciar o tratamento com a formulação subcutânea de Remsima, devem ser administradas 2 perfusões intravenosas de infliximab 5 mg/kg com 2 semanas de intervalo e pode-se administrar uma perfusão intravenosa adicional de infliximab 5 mg/kg 4 semanas após a segunda perfusão. A dose de manutenção recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas. No caso de o doente não responder ao tratamento após as doses de carga de infliximab intravenoso, não deve ser administrado um tratamento adicional com infliximab. Os dados disponíveis não sustentam tratamentos adicionais de infliximab em doentes que não respondam dentro de 14 semanas após a perfusão inicial.

Dados limitados em doentes que inicialmente responderam ao regime de indução com infliximab mas que deixaram de responder indicam que alguns doentes podem recuperar a resposta com um aumento progressivo da dose (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente

reconsiderada nos doentes que não apresentam evidência de benefício terapêutico após o ajuste posológico.

Colite ulcerosa

O primeiro tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a última administração de perfusões intravenosas. Antes de se iniciar o tratamento com a formulação subcutânea de Remsima, devem ser administradas 2 perfusões intravenosas de infliximab 5 mg/kg com 2 semanas de intervalo e pode-se administrar uma perfusão intravenosa adicional de infliximab 5 mg/kg 4 semanas após a segunda perfusão. A dose de manutenção recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas.

Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 14 semanas de tratamento (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentarem evidência do benefício terapêutico durante este período de tempo.

Espondilite anquilosante

O tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a última administração de duas perfusões intravenosas de infliximab 5 mg/kg administradas com 2 semanas de intervalo. A dose recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas. No caso de o doente não responder ao tratamento por 6 semanas (ou seja, após 2 infusões intravenosas), não deve ser administrado um tratamento adicional com infliximab.

Artrite psoriática

O tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a última administração de duas perfusões intravenosas de infliximab 5 mg/kg administradas com 2 semanas de intervalo. A dose recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas.

Psoríase

O tratamento com Remsima administrado por via subcutânea deve ser iniciado como terapêutica de manutenção 4 semanas após a última administração de duas perfusões intravenosas de infliximab 5 mg/kg administradas com 2 semanas de intervalo. A dose recomendada da formulação subcutânea de Remsima é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas. No caso de o doente não responder ao tratamento por 14 semanas (ou seja, 2 infusões intravenosas e 5 injeções subcutâneas), não deve ser administrado um tratamento adicional com infliximab.

Readministração na doença de Crohn e artrite reumatoide

Da experiência com infliximab intravenoso, caso se verifique recorrência dos sinais e sintomas da doença, infliximab pode ser readministrado no período de 16 semanas após a última administração. Em estudos clínicos com infliximab intravenoso, as reações de hipersensibilidade tardia foram pouco frequentes e ocorreram após um intervalo de menos de 1 ano sem administração de infliximab (ver secções 4.4 e 4.8). A segurança e eficácia da readministração de infliximab após um período sem tratamento de mais de 16 semanas não foram estabelecidas. Esta recomendação aplica-se tanto aos doentes com doença de Crohn como aos doentes com artrite reumatoide.

Readministração na colite ulcerosa

Da experiência com infliximab intravenoso, a segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutros intervalos que não os de 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na espondilite anquilosante

Da experiência com infliximab intravenoso, a segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutros intervalos que não os de 6 a 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na artrite psoriática

Da experiência com infliximab intravenoso, a segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutros intervalos que não os de 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na psoriase

A experiência limitada de repetição do tratamento com uma dose única de infliximab por via intravenosa na psoriase, após um intervalo de 20 semanas, sugere uma eficácia reduzida e uma incidência mais elevada de reações ligeiras a moderadas à perfusão comparativamente com o regime de indução inicial (ver secção 5.1).

A experiência limitada de repetição do tratamento infliximab intravenoso após ativação da doença com um regime de reindução sugere uma incidência mais elevada de reações à perfusão, incluindo reações graves, comparativamente ao tratamento de manutenção do infliximab intravenoso em intervalos de 8 semanas (ver secção 4.8).

Readministração nas várias indicações

No caso de ser interrompida a terapêutica de manutenção e existir necessidade de reiniciar o tratamento, não é recomendada a utilização de um regime de reindução de infliximab intravenoso (ver secção 4.8). Nesta situação, o infliximab deve ser iniciado novamente como dose única intravenosa de infliximab seguido de manutenção das recomendações de dose subcutânea de infliximab descrito acima 4 semanas após a última administração intravenosa de infliximab.

Indicações para passagem de e para formulação subcutânea de Remsima

Ao mudar da terapêutica de manutenção com formulação intravenosa de infliximab para a formulação subcutânea de Remsima, a formulação subcutânea poderá ser administrada 8 semanas após a última administração das perfusões de infliximab.

Não existe informação suficiente sobre a mudança de doentes que receberam perfusões intravenosas de infliximab superiores a 3 mg/kg para artrite reumatoide ou 5 mg/kg para doença de Crohn a cada 8 semanas para a formulação subcutânea de Remsima.

Não existem dados disponíveis sobre a mudança de doentes da formulação subcutânea para a formulação intravenosa de Remsima.

Doses esquecidas

Caso um doente se esqueça de uma injeção da formulação subcutânea de Remsima, deve ser instruído para tomar a dose esquecida imediatamente, caso tenha ocorrido no prazo de 7 dias a contar da dose esquecida e, em seguida, permanecer no esquema posológico original. Caso a dose seja atrasada 8 dias ou mais, os doentes devem ser instruídos para omitir a dose esquecida, aguardar até à próxima dose programada e, em seguida, a permanecer no esquema posológico original.

Populações especiais

Idosos

Não foram realizados estudos específicos com infliximab em doentes idosos. Nos estudos clínicos com infliximab intravenoso, não foram observadas diferenças significativas relacionadas com a idade, na depuração ou volume de distribuição e o mesmo é de esperar para a formulação subcutânea. Não é necessário ajuste posológico (ver secção 5.2). Para mais informações sobre a segurança de infliximab em doentes idosos (ver secções 4.4 e 4.8).

Compromisso renal e/ou hepático

Infliximab não foi estudado nesta população de doentes. Não podem ser efetuadas quaisquer recomendações sobre a posologia (ver secção 5.2).

População pediátrica

A segurança e eficácia da terapêutica subcutânea com Remsima em crianças com idade inferior a 18 anos ainda não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Por conseguinte, a utilização subcutânea de Remsima é recomendada apenas para os adultos.

Modo de administração

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia ou em caneta pré-cheia é administrado apenas através de injeção subcutânea. São fornecidas instruções de utilização completas no folheto informativo. Para as duas perfusões intravenosas iniciais, os doentes poderão ser pré-tratados com, por exemplo, um anti-histamínico, hidrocortisona e/ou paracetamol e a taxa de perfusão pode ser diminuída para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão, especialmente se ocorrerem previamente reações relacionadas com a perfusão (ver secção 4.4). O médico deve garantir um acompanhamento apropriado dos doentes quanto a qualquer reação sistémica à injeção e reação no local de injeção após a injeção subcutânea inicial ter sido administrada.

4.3 Contraindicações

Hipersensibilidade à substância ativa, a outras proteínas murinas ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

Doentes com tuberculose ou outras infecções graves, tais como, sépsis, abcessos, e infecções oportunistas (ver secção 4.4).

Doentes com insuficiência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA) (ver secções 4.4 e 4.8).

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

Rastreabilidade

De forma a melhorar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, o nome e o número de lote do medicamento administrado devem ser claramente registados.

Reação sistémica à injeção/reAÇÃO no local de injeção/hipersensibilidade

Infliximab tem sido associado a reações sistémicas à injeção, choque anafilático e reações de hipersensibilidade tardia (ver secção 4.8).

As reações agudas, incluindo reações anafiláticas, podem desenvolver-se durante (em segundos) ou em poucas horas após a administração de infliximab. Caso se observem reações agudas, deve ser procurada assistência médica imediatamente. Por este motivo, as administrações intravenosas iniciais devem decorrer num local onde haja equipamento de emergência, como a adrenalina, anti-histamínicos, corticosteroides e ventilação artificial, imediatamente disponível. Os doentes podem ser pré-tratados, por exemplo, com um anti-histamínico, hidrocortisona e/ou paracetamol de modo a prevenir a ocorrência de efeitos ligeiros e transitórios.

As reações no local de injeção, predominantemente de natureza ligeira a moderada, incluíram as seguintes reações limitadas ao local de injeção: eritema, dor, prurido, tumefação, induração, equimose, hematoma, edema, sensação de frio, parestesia, hemorragia, irritação, erupção cutânea, úlcera, urticária, vesículas no local da aplicação e crosta foram notificados em associação com o tratamento com infliximab subcutâneo. A maioria destas reações pode ocorrer imediatamente ou nas 24 horas a seguir à injeção subcutânea. A maioria destas reações resolveu-se espontaneamente sem qualquer tratamento.

Alguns doentes poderão desenvolver anticorpos ao infliximab que têm sido associados a um aumento na frequência de reações relacionadas com a perfusão, quando administrado por perfusão intravenosa. Uma pequena proporção de reações à perfusão foram reações alérgicas graves. Observou-se, também, uma associação entre o desenvolvimento de anticorpos ao infliximab e uma duração reduzida da resposta com infliximab administrado intravenosamente. A administração concomitante de imunomoduladores foi associada a uma incidência mais baixa de anticorpos ao infliximab e, no caso de infliximab administrado por via intravenosa, uma redução na frequência de reações à perfusão. O efeito da terapêutica imunomoduladora concomitante foi mais profundo nos doentes que receberam tratamento episodicamente do que nos doentes que receberam terapêutica de manutenção. Nos doentes que suspendam imunossupressores antes ou durante o tratamento com infliximab existe um risco maior de desenvolvimento destes anticorpos. Os anticorpos ao infliximab nem sempre podem ser detetados em amostras de soro. Caso ocorram reações graves, deve instituir-se um tratamento sintomático e não deve ser administrado mais infliximab (ver secção 4.8).

Em estudos clínicos, foram notificadas reações de hipersensibilidade tardia. Os dados disponíveis sugerem um aumento do risco de reações de hipersensibilidade tardia com o aumento do intervalo de tempo decorrido após a última administração de infliximab. Os doentes devem ser aconselhados a consultar imediatamente um médico caso surja alguma reação adversa tardia (ver secção 4.8). Caso o tratamento seja repetido após um período de tempo prolongado, deve proceder-se a uma cuidadosa monitorização dos doentes relativamente aos sinais e sintomas de hipersensibilidade tardia.

Infeções

Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infeções, incluindo a tuberculose, antes, durante e após o tratamento com infliximab. Dado que a eliminação de infliximab pode demorar até seis meses, a monitorização deverá continuar ao longo desse período. Não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab se um doente desenvolver uma infeção grave ou sépsis.

Deve ter-se precaução ao administrar-se infliximab em doentes com infeção crónica ou com antecedentes de infeções recorrentes, incluindo a terapêutica concomitante com medicamentos imunossupressores. Os doentes devem ser devidamente advertidos quanto a potenciais fatores de risco de infeção e evitar a exposição aos mesmos.

O fator de necrose tumoral alfa (TNF_α) é um mediador da inflamação e modula a resposta imunitária celular. Dados experimentais demonstram que o TNF_α é essencial para a resolução das infeções intracelulares. A experiência clínica demonstra que a defesa do hospedeiro contra a infeção encontra-se diminuída em alguns doentes tratados com infliximab.

Saliente-se que a supressão do TNF_α pode mascarar os sintomas de infeção, como por exemplo a febre. O reconhecimento precoce de manifestações clínicas atípicas de infeções graves e manifestação clínica típica de infeções raras e invulgares é determinante para minimizar atrasos no diagnóstico e no tratamento da doença.

Os doentes a receberem antagonistas do TNF são mais suscetíveis a infeções graves.

Foram observadas tuberculose, infeções bacterianas, incluindo sépsis e pneumonia, infeções fúngicas invasivas, virais e outras infeções oportunistas em doentes tratados com infliximab. Algumas destas infeções foram fatais; as infeções oportunistas notificadas mais frequentemente com uma taxa de mortalidade > 5 % incluem a pneumocistose, candidíase, listeriose e aspergilose.

Os doentes que desenvolvam uma infeção nova enquanto se encontram a fazer tratamento com infliximab, devem ser cuidadosamente monitorizados e sujeitos a uma avaliação diagnóstica completa. A administração de infliximab deve ser suspensa se um doente desenvolver uma nova infeção grave ou sépsis e deve ser iniciada uma terapêutica antimicrobiana ou antifúngica apropriada até que a infeção esteja controlada.

Tuberculose

Têm sido notificados casos de tuberculose ativa em doentes a receberem infliximab. Deve ter-se em consideração que na maioria destas notificações a tuberculose foi extrapulmonar, apresentando-se quer como doença local ou disseminada.

Antes de iniciar o tratamento com infliximab, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose, tanto ativa como inativa (“latente”). Esta avaliação deve incluir uma anamnese pormenorizada com antecedentes pessoais de tuberculose ou possíveis contactos prévios com a tuberculose e terapêutica imunossupressora prévia e/ou atual. Devem ser efetuados exames de rastreio adequados (por exemplo teste cutâneo de tuberculina, raio-X torácico e/ou ensaio de libertação de interferão gama), em todos os doentes (poderão ser aplicáveis recomendações locais). Recomenda-se que a realização destes testes seja registada no cartão de alerta do doente. Chama-se a atenção dos prescritores para o risco de poderem surgir resultados falsos negativos no teste cutâneo de tuberculina, especialmente em indivíduos com doença grave ou imunodeprimidos.

No caso de ser diagnosticada tuberculose ativa, não deve ser iniciada a terapêutica com infliximab (ver secção 4.3).

No caso de se suspeitar de tuberculose latente, deverá ser consultado um médico com experiência no tratamento de tuberculose. Deverá ser muito cuidadosamente avaliada a relação benefício/risco da terapêutica com infliximab em todas as situações seguidamente descritas.

Na eventualidade de um diagnóstico de tuberculose inativa (“latente”), deverá ser iniciada terapêutica antituberculose para o tratamento da tuberculose latente antes da instituição da terapêutica com infliximab, e de acordo com as recomendações locais.

No caso de doentes que têm fatores de risco significativos ou em elevado número para a tuberculose e têm um teste negativo para a tuberculose latente, deverá ser considerada a terapêutica antituberculose antes de se iniciar o tratamento com infliximab.

A administração de terapêutica antituberculose deverá também ser avaliada antes de se iniciar a terapêutica com infliximab em doentes com uma história anterior de tuberculose latente ou ativa e a quem não é possível confirmar um ciclo adequado de tratamento.

Foram notificados alguns casos de tuberculose ativa em doentes tratados com infliximab durante e após tratamento para a tuberculose latente.

Todos os doentes devem ser informados de que devem procurar o aconselhamento médico se surgirem sinais / sintomas sugestivos de tuberculose (por ex: tosse persistente, síndrome consumptiva / perda de peso, febre baixa), durante ou após o tratamento com infliximab.

Infecções fúngicas invasivas

Em doentes tratados com infliximab, se estes desenvolverem uma doença sistémica grave deve-se suspeitar de um infecção fúngica invasiva, tal como aspergilose, candidíase, pneumocistose, histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose, e, na avaliação destes doentes, deve ser consultado na fase inicial um médico com experiência no diagnóstico e no tratamento de infecções fúngicas invasivas.

As infecções fúngicas invasivas podem apresentar-se como doença disseminada em vez de localizada e os testes de抗énios e anticorpos podem ser negativos em alguns doentes com infecção ativa. Deve ser considerado o tratamento antifúngico empírico adequado durante a fase de diagnóstico, tendo em conta quer o risco de infecção fúngica grave, quer os riscos do tratamento antifúngico.

Os doentes que tenham residido ou viajado para regiões onde as infecções fúngicas invasivas, tais como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose, são endémicas, os benefícios e os riscos do

tratamento com infliximab devem ser cuidadosamente considerados antes do início do tratamento com infliximab.

Doença de Crohn com formação de fistulas

Os doentes com doença de Crohn com formação de fistulas que tenham fistulas supurativas agudas não podem iniciar a terapêutica com infliximab até que a eventual fonte da infecção, especificamente abcesso, tenha sido excluída (ver secção 4.3).

Reativação da hepatite B (VHB)

Ocorreu reativação da hepatite B em doentes que receberam um antagonista do TNF, incluindo infliximab, que são portadores crónicos deste vírus. Alguns casos tiveram um desfecho fatal.

Os doentes devem ser testados relativamente à infecção por VHB antes de iniciarem o tratamento com infliximab. Nos doentes que tiverem um teste positivo para o VHB, recomenda-se a consulta com um médico com experiência no tratamento da hepatite B. Os portadores do VHB que necessitam de tratamento com infliximab devem ser cuidadosamente monitorizados para deteção de sinais e sintomas de infecção ativa por VHB durante o tratamento e no período de vários meses após terminar o tratamento. Não estão disponíveis dados adequados do tratamento de doentes que são portadores de VHB com terapêutica antiviral, em conjunto com terapêutica com um antagonista do TNF, para prevenir a reativação do VHB. Em doentes que desenvolvem reativação do VHB, o infliximab deve ser suspenso e deve ser iniciada uma terapêutica antiviral eficaz com tratamento de suporte adequado.

Acontecimentos hepatobiliares

Foram observados durante a experiência pós-comercialização de infliximab, casos de icterícia e hepatite não infeciosa, por vezes com características de hepatite autoimune. Ocorreram casos isolados de falência hepática de que resultaram transplantação hepática ou morte. Devem avaliar-se evidências de lesão hepática nos doentes com sintomas ou sinais de insuficiência hepática. No caso de se verificar icterícia e/ou aumento da ALT ≥ 5 vezes o limite superior do normal, infliximab deverá ser suspenso, devendo efetuar-se uma investigação completa da anormalidade.

Administração concomitante de um inibidor do TNF-alfa e anacinra

Observaram-se infecções graves e neutropenia em estudos clínicos nos quais se administrou anacinra e outro fármaco que inibe o TNF_α, o etanercept, sem que tenha sido observado qualquer benefício clínico adicional comparativamente com o etanercept em monoterapia. Dada a natureza das reações adversas observadas com a utilização concomitante de etanercept e anacinra, poderá também observar-se uma toxicidade semelhante caso seja administrada a combinação de anacinra e outros antagonistas do TNF_α. Assim, não se recomenda a associação de infliximab e anacinra.

Administração concomitante de um inibidor do TNF-alfa e abatacept

Em estudos clínicos, a administração concomitante de antagonistas do TNF e abatacept tem sido associada a um aumento do risco de infecções, incluindo infecções graves, comparativamente à administração de antagonistas do TNF em monoterapia, sem aumento do benefício clínico. A associação de infliximab e abatacept não é recomendada.

Administração concomitante com outras terapêuticas biológicas

Existe informação insuficiente sobre a utilização concomitante de infliximab com outras terapêuticas biológicas usadas no tratamento das mesmas situações que infliximab. A utilização concomitante de infliximab com estes biológicos não é recomendada devido à possibilidade de aumento do risco de infecções e outras potenciais interações farmacológicas.

Mudança entre DMARDs biológicos

Deve ter-se precaução e os doentes devem continuar a ser monitorizados quando se muda de um medicamento biológico para outro, uma vez que a sobreposição da atividade dos medicamentos biológicos pode aumentar o risco de reações adversas, incluindo infecção.

Vacinação

Recomenda-se, se possível, que os doentes tenham todas as vacinas em dia de acordo com as normas orientadoras atuais antes do início do tratamento com Remsima. Os doentes em tratamento com infliximab poderão receber vacinas concomitantemente, exceto vacinas vivas (ver secções 4.5 e 4.6).

Num subgrupo de 90 doentes adultos com artrite reumatoide do estudo ASPIRE uma proporção semelhante de doentes de cada grupo de tratamento (metotrexato com: placebo [n = 17], 3 mg/kg [n = 27] ou 6 mg/kg de infliximab [n = 46]) mostrou um aumento efetivo de duas vezes nos títulos de uma vacina pneumocócica polivalente, o que indica que o infliximab não interferiu com a resposta imune humoral independente das células T. No entanto, estudos publicados na literatura para várias indicações (ex. artrite reumatoide, psoríase, doença de Crohn) sugerem que vacinas não-vivas administradas durante o tratamento com antagonistas do TNF, incluindo infliximab, podem provocar uma resposta imune mais baixa do que em doentes que não estão a receber terapêutica com antagonistas do TNF.

Vacinas vivas/agentes terapêuticos infecciosos

Nos doentes que recebem terapêutica com antagonistas do TNF, os disponíveis sobre a resposta à vacinação com vacinas vivas ou sobre a transmissão secundária de infecção através das vacinas vivas são limitados. O uso de vacinas vivas pode resultar numa infecção clínica, incluindo infecção disseminada. A administração concomitante de vacinas vivas com infliximab não é recomendada.

Exposição de lactentes *in utero*

Foram notificados casos fatais devido a infecção por Bacilo Calmette-Guérin (BCG) disseminada, no seguimento da administração da vacina BCG após o nascimento, em lactentes expostos a infliximab *in utero*. É recomendado um período mínimo de doze meses de espera após o nascimento antes da administração de vacinas vivas a lactentes com exposição *in utero* a infliximab. Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente (ver secção 4.6).

Exposição de lactentes através do leite materno

Não se recomenda a administração de uma vacina viva a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis (ver secção 4.6).

Agentes terapêuticos infecciosos

O uso de outros agentes terapêuticos infecciosos como bactérias vivas atenuadas (p. ex. instilação de BCG na bexiga para o tratamento de cancro) pode resultar numa infecção clínica, incluindo infecção disseminada. Recomenda-se que não sejam administrados concomitantemente agentes terapêuticos infecciosos com infliximab.

Processos autoimunes

O défice relativo em TNF α , causado pela terapêutica com antagonistas do TNF pode provocar o desenvolvimento de um processo autoimune. Não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome do tipo lúpus, após o tratamento com infliximab, e de ser positiva a pesquisa de anticorpos contra o ADN de cadeia dupla (ver secção 4.8).

Acontecimentos neurológicos

A utilização de antagonistas do TNF, incluindo infliximab, tem sido associada a novos casos de aparecimento ou exacerbação dos sintomas clínicos e/ou evidência radiográfica de doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, incluindo esclerose múltipla, e doenças desmielinizantes periféricas, incluindo síndrome de Guillain-Barré. Em doentes com perturbações desmielinizantes preexistentes ou com início recente, os benefícios e riscos do tratamento com antagonistas do TNF devem ser cuidadosamente ponderados antes do início da terapêutica com infliximab. A suspensão do tratamento com infliximab deve ser considerada se se desenvolverem estas perturbações.

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

Na parte controlada dos estudos clínicos dos antagonistas do TNF foram observados mais casos de neoplasias malignas, incluindo linfoma, entre os doentes que receberam um antagonista do TNF comparativamente com os doentes do grupo de controlo. Durante os estudos clínicos de infliximab em todas as indicações terapêuticas aprovadas a incidência de linfoma nos doentes tratados com infliximab foi superior à esperada na população em geral, mas a ocorrência de linfoma foi rara. No período pós-comercialização, foram notificados casos de leucemia em doentes tratados com um antagonista do TNF. Existe um risco basal acrescido de linfoma e leucemia em doentes com artrite reumatoide, nos quais a doença inflamatória é de longo curso e muito ativa, o que dificulta a estimativa do risco.

Num estudo clínico exploratório realizado para avaliar o uso de infliximab em doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO) moderada a grave, foram reportadas mais neoplasias malignas no grupo de doentes tratados com infliximab do que no grupo de doentes de controlo. Todos os doentes tinham antecedentes de tabagismo intenso. Deverão ser tomadas precauções quando for considerado o tratamento de doentes com risco aumentado de doença maligna devido a tabagismo intenso.

Com base no conhecimento atual, o risco de desenvolvimento de linfomas ou de outras neoplasias malignas em doentes que recebam tratamento com antagonistas do TNF não pode ser excluído (ver secção 4.8). Devem ser tomadas precauções quando for considerado o tratamento com antagonistas do TNF em doentes com uma história clínica de neoplasias malignas ou quando for considerado manter o tratamento em doentes que desenvolvam uma doença maligna.

Deve ser tida precaução nos doentes com psoriase e antecedentes de terapêutica imunossupressora extensa ou tratamento por PUVA prolongado.

Embora a administração subcutânea não seja indicada para crianças com menos de 18 anos de idade, deve ser salientado que, no período pós-comercialização, foram notificados casos de neoplasias malignas, algumas fatais, em crianças, adolescentes e adultos jovens (até 22 anos de idade) tratados com antagonistas do TNF (início da terapêutica \leq 18 anos de idade), incluindo infliximab. Aproximadamente metade dos casos foram linfomas. Os outros casos representaram uma variedade de diferentes neoplasias malignas e incluíram neoplasias raras, habitualmente associadas com imunossupressão. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de neoplasias malignas em doentes tratados com antagonistas do TNF.

Após a comercialização, foram notificados casos de linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL) em doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Este tipo raro de linfoma de linfócitos T tem uma progressão muito agressiva e geralmente fatal. Quase todos os doentes tinham recebido tratamento com AZA ou 6-MP concomitante ou imediatamente antes do antagonista do TNF. A grande maioria dos casos com infliximab ocorreram em doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa e a maior parte foi notificada em adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino. O risco potencial da combinação entre AZA ou 6-MP e infliximab deve ser cuidadosamente considerado. O risco de desenvolvimento de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes que recebam tratamento com infliximab não pode ser excluído (ver secção 4.8).

Foram notificados melanoma e carcinoma de células Merkel em doentes tratados com terapêutica bloqueadora do TNF, incluindo infliximab (ver secção 4.8). É recomendado o exame periódico da pele, particularmente em doentes com fatores de risco para cancro da pele.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional com dados do registo nacional de saúde Sueco demonstrou um aumento na incidência de cancro do colo do útero em mulheres com artrite reumatoide tratadas com infliximab em comparação com as doentes que não tinham sido tratadas com quaisquer agentes biológicos ou a população em geral, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade. Deve ser mantido o rastreio periódico em mulheres tratadas com infliximab, incluindo as mulheres com mais de 60 anos de idade.

Todos os doentes com colite ulcerosa em risco aumentado de displasia ou carcinoma do cólon (por ex., doentes com colite ulcerosa de duração prolongada ou colangite esclerosante primária), ou doentes que têm antecedentes de displasia ou carcinoma do cólon devem ser rastreados a intervalos regulares quanto à existência de displasia antes da terapêutica e ao longo da evolução da sua doença. Esta avaliação deve incluir colonoscopia e biopsias, de acordo com as recomendações locais. Os dados atuais não indicam que o tratamento com infliximab influencia o risco de desenvolvimento de displasia ou carcinoma do cólon.

Uma vez que não foi estabelecida a possibilidade de um aumento do risco de desenvolvimento de cancro em doentes com displasia recentemente diagnosticada e tratados com infliximab, o risco e os benefícios da terapêutica continuada devem ser cuidadosamente ponderados pelo médico para cada doente.

Insuficiência cardíaca

Infliximab deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira (classes I/II da NYHA). Os doentes deverão ser cuidadosamente monitorizados e o tratamento com infliximab deve ser interrompido caso os doentes desenvolvam novos sintomas ou apresentem agravamento dos sintomas de insuficiência cardíaca (ver secções 4.3 e 4.8).

Reações hematológicas

Têm sido notificados casos de pancitopenia, leucopenia, neutropenia e trombocitopenia em doentes a receberem antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Todos os doentes devem ser aconselhados a procurarem o médico imediatamente se desenvolverem sinais e sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas (p. ex. febre persistente, contusão, hemorragia, palidez). A suspensão do tratamento com infliximab deve ser considerada em doentes com anomalias hematológicas significativas confirmadas.

Outros

A experiência da segurança do tratamento com infliximab em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, incluindo artroplastia, é limitada. A longa semivida de infliximab deve ser tida em consideração na eventualidade de estar a ser planeada uma intervenção cirúrgica. Um doente que necessite de ser submetido a cirurgia enquanto estiver a receber tratamento com infliximab, deve ser cuidadosamente monitorizado relativamente a infecções e devem ser tomadas as medidas apropriadas.

A falha na resposta ao tratamento da doença de Crohn pode indicar a presença de estenose fibrótica estabelecida, a qual pode requerer tratamento cirúrgico. Não há evidência que sugira que infliximab agrava ou provoca estenoses fibróticas.

Populações especiais

Idosos

A incidência de infecções graves em doentes com idade igual e superior a 65 anos tratados com infliximab foi maior do que em doentes com idade inferior a 65 anos, sendo que algumas destas foram

fatais. Deve ser tomada especial atenção relativamente ao risco de infecção durante o tratamento no idoso (ver secção 4.8).

Excipiente(s) com efeito conhecido

Conteúdo em sódio e sorbitol

Remsima contém menos do que 1 mmol de sódio (23 mg) por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio” e 45 mg de sorbitol por 1 ml (em cada dose de 120 mg).

Polissorbato 80

Este medicamento contém 0,5 mg de polissorbato 80 em cada seringa pré-cheia/caneta pré-cheia que é equivalente a 0,5 mg/ml. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Não foram realizados estudos de interação.

Em doentes com artrite reumatoide, artrite psoriática e doença de Crohn, há evidência de redução da formação de anticorpos contra o infliximab e aumento das concentrações plasmáticas de infliximab quando Remsima foi administrado concomitantemente com metotrexato e outros imunomoduladores. Contudo, os resultados são incertos devido a limitações dos métodos utilizados nas análises de infliximab e anticorpos contra o infliximab no soro.

Os corticosteroides não parecem afetar a farmacocinética do infliximab de forma clinicamente relevante.

Não se recomenda a associação de infliximab com outras terapêuticas biológicas usadas no tratamento das mesmas situações que infliximab, incluindo anakinra e abatacept (ver secção 4.4).

Recomenda-se que não se administrem vacinas vivas concomitantemente com infliximab. É também recomendado que não sejam administradas vacinas vivas a lactentes após a exposição *in utero* a infliximab, pelo menos durante 12 meses após o nascimento. Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente (ver secção 4.4).

Não se recomenda a administração de uma vacina viva a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis (ver secções 4.4 e 4.6).

Recomenda-se que não sejam administrados concomitantemente agentes terapêuticos infecciosos com infliximab (ver secção 4.4).

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Mulheres com potencial para engravidar

As mulheres em idade fértil devem considerar a utilização de métodos contraceptivos adequados de modo a prevenirem a gravidez, e continuar a utilizá-los durante, pelo menos, 6 meses após o último tratamento com infliximab.

Gravidez

O número moderado de gravidezes expostas ao infliximab, recolhidas prospectivamente, resultando em nados-vivos com resultados conhecidos, incluindo cerca de 1.100 expostas durante o primeiro trimestre, não indica um aumento na taxa de malformações no recém-nascido.

Com base num estudo observacional do na Europa do Norte, foi observado um risco aumentado (OR, 95% IC; valor-p) para cesariana (1,50; 1,14-1,96; p = 0,0032), nascimento pré-termo (1,48; 1,05-2,09; p = 0,024), pequeno para a idade gestacional (2,79; 1,54-5,04; p = 0,0007), e baixo peso ao nascer (2,03; 1,41-2,94; p = 0,0002) em mulheres expostas ao infliximab durante a gravidez (com ou sem imunomodeladores/corticosteroides, em 270 gravidezes) em comparação com mulheres expostas apenas aos imunomodeladores e/ou corticosteroides (6.460 gravidezes). A potencial contribuição da exposição ao infliximab e/ou da gravidade da doença subjacente não é clara nestes resultados.

Devido à inibição do TNF α , existe a possibilidade de que o infliximab administrado durante a gravidez, possa afetar as respostas imunes normais no recém-nascido. Num estudo de toxicidade no desenvolvimento efetuado no murganho com um anticorpo análogo que inibe seletivamente a atividade funcional do TNF α do murganho, não se observou qualquer evidência de toxicidade materna, embriotoxicidade ou teratogenicidade (ver secção 5.3).

A experiência clínica disponível é limitada. Infliximab deve apenas ser utilizado na gravidez se claramente necessário.

Infliximab atravessa a placenta e foi detetado no soro de lactentes até 12 meses após o nascimento. Após a exposição *in utero* a infliximab, os lactentes poderão ter um risco aumentado de infecção, incluindo infecção disseminada grave que poderá tornar-se fatal. A administração de vacinas vivas (p. ex. vacina BCG) a lactentes expostas ao infliximab *in utero* não é recomendada pelo menos durante os 12 meses após o nascimento (ver secções 4.4 e 4.5). Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente. Foram também notificados casos de agranulocitose (ver secção 4.8).

Amamentação

Dados limitados da literatura publicada indicam que o infliximab foi detetado em níveis baixos no leite materno em concentrações até 5% do nível serológico materno. Também foi detetado infliximab em soro de lactentes após exposição a infliximab através do leite materno. Espera-se que a exposição sistémica ao infliximab de um lactente amamentado seja baixa uma vez que o infliximab é amplamente degradado no trato gastrointestinal. No entanto, não se recomenda a administração de vacinas vivas a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis. Pode considerar-se a utilização de infliximab durante a amamentação.

Fertilidade

Os dados pré-clínicos são insuficientes para tirar conclusões sobre os efeitos do infliximab sobre a fertilidade e sobre a função reprodutora, em geral (ver secção 5.3).

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

Os possíveis efeitos de Remsima sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são reduzidos. Poderão ocorrer tonturas após a administração de infliximab (ver secção 4.8).

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

A infecção do trato respiratório superior foi a reação adversa ao medicamento (RAM) notificada com maior frequência em ensaios clínicos com infliximab, ocorrendo em 25,3 % dos doentes tratados com infliximab em comparação com 16,5 % dos doentes do grupo de controlo. As RAMs mais graves associadas à utilização de antagonistas do TNF que têm sido notificadas para o infliximab incluem a reativação do VHB, ICC (insuficiência cardíaca congestiva), infecções graves (incluindo sépsis, infecções oportunistas e tuberculose), doença do soro (reações de hipersensibilidade tardia), reações hematológicas, lúpus eritematoso sistémico/síndrome semelhante ao lúpus, doenças desmielinizantes, acontecimentos hepatobiliares, linfoma, HSTCL, leucemia, carcinoma de células Merckel, melanoma, sarcoidose/reAÇÃO tipo sarcoide, abcesso intestinal ou perianal (na doença de Crohn) e reações graves à perfusão (ver secção 4.4).

O perfil de segurança da formulação subcutânea de Remsima da artrite reumatoide ativa (avaliado em 168 e 175 doentes para o grupo de infliximab subcutâneo e o grupo de infliximab intravenoso, respetivamente), dos doentes com doença de Crohn ativa (avaliado em 297, 38 e 105 doentes para o grupo de infliximab subcutâneo, o grupo de infliximab intravenoso e o grupo do placebo, respetivamente) e doentes com colite ulcerosa ativa (avaliado em 334, 40 e 140 doentes para o grupo de infliximab subcutâneo, o grupo de infliximab intravenoso e o grupo do placebo, respetivamente) foi, globalmente, semelhante ao perfil de segurança da formulação intravenosa.

Lista tabelada de reações adversas

A Tabela 1 lista as RAMs baseadas na experiência dos estudos clínicos, bem como as reações adversas, algumas fatais, notificadas durante a experiência pós-comercialização. Dentro das classes de sistemas de órgãos, as reações adversas encontram-se divididas pelas seguintes categorias de frequência: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raros ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muito raros ($< 1/10.000$), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência.

Tabela 1

Reações adversas nos estudos clínicos e durante a experiência pós-comercialização de infliximab

<i>Infeções e infestações</i>	
Muito frequentes:	Infeção viral (p. ex., gripe, infecção por vírus do herpes, COVID-19*).
Frequentes:	Infeções bacterianas (p. ex., sépsis, celulite, abcesso).
Pouco frequentes:	Tuberculose, infecções fúngicas (p. ex., candidíase, onicomicose).
Raros:	Meningite, infecções oportunistas (tais como infecções fúngicas invasivas [pneumocistose, histoplasmose, aspergilose, coccidioidomicose, criptococose, blastomicose], infecções bacterianas [micobacteriose atípica, listeriose, salmonelose] e infecções virais [citomegalovírus]), infecções parasitárias, reativação da hepatite B.
Desconhecido:	Infecção ligada à vacina (após exposição a infliximab <i>in utero</i>)**.
<i>Neoplasias benignas malignas e não especificadas (incluindo quistos e pólipos)</i>	
Raros:	Linfoma, linfoma não-Hodgkin, doença de Hodgkin, leucemia, melanoma, cancro do colo do útero.
Desconhecido:	Linfoma hepatoesplénico de células T (primariamente em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino com doença de Crohn e colite ulcerosa), carcinoma de células Merkel, Sarcoma de Kaposi..

<i>Doenças do sangue e do sistema linfático</i>	Frequentes: Pouco frequentes: Rare:	Neutropenia, leucopenia, anemia, linfadenopatia. Trombocitopenia, linfopenia, linfocitose. Agranulocitose (incluindo em lactentes expostos a infliximab <i>in utero</i>), púrpura trombocitopénica trombótica, pancitopenia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática.
<i>Doenças do sistema imunitário</i>	Frequentes: Pouco frequentes: Rare:	Sintoma respiratório alérgico. Reação anafilática, síndrome semelhante ao lúpus, doença do soro ou reação semelhante à doença do soro. Choque anafilático, vasculite, reação do tipo sarcoide.
<i>Doenças do metabolismo e da nutrição</i>	Pouco frequentes:	Dislipidemia.
<i>Perturbações do foro psiquiátrico</i>	Frequentes: Pouco frequentes: Rare:	Depressão, insónia. Amnésia, agitação, confusão, sonolência, nervosismo. Apatia.
<i>Doenças do sistema nervoso</i>	Muito frequentes: Frequentes: Pouco frequentes: Rare: Desconhecido	Cefaleias. Vertigens, tonturas, hipostesia, parestesia. Convulsão, neuropatia Mielite transversa, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central (doença semelhante a esclerose múltipla e nevrite ótica), doenças desmielinizantes periféricas (tal como síndrome de Guillain-Barré, polineuropatia inflamatória crônica desmielinizante e neuropatia motora multifocal). Acidentes vasculares cerebrais em associação temporal próxima com a perfusão.
<i>Afeções oculares</i>	Frequentes: Pouco frequentes: Rare: Desconhecido:	Conjuntivite. Queratite, edema peri-orbital, hordéolo. Endoftalmite. Perda transitória de visão que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão.
<i>Cardiopatias</i>	Frequentes: Pouco frequentes: Rare: Desconhecido:	Taquicardia, palpitação. Insuficiência cardíaca (aparecimento ou agravamento), arritmia, síncope, bradicardia. Cianose, derrame pericárdico. Isquemia do miocárdio/enfarte do miocárdio.
<i>Vasculopatias</i>	Frequentes: Pouco frequentes: Rare:	Hipotensão, hipertensão, equimose, afrontamentos, rubor. Isquemia periférica, tromboflebite, hematoma. Falência circulatória, petéquias, vasospasmo.
<i>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</i>	Muito frequentes: Frequentes: Pouco frequentes: Rare:	Infeção do aparelho respiratório superior, sinusite. Infeção do aparelho respiratório inferior (ex.: bronquite, pneumonia), dispneia, epistaxis. Edema pulmonar, broncospasmo, pleurisia, derrame pleural. Doença pulmonar intersticial (incluindo doença de progressão rápida, fibrose pulmonar e pneumonite).

<i>Doenças gastrointestinais</i>	
Muito frequentes:	Dor abdominal, náuseas.
Frequentes:	Hemorragia gastrointestinal, diarreia, dispepsia, refluxo gastro-esofágico, obstipação.
Pouco frequentes:	Perfuração intestinal, estenose intestinal, diverticulite, pancreatite, queilite.
<i>Afeções hepatobiliares</i>	
Frequentes:	Função hepática anormal, aumento das transaminases.
Pouco frequentes:	Hepatite, lesão hepatocelular, colecistite.
Raros:	Hepatite autoimune, icterícia.
Desconhecido:	Falência hepática.
<i>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos</i>	
Frequentes:	Aparecimento ou agravamento de psoríase, incluindo psoríase pustulosa (principalmente palmar e plantar), urticária, erupção cutânea, prurido, hiperidrose, pele seca, dermatite fúngica, eczema, alopecia.
Pouco frequentes:	Erupção bolhosa, seborreia, rosácea, papiloma da pele, hiperqueratose, pigmentação anormal da pele.
Raros:	Necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, furunculose, dermatose bolhosa IgA linear (DBAL), pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA), reações liquenoides.
Desconhecido:	Agravamento dos sintomas de dermatomiosite.
<i>Afeções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos</i>	
Frequentes:	Artralgias, mialgias, lombalgia.
<i>Doenças renais e urinárias</i>	
Frequentes:	Infeção do trato urinário.
Pouco Frequentes:	Pielonefrite.
<i>Doenças dos órgãos genitais e da mama</i>	
Pouco frequentes:	Vaginite.
<i>Perturbações gerais e alterações no local de administração</i>	
Muito frequentes:	Reação relacionada com a perfusão, dor.
Frequentes:	Dor torácica, fadiga, febre, reação no local da injeção, arrepios, edema.
Pouco frequentes:	Dificuldade de cicatrização.
Raros:	Lesão granulomatosa.
<i>Exames complementares de diagnóstico</i>	
Pouco frequentes:	Auto-anticorpo positivo, peso aumentado ¹ .
Raros:	Fator do complemento anormal.

* Observou-se COVID-19 com Remsima administrado por via SC

** incluindo tuberculose bovina (infecção BCG disseminada), ver secção 4.4

¹ Em ensaios clínicos em adultos, em todas as indicações terapêuticas, ao mês 12 do período controlado, o aumento mediano de peso foi 3,50 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo. O aumento mediano de peso para indicações da doença intestinal inflamatória foi 4,14 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo e o aumento mediano de peso para as indicações de reumatologia foi 3,40 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo.

Descrição de reações adversas selecionadas

Reação sistémica à injeção e reação no local de injeção em doentes adultos administrados com a formulação subcutânea de Remsima

O perfil de segurança da formulação subcutânea de Remsima em associação com metotrexato foi avaliado num estudo de Fase I/III de grupos paralelos em doentes com artrite reumatoide ativa. A população de segurança era composta por 168 doentes no grupo de Remsima subcutâneo e por 175 doentes no grupo de Remsima intravenoso. Para obter pormenores do estudo, ver secção 5.1.

A taxa de incidência de reações sistémicas à injeção (p. ex., erupção cutânea, prurido, rubor e edema) foi de 1,2 doentes por 100 doentes-ano no grupo de Remsima subcutâneo (a partir da Semana 6) e de 2,1 doentes por 100 doentes-ano no grupo de Remsima intravenoso que mudaram para a administração de Remsima subcutâneo (a partir da Semana 30). Todas as reações sistémicas à injeção foram ligeiras a moderadas.

A taxa de incidência de reações no local de injeção (p. ex., eritema, dor, prurido e tumefação no local de injeção) foi de 17,6 doentes por 100 doentes-ano no grupo de Remsima subcutâneo (a partir da Semana 6) e de 21,4 doentes por 100 doentes-ano no grupo de Remsima intravenoso que mudaram para a administração de Remsima subcutâneo (a partir da Semana 30). A maioria destas reações foram ligeiras a moderadas e resolveram-se espontaneamente sem qualquer tipo de tratamento no prazo de um dia.

Na análise integrada incluindo um estudo de Fase I realizado em doentes com doença de Crohn ativa e colite ulcerosa ativa, um estudo de Fase III realizado em doentes com doença de Crohn ativa e um estudo de Fase III realizado em doentes com colite ulcerosa ativa, a população de segurança consistia em 631 doentes no grupo Remsima subcutâneo (297 doentes com doença de Crohn ativa e 334 doentes com colite ulcerosa ativa) e em 245 doentes no grupo do placebo (105 doentes com doença de Crohn ativa e 140 doentes com colite ulcerosa ativa). Para obter detalhes do estudo, ver secção 5.1.

A taxa de incidência de reações sistémicas relacionadas com a injeção (por ex., náuseas e tonturas) foi de 3,56 doentes por 100 doentes-ano no grupo Remsima subcutâneo.

A taxa de incidência de reações localizadas no local da injeção (por ex., eritema no local da injeção, dor, prurido, hematoma) foi de 8,68 doentes por 100 doentes-ano no grupo Remsima subcutâneo. Na sua maioria, estas reações foram ligeiras a moderadas e na grande maioria resolvidas espontaneamente sem qualquer tratamento no prazo de alguns dias.

Na experiência pós-comercialização, foram associados à administração intravenosa de infliximab casos de reações de tipo anafilático, incluindo edema da laringe/faringe e broncospasmo grave, e convulsão (ver secção 4.4). Foram notificados casos de perda transitória de visão durante ou nas 2 horas após a perfusão de infliximab. Foram também notificados acontecimentos (alguns fatais) de isquemia/enfarre do miocárdio e arritmia, alguns com associação temporal próxima da perfusão de infliximab; foram também notificados acidentes vasculares cerebrais em associação temporal próxima da perfusão de infliximab.

Hipersensibilidade tardia

Em estudos clínicos, as reações de hipersensibilidade tardia foram pouco frequentes e ocorreram após um intervalo de menos de 1 ano sem administração de infliximab. Nos estudos com infliximab intravenoso em doentes com psoríase, as reações de hipersensibilidade tardia ocorreram mais cedo no decurso do tratamento. Os sinais e os sintomas incluíram mialgias e/ou artralgias com febre e/ou erupção cutânea, tendo alguns doentes sofrido de prurido, edema facial, da mão ou do lábio, disfagia, urticária, dor de garganta e cefaleias.

Existem dados insuficientes sobre a incidência de reações de hipersensibilidade tardia após intervalos sem administração de infliximab superiores a 1 ano, mas os dados limitados dos estudos clínicos sugerem um aumento do risco de hipersensibilidade tardia com o aumento do intervalo sem administração de infliximab (ver secção 4.4).

Num estudo clínico com a duração de 1 ano, no qual se administraram perfusões repetidas de infliximab intravenoso em doentes com doença de Crohn (estudo ACCENT I), a incidência de reações semelhantes à doença do soro foi de 2,4 %.

Imunogenicidade

Formulação intravenosa

Os doentes que desenvolveram anticorpos contra o infliximab apresentaram uma maior probabilidade (aproximadamente 2-3 vezes) de desenvolverem reações relacionadas com a perfusão. A utilização de agentes imunossupressores concomitantes parece reduzir a frequência de reações relacionadas com a perfusão.

Em estudos clínicos utilizando doses únicas e múltiplas de 1 a 20 mg/kg de infliximab, foram detetados anticorpos contra o infliximab em 14 % dos doentes com qualquer terapia imunossupressora, e em 24 % dos doentes sem terapia imunossupressora. Em doentes com artrite reumatoide que receberam tratamento repetido com os regimes posológicos recomendados com metotrexato, 8 % dos doentes desenvolveram anticorpos contra o infliximab. Em doentes com artrite psoriática que receberam 5 mg/kg, com ou sem metotrexato, 15 % do total desenvolveram anticorpos (os anticorpos ocorreram em 4 % dos doentes a receberem metotrexato e em 26 % dos doentes que não estavam a receber metotrexato de base). Em doentes com doença de Crohn que receberam tratamento de manutenção, de uma forma geral, foram produzidos anticorpos contra o infliximab em 3,3 % dos doentes tratados com imunossupressores e em 13,3 % dos doentes não tratados com imunossupressores. A incidência de anticorpos foi 2-3 vezes mais elevada em doentes que receberam tratamento episodicamente. Devido às limitações metodológicas, uma análise negativa não excluiu a presença de anticorpos contra o infliximab. Alguns doentes que desenvolveram títulos elevados de anticorpos contra o infliximab evidenciaram eficácia reduzida. Em doentes com psoríase tratados com infliximab em regime de manutenção, na ausência de imunomoduladores concomitantes, aproximadamente 28 % desenvolveram anticorpos contra o infliximab (ver secção 4.4: “Reação sistémica à injeção/reAÇÃO no local de injeção/hipersensibilidade”).

Uma vez que as análises de imunogenicidade são específicas para o ensaio, a comparação da incidência de anticorpos ao infliximab relatada nesta secção com a incidência de anticorpos noutros estudos pode ser enganadora.

Formulação subcutânea

Em doentes com artrite reumatoide em tratamento de manutenção, foi demonstrado que a incidência de anticorpos anti-infliximab após o infliximab subcutâneo não era superior à observada com infliximab intravenoso e que os anticorpos anti-infliximab não tinham um impacto significativo na eficácia (determinada pela escala de atividade da doença em 28 articulações [DAS28] e pelos 20 critérios do *American College of Rheumatology* [ACR20]) e no perfil de segurança.

Em doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa em tratamento de manutenção, a incidência de anticorpos anti-infliximab não foi superior em doentes que receberam infliximab subcutâneo comparativamente aos que receberam infliximab intravenoso. Em doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa, houve uma correlação entre perda de resposta e anticorpos anti-infliximab, embora os anticorpos anti-infliximab não tenham tido impacto significativo no perfil de segurança.

Infeções

Foram observadas em doentes a receber infliximab tuberculose, infeções bacterianas, incluindo sépsis e pneumonia, infeções fúngicas invasivas, virais e outras infeções oportunistas. Algumas destas infeções foram fatais; as infeções oportunistas notificadas mais frequentemente com uma taxa de mortalidade > 5 % incluem a pneumocistose, candidíase, listeriose e aspergilose (ver secção 4.4).

Nos estudos clínicos, 36 % dos doentes tratados com infliximab receberam tratamento para infeções, comparativamente com 25 % dos doentes que receberam placebo.

Em estudos clínicos na artrite reumatoide, a incidência de infeções graves, incluindo pneumonia, foi superior nos doentes tratados com infliximab mais metotrexato comparativamente com os doentes tratados só com metotrexato, especialmente em doses de 6 mg/kg ou superiores (ver secção 4.4).

Em notificações espontâneas no período de pós-comercialização, as infecções constituem a reação adversa grave mais frequente. Alguns dos casos notificados foram fatais. Cerca de 50 % dos casos fatais notificados foram associados a infecção. Foram notificados casos de tuberculose, algumas vezes fatal, incluindo tuberculose miliar e tuberculose com localização extrapulmonar (ver secção 4.4).

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

Em estudos clínicos com infliximab, nos quais 5.780 doentes receberam tratamento, representando 5.494 doentes-ano, detetaram-se 5 casos de linfomas e 26 de outras neoplasias malignas, excluindo linfomas, comparativamente com a ausência de linfomas e 1 caso de doença maligna, excluindo linfomas, nos 1.600 doentes que receberam placebo, representando 941 doentes-ano.

No seguimento de longo prazo sobre segurança, efetuado no âmbito dos ensaios clínicos com infliximab até 5 anos, representando 6.234 doentes-ano (3.210 doentes), foram notificados 5 casos de linfoma e 38 casos de neoplasias malignas, excluindo linfomas.

Foram igualmente notificados casos de neoplasias malignas, incluindo linfoma, no período pós-comercialização (ver secção 4.4).

Num estudo clínico exploratório envolvendo doentes com DPOC moderada a grave que eram na altura do ensaio fumadores ou ex-fumadores, 157 doentes adultos foram tratados com infliximab com doses similares às administradas na artrite reumatoide e na doença de Crohn. Nove destes doentes desenvolveram neoplasias malignas, incluindo 1 linfoma. A duração mediana do seguimento foi de 0,8 anos (incidência de 5,7 % [IC 95 % 2,65 %-10,6 %]). Foi notificada uma doença maligna entre 77 doentes de controlo (duração mediana do seguimento 0,8 anos; incidência 1,3 % [IC 95 % 0,03 %-7,0 %]). A maioria das neoplasias malignas desenvolveram-se no pulmão ou cabeça e pescoço.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional demonstrou um aumento na incidência de cancro do colo do útero, em mulheres com artrite reumatoide tratadas com infliximab, em comparação com as doentes que não tinham sido tratadas com quaisquer agentes biológicos ou a população em geral, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade (ver secção 4.4).

Além disso, foram notificados em fase de pós-comercialização casos de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes tratados com infliximab, na grande maioria dos casos em doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa, a maior parte dos quais eram adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino (ver secção 4.4).

Insuficiência cardíaca

Num estudo de Fase II realizado com o objetivo de avaliar infliximab na ICC, observou-se uma maior incidência de mortalidade devido a um agravamento da insuficiência cardíaca em doentes tratados com infliximab, especialmente nos doentes que receberam a dose elevada de 10 mg/kg (i. e., duas vezes a dose máxima aprovada). Neste estudo, 150 doentes com ICC de classe III/IV da NYHA (fração de ejeção ventricular esquerda $\leq 35\%$) receberam 3 perfusões de infliximab a 5 mg/kg, 10 mg/kg, ou placebo durante 6 semanas. Às 38 semanas, 9 de 101 doentes que receberam infliximab (2 a 5 mg/kg e 7 a 10 mg/kg) morreram, comparativamente com uma morte observada entre os 49 doentes que receberam placebo.

Durante a experiência pós-comercialização foram notificados casos de agravamento da insuficiência cardíaca, com e sem fatores identificáveis de precipitação, em doentes tratados com infliximab. Após a comercialização foi também notificado o aparecimento de insuficiência cardíaca, incluindo insuficiência cardíaca em doentes sem antecedentes de doença cardiovascular. Alguns destes doentes tinham menos de 50 anos de idade.

Acontecimentos hepatobiliares

Em estudos clínicos, observaram-se subidas ligeiras ou moderadas de ALT e AST em doentes que receberam infliximab, sem progressão para lesão hepática grave. Foram observadas subidas de ALT \geq 5 x Limite Superior do Normal (LSN) (ver tabela 2). Foram observadas subidas das aminotransferases (ALT mais frequentemente do que AST) numa proporção superior de doentes que receberam infliximab do que nos grupos de controlo, tanto quando o infliximab foi administrado em monoterapia, como quando foi administrado em associação com outros agentes imunossupressores. A maior parte dos valores anormais das aminotransferases foram transitórios; contudo, observaram-se subidas mais prolongadas num pequeno número de doentes. Em geral, os doentes que tiveram subidas dos valores da ALT e AST foram assintomáticos, e os valores diminuíram ou normalizaram com a continuação ou a suspensão de infliximab, ou modificação da terapêutica concomitante. Nos relatórios de farmacovigilância pós-comercialização foram notificados em doentes que recebiam infliximab casos de icterícia e hepatite, por vezes com características de hepatite autoimune (ver secção 4.4).

Tabela 2
Proporção de doentes com atividade da ALT aumentada em estudos clínicos utilizando infliximab intravenoso

Indicação	Número de doentes ³		Mediana de seguimento (semanas) ⁴		\geq 3 x LSN		\geq 5 x LSN	
	placebo	infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab
Artrite reumatoide ¹	375	1087	58,1	58,3	3,2 %	3,9 %	0,8 %	0,9 %
Doença de Crohn ²	324	1.034	53,7	54,0	2,2 %	4,9 %	0,0 %	1,5 %
Colite ulcerosa	242	482	30,1	30,8	1,2 %	2,5 %	0,4 %	0,6 %
Espondilite anquilosante	76	275	24,1	101,9	0,0 %	9,5 %	0,0 %	3,6 %
Artrite psoriática	98	191	18,1	39,1	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,1 %
Psoríase em placas	281	1.175	16,1	50,1	0,4 %	7,7 %	0,0 %	3,4 %

- 1 Os doentes do grupo placebo receberam metotrexato, enquanto que os doentes do grupo infliximab receberam infliximab e metotrexato.
- 2 Os doentes do grupo placebo nos 2 estudos de Fase III na doença de Crohn, ACCENT I e ACCENT II, receberam uma dose inicial de 5 mg/kg de infliximab no início do estudo e receberam placebo na fase de manutenção. Os doentes que foram aleatorizados para o grupo de manutenção com placebo e depois passaram para o infliximab estão incluídos no grupo do infliximab na análise ALT. No ensaio de fase IIIb na doença de Crohn, SONIC, os doentes do grupo do placebo receberam AZA 2,5 mg/kg/dia como controlo ativo em adição às perfusões com o placebo de infliximab.
- 3 Número de doentes avaliados em relação à ALT.
- 4 A mediana de seguimento é baseada nos doentes tratados.

Anticorpos anti-nucleares (ANA)/Anticorpos anti-ADN de cadeia dupla (dsDNA)

Aproximadamente metade dos doentes tratados com infliximab em estudos clínicos que eram ANA negativos na primeira avaliação, desenvolveram positividade relativamente aos ANA durante o estudo comparativamente com aproximadamente, um quinto dos doentes que receberam placebo. Os anticorpos anti-dsDNA foram detetados de novo em aproximadamente 17 % dos doentes tratados com infliximab comparativamente com 0 % dos doentes que receberam placebo. Na última avaliação, 57 % dos doentes que receberam infliximab permaneceram anti-dsDNA positivos. Contudo, permanecem pouco frequentes as notificações de lúpus e de síndromes tipo lúpus (ver secção 4.4).

Outras populações especiais

Idosos

Em estudos clínicos de artrite reumatoide, a incidência de infecções graves foi maior em doentes com idade igual e superior a 65 anos tratados com infliximab mais metotrexato (11,3 %) do que em doentes com idade inferior a 65 anos (4,6 %). Em doentes tratados com metotrexato isolado, a incidência de infecções graves foi de 5,2 % em doentes com idade igual e superior a 65 anos em comparação com 2,7 % em doentes com idade inferior a 65 anos (ver secção 4.4).

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#).

4.9 Sobredosagem

Foram administradas doses únicas intravenosas de até 20 mg/kg sem quaisquer efeitos tóxicos e doses repetidas da formulação subcutânea de Remsima de até 240 mg sem quaisquer efeitos tóxicos. Não existe um tratamento específico para a sobredosagem com Remsima. No caso de sobredosagem, o doente deve ser tratado sintomaticamente e devem ser instituídas medidas de suporte, conforme necessário.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: imunossupressores, inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF_α), código ATC: L04AB02

Remsima é um medicamento biossimilar. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

Mecanismo de ação

Infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico humano-murino que se liga com uma elevada afinidade tanto à forma solúvel como transmembranar do TNF_α, mas não à linfotoxina α (TNF_β).

Efeitos farmacodinâmicos

O infliximab inibe a atividade funcional do TNF_α numa vasta gama de bioensaios *in vitro*. O infliximab previne a doença em ratinhos transgénicos que desenvolvem poliartrite como resultado da expressão constitutiva do TNF_α humano e, quando administrado após o início da doença, permitiu cicatrizar as articulações que apresentavam erosão. *In vivo*, o infliximab forma rapidamente complexos estáveis com o TNF_α humano, um processo que evolui paralelamente com a perda de bioatividade do TNF_α.

Foram detetadas concentrações elevadas de TNF_α nas articulações de doentes com artrite reumatoide, as quais se correlacionam com o aumento da atividade da doença. Na artrite reumatoide, o tratamento com infliximab reduziu a infiltração de células inflamatórias para áreas inflamadas da articulação, bem como a expressão de moléculas mediadoras da adesão celular, quimiotaxia e degradação tecidual. Após o tratamento com infliximab, os doentes registaram descidas dos níveis séricos de interleucina 6 (IL-6) e de proteína C-reativa (PCR) e subidas dos níveis de hemoglobina nos doentes com artrite reumatoide com níveis baixos de hemoglobina, em comparação com os valores basais. No

que se refere aos linfócitos do sangue periférico, não foram comprovadas descidas significativas adicionais do número ou das respostas proliferativas à estimulação mitogénica *in vitro* comparativamente com as células de doentes não tratados. Em doentes com psoriase, o tratamento com infliximab teve como resultado uma diminuição da inflamação da epiderme e normalização da diferenciação dos queratinócitos nas placas psoriáticas. O tratamento de curto prazo com infliximab na artrite psoriática, reduziu o número de linfócitos T e vasos sanguíneos nas sinóvias e na pele psoriática.

A avaliação histológica de biopsias do cólon, obtidas antes e 4 semanas após a administração de infliximab, revelou uma redução substancial do TNF_α detetável. O tratamento com infliximab de indivíduos com doença de Crohn esteve também associado a uma redução substancial dos níveis séricos, normalmente elevados, do marcador da inflamação, PCR. A contagem total de leucócitos periféricos foi afetada de forma mínima nos doentes tratados com infliximab, embora as alterações nos linfócitos, monócitos e neutrófilos tenham refletido desvios dentro dos limites dos valores normais. As células mononucleares sanguíneas periféricas dos doentes tratados com infliximab revelaram que a capacidade de resposta proliferativa aos estímulos não diminuiu comparativamente com os doentes não tratados, não tendo sido observadas quaisquer alterações substanciais na produção de citocinas por células mononucleares sanguíneas periféricas estimuladas após o tratamento com infliximab. A análise das células mononucleares de *lâmina própria*, obtidas por biopsia da mucosa intestinal, demonstrou que o tratamento com infliximab induziu uma redução do número de células capazes de expressar o TNF_α e o interferão-γ. Outros estudos histológicos indicaram que o tratamento com infliximab reduz a infiltração das células inflamatórias nas áreas afetadas do intestino e a presença de marcadores de inflamação nesses locais. Estudos realizados ao nível da mucosa intestinal por endoscopia evidenciaram a cicatrização da mucosa em doentes tratados com infliximab.

Eficácia e segurança clínicas

Artrite reumatoide em adultos

Formulação intravenosa

A eficácia da formulação intravenosa de infliximab foi avaliada em dois estudos clínicos principais, multicéntricos, aleatorizados em dupla ocultação: ATTRACT e ASPIRE. Em ambos os estudos foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de ácido fólico, corticosteroides orais (≤ 10 mg/dia) e/ou de fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

Os principais parâmetros de avaliação final foram a redução de sinais e sintomas avaliados através dos critérios do ACR (ACR20 para o ATTRACT, ACR-N de referência para o ASPIRE), a prevenção das lesões estruturais das articulações e a melhoria da função física. Considerou-se que existiu uma redução dos sinais e sintomas quando se observou pelo menos uma melhoria de 20 % (ACR20) nas contagens de articulações dolorosas à palpação e com tumefação e em 3 dos 5 critérios a seguir indicados: (1) avaliação global efetuada pelo médico, (2) avaliação global efetuada pelo doente, (3) avaliação da capacidade funcional/incapacidade, (4) escala visual analógica de dor e (5) velocidade de sedimentação eritrocitária ou proteína-C reativa. O ACR-N utiliza os mesmos critérios do ACR20, calculados tomando em consideração a percentagem mais baixa de melhorias observada nas contagens de articulações tumefactas e de articulações dolorosas e a média dos 5 componentes restantes da resposta ACR. As lesões estruturais das articulações (erosões e estreitamento do espaço da articulação) em ambas as mãos e pés foi medida pela alteração, a partir da linha de base, em toda a escala de Sharp modificada por van der Heijde (0-440). O Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ; escala 0-3) foi utilizado para o cálculo das alterações médias da linha de base verificadas no tempo, pelo doente, relativamente à função física.

O estudo ATTRACT avaliou as respostas nas semanas 30, 54 e 102 num estudo controlado com placebo, realizado em 428 doentes com artrite reumatoide ativa, não obstante o tratamento com metotrexato. Cerca de 50 % dos doentes pertenciam à classe funcional III. Os doentes receberam placebo, 3 mg/kg ou 10 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6, e seguidamente em cada 4 ou 8 semanas. Todos os doentes tinham sido submetidos a doses estáveis de metotrexato

(mediana de 15 mg/semana) durante 6 meses antes da sua inclusão no estudo e permaneceram em doses estáveis no decurso do mesmo.

São apresentados na Tabela 3 os resultados da semana 54 (ACR20, escala total de Sharp modificada por van der Heijde e HAQ). Graus mais elevados de resposta clínica (ACR50 e ACR70) foram observados em todos os grupos que receberam infliximab nas semanas 30 e 54, comparativamente com o metotrexato isoladamente.

A redução na taxa de progressão das lesões estruturais das articulações (erosão e estreitamento do espaço da articulação) observou-se em todos os grupos que receberam infliximab às 54 semanas (Tabela 3).

Os efeitos observados às 54 semanas foram mantidos até às 102 semanas. Devido a um determinado número de suspensões do tratamento, a diferença de magnitude do efeito entre o grupo que recebeu infliximab e o grupo que recebeu metotrexato isoladamente não pode ser definido.

Tabela 3
Efeitos sobre o ACR20, lesões estruturais das articulações e capacidade física na semana 54,
ATTRACT

	Controlo ^a	infliximab ^b				
		3 mg/kg q 8 semanas	3 mg/kg q 4 semanas	10 mg/kg q 8 semanas	10 mg/kg q 4 semanas	Todos infliximab ^b
Doentes com resposta ACR20/doentes avaliados (%)	15/88 (17 %)	36/86 (42 %)	41/86 (48 %)	51/87 (59 %)	48/81 (59 %)	176/340 (52 %)
Resultados totais^d (escala de Sharp modificada por van der Heijde)						
Alterações relativas à linha de base (Média ± DP ^c)	7,0 ± 10,3	1,3 ± 6,0	1,6 ± 8,5	0,2 ± 3,6	-0,7 ± 3,8	0,6 ± 5,9
Mediana (Limites interquartílicos)	4,0 (0,5;9,7)	0,5 (-1,5;3,0)	0,1 (-2,5;3,0)	0,5 (-1,5;2,0)	-0,5 (-3,0;1,5)	0,0 (-1,8;2,0)
Doentes sem deterioração/doentes avaliados (%) ^c	13/64 (20 %)	34/71 (48 %)	35/71 (49 %)	37/77 (48 %)	44/66 (67 %)	150/285 (53 %)
Alterações de HAQ relativamente à linha de base no tempo ^e (doentes avaliados)	87	86	85	87	81	339
Média ± DP ^c	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,4 ± 0,4

^a controlo = Todos os doentes tinham AR ativa, apesar do tratamento com doses estáveis de metotrexato durante 6 meses antes da inclusão e deveriam permanecer com doses estáveis durante o estudo. Permitiu-se o uso concomitante de doses estáveis de corticosteroides orais (≤ 10 mg/dia) e/ou AINEs, e foram administrados suplementos de folato.

^b todas as doses de infliximab foram administradas em combinação com o metotrexato e folato, tendo alguns doentes recebido corticosteroides e/ou AINEs

^c p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo

^d valores superiores indicam maior lesão articular.

^e HAQ = Questionário de Avaliação de Saúde; valores superiores indicam menor incapacidade.

O estudo ASPIRE avaliou as respostas na semana 54 em 1.004 doentes não previamente submetidos a tratamento com metotrexato, com artrite reumatoide ativa (duração da doença ≤ 3 anos, com uma mediana de 0,6 anos) ativa (em média uma contagem de articulações tumefactas e dolorosas à palpação de 19 e 31, respetivamente). Todos os doentes receberam tratamento com metotrexato (dose otimizada de 20 mg/semana na semana 8) e quer com placebo, ou infliximab a 3 mg/kg ou 6 mg/kg nas semanas 0, 2, e 6 e seguidamente em cada 8 semanas. São apresentados na Tabela 4 os resultados da semana 54.

Após 54 semanas de tratamento, o efeito de ambas as doses de infliximab + metotrexato foi de uma melhoria estatisticamente significativa dos sinais e sintomas comparativamente com o metotrexato utilizado em monoterapia, conforme avaliado pela proporção de doentes que atingiu respostas ACR20, 50 e 70.

No estudo ASPIRE, mais de 90 % dos doentes tinha pelo menos duas radiografias avaliáveis. A redução na taxa de progressão das lesões estruturais foi observada nas semanas 30 e 54 nos grupos que receberam infliximab + metotrexato comparativamente com o metotrexato em monoterapia.

Tabela 4
Efeitos sobre o ACRn, lesões estruturais das articulações e função física na semana 54, ASPIRE

	Placebo + MTX	Infliximab + MTX		
		3 mg/kg	6 mg/kg	Em combinação
Doentes aleatorizados	282	359	363	722
Percentagem de melhoria de ACR Média ± DP ^a	24,8 ± 59,7	37,3 ± 52,8	42,0 ± 47,3	39,6 ± 50,1
Alterações relativas à linha de base de van der Heijde - escala modificada Sharp ^b				
Média ± DP ^a	3,70 ± 9,61	0,42 ± 5,82	0,51 ± 5,55	0,46 ± 5,68
Mediana	0,43	0,00	0,00	0,00
Melhoria no HAQ ao longo do tempo, relativamente à linha de base desde a semana 30 à semana 54 ^c				
Média ± DP ^d	0,68 ± 0,63	0,80 ± 0,65	0,88 ± 0,65	0,84 ± 0,65

^a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo

^b valores mais elevados indicam mais lesões articulares

^c HAQ = Questionário de Avaliação de Saúde; valores superiores indicam menor incapacidade

^d p= 0,030 e < 0,001 para os grupos de tratamento de, respetivamente, 3 mg/kg e 6 mg/kg vs. Placebo + MTX

Os dados de suporte para a titulação da dose para o tratamento da artrite reumatoide foram proporcionados pelos estudos ATTRACT, ASPIRE e START. O estudo START foi um estudo de segurança, efetuado em grupos paralelos, com 3 braços, multicêntrico, com distribuição aleatória e dupla ocultação. Num dos braços do estudo (grupo 2, n=329) a dose foi titulada nos doentes que apresentavam uma resposta inadequada, permitindo-se que recebessem doses incrementais de 1,5 mg/kg, desde 3 até 9 mg/kg. A maioria destes doentes (67 %) não requereu qualquer titulação da dose. Nos doentes que requereram uma titulação da dose, 80 % atingiram uma resposta clínica e a maioria destes (64 %) requereu apenas um ajuste de 1,5 mg/kg.

Formulação subcutânea

A eficácia de infliximab subcutâneo em doentes com artrite reumatoide foi avaliada num estudo principal de Fase I/III, aleatorizado, de grupos paralelos composto por duas partes: a Parte 1 para determinar a dose ideal de infliximab subcutâneo e a Parte 2 para demonstrar a não-inferioridade em termos de eficácia do infliximab subcutâneo comparativamente ao tratamento com infliximab intravenoso em dupla ocultação.

Na Parte 2 deste estudo, entre os 357 doentes incluídos para receber 2 doses de Remsima 3 mg/kg intravenosamente nas Semanas 0 e 2, 167 doentes foram aleatorizados para receber 120 mg de Remsima subcutaneamente na Semana 6 e a cada 2 semanas até à Semana 54 e 176 doentes foram aleatorizados para receber Remsima 3 mg/kg intravenosamente nas Semanas 6, 14 e 22 tendo, em

seguida, mudado para 120 mg de Remsima subcutaneamente na Semana 30 uma vez a cada 2 semanas até à Semana 54. Foi administrado metotrexato concomitantemente.

O parâmetro de avaliação principal do estudo era a diferença entre tratamentos da mudança em relação ao início do estudo da DAS28 (PCR) na Semana 22. A estimativa da diferença entre tratamentos era de 0,27 com o correspondente limite inferior do intervalo de confiança (IC) de 95% bilateral de 0,02 (IC 95%: 0,02; 0,52), que era superior à margem de não-inferioridade pré-especificada de -0,6, indicando não-inferioridade da formulação subcutânea de Remsima relativamente à formulação intravenosa de Remsima.

A análise de outros parâmetros de avaliação da eficácia mostrou que o perfil de eficácia da formulação subcutânea de Remsima comparativamente à formulação intravenosa de Remsima em doentes com AR era, em geral, comparável em termos da atividade da doença medida pela DAS28 (PCR e VS) e resposta ACR até à Semana 54. As pontuações médias da DAS28 (PCR) e DAS28 (VS) diminuíram gradualmente em relação ao início do estudo em cada ponto temporal até à Semana 54 em cada braço de tratamento (ver Tabela 5 e Tabela 6, respetivamente).

Tabela 5
Valores reais médios (DP) da DAS28 (PCR e VS)

Consulta	DAS28 (PCR)		DAS28 (VS)	
	Remsima IV 3 mg/kg ^b (N=174)	Remsima SC 120 mg (N=165)	Remsima IV 3 mg/kg ^b (N=174)	Remsima SC 120 mg (N=165)
	5,9 (0,8)	6,0 (0,8)	6,6 (0,8)	6,7 (0,8)
Início do estudo	4,1 (1,2)	4,0 (1,2)	4,8 (1,3)	4,6 (1,2)
Semana 6	3,5 (1,2) ^a	3,3 (1,1) ^a	4,1 (1,3)	4,0 (1,1)
Semana 22	2,9 (1,2) ^b	2,8 (1,1)	3,4 (1,3) ^b	3,4 (1,2)
Semana 54				

^a O IC de 95% bilateral para a diferença na alteração média em relação ao início do estudo para a DAS28 (PCR) na Semana 22 estava bem acima da margem de não-inferioridade pré-definida de -0,6

^b Remsima IV foi mudado para Remsima SC na Semana 30

Tabela 6
Proporções de doentes que alcançaram resposta clínica segundo os critérios ACR

Consulta	ACR20		ACR50		ACR70	
	Remsima IV 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima SC 120 mg (N=165)	Remsima IV 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima SC 120 mg (N=165)	Remsima IV 3 mg/kg ^a (N=174)	Remsima SC 120 mg (N=165)
Semana 6	103 (59,2%)	107 (64,8%)	45 (25,9%)	47 (28,5%)	18 (10,3%)	19 (11,5%)
Semana 22	137 (78,7%)	139 (84,2%)	90 (51,7%)	85 (51,5%)	49 (28,2%)	46 (27,9%)
Semana 54	125 (71,8%) ^a	132 (80,0%)	101 (58,0%) ^a	108 (65,5%)	68 (39,1%) ^a	77 (46,7%)

^a Remsima IV foi mudado para Remsima SC na Semana 30

Não existem quaisquer ensaios clínicos com Remsima 120 mg administrado por via subcutânea sem doses de carga intravenosas de infliximab em doentes com artrite reumatoide. No entanto, a modelação e a simulação farmacocinética e farmacocinética/farmacodinâmica da população previram uma exposição ao infliximab (AUC durante mais de 8 semanas) e uma eficácia (DAS28 e resposta ACR20) comparáveis a partir da Semana 6 em doentes com artrite reumatoide tratados com Remsima 120 mg sem doses de carga intravenosas de infliximab em comparação com Remsima 3 mg/kg administrado por via intravenosa nas Semanas 0, 2 e 6 e, em seguida, a cada 8 semanas.

Doença de Crohn em adultos

Formulação intravenosa

Tratamento de indução na doença de Crohn ativa moderada a grave

A eficácia do tratamento com uma dose única de infliximab intravenoso foi avaliada em 108 indivíduos com doença de Crohn ativa (Índice de Atividade da Doença de Crohn (CDAI) $\geq 220 \leq 400$) num estudo de dose-resposta, com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlado com placebo. Destes 108 doentes, 27 foram tratados com a dose de infliximab recomendada de 5 mg/kg. Todos os doentes tinham apresentado uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais efetuadas anteriormente. Foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de terapêuticas convencionais e 92 % dos doentes continuaram a ser tratados com estas terapêuticas.

O parâmetro de avaliação final primário consistiu na percentagem de doentes que apresentaram uma resposta clínica, definida como uma diminuição do CDAI de ≥ 70 pontos desde a linha de base até à data da avaliação às 4 semanas, sem um aumento na utilização de medicamentos para tratamento da doença de Crohn ou cirurgia para a doença de Crohn. Os doentes que responderam na semana 4 foram mantidos sob observação até à semana 12. Os parâmetros de avaliação final secundários incluíram a percentagem de doentes em fase de remissão clínica na semana 4 (CDAI < 150) e a resposta clínica ao longo do tempo.

Na semana 4, após a administração de uma dose única, 22/27 (81 %) dos doentes tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab atingiram uma resposta clínica vs. 4/25 (16 %) dos doentes que receberam placebo ($p < 0,001$). Também na semana 4, 13/27 (48 %) dos doentes tratados com infliximab atingiram remissão clínica (CDAI < 150) vs. 1/25 (4 %) dos doentes que receberam placebo. Foi obtida resposta no período de 2 semanas, a qual atingiu o seu máximo às 4 semanas. Na última observação às 12 semanas, 13/27 (48 %) dos doentes tratados com infliximab continuavam a responder à terapêutica.

Tratamento de manutenção na doença de Crohn ativa moderada a grave em adultos

A eficácia de perfusões repetidas de infliximab intravenoso foi estudada num estudo clínico que teve a duração de 1 ano (ACCENT I). Um total de 573 doentes com doença de Crohn ativa moderada a grave (CDAI $\geq 220 \leq 400$) recebeu uma perfusão única de 5 mg/kg na semana 0. Dos 580 doentes recrutados, 178 (30,7 %) foram considerados doentes graves (pontuações CDAI > 300 e corticosteroides concomitantes e/ou imunossupressores) correspondendo à população definida na indicação (ver secção 4.1). Na semana 2, todos os doentes foram avaliados relativamente à resposta clínica e distribuídos aleatoriamente por um de 3 grupos de tratamento; um grupo submetido ao tratamento de manutenção com placebo, um grupo submetido ao tratamento de manutenção com infliximab a 5 mg/kg e um grupo submetido ao tratamento de manutenção com infliximab a 10 mg/kg. Os 3 grupos receberam perfusões repetidas nas semanas 2, 6 e depois a cada 8 semanas.

Dos 573 doentes distribuídos aleatoriamente, 335 (58 %) atingiram resposta clínica até à semana 2. Estes doentes foram classificados como respondedores à 2^a semana e foram incluídos na análise primária (ver tabela 7). Entre os doentes classificados como não respondedores à semana 2, 32 % (26/81) no grupo de manutenção com placebo e 42 % (68/163) no grupo tratado com infliximab, atingiram resposta clínica na semana 6. Posteriormente, não houve diferença entre os grupos no número de respondedores tardios.

Os principais co-parâmetros de avaliação final foram a proporção dos doentes em remissão clínica (CDAI < 150) na semana 30 e o tempo até à perda de resposta na semana 54. Foi permitida a redução de corticosteroides após a semana 6.

Tabela 7

Efeitos na taxa de resposta e remissão, dados do estudo ACCENT I (respondedores à 2^a semana)

	Estudo ACCENT I (respondedores à 2 ^a semana)		
	Manutenção com placebo (n=110)	Manutenção com infliximab a 5 mg/kg (n=113) (valor de p)	Manutenção com infliximab a 10 mg/kg (n=112) (valor de p)
Tempo mediano até perda de resposta até à semana 54	19 semanas	38 semanas (0,002)	> 54 semanas (< 0,001)
Semana 30			
Resposta clínica ^a	27,3	51,3 (< 0,001)	59,1 (< 0,001)
Remissão clínica	20,9	38,9 (0,003)	45,5 (< 0,001)
Remissão sem corticosteroides	10,7 (6/56)	31,0 (18/58) (0,008)	36,8 (21/57) (0,001)
Semana 54			
Resposta clínica ^a	15,5	38,1 (< 0,001)	47,7 (< 0,001)
Remissão clínica	13,6	28,3 (0,007)	38,4 (< 0,001)
Remissão mantida sem corticosteroides ^b	5,7 (3/53)	17,9 (10/56) (0,075)	28,6 (16/56) (0,002)

^a Redução de CDAI ≥ 25 % e ≥ 70 pontos.

^b CDAI < 150 nas semanas 30 e 54 e sem administração de corticosteroides nos 3 meses anteriores à semana 54 de entre os doentes que receberam corticosteroides na linha de base.

Os doentes que responderam ao tratamento mas que perderam, subsequentemente, os seus benefícios clínicos, foram autorizados, com início na semana 14, a transitar para uma dose de 5 mg/kg de infliximab, superior à dose que lhes tinha sido inicialmente distribuída aleatoriamente. Oitenta e nove por cento (50/56) dos doentes que perderam a resposta clínica com a terapêutica de manutenção com 5 mg/kg de infliximab responderam ao tratamento com 10 mg/kg de infliximab depois da semana 14.

Foram observadas melhorias nos questionários de qualidade de vida relacionada com a saúde, uma redução na hospitalização relacionada com a doença e na utilização de corticosteroides nos grupos de tratamento de manutenção com infliximab comparativamente com o grupo de tratamento de manutenção com placebo, nas semanas 30 e 54.

O infliximab com ou sem AZA foi avaliado num estudo aleatorizado, em dupla-ocultação com comparador ativo (SONIC) de 508 doentes adultos com doença de Crohn, moderada a grave (CDAI ≥ 220 ≤ 450), que não tinham sido submetidos previamente a medicamentos biológicos e imunossupressores e com uma duração mediana da doença de 2,3 anos. No início do estudo, 27,4 % dos doentes estavam a receber corticosteroides sistémicos, 14,2 % dos doentes estavam a receber budesonido e 54,3 % dos doentes estavam a receber compostos 5-ASA. Os doentes foram aleatorizados para receberem AZA em monoterapia, infliximab em monoterapia ou infliximab mais AZA em associação. O infliximab foi administrado numa dose de 5 mg/kg nas semanas 0, 2, 6, e posteriormente a cada 8 semanas. A AZA foi administrada numa dose de 2,5 mg/kg/dia.

O parâmetro de avaliação final primário do estudo foi a remissão clínica sem corticosteroides na semana 26, definida como doentes em remissão clínica (CDAI de < 150) que, durante pelo menos 3 semanas, não tinham tomado corticosteroides orais ou sistémicos (prednisona ou equivalente) ou budesonido numa dose > 6 mg/dia. Para ver os resultados, consulte a Tabela 8. A percentagem de doentes com cicatrização da mucosa na semana 26 foi significativamente maior nos grupos com a

associação infliximab mais AZA (43,9 %, $p < 0,001$) e infliximab em monoterapia (30,1 %, $p=0,023$) em comparação com o grupo AZA em monoterapia (16,5 %).

Tabela 8
**Percentagem de doentes que alcançaram remissão clínica sem corticosteroides na semana 26,
SONIC**

	AZA Monoterapia	Infliximab Monoterapia	Infliximab + AZA Associação
Semana 26			
Todos os doentes aleatorizados	30,0 % (51/170)	44,4 % (75/169) ($p=0,006$) [*]	56,8 % (96/169) ($p<0,001$) [*]

* Os valores de p representam cada grupo de tratamento infliximab vs. AZA em monoterapia

Foram observadas tendências semelhantes no alcance da remissão clínica livre de corticosteroides na semana 50. Além disso, foi observada melhoria da qualidade de vida medida pelo IBDQ com o infliximab.

Tratamento de indução na doença de Crohn ativa com formação de fistulas

A eficácia foi avaliada num estudo com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlado com placebo, realizado em 94 indivíduos com doença de Crohn com formação de fistulas, em que estas tinham, pelo menos, três meses de duração. Trinta e um destes doentes foram tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab intravenoso. Cerca de 93 % dos doentes tinham sido previamente tratados com antibióticos ou terapêutica imunossupressora.

Foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de terapêuticas convencionais e 83 % dos doentes continuaram a receber, pelo menos, uma destas terapêuticas. Os doentes receberam três doses de placebo ou de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Os doentes foram acompanhados até às 26 semanas. O parâmetro de avaliação final primário consistiu na percentagem de doentes que evidenciaram resposta clínica, definida como ≥ 50 % de redução em relação à linha de base, em termos de número de fistulas drenadas por compressão suave em, pelo menos, duas visitas consecutivas (em intervalos de quatro semanas), sem que se verificasse aumento da utilização de medicamentos ou cirurgia para a doença de Crohn.

Sessenta e oito por cento (21/31) dos doentes tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab atingiram uma resposta clínica vs. 26 % (8/31) dos doentes que receberam placebo ($p = 0,002$). O tempo mediano até início da resposta no grupo tratado com infliximab foi de 2 semanas. A duração mediana da resposta foi de 12 semanas. Verificou-se, além disso, encerramento de todas as fistulas em 55 % dos doentes tratados com infliximab comparativamente com 13 % dos doentes que receberam placebo ($p = 0,001$).

Tratamento de manutenção na doença de Crohn ativa com formação de fistulas

A eficácia de perfusões repetidas de infliximab em doentes com doença de Crohn com formação de fistulas foi estudada num estudo clínico com a duração de 1 ano (ACCENT II). Trezentos e seis doentes, no total, receberam 3 doses de 5 mg/kg de infliximab intravenoso nas semanas 0, 2 e 6. Na linha de base, 87 % dos doentes tinham fistulas perianais, 14 % tinham fistulas abdominais, 9 % tinham fistulas retovaginais. O valor mediano de CDAI foi de 180. Na semana 14, 282 doentes foram avaliados relativamente à resposta clínica e distribuídos aleatoriamente para receberem, quer placebo, quer 5 mg/kg de infliximab, a cada 8 semanas até à semana 46.

Foram avaliados relativamente ao principal parâmetro de avaliação final, respondedores (195/282) à semana 14, que consistia no tempo desde a distribuição aleatória até à perda de resposta (Tabela 9). Foi permitida a redução de corticosteroides após a semana 6.

Tabela 9
Efeitos na taxa de resposta, dados do estudo ACCENT II (respondedores à 14^a semana)

ACCENT II (respondedores à 14 ^a semana)			
	Manutenção com Placebo (n=99)	Manutenção com Infliximab (5 mg/kg) (n=96)	Valor-p
Tempo mediano até perda de resposta até à semana 54	14 semanas	> 40 semanas	< 0,001
Semana 54			
Resposta das Fístulas (%) ^a	23,5	46,2	0,001
Resposta completa das fístulas (%) ^b	19,4	36,3	0,009

^a Uma redução de ≥ 50 % em relação à linha de base em termos de número de fístulas drenadas durante um período de ≥ 4 semanas.

^b Ausência de qualquer fístula drenada.

Os doentes que inicialmente responderam ao tratamento e subsequentemente perderam as suas respostas foram elegíveis para transitar para a repetição do tratamento ativo, de 8 em 8 semanas com início na semana 22, com uma dose de 5 mg/kg de infliximab superior à dose que lhes estava inicialmente distribuída aleatoriamente. Nos doentes do grupo tratado com 5 mg/kg de infliximab, que transitaram devido à perda de resposta das fístulas depois da semana 22, 57 % (12/21) responderam à repetição do tratamento de 10 mg/kg de infliximab de 8 em 8 semanas.

Não existiu uma diferença significativa entre o placebo e o infliximab na proporção de doentes com encerramento mantido de todas as fístulas até à semana 54, para sintomas tais como proctalgia, acessos e infeções do trato urinário ou relativamente ao número de novas fístulas desenvolvidas durante o tratamento.

A terapêutica de manutenção com infliximab a cada 8 semanas reduziu significativamente as hospitalizações e cirurgias relacionadas com a doença comparativamente ao placebo. Além disso, foi observada uma redução na utilização de corticosteroides e na melhoria da qualidade de vida.

Formulação subcutânea

Foi avaliada a eficácia de infliximab subcutâneo na doença de Crohn ativa e colite ulcerosa ativa num estudo de Fase I em regime aberto, aleatorizado, de grupos paralelos, composto por duas partes: a Parte 1 para determinar a dose ideal de infliximab subcutâneo e a Parte 2 para demonstrar a não-inferioridade em termos de FC do tratamento de infliximab subcutâneo em comparação com infliximab intravenoso.

Na Parte 1 deste estudo, foram inscritos 45 doentes com doença de Crohn ativa para receber 2 doses de Remsima por via intravenosa de 5 mg/kg nas Semanas 0 e 2 e subsequentemente 44 doentes foram aleatorizados em quatro coortes para receber Remsima 5 mg/kg por via intravenosa (n=13) na Semana 6 e a cada 8 semanas até à Semana 54, Remsima 120 mg por via subcutânea (n=11), Remsima 180 mg por via subcutânea (n=12) ou Remsima 240 mg por via subcutânea (n=8) na Semana 6 e a cada 2 semanas até à Semana 54.

Na Parte 2 deste estudo, de entre 136 doentes (57 doentes com doença de Crohn ativa e 79 doentes com colite ulcerosa ativa) que foram inscritos para receber 2 doses de Remsima por via intravenosa de 5 mg/kg nas Semanas 0 e 2, 66 doentes (28 doentes com doença de Crohn ativa e 38 doentes com colite ulcerosa ativa) foram aleatorizados para receber Remsima 120/240 mg por via subcutânea na Semana 6 e a cada 2 semanas até à Semana 54, enquanto 65 doentes (25 doentes com doença de Crohn ativa e 40 doentes com colite ulcerosa ativa) foram aleatorizados para receber Remsima 5 mg/kg por via intravenosa nas Semanas 6, 14 e 22 e em seguida, passaram para formulação subcutânea de Remsima 120/240 mg na Semana 30 uma vez a cada 2 semanas até à Semana 54. A dosagem da formulação subcutânea de Remsima 120/240 mg foi determinada com base no peso corporal do doente na Semana 6 para os que receberam Remsima por via subcutânea e na Semana 30 para aqueles que

mudaram para formulação subcutânea de Remsima (Remsima subcutânea de 120 mg para doentes <80 kg; 240 mg para doentes ≥80 kg).

Em doentes com doença de Crohn ativa, os resultados de eficácia descritiva que se seguiram à formulação subcutânea Remsima 120 mg foram geralmente comparáveis à formulação intravenosa Remsima 5 mg/kg em termos de resposta clínica (resposta CDAI-70 definida como uma diminuição do CDAI ≥70 pontos e a resposta CDAI-100 definida como ≥100 pontos desde a situação basal), remissão clínica (definida como uma pontuação CDAI absoluta de <150 pontos) e avaliações de endoscopia (resposta endoscópica definida como uma redução de ≥50% do resultado da pontuação de atividade endoscópica simplificada da doença de Crohn (Simplified Endoscopic Activity Score for Crohn's Disease, SES-CD) desde a situação basal e a remissão endoscópica definida como uma pontuação SES-CD absoluta de ≤2 pontos).

Também foi avaliada a eficácia de infliximab subcutâneo em doentes com doença de Crohn ativa num estudo clínico aleatorizado, com dupla ocultação e controlado com placebo em 343 doentes adultos com doença de Crohn ativa moderada a grave (CDAI de 220 a 450 pontos) com uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais (LIBERTY-CD). Foi permitido o tratamento concomitante com doses estáveis de aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e/ou agentes imunomoduladores. A dose de corticosteroídes foi reduzida após a Semana 10. Os doentes classificados como respondedores CDAI-100 na Semana 10 após três perfusões IV de infliximab 5 mg/kg nas Semanas 0, 2 e 6 foram aleatorizados para receberem, em seguida, uma injeção de infliximab 120 mg subcutâneo ou de placebo a cada 2 semanas, da Semana 10 até à Semana 54.

Os co-parâmetros de avaliação primários foram a remissão clínica (com base no CDAI) e a resposta endoscópica na Semana 54. A remissão clínica foi definida como uma pontuação CDAI absoluta <150 pontos e a resposta endoscópica foi definida como uma redução de 50% na pontuação SES-CD desde o valor basal.

Os parâmetros de avaliação secundários chave foram a resposta CDAI-100 e a remissão endoscópica na Semana 54.

No LIBERTY-CD, os doentes tratados com infliximab subcutâneo na posologia recomendada (120 mg a cada 2 semanas) alcançaram remissão clínica (com base no CDAI), resposta endoscópica, resposta CDAI-100 e remissão endoscópica mais frequentemente em comparação com o placebo (Tabela 10).

Tabela 10
Remissão clínica, resposta endoscópica, resposta CDAI-100 e remissão endoscópica no LIBERTY-CD

Parâmetro de avaliação ^a	Infliximab 120 mg SC (N = 231)	Placebo (N = 112)	Diferença entre tratamentos e IC de 95%
Remissão clínica (com base no CDAI) na Semana 54^b	62,3%	32,1%	32,1% (20,9; 42,1)
Resposta endoscópica na Semana 54^c	51,1%	17,9%	34,6% (24,1; 43,5)
Resposta CDAI-100 na Semana 54^d	65,8%	38,4%	28,9% (17,7; 39,2)
Remissão endoscópica na Semana 54^e	34,6%	10,7%	24,9% (15,4; 32,8)

a Permitiu-se que os doentes com perda de resposta entre as Semanas 22 e 54 mudassem para infliximab 240 mg SC, tanto no braço do infliximab como no do placebo. Os doentes que mudaram consideraram-se não respondedores.

b Definida como uma pontuação CDAI absoluta <150 pontos.

c Definida como uma redução de 50% na pontuação SES-CD desde o valor basal.

d Definida como uma diminuição na pontuação CDAI igual ou superior a 100 pontos desde o valor basal.

- e Definida como uma pontuação SES-CD absoluta ≤ 4 e uma redução de pelo menos 2 pontos desde o valor basal sem nenhuma subpontuação >1 .

No LIBERTY-CD, permitiu-se o ajuste posológico para infliximab 240 mg a partir da Semana 22 no caso de doentes que inicialmente responderam mas depois perderam a resposta, tanto no grupo do infliximab 120 mg subcutâneo como no do placebo. A perda de resposta foi definida como um aumento no CDAI ≥ 100 pontos desde a pontuação CDAI da Semana 10 com uma pontuação total ≥ 220 . Entre os doentes respondedores a infliximab intravenoso na Semana 10 que satisfizeram os critérios de perda de resposta na Semana 22, ou após essa semana, e receberam um aumento da dose para infliximab 240 mg subcutâneo, 21/34 (61,8%) tinham recuperado a resposta CDAI-100 na Semana 54. A recuperação espontânea da resposta, sem ajuste posológico, ocorreu em 1/7 doentes em cada grupo (infliximab 120 mg SC e placebo). Incluindo uma fase de extensão sem ocultação do estudo LIBERTY-CD, no total, 73 doentes receberam infliximab 240 mg como tratamento de manutenção durante pelo menos 44 semanas sem evidências adicionais relevantes quanto à segurança em comparação com a dose de 120 mg.

No LIBERTY-CD, avaliou-se o impacto da utilização de imunossupressores (azatioprina, 6-mercaptopurina e metotrexato) na eficácia. Não houve nenhuma diferença significativa entre os doentes com ou sem imunossupressores nos parâmetros de avaliação primários e secundários chave de eficácia.

Colite ulcerosa em adultos

Formulação intravenosa

A segurança e eficácia de infliximab intravenoso foram avaliadas em dois estudos clínicos (ACT 1 e ACT 2) com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlados com placebo, em doentes adultos com colite ulcerosa ativa, moderada a grave (pontuação de Mayo de 6 a 12; subpontuação endoscópica ≥ 2), com resposta inadequada às terapêuticas convencionais [corticosteroides orais, aminossilicilatos e/ou imunomoduladores (6-MP, AZA)]. Foram permitidas doses estáveis concomitantes de aminossilicilatos orais, corticosteroides e/ou agentes imunomoduladores. Em ambos os estudos, os doentes foram aleatorizados para receberem placebo, 5 mg/kg ou 10 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2, 6, 14 e 22 e no ACT 1 nas semanas 30, 38 e 46. A redução da dose de corticosteroides foi permitida após a semana 8.

Tabela 11
Efeitos na resposta clínica, na remissão clínica e na cicatrização da mucosa nas semanas 8 e 30.
Dados combinados do ACT 1 e 2.

	Placebo	Infliximab		
		5 mg/kg	10 mg/kg	Combinado
Indivíduos aleatorizados	244	242	242	484
Percentagem de indivíduos em resposta clínica e em resposta clínica mantida				
Resposta clínica na semana 8 ^a	33,2 %	66,9 %	65,3 %	66,1 %
Resposta clínica na semana 30 ^a	27,9 %	49,6 %	55,4 %	52,5 %
Resposta mantida (resposta clínica nas semanas 8 e 30) ^a	19,3 %	45,0 %	49,6 %	47,3 %
Percentagem de indivíduos em remissão clínica e em remissão mantida				
Remissão clínica na semana 8 ^a	10,2 %	36,4 %	29,8 %	33,1 %
Remissão clínica na semana 30 ^a	13,1 %	29,8 %	36,4 %	33,1 %
Remissão mantida (remissão nas semanas 8 e 30) ^a	5,3 %	19,0 %	24,4 %	21,7 %

	Placebo	5 mg/kg	10 mg/kg	Infliximab Combinado
Percentagem de indivíduos com cicatrização da mucosa				
Cicatrização da mucosa na semana 8 ^a	32,4 %	61,2 %	60,3 %	60,7 %
Cicatrização da mucosa na semana 30 ^a	27,5 %	48,3 %	52,9 %	50,6 %

^a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. Placebo.

A eficácia de infliximab durante a semana 54 foi avaliada no estudo ACT 1.

Ao fim de 54 semanas, a resposta clínica foi de 44,9 % nos doentes incluídos no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab comparativamente com 19,8 % no grupo que recebeu placebo (p< 0,001). A remissão clínica e a cicatrização da mucosa ocorreram numa percentagem maior de doentes que receberam tratamento combinado com infliximab comparativamente com o grupo que recebeu placebo na semana 54 (34,6 % vs. 16,5 %, p< 0,001 e 46,1 % vs. 18,2 %, p< 0,001, respetivamente). Na semana 54, a percentagem de doentes com resposta mantida e com remissão mantida foi maior no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab do que no grupo que recebeu placebo (37,9 % vs. 14,0 %, p< 0,001; e 20,2 % vs. 6,6 %, p< 0,001, respetivamente).

Uma maior percentagem de doentes incluídos no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab pôde descontinuar a administração de corticosteroides, permanecendo em remissão clínica, comparativamente com o grupo que recebeu placebo na semana 30 (22,3 % vs. 7,2 %, p< 0,001, dados combinados de ATC 1 e ATC 2) e na semana 54 (21,0 % vs. 8,9 %, p= 0,022, dados de ATC 1).

A análise dos dados combinados dos estudos ATC 1 e ATC 2 e suas extensões, analisados desde a linha de base até à semana 54, demonstraram uma redução das hospitalizações e processos cirúrgicos relacionados com colite ulcerosa tratada com infliximab. O número de hospitalizações relacionadas com colite ulcerosa foi significativamente menor nos grupos que receberam tratamento com 5 e 10 mg/kg de infliximab do que no grupo que recebeu placebo (número médio de hospitalizações por 100 indivíduos-ano: 21 e 19 vs. 40 no grupo que recebeu placebo; respetivamente p= 0,019 e p= 0,007). O número de processos cirúrgicos relacionados com colite ulcerosa foi também menor nos grupos que receberam tratamento com 5 e 10 mg/kg de infliximab do que no grupo que recebeu placebo (número médio de processos cirúrgicos por 100 indivíduos-ano: 22 e 19 vs. 34; respetivamente p= 0,145 e p= 0,022).

A proporção dos indivíduos que foram submetidos a colectomia em qualquer altura durante as 54 semanas após a primeira perfusão do agente em estudo, foi recolhida e combinada dos estudos ATC 1 e ATC 2 e suas extensões. Um número menor de indivíduos submetidos a colectomia no grupo tratado com 5 mg/kg de infliximab (28/242 ou 11,6 % [estatisticamente não significativo]) e no grupo tratado com 10 mg/kg de infliximab (18/242 ou 7,4 % [p= 0,011]) do que no grupo tratado com placebo (36/244; 14,8 %).

Foi também examinada a redução na incidência da colectomia num outro estudo em dupla ocultação, aleatorizado (C0168Y06) em doentes hospitalizados (n = 45) sofrendo de colite ulcerosa ativa, moderada a grave, que não responderam aos corticosteroides intravenosos e que estavam, portanto, em risco mais elevado de colectomia. Ocorreram significativamente menos colectomias até 3 meses após a perfusão do estudo em doentes que receberam uma dose única de 5 mg/kg de infliximab em comparação com os doentes que receberam placebo (respetivamente, 29,2 % vs. 66,7 %, p= 0,017).

Nos estudos ATC 1 e ATC 2, infliximab melhorou a qualidade de vida, o que foi confirmado por uma melhoria estatisticamente significativa numa medida específica da doença, IBDQ, e pela melhoria no questionário genérico simplificado de 36 itens, SF-36.

Formulação subcutânea

Foi avaliada a eficácia de infliximab subcutâneo em doentes com colite ulcerosa ativa na Parte 2 de um estudo de Fase I em regime aberto, aleatorizado, de grupos paralelos. Para obter detalhes do estudo, ver Secção 5.1 da doença de Crohn, formulação subcutânea.

Em doentes com colite ulcerosa ativa, os resultados de eficácia descritiva que se seguiram à formulação subcutânea Remsima 120 mg foram geralmente comparáveis à formulação intravenosa Remsima 5 mg/kg em termos de resposta clínica (definida como uma redução desde a situação basal na pontuação total Mayo de pelo menos 3 pontos e pelo menos 30% ou uma diminuição desde a situação basal na pontuação parcial Mayo de pelo menos 2 pontos, acompanhada de uma diminuição desde a situação basal na subpontuação para hemorragia retal de pelo menos 1 ponto, ou uma subpontuação absoluta para hemorragia retal de 0 ou 1), remissão clínica (definida como uma pontuação total Mayo de ≤ 2 pontos sem subpontuação individual que excede 1 ponto, ou pontuação parcial Mayo de ≤ 1 ponto) e cicatrização da mucosa (definida como subpontuação endoscópica absoluta de 0 ou 1 a partir do sistema de pontuação Mayo).

Espondilite anquilosante em adultos

Formulação intravenosa

A eficácia e a segurança de infliximab intravenoso foram avaliadas em dois estudos multicêntricos, controlados por placebo, em dupla ocultação, em doentes com espondilite anquilosante ativa (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] pontuação ≥ 4 e dor raquidiana ≥ 4 na escala de 1-10).

No primeiro estudo (P01522), que teve uma fase de dupla ocultação de 3 meses, 70 doentes receberam 5 mg/kg de infliximab ou de placebo nas semanas 0, 2, 6 (35 doentes em cada grupo). A partir da semana 12, os doentes que tinham recebido placebo passaram a ser tratados com 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 6 semanas até à semana 54. Após o primeiro ano do estudo, 53 doentes prosseguiram para uma extensão do estudo sem ocultação até à semana 102.

Num segundo estudo clínico (ASSERT), 279 doentes foram aleatorizados para receberem placebo (Grupo 1, n=78) ou 5 mg/kg de infliximab (Grupo 2, n=201) nas semanas 0, 2 e 6 e em intervalos de 6 semanas até à semana 24. Posteriormente, todos os indivíduos continuaram a receber infliximab em intervalos de 6 semanas até à semana 96. O Grupo 1 recebeu 5 mg/kg de infliximab. No grupo 2, os doentes que tiveram um BASDAI ≥ 3 em duas visitas consecutivas, iniciaram a perfusão na semana 36 e receberam 7,5 mg/kg de infliximab em intervalos de 6 semanas por um período de 96 semanas.

No ASSERT, foi observada uma melhoria nos sinais e sintomas precocemente à semana 2. Na semana 24, o número de respondedores ASAS 20 no grupo do placebo foi de 15/78 (19 %) e 123/201 (61 %) no grupo a receber 5 mg/kg de infliximab ($p < 0,001$). Houve 95 indivíduos do grupo 2 que continuaram a receber 5 mg/kg em intervalos de 6 semanas. Na semana 102 houve 80 indivíduos que continuaram a receber o tratamento com infliximab, dos quais 71 (89 %) foram respondedores ASAS 20.

No P01522, foi também observada uma melhoria nos sinais e sintomas precocemente à semana 2. Na semana 12, o número de respondedores BASDAI 50 foi de 3/35 (9 %) no grupo do placebo e 20/35 (57 %) no grupo a receber 5 mg/kg ($p < 0,01$). Houve 53 indivíduos que continuaram a receber 5 mg/kg em intervalos de 6 semanas. Na semana 102, houve 49 indivíduos que continuaram a receber o tratamento com infliximab, dos quais 30 (61 %) foram respondedores BASDAI 50.

Em ambos os estudos, as funções físicas e de qualidade de vida foram medidas através do BASFI e a pontuação da componente física do SF-36 foram também significativamente melhoradas.

Artrite psoriática em adultos

Formulação intravenosa

A eficácia e a segurança de infliximab intravenoso foram avaliadas em dois estudos multicéntricos, com dupla ocultação, controlados com placebo, em doentes com artrite psoriática ativa.

No primeiro estudo clínico (IMPACT), a eficácia e a segurança de infliximab foram estudadas em 104 doentes com artrite psoriática ativa poliarticular. Durante a fase de 16 semanas efetuada com dupla ocultação, os doentes receberam, quer 5 mg/kg de infliximab, quer placebo, nas semanas 0, 2, 6, e 14 (52 doentes em cada grupo). Com início na semana 16, os doentes que tinham recebido placebo passaram a receber infliximab e todos os doentes receberam subsequentemente 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 semanas até à semana 46. Após o primeiro ano do estudo, 78 doentes prosseguiram para uma extensão do estudo sem ocultação, até à semana 98.

No segundo estudo clínico (IMPACT 2), a eficácia e a segurança de infliximab foram estudadas em 200 doentes com artrite psoriática ativa (≥ 5 articulações tumefactas e ≥ 5 articulações dolorosas à palpação). Quarenta e seis por cento dos doentes continuaram a receber doses estáveis de metotrexato (≤ 25 mg/semana). Durante a fase de 24 semanas efetuada com dupla ocultação, os doentes receberam quer 5 mg/kg de infliximab, quer placebo, nas semanas 0, 2, 6, 14 e 22 (100 doentes em cada grupo). Na semana 16, 47 doentes que tinham recebido placebo, que apresentavam uma melhoria a partir da linha de base $< 10\%$ nas contagens das articulações tumefactas e com hipersensibilidade passaram a receber indução de infliximab (escape precoce). Na semana 24, todos os doentes que recebiam placebo passaram a receber a indução com infliximab. A administração continuou para todos os doentes até à semana 46.

Os resultados chave de eficácia para o IMPACT e para o IMPACT 2 são apresentados na Tabela 12 abaixo:

Tabela 12
Efeitos no ACR e PASI no IMPACT e no IMPACT 2

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (semana 16)	Infliximab (semana 16)	Infliximab (semana 98)	Placebo (semana 24)	Infliximab (semana 24)	Infliximab (semana 54)
Doentes aleatorizados	52	52	N/A ^a	100	100	100
Resposta ACR (% de doentes)						
N	52	52	78	100	100	100
Resposta ACR 20*	5 (10 %)	34 (65 %)	48 (62 %)	16 (16 %)	54 (54 %)	53 (53 %)
Resposta ACR 50*	0 (0 %)	24 (46 %)	35 (45 %)	4 (4 %)	41 (41 %)	33 (33 %)
Resposta ACR 70*	0 (0 %)	15 (29 %)	27 (35 %)	2 (2 %)	27 (27 %)	20 (20 %)
Resposta PASI (% de doentes)^b						
N			87	83	82	
Resposta PASI 75**			1 (1 %)	50 (60 %)	40 (48,8 %)	

* Análise ITT onde os indivíduos com dados omissos foram incluídos como não respondedores.

^a Os dados à semana 98 para o IMPACT incluem os doentes que passaram do placebo e os doentes a receberem infliximab que integraram a extensão sem ocultação.

^b Com base em doentes com um PASI basal > 2,5 para o IMPACT, e em doentes com psoriase com um envolvimento da pele > 3 % da ASC na linha de base no IMPACT 2.

** Resposta PASI 75 para o IMPACT não incluída devido ao N baixo; p<0,001 para o infliximab vs. placebo na semana 24 para o IMPACT 2.

Nos IMPACT e IMPACT 2, foram observadas respostas clínicas logo na semana 2 e mantiveram-se até às semanas 98 e 54, respetivamente. A eficácia foi demonstrada com ou sem utilização concomitante de metotrexato. As diminuições nos parâmetros da atividade periférica característica da artrite psoriática (tais como o número de articulações tumefactas, número de articulações dolorosas/dolorosas à palpação, dactilite e presença de entesiotipia) foram observadas nos doentes que receberam infliximab.

Foram avaliadas as alterações radiográficas no IMPACT2. Foram radiografadas as mãos e os pés, na linha de base e nas semanas 24 e 54. O tratamento com infliximab reduziu a taxa de progressão da lesão ao nível da articulação periférica em comparação com o tratamento com placebo, relativamente aos principais parâmetros de avaliação final na semana 24, pelas alterações desde a linha de base medidas numa escala total vdH-S modificada (pontuação média ±DP foi $0,82 \pm 2,62$ no grupo placebo em comparação com $-0,70 \pm 2,53$ no grupo do infliximab; p<0,001). No grupo infliximab, a alteração média na escala total vdH-S modificada manteve-se abaixo de 0 até ao final da semana 54.

Os doentes que receberam infliximab apresentaram melhoria significativa da função física conforme avaliado pelo HAQ. Foram também demonstradas melhorias significativas na qualidade de vida relacionada com a saúde, conforme medido pelos resultados sumários dos componentes físico e mental do SF-36 no IMPACT 2.

Psoriase em adultos

Formulação intravenosa

A eficácia de infliximab intravenoso foi avaliada em dois estudos multicéntricos, aleatorizados, sob dupla ocultação: SPIRIT e EXPRESS. Os doentes em ambos os estudos possuíam psoriase em placas

(Área de Superfície Corporal [ASC] ≥ 10 % e valor do Índice de Superfície e Gravidade da Psoríase [PASI] ≥ 12). O objetivo principal em ambos os estudos foi a determinação da percentagem de doentes que atingiram uma melhoria ≥ 75 % no índice de PASI na semana 10, em relação à linha de base.

O SPIRIT avaliou a eficácia da terapêutica de indução de infliximab em 249 doentes com psoríase em placas que previamente receberam PUVA ou terapêutica sistémica. Os doentes receberam perfusões intravenosas quer de infliximab doseadas a 3 ou a 5 mg/kg, ou perfusões de placebo, nas semanas 0, 2 e 6. Os doentes com um valor de avaliação médica global (PGA) ≥ 3 foram elegíveis para receberem perfusões adicionais do mesmo tratamento na semana 26.

No SPIRIT, a proporção de doentes que atingiu o PASI 75 na semana 10 foi de 71,7 % no grupo que recebeu 3 mg/kg de infliximab, de 87,9 % no grupo que recebeu 5 mg/kg de infliximab, e 5,9 % no grupo que recebeu placebo ($p < 0,001$). Na semana 26, vinte semanas após a última dose de indução, 30 % dos doentes do grupo que recebeu 5 mg/kg e 13,8 % dos doentes do grupo que recebeu 3 mg/kg atingiram o PASI 75. Entre as semanas 6 e 26, os sintomas de psoríase voltaram a surgir gradualmente com um tempo médio de recidiva de > 20 semanas. Não se observou recorrência. O EXPRESS avaliou a eficácia da terapêutica de indução e manutenção com infliximab em 378 doentes com psoríase em placas. Os doentes receberam perfusões com 5 mg/kg de infliximab ou de placebo nas semanas 0, 2 e 6, seguidas por terapêutica de manutenção em cada 8 semanas até à semana 22, no grupo que recebeu placebo, e até à semana 46, no grupo que recebeu infliximab. Na semana 24, o grupo que recebeu placebo foi cruzado e passou a receber a terapêutica de indução de infliximab (5 mg/kg) seguida da terapêutica de manutenção de infliximab (5 mg/kg). A psoríase ungueal foi avaliada utilizando o índice de Gravidade da Psoríase Ungueal (NAPSI). 71,4 % dos doentes tinham recebido tratamentos anteriores com PUVA, metotrexato, ciclosporina ou acitretina, contudo não foram necessariamente considerados como resistentes aos tratamentos. Os resultados principais são apresentados na Tabela 13. Nos indivíduos que receberam tratamento com infliximab foram evidentes melhorias significativas de PASI 50 na primeira visita (semana 2) e melhorias de PASI 75 na segunda visita (semana 6). A eficácia foi semelhante no subgrupo de doentes que tinha sido exposto previamente a terapêuticas sistémicas comparativamente com a população geral estudada.

Tabela 13
Resumo da resposta PASI, resposta PGA e percentagem de doentes com todas as unhas sem evidência de doença nas semanas 10, 24 e 50. EXPRESS.

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (na semana 24)	Infliximab 5 mg/kg
Semana 10		
N	77	301
Melhoria ≥ 90 %	1 (1,3 %)	172 (57,1 %) ^a
Melhoria ≥ 75 %	2 (2,6 %)	242 (80,4 %) ^a
Melhoria ≥ 50 %	6 (7,8 %)	274 (91,0 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	3 (3,9 %)	242 (82,9 %) ^{ab}
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	14 (18,2 %)	275 (94,2 %) ^{ab}
Semana 24		
N	77	276
Melhoria ≥ 90 %	1 (1,3 %)	161 (58,3 %) ^a
Melhoria ≥ 75 %	3 (3,9 %)	227 (82,2 %) ^a
Melhoria ≥ 50 %	5 (6,5 %)	248 (89,9 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	2 (2,6 %)	203 (73,6 %) ^a
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	15 (19,5 %)	246 (89,1 %) ^a

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (na semana 24)	Infliximab 5 mg/kg
Semana 50		
N	68	281
Melhoria ≥ 90 %	34 (50,0 %)	127 (45,2 %)
Melhoria ≥ 75 %	52 (76,5 %)	170 (60,5 %)
Melhoria ≥ 50 %	61 (89,7 %)	193 (68,7 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	46 (67,6 %)	149 (53,0 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	59 (86,8 %)	189 (67,3 %)
Todas as unhas sem evidência de doença^c		
Semana 10	1/65 (1,5 %)	16/235 (6,8 %)
Semana 24	3/65 (4,6 %)	58/223 (26,0 %) ^a
Semana 50	27/64 (42,2 %)	92/226 (40,7 %)

^a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo.

^b n = 292.

^c A análise foi baseada nos indivíduos com psoriase ungueal de base (81,8 % dos indivíduos). Os valores médios basais do NAPSI foram 4,6 e 4,3 nos grupos do infliximab e placebo.

Foram demonstradas melhorias significativas em relação ao basal no Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (DLQI) ($p < 0,001$) e nos valores das componentes física e mental da Versão Reduzida (SF) 36 ($p < 0,001$ para a comparação de cada componente).

População pediátrica

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com o medicamento de referência contendo infliximab em todos os subgrupos da população pediátrica na artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática, espondilite anquilosante, psoriase e doença de Crohn (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica).

5.2 Propriedades farmacocinéticas

Absorção e distribuição

Injeções subcutâneas únicas de 120, 180 e 240 mg/ de infliximab provocaram aumentos aproximadamente proporcionais à dose, das concentrações séricas máximas (C_{max}) e da área sob curva da concentração-tempo (AUC). O volume de distribuição aparente durante a fase terminal (média de 7,3 a 8,8 litros) foi independente da dose administrada.

Após doses únicas de 120, 180 e 240 mg de infliximab subcutâneo administradas a participantes saudáveis, os valores da C_{max} foram de 10,0 µg/ml, 15,1 µg/ml e 23,1 µg/ml, respetivamente, e para todas as doses foi possível detetar infliximab no soro durante, pelo menos, 12 semanas daí em diante.

A biodisponibilidade do infliximab subcutâneo, estimada num modelo de população FC, foi de 62% (IC 95%: 60% - 64%).

Após a administração de 120 mg de infliximab por via subcutânea a cada 2 semanas (desde a Semana 6 após 2 doses de infliximab intravenoso nas Semanas 0 e 2) a doentes com artrite reumatoide ativa que estavam a ser tratados concomitantemente com MTX, a mediana da C_{vale} (CV%) na Semana 22 (estado estacionário) era de 12,8 µg/ml (80,1%).

Após a administração de 120 mg de infliximab por via subcutânea a cada 2 semanas (desde a Semana 6 após 2 doses de infliximab intravenoso nas Semanas 0 e 2) a doentes com doença de Crohn ativa e colite ulcerosa ativa, a mediana da C_{vale} (CV%) na Semana 22 (estado estacionário) era de 20,1 µg/ml (48,9%).

Com base nos resultados de FC de estudos clínicos em doentes com artrite reumatoide ativa, doença ativa Crohn e colite ulcerosa ativa e modelação da população de FC, os níveis C_{vale} no estado estacionário seriam superiores após a administração da formulação subcutânea de infliximab 120 mg a cada 2 semanas em comparação com a formulação intravenosa de infliximab 5 mg/kg dada a cada 8 semanas.

Para o regime de administração com carga subcutânea em doentes com artrite reumatoide, o valor da AUC era de 17 400 µg·h/ml nas Semanas 0 a 6, que era aproximadamente 1,8 vezes inferior ao valor mediano da AUC previsto para o regime de administração com doses de carga intravenosa de infliximab (32 100 µg·h/ml). Por outro lado, os valores medianos da AUC previstos nas Semanas 6 a 14 eram comparáveis entre os dois regimes de administração com carga subcutânea e carga intravenosa (19 600 e 18 100 µg·h/ml, respetivamente).

Eliminação

As vias de eliminação do infliximab não se encontram caracterizadas. Não foi detetado infliximab não alterado na urina. Não se observaram diferenças significativas na depuração ou no volume de distribuição relacionadas com a idade ou o peso em doentes com artrite reumatoide.

Em estudos em participantes saudáveis, a média (\pm DP) da depuração aparente de 120 mg de Remsima administrados subcutaneamente foi de $19,3 \pm 6,9$ ml/h.

Em doentes com AR, a média (\pm DP) da depuração aparente de 120 mg de Remsima administrados subcutaneamente no estado estacionário foi de $18,8 \pm 8,3$ ml/h. Em doentes com doença de Crohn ativa e colite ulcerosa ativa, a média (\pm DP) da depuração aparente de 120 mg de Remsima administrados subcutaneamente no estado estacionário foi de $16,1 \pm 6,9$ ml/h

A média da semivida terminal variou entre 11,3 dias e 13,7 dias para 120 mg, 180 mg e 240 mg de infliximab subcutâneo administrados a participantes saudáveis.

Populações especiais

Idosos

A farmacocinética do infliximab injetado por via subcutânea em doentes idosos não foi estudada.

População pediátrica

A administração subcutânea de Remsima não é recomendada para utilização pediátrica e não existem dados disponíveis sobre a utilização de Remsima administrado subcutaneamente na população pediátrica.

Compromisso hepático e renal

Não foram efetuados estudos com infliximab em doentes com doença hepática ou renal.

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Não se verificam reações cruzadas entre o infliximab e o TNF α de outras espécies que não a humana e os chimpanzés. Deste modo, são limitados os dados convencionais de segurança pré-clínica relativamente ao infliximab. No estudo de toxicidade no desenvolvimento efetuado em ratinhos com um anticorpo análogo que inibe seletivamente a atividade funcional do TNF α do ratinho, não se

observou qualquer evidência de toxicidade materna, embriotoxicidade ou teratogenicidade. Num estudo de fertilidade e geral da função reprodutora, o número de ratinhos fêmeas gestantes foi reduzido após a administração do mesmo anticorpo análogo. Desconhece-se se este achado foi devido a efeitos sobre os machos e/ou nas fêmeas. Num estudo de toxicidade de dose repetida efetuado em ratinhos com a duração de 6 meses, utilizando o mesmo anticorpo análogo contra o TNF_α do rato, observaram-se depósitos de cristais na cápsula do cristalino de alguns dos ratinhos do grupo de tratamento. Não se realizaram exames oftalmológicos específicos em doentes por forma a investigar a relevância deste achado para os seres humanos.

Não se realizaram estudos a longo prazo com o objetivo de avaliar a carcinogenicidade potencial de infliximab. Os estudos efetuados em ratinhos com deficiência de TNF_α demonstraram não existir um aumento dos tumores quando provocados com indutores e/ou promotores conhecidos de tumores.

A administração subcutânea de Remsima a coelhos brancos da Nova Zelândia foi bem tolerada para a concentração que é utilizada no ser humano.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1. Lista dos excipientes

Ácido acético
Acetato de sódio tri-hidratado
Sorbitol (E420)
Polissorbato 80 (E433)
Água para preparações injetáveis

6.2 Incompatibilidades

Na ausência de estudos de compatibilidade, este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos.

6.3 Prazo de validade

4 anos

6.4 Precauções especiais de conservação

Conservar no frigorífico (2°C – 8°C).

Não congelar. Manter a seringa pré-cheia/caneta pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

O medicamento pode ser conservado até uma temperatura máxima de 25 °C durante um período máximo de 28 dias. O medicamento tem de ser eliminado se não for utilizado nesse período de 28 dias.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia de utilização única (vidro de tipo 1) com um pistão de êmbolo (elastómero revestido com Flurotec) e uma agulha com proteção de agulha rígida.

Embalagens de:

- 1 seringa pré-cheia (1 ml de solução estéril) com 2 compressas embebidas em álcool.
- 2 seringas pré-cheias (1 ml de solução estéril) com 2 compressas embebidas em álcool.
- 4 seringas pré-cheias (1 ml de solução estéril) com 4 compressas embebidas em álcool.
- 6 seringas pré-cheias (1 ml de solução estéril) com 6 compressas embebidas em álcool.

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia com proteção de agulha automática

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia de utilização única com proteção de agulha automática. A seringa é fabricada em vidro de tipo 1 com um pistão de êmbolo (elastómero revestido com Flurotec) e uma agulha com proteção de agulha rígida.

Embalagens de:

- 1 seringa pré-cheia com proteção de agulha automática (1 ml de solução estéril) com 2 compressas embebidas em álcool.
- 2 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática (1 ml de solução estéril) com 2 compressas embebidas em álcool.
- 4 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática (1 ml de solução estéril) com 4 compressas embebidas em álcool.
- 6 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática (1 ml de solução estéril) com 6 compressas embebidas em álcool.

Remsima 120 mg solução injetável em caneta pré-cheia

Remsima 120 mg solução injetável em caneta pré-cheia de utilização única. A seringa dentro da caneta é fabricada em vidro de tipo 1 com um pistão de êmbolo (elastómero revestido com Flurotec) e uma agulha com proteção de agulha rígida.

Embalagens de:

- 1 caneta pré-cheia (1 ml de solução estéril) com 2 compressas embebidas em álcool.
- 2 canetas pré-cheias (1 ml de solução estéril) com 2 compressas embebidas em álcool.
- 4 canetas pré-cheias (1 ml de solução estéril) com 4 compressas embebidas em álcool.
- 6 canetas pré-cheias (1 ml de solução estéril) com 6 compressas embebidas em álcool.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação e manuseamento

Remsima é uma solução transparente a opalescente, incolor a castanho claro. Não utilizar se a solução estiver turva, descolorida ou se contém partículas visíveis.

Depois de utilizar, coloque a seringa pré-cheia/seringa pré-cheia com guarda de agulha automática/caneta pré-cheia num recipiente para cortantes e elimine de acordo com as exigências dos regulamentos locais. Não recicle o dispositivo de injeção. Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.

Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/006
EU/1/13/853/007
EU/1/13/853/008

EU/1/13/853/009
EU/1/13/853/010
EU/1/13/853/011
EU/1/13/853/012
EU/1/13/853/013
EU/1/13/853/014
EU/1/13/853/015
EU/1/13/853/016
EU/1/13/853/017

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: 22 de novembro de 2019

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

1. NOME DO MEDICAMENTO

Remsima 40 mg/ml concentrado para solução para perfusão.

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Remsima 100 mg concentrado para solução para perfusão

Cada ml contém 40 mg de infliximab*.

Cada frasco para injetáveis contém 100 mg de infliximab*.

Remsima 350 mg concentrado para solução para perfusão

Cada ml contém 40 mg de infliximab*.

Cada frasco para injetáveis contém 350 mg de infliximab*.

* Infliximab é um anticorpo monoclonal IgG1 humano-murino quimérico produzido em células de híbrido de murino por tecnologia de ADN recombinante.

Excipiente(s) com efeito conhecido

Este medicamento contém 45 mg de sorbitol (E420) e 0,5 mg de polissorbato 80 (E433) em cada ml de concentrado para solução para perfusão.

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Concentrado para solução para perfusão

Solução transparente a opalescente, líquido incolor a castanho claro com um pH de $5,0 \pm 0,2$ e uma osmolaridade de 276 a 346 mOsmol/kg.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Artrite reumatoide

Remsima, em associação com o metotrexato, é indicado para a redução de sinais e sintomas, bem como a melhoria da função física em:

- doentes adultos com doença ativa que apresentaram uma resposta inadequada a fármacos modificadores da evolução da doença reumática (DMARDs), incluindo o metotrexato.
- doentes adultos com doença grave, ativa e progressiva, que não receberam previamente tratamento com metotrexato ou outros DMARDs.

Nestas populações de doentes foi demonstrada uma redução da taxa de progressão das lesões articulares, avaliada através de raios-X (ver secção 5.1).

Doença de Crohn em adultos

Remsima está indicado para:

- tratamento da doença de Crohn ativa, moderada a grave, em doentes adultos que não apresentaram resposta mesmo após um ciclo completo e adequado de terapêutica com um corticosteroide e/ou um imunossupressor; ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas.

- tratamento da doença de Crohn ativa, com formação de fistulas, em doentes adultos que não apresentaram resposta mesmo após um ciclo completo e adequado de terapêutica com um tratamento convencional (incluindo antibióticos, drenagem e terapêutica imunossupressora).

Doença de Crohn pediátrica

Remsima está indicado para o tratamento da doença de Crohn ativa, grave, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, que não apresentaram resposta à terapêutica convencional, incluindo um corticosteroide, um imunomodulador e terapêutica de nutrição primária; ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas. Infliximab foi estudado apenas em associação com terapêutica imunossupressora convencional.

Colite ulcerosa

Remsima está indicado para o tratamento da colite ulcerosa ativa, moderada a grave, em doentes adultos que não responderam adequadamente à terapêutica convencional, incluindo corticosteroides e 6-mercaptopurina (6-MP) ou azatioprina (AZA), ou que apresentam intolerância ou contraindicações para estas terapêuticas.

Colite ulcerosa pediátrica

Remsima está indicado para o tratamento da colite ulcerosa ativa grave, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, que apresentaram uma resposta inadequada à terapêutica convencional, incluindo corticosteroides e 6-MP ou AZA, ou que apresentam intolerância ou contraindicações para tais terapêuticas.

Espondilite anquilosante

Remsima está indicado para o tratamento da espondilite anquilosante ativa grave, em doentes adultos que não responderam adequadamente a terapêuticas convencionais.

Artrite psoriática

Remsima está indicado para o tratamento da artrite psoriática ativa e progressiva em doentes adultos quando houver uma resposta inadequada a uma terapêutica prévia com DMARD.

Remsima deve ser administrado:

- em associação com metotrexato
- ou em monoterapia, em doentes que demonstraram intolerância ao metotrexato ou para os quais o metotrexato está contraindicado

Infliximab tem demonstrado melhorar a função física em doentes com artrite psoriática e reduzir a taxa de progressão da lesão ao nível da articulação periférica de acordo com a avaliação por raio-X em doentes com subtipos simétricos poliarticulares da doença (ver secção 5.1).

Psoríase

Remsima é indicado para o tratamento da psoríase em placas, moderada a grave, em doentes adultos que não apresentaram resposta, ou que têm uma contraindicação, ou que são intolerantes a outras terapêuticas sistémicas, incluindo ciclosporina, metotrexato ou psoraleno associado à radiação ultravioleta (PUVA) (ver secção 5.1).

4.2 Posologia e modo de administração

O tratamento com Remsima deve ser iniciado e efetuado sob a supervisão de um médico especialista com experiência no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide, de doenças intestinais inflamatórias, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoríase. Remsima deve ser administrado por via intravenosa. As perfusões de Remsima devem ser administradas por profissionais de saúde qualificados com formação adequada para detetar quaisquer problemas relacionados com a perfusão.

Os doentes medicados com Remsima devem receber o folheto informativo e o cartão de alerta do doente.

No decurso do tratamento com Remsima, a utilização de outras terapêuticas concomitantes, por exemplo com corticosteroides e imunossupressores, deverá ser otimizada.

É importante verificar as etiquetas do medicamento para garantir que está a ser administrada a formulação (intravenosa ou subcutânea) correta ao doente, tal como prescrito. A formulação subcutânea de Remsima não se destina-se a administração intravenosa e deve ser administrada apenas através de injeção subcutânea.

Posologia

Adultos (≥ 18 anos)

Artrite reumatoide

3 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 3 mg/kg administradas 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas.

Remsima deve ser administrado concomitantemente com metotrexato.

Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 12 semanas de tratamento. Se um doente apresenta uma resposta inadequada ou se há perda de resposta após este período, pode ser tido em consideração um aumento gradual da dose de, aproximadamente, 1,5 mg/kg, até ser atingida a dose máxima de 7,5 mg/kg, em intervalos de 8 semanas. Como alternativa, pode considerar-se a administração de 3 mg/kg, em intervalos de 4 semanas. Se for atingida uma resposta adequada, os doentes devem continuar a receber tratamento com a dose ou intervalo de administração escolhidos. A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentarem evidência de benefício terapêutico durante as primeiras 12 semanas de tratamento ou após o ajuste posológico.

Doença de Crohn ativa moderada a grave

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos por uma perfusão adicional de 5 mg/kg 2 semanas após a primeira perfusão intravenosa. No caso de o doente não responder ao tratamento após as 2 primeiras doses, não deve ser administrado um tratamento adicional com infliximab. Os dados disponíveis não sustentam tratamentos adicionais de infliximab em doentes que não respondam dentro de 6 semanas após a perfusão inicial.

Nos doentes que respondem, as estratégias alternativas para continuação do tratamento são as seguintes:

- Manutenção: perfusão adicional de 5 mg/kg na semana 6 após a dose inicial, seguindo-se de perfusões administradas em intervalos de 8 semanas ou
- Readministração: perfusão de 5 mg/kg se houver recorrência de sinais e sintomas da doença (ver “Readministração” abaixo e secção 4.4).

Apesar de faltarem dados comparativos, resultados limitados em doentes que inicialmente responderam a doses de 5 mg/kg mas que deixaram de responder indicam que alguns doentes podem recuperar a resposta com um aumento progressivo da dose (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentam evidência de benefício terapêutico após o ajuste posológico.

Doença de Crohn ativa, com formação de fistulas

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos de doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão às 2 e 6 semanas após a primeira perfusão. Se um doente não responder após 3 doses, não deve ser administrado qualquer tratamento adicional com infliximab.

Nos doentes que respondem, as estratégias alternativas para continuação do tratamento são as seguintes:

- Manutenção: perfusões adicionais de 5 mg/kg em intervalos de 8 semanas ou
- Readministração: perfusão de 5 mg/kg se houver recorrência de sinais e sintomas da doença, seguida por perfusões de 5 mg/kg em intervalos de 8 semanas (ver “Readministração” abaixo e secção 4.4).

Apesar de faltarem dados comparativos, resultados limitados em doentes que inicialmente responderam a doses de 5 mg/kg, mas que deixaram de responder, indicam que alguns doentes podem recuperar a resposta com um aumento progressivo da dose (ver secção 5.1). A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentam evidência de benefício terapêutico após ajuste posológico.

Na doença de Crohn, a experiência com a readministração se houver recorrência de sinais e sintomas é limitada e os dados comparativos sobre o benefício/risco das estratégias alternativas para a continuação do tratamento permanecem não disponíveis.

Colite ulcerosa

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg administradas por perfusão 2 e 6 semanas após a primeira perfusão, e em seguida, em intervalos de 8 semanas.

Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 14 semanas de tratamento, ou seja, três doses. A continuação da terapêutica deve ser cuidadosamente reconsiderada nos doentes que não apresentarem evidência do benefício terapêutico durante este período de tempo.

Espundilite anquilosante

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 6 a 8 semanas. Se o doente não responder até às 6 semanas (i.e. após a administração de 2 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab.

Artrite psoriática

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas.

Psoríase

5 mg/kg administrados sob a forma de perfusão intravenosa, seguidos por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Se um doente não responder dentro de 14 semanas (i.e. após a administração de 4 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab.

Readministração na doença de Crohn e artrite reumatoide

Caso se verifique recorrência dos sinais e sintomas da doença, infliximab pode ser readministrado no período de 16 semanas após a última perfusão. Em estudos clínicos, as reações de hipersensibilidade tardia foram pouco frequentes e ocorreram após um intervalo de menos de 1 ano sem administração de infliximab (ver secções 4.4 e 4.8). A segurança e eficácia da readministração de infliximab após um período sem tratamento de mais de 16 semanas não foram estabelecidas. Esta recomendação aplica-se tanto aos doentes com doença de Crohn como aos doentes com artrite reumatoide.

Readministração na colite ulcerosa

A segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutras intervalos que não os de 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na espondilite anquilosante

A segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutras intervalos que não os de 6 a 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na artrite psoriática

A segurança e eficácia da readministração não foram estabelecidas noutras intervalos que não os de 8 semanas (ver secções 4.4 e 4.8).

Readministração na psoriase

A experiência limitada de repetição do tratamento com uma dose única de infliximab na psoriase, após um intervalo de 20 semanas, sugere uma eficácia reduzida e uma incidência mais elevada de reações ligeiras a moderadas à perfusão comparativamente com o regime de indução inicial (ver secção 5.1).

A experiência limitada de repetição do tratamento após ativação da doença com um regime de reindução sugere uma incidência mais elevada de reações à perfusão, incluindo reações graves, comparativamente ao tratamento de manutenção em intervalos de 8 semanas (ver secção 4.8).

Readministração nas várias indicações

No caso de ser interrompida a terapêutica de manutenção e existir necessidade de reiniciar o tratamento, não é recomendada a utilização de um regime de reindução (ver secção 4.8). Nesta situação, infliximab deve ser reiniciado na forma de uma dose única, seguida pelas recomendações posológicas de manutenção descritas acima.

Populações especiais

Idosos

Não foram realizados estudos específicos com infliximab em doentes idosos. Nos estudos clínicos, não foram observadas diferenças significativas relacionadas com a idade, na depuração ou volume de distribuição. Não é necessário ajuste posológico (ver secção 5.2). Para mais informações sobre a segurança de infliximab em doentes idosos (ver secções 4.4 e 4.8).

Compromisso renal e/ou hepático

Infliximab não foi estudado nesta população de doentes. Não podem ser efetuadas quaisquer recomendações sobre a posologia (ver secção 5.2).

População pediátrica

Doença de Crohn (6 a 17 anos)

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos de perfusões adicionais de 5 mg/kg, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas. Os dados disponíveis não suportam a continuação do tratamento com infliximab em crianças e adolescentes que não respondem nas primeiras 10 semanas de tratamento (ver secção 5.1).

Alguns doentes podem necessitar de um intervalo mais curto entre as doses administradas para manter o benefício clínico, enquanto que para outros, um intervalo mais longo entre as doses administradas poderá ser suficiente. Doentes que tenham tido o seu intervalo entre doses reduzido para menos de 8 semanas poderão estar em maior risco de desenvolver reações adversas. A terapêutica continuada com um intervalo entre doses encurtado deve ser cuidadosamente considerada em doentes nos quais não existe qualquer evidência de benefício terapêutico adicional após uma alteração no intervalo entre doses.

A segurança e eficácia de infliximab em crianças com doença de Crohn com idade inferior a 6 anos não foram estudadas. Os dados farmacocinéticos atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica em crianças com idade inferior a 6 anos.

Colite ulcerosa (6 a 17 anos)

5 mg/kg administrados sob a forma de uma perfusão intravenosa, seguidos de perfusões adicionais de 5 mg/kg, 2 e 6 semanas após a primeira perfusão e, em seguida, em intervalos de 8 semanas. Os dados disponíveis não suportam a continuação do tratamento com infliximab em doentes pediátricos que não respondem nas primeiras 8 semanas de tratamento (ver secção 5.1).

A segurança e eficácia de infliximab em crianças com colite ulcerosa com idade inferior a 6 anos não foram estudadas. Os dados farmacocinéticos atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2 mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica em crianças com idade inferior a 6 anos.

Psoríase

A segurança e eficácia de infliximab em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos para a indicação de psoríase não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Artrite idiopática juvenil, artrite psoriática e espondilite anquilosante

A segurança e eficácia de infliximab em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos para as indicações artrite idiopática juvenil, artrite psoriática e espondilite anquilosante não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis encontram-se descritos na secção 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Artrite reumatoide juvenil

A segurança e eficácia de infliximab em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos para a indicação artrite reumatoide juvenil não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis estão descritos nas secções 4.8 e 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Modo de administração

Infliximab deve ser administrado por via intravenosa durante um período de 2 horas. Todos os doentes aos quais se administra infliximab devem ser mantidos sob observação durante, pelo menos, 1-2 horas após a perfusão para despiste de reações agudas relacionadas com a perfusão. Deve estar disponível equipamento de emergência, tais como adrenalina, anti-histamínicos, corticosteroides e ventilação artificial. Os doentes podem ser tratados previamente com, por exemplo um anti-histamínico, hidrocortisona e/ou paracetamol e a taxa de perfusão pode ser diminuída para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão, especialmente se ocorreram previamente reações relacionadas com a perfusão (ver secção 4.4).

Perfusões mais curtas nas indicações para adultos

Em doentes adultos cuidadosamente selecionados que toleraram, pelo menos, 3 perfusões iniciais de 2 horas de infliximab (fase de indução) e que estão a receber tratamento de manutenção, pode considerar-se a administração das perfusões subsequentes durante um período não inferior a 1 hora. Se ocorrer uma reação à perfusão associada a uma perfusão mais curta, pode ser considerada uma taxa de perfusão mais lenta para futuras perfusões se o tratamento for para continuar. Não foram estudadas perfusões mais curtas com doses > 6 mg/kg (ver secção 4.8).

Consulte as instruções de preparação e administração na secção 6.6.

4.3 Contraindicações

Hipersensibilidade à substância ativa, a outras proteínas murinas ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

Doentes com intolerância hereditária à frutose (IHF). Antes do início do tratamento, a IHF deve ser excluída com base em fundamentos clínicos adequados à idade (ver secção 4.4).

Doentes com tuberculose ou outras infecções graves, tais como, sépsis, abcessos, e infecções oportunistas (ver secção 4.4).

Doentes com insuficiência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA) (ver secções 4.4 e 4.8).

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

Rastreabilidade

De modo a melhorar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, o nome e o número de lote do medicamento administrado devem ser registados de forma clara.

Reações da perfusão e hipersensibilidade

Infliximab tem sido associado a reações agudas relacionadas com a perfusão, incluindo choque anafilático e reações de hipersensibilidade tardia (ver secção 4.8).

As reações agudas da perfusão, incluindo reações anafiláticas, podem desenvolver-se durante (em segundos) ou em poucas horas após a perfusão. Caso se observem reações agudas da perfusão, esta deve ser interrompida imediatamente. Equipamento de emergência, como a adrenalina, anti-histamínicos, corticosteroides e ventilação artificial, tem de estar disponível. Os doentes podem ser pré-tratados, por exemplo, com um anti-histamínico, hidrocortisona e/ou paracetamol de modo a prevenir a ocorrência de efeitos ligeiros e transitórios.

Alguns doentes poderão desenvolver anticorpos ao infliximab que têm sido associados a um aumento na frequência de reações relacionadas com a perfusão. Uma pequena proporção de reações à perfusão foram reações alérgicas graves. Observou-se, também, uma associação entre o desenvolvimento de anticorpos ao infliximab e uma duração reduzida da resposta. A administração concomitante de imunomoduladores foi associada a uma incidência mais baixa de anticorpos ao infliximab e uma redução na frequência de reações à perfusão. O efeito da terapêutica imunomoduladora concomitante foi mais profundo nos doentes que receberam tratamento episodicamente do que nos doentes que receberam terapêutica de manutenção. Nos doentes que suspendam imunossupressores antes ou durante o tratamento com infliximab existe um risco maior de desenvolvimento destes anticorpos. Os anticorpos ao infliximab nem sempre podem ser detetados em amostras de soro. Caso ocorram reações graves, deve instituir-se um tratamento sintomático e não devem ser administradas perfusões adicionais de infliximab (ver secção 4.8).

Em estudos clínicos, foram notificadas reações de hipersensibilidade tardia. Os dados disponíveis sugerem um aumento do risco de reações de hipersensibilidade tardia com o aumento do intervalo de tempo decorrido após a última administração de infliximab. Os doentes devem ser aconselhados a consultar imediatamente um médico caso surja alguma reação adversa tardia (ver secção 4.8). Caso o tratamento seja repetido após um período de tempo prolongado, deve proceder-se a uma cuidadosa monitorização dos doentes relativamente aos sinais e sintomas de hipersensibilidade tardia.

Infeções

Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infecções, incluindo a tuberculose, antes, durante e após o tratamento com infliximab. Dado que a eliminação de infliximab pode demorar até seis meses, a monitorização deverá continuar ao longo desse período. Não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab se um doente desenvolver uma infecção grave ou sépsis.

Deve ter-se precaução ao administrar-se infliximab em doentes com infecção crónica ou com antecedentes de infecções recorrentes, incluindo a terapêutica concomitante com medicamentos

imunossupressores. Os doentes devem ser devidamente advertidos quanto a potenciais fatores de risco de infecção e evitar a exposição aos mesmos.

O fator de necrose tumoral alfa (TNF_α) é um mediador da inflamação e modula a resposta imunitária celular. Dados experimentais demonstram que o TNF_α é essencial para a resolução das infecções intracelulares. A experiência clínica demonstra que a defesa do hospedeiro contra a infecção encontra-se diminuída em alguns doentes tratados com infliximab.

Saliente-se que a supressão do TNF_α pode mascarar os sintomas de infecção, como por exemplo a febre. O reconhecimento precoce de manifestações clínicas atípicas de infecções graves e manifestação clínica típica de infecções raras e invulgares é determinante para minimizar atrasos no diagnóstico e no tratamento da doença.

Os doentes a receberem antagonistas do TNF são mais suscetíveis a infecções graves.

Foram observadas tuberculose, infecções bacterianas, incluindo sépsis e pneumonia, infecções fúngicas invasivas, virais e outras infecções oportunistas em doentes tratados com infliximab. Algumas destas infecções foram fatais; as infecções oportunistas notificadas mais frequentemente com uma taxa de mortalidade > 5 % incluem a pneumocistose, candidíase, listeriose e aspergilose.

Os doentes que desenvolvam uma infecção nova enquanto se encontram a fazer tratamento com infliximab, devem ser cuidadosamente monitorizados e sujeitos a uma avaliação diagnóstica completa. A administração de infliximab deve ser suspensa se um doente desenvolver uma nova infecção grave ou sépsis e deve ser iniciada uma terapêutica antimicrobiana ou antifúngica apropriada até que a infecção esteja controlada.

Tuberculose

Têm sido notificados casos de tuberculose ativa em doentes a receberem infliximab. Deve ter-se em consideração que na maioria destas notificações a tuberculose foi extrapulmonar, apresentando-se quer como doença local ou disseminada.

Antes de iniciar o tratamento com infliximab, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose, tanto ativa como inativa (“latente”). Esta avaliação deve incluir uma anamnese pormenorizada com antecedentes pessoais de tuberculose ou possíveis contactos prévios com a tuberculose e terapêutica imunossupressora prévia e/ou atual. Devem ser efetuados exames de rastreio adequados (por exemplo teste cutâneo de tuberculina, raio-X torácico e/ou ensaio de libertação de interferão gama), em todos os doentes (poderão ser aplicáveis recomendações locais). Recomenda-se que a realização destes testes seja registada no cartão de alerta do doente. Chama-se a atenção dos prescritores para o risco de poderem surgir resultados falsos negativos no teste cutâneo de tuberculina, especialmente em indivíduos com doença grave ou imunodeprimidos.

No caso de ser diagnosticada tuberculose ativa, não deve ser iniciada a terapêutica com infliximab (ver secção 4.3).

No caso de se suspeitar de tuberculose latente, deverá ser consultado um médico com experiência no tratamento de tuberculose. Deverá ser muito cuidadosamente avaliada a relação benefício/risco da terapêutica com infliximab em todas as situações seguidamente descritas.

Na eventualidade de um diagnóstico de tuberculose inativa (“latente”), deverá ser iniciada terapêutica antituberculose para o tratamento da tuberculose latente antes da instituição da terapêutica com infliximab, e de acordo com as recomendações locais.

No caso de doentes que têm fatores de risco significativos ou em elevado número, para a tuberculose e têm um teste negativo para a tuberculose latente, deverá ser considerada a terapêutica antituberculose antes de se iniciar o tratamento com infliximab.

A administração de terapêutica antituberculose deverá também ser avaliada antes de se iniciar a terapêutica com infliximab em doentes com uma história anterior de tuberculose latente ou ativa e a quem não é possível confirmar um ciclo adequado de tratamento.

Foram notificados alguns casos de tuberculose ativa em doentes tratados com infliximab durante e após tratamento para a tuberculose latente.

Todos os doentes devem ser informados de que devem procurar o aconselhamento médico se surgirem sinais / sintomas sugestivos de tuberculose (por ex: tosse persistente, síndrome consumptiva / perda de peso, febre baixa), durante ou após o tratamento com infliximab.

Infeções fúngicas invasivas

Em doentes tratados com infliximab, se estes desenvolverem uma doença sistémica grave deve-se suspeitar de um infeção fúngica invasiva, tal como aspergilose, candidíase, pneumocistose, histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose, e, na avaliação destes doentes, deve ser consultado na fase inicial um médico com experiência no diagnóstico e no tratamento de infeções fúngicas invasivas.

As infeções fúngicas invasivas podem apresentar-se como doença disseminada em vez de localizada e os testes de抗énios e anticorpos podem ser negativos em alguns doentes com infeção ativa. Deve ser considerado o tratamento antifúngico empírico adequado durante a fase de diagnóstico, tendo em conta quer o risco de infeção fúngica grave, quer os riscos do tratamento antifúngico.

Os doentes que tenham residido ou viajado para regiões onde as infeções fúngicas invasivas, tais como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose, são endémicas, os benefícios e os riscos do tratamento com infliximab devem ser cuidadosamente considerados antes do início do tratamento com infliximab.

Doença de Crohn com formação de fistulas

Os doentes com doença de Crohn com formação de fistulas que tenham fistulas supurativas agudas não podem iniciar a terapêutica com infliximab até que a eventual fonte da infeção, especificamente abcesso, tenha sido excluída (ver secção 4.3).

Reativação da hepatite B (VHB)

Ocorreu reativação da hepatite B em doentes que receberam um antagonista do TNF, incluindo infliximab, que são portadores crónicos deste vírus. Alguns casos tiveram um desfecho fatal.

Os doentes devem ser testados relativamente à infeção por VHB antes de iniciarem o tratamento com infliximab. Nos doentes que tiverem um teste positivo para o VHB, recomenda-se a consulta com um médico com experiência no tratamento da hepatite B. Os portadores do VHB que necessitam de tratamento com infliximab devem ser cuidadosamente monitorizados para deteção de sinais e sintomas de infeção ativa por VHB durante o tratamento e no período de vários meses após terminar o tratamento. Não estão disponíveis dados adequados do tratamento de doentes que são portadores de VHB com terapêutica antiviral, em conjunto com terapêutica com um antagonista do TNF, para prevenir a reativação do VHB. Em doentes que desenvolvem reativação do VHB, o infliximab deve ser suspenso e deve ser iniciada uma terapêutica antiviral eficaz com tratamento de suporte adequado.

Acontecimentos hepatobiliares

Foram observados durante a experiência pós-comercialização de infliximab, casos de icterícia e hepatite não infeciosa, por vezes com características de hepatite autoimune. Ocorreram casos isolados de falência hepática de que resultaram transplantação hepática ou morte. Devem avaliar-se evidências de lesão hepática nos doentes com sintomas ou sinais de insuficiência hepática. No caso de se verificar icterícia e/ou aumento da ALT ≥ 5 vezes o limite superior do normal, infliximab deverá ser suspenso, devendo efetuar-se uma investigação completa da anormalidade.

Administração concomitante de um inibidor do TNF-alfa e anacinra

Observaram-se infecções graves e neutropenia em estudos clínicos nos quais se administrou anacinra e outro fármaco que inibe o TNF_α, o etanercept, sem que tenha sido observado qualquer benefício clínico adicional comparativamente com o etanercept em monoterapia. Dada a natureza das reações adversas observadas com a utilização concomitante de etanercept e anacinra, poderá também observar-se uma toxicidade semelhante caso seja administrada a combinação de anacinra e outros antagonistas do TNF_α. Assim, não se recomenda a associação de infliximab e anacinra.

Administração concomitante de um inibidor do TNF-alfa e abatacept

Em estudos clínicos, a administração concomitante de antagonistas do TNF e abatacept tem sido associada a um aumento do risco de infecções, incluindo infecções graves, comparativamente à administração de antagonistas do TNF em monoterapia, sem aumento do benefício clínico. A associação de infliximab e abatacept não é recomendada.

Administração concomitante com outras terapêuticas biológicas

Existe informação insuficiente sobre a utilização concomitante de infliximab com outras terapêuticas biológicas usadas no tratamento das mesmas situações que infliximab. A utilização concomitante de infliximab com estes biológicos não é recomendada devido à possibilidade de aumento do risco de infecções e outras potenciais interações farmacológicas.

Mudança entre DMARDs biológicos

Deve ter-se precaução e os doentes devem continuar a ser monitorizados quando se muda de um medicamento biológico para outro, uma vez que a sobreposição da atividade dos medicamentos biológicos pode aumentar o risco de reações adversas, incluindo infecção.

Vacinação

Recomenda-se, se possível, que os doentes tenham todas as vacinas em dia de acordo com as normas orientadoras atuais antes do início do tratamento com Remsima. Os doentes em tratamento com infliximab poderão receber vacinas concomitantemente, exceto vacinas vivas (ver secções 4.5 e 4.6).

Num subgrupo de 90 doentes adultos com artrite reumatoide do estudo ASPIRE uma proporção semelhante de doentes de cada grupo de tratamento (metotrexato com: placebo [n = 17], 3 mg/kg [n = 27] ou 6 mg/kg de infliximab [n = 46]) mostrou um aumento efetivo de duas vezes nos títulos de uma vacina pneumocócica polivalente, o que indica que o infliximab não interferiu com a resposta imune humoral independente das células T. No entanto, estudos publicados na literatura para várias indicações (ex. artrite reumatoide, psoríase, doença de Crohn) sugerem que vacinas não-vivas administradas durante o tratamento com antagonistas do TNF, incluindo infliximab, podem provocar uma resposta imune mais baixa do que em doentes que não estão a receber terapêutica com antagonistas do TNF.

Vacinas vivas/agentes terapêuticos infecciosos

Nos doentes que recebem terapêutica com antagonistas do TNF, os disponíveis sobre a resposta à vacinação com vacinas vivas ou sobre a transmissão secundária de infecção através das vacinas vivas são limitados. O uso de vacinas vivas pode resultar numa infecção clínica, incluindo infecção disseminada. A administração concomitante de vacinas vivas com infliximab não é recomendada.

Exposição de lactentes *in utero*

Foram notificados casos fatais devido a infecção por Bacilo Calmette-Guérin (BCG) disseminada, no seguimento da administração da vacina BCG após o nascimento, em lactentes expostos a infliximab *in utero*. É recomendado um período mínimo de doze meses de espera após o nascimento antes da

administração de vacinas vivas a lactentes com exposição *in utero* a infliximab. Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente (ver secção 4.6).

Exposição de lactentes através do leite materno

Não se recomenda a administração de uma vacina viva a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis (ver secção 4.6).

Agentes terapêuticos infecciosos

O uso de outros agentes terapêuticos infecciosos como bactérias vivas atenuadas (p. ex. instilação de BCG na bexiga para o tratamento de cancro) pode resultar numa infecção clínica, incluindo infecção disseminada. Recomenda-se que não sejam administrados concomitantemente agentes terapêuticos infecciosos com infliximab.

Processos autoimunes

O défice relativo em TNF α , causado pela terapêutica com antagonistas do TNF pode provocar o desenvolvimento de um processo autoimune. Não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome do tipo lúpus, após o tratamento com infliximab, e de ser positiva a pesquisa de anticorpos contra o ADN de cadeia dupla (ver secção 4.8).

Acontecimentos neurológicos

A utilização de antagonistas do TNF, incluindo infliximab, tem sido associada a novos casos de aparecimento ou exacerbação dos sintomas clínicos e/ou evidência radiográfica de doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, incluindo esclerose múltipla, e doenças desmielinizantes periféricas, incluindo síndrome de Guillain-Barré. Em doentes com perturbações desmielinizantes pré-existentes ou com início recente, os benefícios e riscos do tratamento com antagonistas do TNF devem ser cuidadosamente ponderados antes do início da terapêutica com infliximab. A suspensão do tratamento com infliximab deve ser considerada se se desenvolverem estas perturbações.

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

Na parte controlada dos estudos clínicos dos antagonistas do TNF foram observados mais casos de neoplasias malignas, incluindo linfoma, entre os doentes que receberam um antagonista do TNF comparativamente com os doentes do grupo de controlo. Durante os estudos clínicos de infliximab em todas as indicações terapêuticas aprovadas a incidência de linfoma nos doentes tratados com infliximab foi superior à esperada na população em geral, mas a ocorrência de linfoma foi rara. No período pós-comercialização, foram notificados casos de leucemia em doentes tratados com um antagonista do TNF. Existe um risco basal acrescido de linfoma e leucemia em doentes com artrite reumatoide, nos quais a doença inflamatória é de longo curso e muito ativa, o que dificulta a estimativa do risco.

Num estudo clínico exploratório realizado para avaliar o uso de infliximab em doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO) moderada a grave, foram reportadas mais neoplasias malignas no grupo de doentes tratados com infliximab do que no grupo de doentes de controlo. Todos os doentes tinham antecedentes de tabagismo intenso. Deverão ser tomadas precauções quando for considerado o tratamento de doentes com risco aumentado de doença maligna devido a tabagismo intenso.

Com base no conhecimento atual, o risco de desenvolvimento de linfomas ou de outras neoplasias malignas em doentes que recebam tratamento com antagonistas do TNF não pode ser excluído (ver secção 4.8). Devem ser tomadas precauções quando for considerado o tratamento com antagonistas do TNF em doentes com uma história clínica de neoplasias malignas ou quando for considerado manter o tratamento em doentes que desenvolvam uma doença maligna.

Deve ser tida precaução nos doentes com psoriase e antecedentes de terapêutica imunossupressora extensa ou tratamento por PUVA prolongado.

No período pós-comercialização foram notificados casos de neoplasias malignas, algumas fatais, em crianças, adolescentes e adultos jovens (até 22 anos de idade) tratados com antagonistas do TNF (início da terapêutica ≤ 18 anos de idade), incluindo infliximab. Aproximadamente metade dos casos foram linfomas. Os outros casos representaram uma variedade de diferentes neoplasias malignas e incluíram neoplasias malignas raras, habitualmente associadas com imunossupressão. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de neoplasias malignas em doentes tratados com antagonistas do TNF.

Após a comercialização, foram notificados casos de linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL) em doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Este tipo raro de linfoma de linfócitos T tem uma progressão muito agressiva e geralmente fatal. Quase todos os doentes tinham recebido tratamento com AZA e 6-MP concomitantemente ou imediatamente antes do antagonista do TNF. A grande maioria dos casos com infliximab ocorreram em doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa e a maior parte foi notificada em adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino. O risco potencial da combinação entre AZA ou 6-MP e infliximab deve ser cuidadosamente considerado. O risco de desenvolvimento de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes que recebam tratamento com infliximab não pode ser excluído (ver secção 4.8).

Foram notificados melanoma e carcinoma de células Merkel em doentes tratados com terapêutica bloqueadora do TNF, incluindo infliximab (ver secção 4.8). É recomendado o exame periódico da pele, particularmente em doentes com fatores de risco para cancro da pele.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional com dados do registo nacional de saúde Sueco demonstrou um aumento na incidência de cancro do colo do útero em mulheres com artrite reumatoide tratadas com infliximab em comparação com as doentes que não tinham sido tratadas com quaisquer agentes biológicos ou a população em geral, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade. Deve ser mantido o rastreio periódico em mulheres tratadas com infliximab, incluindo as mulheres com mais de 60 anos de idade.

Todos os doentes com colite ulcerosa em risco aumentado de displasia ou carcinoma do cólon (por ex., doentes com colite ulcerosa de duração prolongada ou colangite esclerosante primária), ou doentes que têm antecedentes de displasia ou carcinoma do cólon devem ser rastreados a intervalos regulares quanto à existência de displasia antes da terapêutica e ao longo da evolução da sua doença. Esta avaliação deve incluir colonoscopia e biopsias, de acordo com as recomendações locais. Os dados atuais não indicam que o tratamento com infliximab influencia o risco de desenvolvimento de displasia ou carcinoma do cólon.

Uma vez que não foi estabelecida a possibilidade de um aumento do risco de desenvolvimento de cancro em doentes com displasia recentemente diagnosticada e tratados com infliximab, o risco e os benefícios da terapêutica continuada devem ser cuidadosamente ponderados pelo médico para cada doente.

Insuficiência cardíaca

Infliximab deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira (classes I/II da NYHA). Os doentes deverão ser cuidadosamente monitorizados e o tratamento com infliximab deve ser interrompido caso os doentes desenvolvam novos sintomas ou apresentem agravamento dos sintomas de insuficiência cardíaca (ver secções 4.3 e 4.8).

Reações hematológicas

Têm sido notificados casos de pancitopenia, leucopenia, neutropenia e trombocitopenia em doentes a receberem antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Todos os doentes devem ser aconselhados a procurarem o médico imediatamente se desenvolverem sinais e sintomas sugestivos de discrasias

sanguíneas (p. ex. febre persistente, contusão, hemorragia, palidez). A suspensão do tratamento com infliximab deve ser considerada em doentes com anomalias hematológicas significativas confirmadas.

Outros

A experiência da segurança do tratamento com infliximab em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, incluindo artroplastia, é limitada. A longa semivida de infliximab deve ser tida em consideração na eventualidade de estar a ser planeada uma intervenção cirúrgica. Um doente que necessite de ser submetido a cirurgia enquanto estiver a receber tratamento com infliximab, deve ser cuidadosamente monitorizado relativamente a infeções e devem ser tomadas as medidas apropriadas.

A falha na resposta ao tratamento da doença de Crohn pode indicar a presença de estenose fibrótica estabelecida, a qual pode requerer tratamento cirúrgico. Não há evidência que sugira que infliximab agrava ou provoca estenoses fibróticas.

Populações especiais

Idosos

A incidência de infeções graves em doentes com idade igual e superior a 65 anos tratados com infliximab foi maior do que em doentes com idade inferior a 65 anos, sendo que algumas destas foram fatais. Deve ser tomada especial atenção relativamente ao risco de infeção durante o tratamento no idoso (ver secção 4.8).

População pediátrica

Infeções

Em estudos clínicos, os casos de infeções foram notificados numa maior proporção de doentes pediátricos em comparação com doentes adultos (ver secção 4.8).

Vacinações

Antes de iniciar o tratamento com infliximab, recomenda-se que os doentes pediátricos tenham, se possível, todas as vacinas em dia de acordo com as normas orientadoras atuais de vacinação. Os doentes pediátricos em tratamento com infliximab poderão receber vacinas concomitantemente, exceto vacinas vivas (ver secções 4.5 e 4.6).

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

No período pós-comercialização, foram notificados casos de neoplasias malignas, algumas fatais, em crianças, adolescentes e adultos jovens (até 22 anos de idade) tratados com antagonistas do TNF (início da terapêutica ≤ 18 anos de idade), incluindo infliximab. Aproximadamente metade dos casos foram linfomas. Os outros casos representaram uma variedade de diferentes neoplasias malignas e incluíram neoplasias malignas raras habitualmente associadas a imunossupressão. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de doenças malignas em crianças e adolescentes tratados com antagonistas do TNF.

Após a comercialização, foram notificados casos de linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL) em doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab. Este tipo raro de linfoma de células T tem um curso de doença muito agressivo e é geralmente fatal. Quase todos os doentes tinham recebido tratamento com AZA e 6-MP concomitantemente ou imediatamente antes do antagonista do TNF. A grande maioria dos casos com infliximab ocorreram em doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa e a maior parte foi notificada em adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino. O risco potencial da combinação de AZA ou 6-MP e infliximab deve ser cuidadosamente avaliado. Não pode ser excluído o risco de desenvolvimento de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes que recebam tratamento com infliximab (ver secção 4.8).

Excipiente(s) com efeito conhecido

Sorbitol

Cada ml deste medicamento contém 45 mg de sorbitol (E420). Os doentes com intolerância hereditária à frutose (IHF) não devem tomar Remsima concentrado para solução para perfusão. Nos doentes com IHF, desenvolve-se uma aversão espontânea a alimentos que contêm frutose que pode ser combinada com o início de sintomas (vómitos, doenças gastrointestinais, apatia, atraso na altura e peso). Por conseguinte, deve ser obtido um historial detalhado relativamente aos sintomas de IHF de cada doente antes de receber Remsima concentrado para solução para perfusão. Em caso de administração inadvertida e suspeita de intolerância à frutose, a perfusão deve ser interrompida imediatamente, os níveis normais de glicemia devem ser restabelecidos e a função orgânica deve ser estabilizada através de cuidados intensivos (ver secção 4.3).

Polissorbato 80

Este medicamento contém 1,3 mg de polissorbato 80 em cada frasco para injetáveis de 100 mg que é equivalente a 0,5 mg/ml e 4,4 mg de polissorbato 80 em cada frasco para injetáveis de 350 mg que é equivalente a 0,5 mg/ml. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

Sódio

Remsima contém menos do que 1 mmol de sódio (23 mg) por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio”. No entanto, Remsima é diluído numa solução para perfusão de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%). Deve ser tido em consideração para doentes em dieta controlada de sódio (ver secção 6.6).

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Não foram realizados estudos de interação.

Em doentes com artrite reumatoide, artrite psoriática e doença de Crohn, há evidência de redução da formação de anticorpos contra o infliximab e aumento das concentrações plasmáticas de infliximab quando Remsima foi administrado concomitantemente com metotrexato e outros imunomoduladores. Contudo, os resultados são incertos devido a limitações dos métodos utilizados nas análises de infliximab e anticorpos contra o infliximab no soro.

Os corticosteroides não parecem afetar a farmacocinética do infliximab de forma clinicamente relevante.

Não se recomenda a associação de infliximab com outras terapêuticas biológicas usadas no tratamento das mesmas situações que infliximab, incluindo anacinra e abatacept (ver secção 4.4).

Recomenda-se que não se administrem vacinas vivas concomitantemente com infliximab. É também recomendado que não sejam administradas vacinas vivas a lactentes após a exposição *in utero* a infliximab, pelo menos durante 12 meses após o nascimento. Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente (ver secção 4.4).

Não se recomenda a administração de uma vacina viva a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis (ver secções 4.4 e 4.6).

Recomenda-se que não sejam administrados concomitantemente agentes terapêuticos infecciosos com infliximab (ver secção 4.4).

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Mulheres com potencial para engravidar

As mulheres em idade fértil devem considerar a utilização de métodos contraceptivos adequados de modo a prevenirem a gravidez, e continuar a utilizá-los durante, pelo menos, 6 meses após o último tratamento com infliximab.

Gravidez

O número moderado de gravidezes expostas ao infliximab, recolhidas prospectivamente, resultando em nados-vivos com resultados conhecidos, incluindo cerca de 1.100 expostas durante o primeiro trimestre, não indica um aumento na taxa de malformações no recém-nascido.

Com base num estudo observacional do na Europa do Norte, foi observado um risco aumentado (OR, 95% IC; valor-p) para cesariana (1,50; 1,14-1,96; p = 0,0032), nascimento pré-termo (1,48; 1,05-2,09; p = 0,024), pequeno para a idade gestacional (2,79; 1,54-5,04; p = 0,0007), e baixo peso ao nascer (2,03; 1,41-2,94; p = 0,0002) em mulheres expostas ao infliximab durante a gravidez (com ou sem imunomodeladores/corticosteroides, em 270 gravidezes) em comparação com mulheres expostas apenas aos imunomodeladores e/ou corticosteroides (6.460 gravidezes). A potencial contribuição da exposição ao infliximab e/ou da gravidez da doença subjacente não é clara nestes resultados.

Devido à inibição do TNF α , existe a possibilidade de que o infliximab administrado durante a gravidez, possa afetar as respostas imunes normais no recém-nascido. Num estudo de toxicidade no desenvolvimento efetuado no murganho com um anticorpo análogo que inibe seletivamente a atividade funcional do TNF α do murganho, não se observou qualquer evidência de toxicidade materna, embriotoxicidade ou teratogenicidade (ver secção 5.3).

A experiência clínica disponível é limitada. Infliximab deve apenas ser utilizado na gravidez se claramente necessário.

Infliximab atravessa a placenta e foi detetado no soro de lactentes até 12 meses após o nascimento. Após a exposição *in utero* a infliximab, os lactentes poderão ter um risco aumentado de infecção, incluindo infecção disseminada grave que poderá tornar-se fatal. A administração de vacinas vivas (p. ex. vacina BCG) a lactentes expostos ao infliximab *in utero* não é recomendada pelo menos durante os 12 meses após o nascimento (ver secções 4.4 e 4.5). Se os níveis serológicos de infliximab no lactente forem indetectáveis ou se a administração de infliximab for limitada ao primeiro trimestre de gravidez, pode considerar-se a administração de uma vacina viva antes deste período mínimo caso exista um benefício clínico claro para o lactente. Foram também notificados casos de agranulocitose (ver secção 4.8).

Amamentação

Dados limitados da literatura publicada indicam que o infliximab foi detetado em níveis baixos no leite materno em concentrações até 5% do nível serológico materno. Também foi detetado infliximab em soro de lactentes após exposição a infliximab através do leite materno. Espera-se que a exposição sistémica ao infliximab de um lactente amamentado seja baixa uma vez que o infliximab é amplamente degradado no trato gastrointestinal. No entanto, não se recomenda a administração de vacinas vivas a um lactente amamentado enquanto a mãe está a receber infliximab, a não ser que os níveis serológicos de infliximab no lactente sejam indetectáveis. Pode considerar-se a utilização de infliximab durante a amamentação.

Fertilidade

Os dados pré-clínicos são insuficientes para tirar conclusões sobre os efeitos do infliximab sobre a fertilidade e sobre a função reprodutora, em geral (ver secção 5.3).

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

Os possíveis efeitos de Remsima sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são reduzidos. Poderão ocorrer tonturas após a administração de infliximab (ver secção 4.8).

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

A infecção do trato respiratório superior foi a reação adversa ao medicamento (RAM) notificada com maior frequência em ensaios clínicos, ocorrendo em 25,3 % dos doentes tratados com infliximab em comparação com 16,5 % dos doentes do grupo de controlo. As RAMs mais graves associadas à utilização de antagonistas do TNF que têm sido notificadas para o infliximab incluem a reativação do VHB, ICC (insuficiência cardíaca congestiva), infecções graves (incluindo sépsis, infecções oportunistas e tuberculose), doença do soro (reações de hipersensibilidade tardia), reações hematológicas, lúpus eritematoso sistémico/síndrome semelhante ao lúpus, doenças desmielinizantes, acontecimentos hepatobiliares, linfoma, HSTCL, leucemia, carcinoma de células Merckel, melanoma, neoplasias malignas pediátricas, sarcoidose/reAÇÃO tipo sarcoide, abcesso intestinal ou perianal (na doença de Crohn) e reações graves à perfusão (ver secção 4.4).

Lista tabelada de Reações adversas

A Tabela 1 lista as RAMs baseadas na experiência dos estudos clínicos, bem como as reações adversas, algumas fatais, notificadas durante a experiência pós-comercialização. Dentro das classes de sistemas de órgãos, as reações adversas encontram-se divididas pelas seguintes categorias de frequência: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raros ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muito raros ($< 1/10.000$), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência.

Tabela 1
Reações adversas nos estudos clínicos e durante a experiência pós-comercialização

<i>Infeções e infestações</i>	
Muito frequentes:	Infeção viral (p. ex., gripe, infecção por vírus do herpes, COVID-19*).
Frequentes:	Infecções bacterianas (p. ex., sépsis, celulite, abcesso).
Pouco frequentes:	Tuberculose, infecções fúngicas (p. ex., candidíase, onicomicose).
Raros:	Meningite, infecções oportunistas (tais como infecções fúngicas invasivas [pneumocistose, histoplasmose, aspergilose, coccidioidomicose, criptococose, blastomicose], infecções bacterianas [micobacteriose atípica, listeriose, salmonelose] e infecções virais [citomegalovírus]), infecções parasitárias, reativação da hepatite B.
Desconhecido:	Infecção ligada à vacina (após exposição a infliximab <i>in utero</i>)*.
<i>Neoplasias benignas malignas e não especificadas (incluindo quistos e polipos)</i>	
Raros:	Linfoma, linfoma não-Hodgkin, doença de Hodgkin, leucemia, melanoma, cancro do colo do útero.
Desconhecido:	Linfoma hepatoesplénico de células T (primariamente em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino com doença de Crohn e colite ulcerosa), carcinoma de células Merkel, Sarcoma de Kaposi..

<i>Doenças do sangue e do sistema linfático</i>	
Frequentes:	Neutropenia, leucopenia, anemia, linfadenopatia.
Pouco frequentes:	Trombocitopenia, linfopenia, linfocitose.
Raros:	Agranulocitose (incluindo em lactentes expostos a infliximab <i>in utero</i>), púrpura trombocitopénica trombótica, pancitopenia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática.
<i>Doenças do sistema imunitário</i>	
Frequentes:	Sintoma respiratório alérgico.
Pouco frequentes:	Reação anafilática, síndrome semelhante ao lúpus, doença do soro ou reação semelhante à doença do soro.
Raros:	Choque anafilático, vasculite, reação do tipo sarcóide.
<i>Doenças do metabolismo e da nutrição</i>	
Pouco frequentes:	Dislipidemia.
<i>Perturbações do foro psiquiátrico</i>	
Frequentes:	Depressão, insónia.
Pouco frequentes:	Amnésia, agitação, confusão, sonolência, nervosismo.
Raros:	Apatia.
<i>Doenças do sistema nervoso</i>	
Muito frequentes:	Cefaleias.
Frequentes:	Vertigens, tonturas, hipostesia, parestesia.
Pouco frequentes:	Convulsão, neuropatia
Raros:	Mielite transversa, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central (doença semelhante a esclerose múltipla e nevrite ótica), doenças desmielinizantes periféricas (tal como síndrome de Guillain-Barré, polineuropatia inflamatória crónica desmielinizante e neuropatia motora multifocal).
Desconhecido	Acidentes vasculares cerebrais em associação temporal próxima com a perfusão.
<i>Afeções oculares</i>	
Frequentes:	Conjuntivite.
Pouco frequentes:	Queratite, edema peri-orbital, hordéolo.
Raros:	Endoftalmite.
Desconhecido:	Perda transitória de visão que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão.
<i>Cardiopatias</i>	
Frequentes:	Taquicardia, palpitação.
Pouco frequentes:	Insuficiência cardíaca (aparecimento ou agravamento), arritmia, síncope, bradicardia.
Raros:	Cianose, derrame pericárdico.
Desconhecido:	Isquemia do miocárdio/enfarre do miocárdio.
<i>Vasculopatias</i>	
Frequentes:	Hipotensão, hipertensão, equimose, afrontamentos, rubor.
Pouco frequentes:	Isquemia periférica, tromboflebite, hematoma.
Raros:	Falência circulatória, petéquias, vasospasmo.

<i>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</i>	
Muito frequentes:	Infeção do aparelho respiratório superior, sinusite.
Frequentes:	Infeção do aparelho respiratório inferior (ex.: bronquite, pneumonia), dispneia, epistaxis.
Pouco frequentes:	Edema pulmonar, broncospasmo, pleurisia, derrame pleural.
Raros:	Doença pulmonar intersticial (incluindo doença de progressão rápida, fibrose pulmonar e pneumonite).
<i>Doenças gastrointestinais</i>	
Muito frequentes:	Dor abdominal, náuseas.
Frequentes:	Hemorragia gastrointestinal, diarreia, dispepsia, refluxo gastro-esofágico, obstipação.
Pouco frequentes:	Perfuração intestinal, estenose intestinal, diverticulite, pancreatite, queilite.
<i>Afeções hepatobiliares</i>	
Frequentes:	Função hepática anormal, aumento das transaminases.
Pouco frequentes:	Hepatite, lesão hepatocelular, colecistite.
Raros:	Hepatite autoimune, icterícia.
Desconhecido:	Falência hepática.
<i>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos</i>	
Frequentes:	Aparecimento ou agravamento de psoríase, incluindo psoríase pustulosa (principalmente palmar e plantar), urticária, erupção cutânea, prurido, hiperidrose, pele seca, dermatite fúngica, eczema, alopecia.
Pouco frequentes:	Erupção bolhosa, seborreia, rosácea, papiloma da pele, hiperqueratose, pigmentação anormal da pele.
Raros:	Necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, furunculose, dermatose bolhosa IgA linear (DBAL), pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA), reações liquenoides.
Desconhecido:	Agravamento dos sintomas de dermatomiosite.
<i>Afeções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos</i>	
Frequentes:	Artralgias, mialgias, lombalgia.
<i>Doenças renais e urinárias</i>	
Frequentes:	Infeção do trato urinário.
Pouco Frequentes:	Pielonefrite.
<i>Doenças dos órgãos genitais e da mama</i>	
Pouco frequentes:	Vaginite.
<i>Perturbações gerais e alterações no local de administração</i>	
Muito frequentes:	Reação relacionada com a perfusão, dor.
Frequentes:	Dor torácica, fadiga, febre, reação no local da injeção, arrepios, edema.
Pouco frequentes:	Dificuldade de cicatrização.
Raros:	Lesão granulomatosa.
<i>Exames complementares de diagnóstico</i>	
Pouco frequentes:	Auto-anticorpo positivo, peso aumentado ¹ .
Raros:	Fator do complemento anormal.

* Observou-se COVID-19 com Remsima administrado por via SC

**incluindo tuberculose bovina (infecção BCG disseminada), ver secção 4.4

¹ Em ensaios clínicos em adultos, em todas as indicações terapêuticas, ao mês 12 do período controlado, o aumento mediano de peso foi 3,50 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo. O aumento mediano de peso para indicações da doença intestinal inflamatória foi 4,14 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo e o aumento mediano de peso para as indicações de reumatologia foi 3,40 kg em doentes tratados com infliximab vs. 3,00 kg em doentes tratados com placebo.

Descrição de reações adversas selecionadas

Reações relacionadas com a perfusão

Uma reação relacionada com a perfusão foi definida, nos estudos clínicos, como qualquer acontecimento adverso que ocorresse durante uma perfusão ou dentro de 1 hora após uma perfusão. Nos estudos clínicos de fase III, 18 % dos doentes tratados com infliximab em comparação com 5 % dos doentes que receberam placebo apresentaram uma reação relacionada com a perfusão. Em geral, uma maior proporção de doentes que estava a receber infliximab em monoterapia tiveram uma reação relacionada com a perfusão em comparação com os doentes que estavam a receber concomitantemente infliximab com imunomoduladores. Aproximadamente 3 % dos doentes suspenderam o tratamento devido a reações relacionadas com a perfusão e todos os doentes recuperaram, com ou sem terapêutica médica. Dos doentes tratados com infliximab que tiveram uma reação à perfusão durante o período de indução, na semana 6, 27 % tiveram uma reação à perfusão durante o período de manutenção, da semana 7 à semana 54. Dos doentes que não tiveram uma reação à perfusão durante o período de indução, 9 % tiveram uma reação à perfusão durante o período de manutenção.

Num estudo clínico em doentes com artrite reumatoide (ASPIRE), as perfusões destinavam-se a ser administradas ao longo de 2 horas para as 3 primeiras perfusões. A duração das perfusões subsequentes poderia ser reduzida para não menos de 40 minutos em doentes que não tivessem tido reações graves à perfusão. Neste ensaio, sessenta e seis por cento dos doentes (686 de 1.040) receberam pelo menos uma perfusão mais curta de 90 minutos ou menos e 44 % dos doentes (454 de 1.040) receberam pelo menos uma perfusão mais curta de 60 minutos ou menos. Dos doentes tratados com infliximab que receberam pelo menos uma perfusão mais curta, as reações relacionadas com a perfusão ocorreram em 15 % dos doentes e as reações graves relacionadas com a perfusão ocorreram em 0,4 % dos doentes.

Num estudo clínico de doentes com doença de Crohn (SONIC) ocorreram reações relacionadas com a perfusão em 16,6 % (27/163) dos doentes que receberam infliximab em monoterapia, em 5 % (9/179) dos doentes que receberam infliximab em associação com AZA e em 5,6 % (9/161) dos doentes que receberam AZA em monoterapia. Ocorreu um reação grave à perfusão (< 1 %) num doente a fazer infliximab em monoterapia.

Na experiência pós-comercialização, foram associados à administração de infliximab casos de reações de tipo anafilático, incluindo edema da laringe/faringe e broncospasmo grave, e convulsão (ver secção 4.4). Foram notificados casos de perda transitória de visão durante ou nas 2 horas após a perfusão de infliximab. Foram também notificados acontecimentos (alguns fatais) de isquemia/enfarte do miocárdio e arritmia, alguns com associação temporal próxima da perfusão de infliximab; foram também notificados acidentes vasculares cerebrais em associação temporal próxima da perfusão de infliximab.

Reações à perfusão após readministração de infliximab

Um estudo clínico em doentes com psoriase moderada a grave foi desenhado para avaliar a eficácia e a segurança da terapêutica de manutenção a longo prazo *versus* repetição do tratamento com um regime de indução de infliximab (máximo de 4 perfusões, nas semanas 0, 2, 6 e 14) após ativação da doença. Os doentes não receberam qualquer terapêutica imunossupressora concomitante. No braço de repetição do tratamento, 4 % (8/219) dos doentes tiveram reações à perfusão graves *versus* < 1 % (1/222) na terapêutica de manutenção. A maioria das reações à perfusão graves ocorreu durante a segunda perfusão na semana 2. O intervalo entre a última dose de manutenção e a primeira dose de reindução variou entre 35-231 dias. Os sintomas incluíram, mas não só, dispneia, urticária, edema facial e hipotensão. Em todos os casos, o tratamento com infliximab foi interrompido e/ou instituído outro tratamento com completa resolução dos sinais e sintomas.

Hipersensibilidade tardia

Em estudos clínicos, as reações de hipersensibilidade tardia foram pouco frequentes e ocorreram após um intervalo de menos de 1 ano sem administração de infliximab. Nos estudos em doentes com psoríase, as reações de hipersensibilidade tardia ocorreram mais cedo no decurso do tratamento. Os sinais e os sintomas incluíram mialgias e/ou artralgias com febre e/ou erupção cutânea, tendo alguns doentes sofrido de prurido, edema facial, da mão ou do lábio, disfagia, urticária, dor de garganta e cefaleias.

Existem dados insuficientes sobre a incidência de reações de hipersensibilidade tardia após intervalos sem administração de infliximab superiores a 1 ano, mas os dados limitados dos estudos clínicos sugerem um aumento do risco de hipersensibilidade tardia com o aumento do intervalo sem administração de infliximab (ver secção 4.4).

Num estudo clínico com a duração de 1 ano, no qual se administraram perfusões repetidas em doentes com doença de Crohn (estudo ACCENT I), a incidência de reações semelhantes à doença do soro foi de 2,4 %.

Imunogenicidade

Os doentes que desenvolveram anticorpos contra o infliximab apresentaram uma maior probabilidade (aproximadamente 2-3 vezes) de desenvolverem reações relacionadas com a perfusão. A utilização de agentes imunossupressores concomitantes parece reduzir a frequência de reações relacionadas com a perfusão.

Em estudos clínicos utilizando doses únicas e múltiplas de 1 a 20 mg/kg de infliximab, foram detetados anticorpos contra o infliximab em 14 % dos doentes com qualquer terapia imunossupressora, e em 24 % dos doentes sem terapia imunossupressora. Em doentes com artrite reumatoide que receberam tratamento repetido com os regimes posológicos recomendados com metotrexato, 8 % dos doentes desenvolveram anticorpos contra o infliximab. Em doentes com artrite psoriática que receberam 5 mg/kg, com ou sem metotrexato, 15 % do total desenvolveram anticorpos (os anticorpos ocorreram em 4 % dos doentes a receberem metotrexato e em 26 % dos doentes que não estavam a receber metotrexato de base). Em doentes com doença de Crohn que receberam tratamento de manutenção, de uma forma geral, foram produzidos anticorpos contra o infliximab em 3,3 % dos doentes tratados com imunossupressores e em 13,3 % dos doentes não tratados com imunossupressores. A incidência de anticorpos foi 2-3 vezes mais elevada em doentes que receberam tratamento episodicamente. Devido às limitações metodológicas, uma análise negativa não excluiu a presença de anticorpos contra o infliximab. Alguns doentes que desenvolveram títulos elevados de anticorpos contra o infliximab evidenciaram eficácia reduzida. Em doentes com psoríase tratados com infliximab em regime de manutenção, na ausência de imunomoduladores concomitantes, aproximadamente 28 % desenvolveram anticorpos contra o infliximab (ver secção 4.4: “Reações de perfusão e hipersensibilidade”).

Infeções

Foram observadas em doentes a receber infliximab tuberculose, infeções bacterianas, incluindo sépsis e pneumonia, infeções fúngicas invasivas, virais e outras infeções oportunistas. Algumas destas infeções foram fatais; as infeções oportunistas notificadas mais frequentemente com uma taxa de mortalidade > 5 % incluem a pneumocistose, candidíase, listeriose e aspergilose (ver secção 4.4).

Nos estudos clínicos, 36 % dos doentes tratados com infliximab receberam tratamento para infeções, comparativamente com 25 % dos doentes que receberam placebo.

Em estudos clínicos na artrite reumatoide, a incidência de infeções graves, incluindo pneumonia, foi superior nos doentes tratados com infliximab mais metotrexato comparativamente com os doentes tratados só com metotrexato, especialmente em doses de 6 mg/kg ou superiores (ver secção 4.4).

Em notificações espontâneas no período de pós-comercialização, as infecções constituem a reação adversa grave mais frequente. Alguns dos casos notificados foram fatais. Cerca de 50 % dos casos fatais notificados foram associados a infecção. Foram notificados casos de tuberculose, algumas vezes fatal, incluindo tuberculose miliar e tuberculose com localização extrapulmonar (ver secção 4.4).

Neoplasias malignas e linfoproliferativas

Em estudos clínicos com infliximab, nos quais 5.780 doentes receberam tratamento, representando 5.494 doentes-ano, detetaram-se 5 casos de linfomas e 26 de outras neoplasias malignas, excluindo linfomas, comparativamente com a ausência de linfomas e 1 caso de doença maligna, excluindo linfomas, nos 1.600 doentes que receberam placebo, representando 941 doentes-ano.

No seguimento de longo prazo sobre segurança, efetuado no âmbito dos ensaios clínicos com infliximab até 5 anos, representando 6.234 doentes-ano (3.210 doentes), foram notificados 5 casos de linfoma e 38 casos de neoplasias malignas, excluindo linfomas.

Foram igualmente notificados casos de neoplasias malignas, incluindo linfoma, no período pós-comercialização (ver secção 4.4).

Num estudo clínico exploratório envolvendo doentes com DPOC moderada a grave que eram na altura do ensaio fumadores ou ex-fumadores, 157 doentes adultos foram tratados com infliximab com doses similares às administradas na artrite reumatoide e na doença de Crohn. Nove destes doentes desenvolveram neoplasias malignas, incluindo 1 linfoma. A duração mediana do seguimento foi de 0,8 anos (incidência de 5,7 % [IC 95 % 2,65 %-10,6 %]). Foi notificada uma doença maligna entre 77 doentes de controlo (duração mediana do seguimento 0,8 anos; incidência 1,3 % [IC 95 % 0,03 %-7,0 %]). A maioria das neoplasias malignas desenvolveram-se no pulmão ou cabeça e pescoço.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional demonstrou um aumento na incidência de cancro do colo do útero, em mulheres com artrite reumatoide tratadas com infliximab, em comparação com as doentes que não tinham sido tratadas com quaisquer agentes biológicos ou a população em geral, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade (ver secção 4.4).

Além disso, foram notificados em fase de pós-comercialização casos de linfoma hepatoesplénico de células T em doentes tratados com infliximab, na grande maioria dos casos em doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa, a maior parte dos quais eram adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino (ver secção 4.4).

Insuficiência cardíaca

Num estudo de Fase II realizado com o objetivo de avaliar infliximab na ICC, observou-se uma maior incidência de mortalidade devido a um agravamento da insuficiência cardíaca em doentes tratados com infliximab, especialmente nos doentes que receberam a dose elevada de 10 mg/kg (i. e., duas vezes a dose máxima aprovada). Neste estudo, 150 doentes com ICC de classe III/IV da NYHA (fração de ejeção ventricular esquerda $\leq 35\%$) receberam 3 perfusões de infliximab a 5 mg/kg, 10 mg/kg, ou placebo durante 6 semanas. Às 38 semanas, 9 de 101 doentes que receberam infliximab (2 a 5 mg/kg e 7 a 10 mg/kg) morreram, comparativamente com uma morte observada entre os 49 doentes que receberam placebo.

Durante a experiência pós-comercialização foram notificados casos de agravamento da insuficiência cardíaca, com e sem fatores identificáveis de precipitação, em doentes tratados com infliximab. Após a comercialização foi também notificado o aparecimento de insuficiência cardíaca, incluindo insuficiência cardíaca em doentes sem antecedentes de doença cardiovascular. Alguns destes doentes tinham menos de 50 anos de idade.

Acontecimentos hepatobiliares

Em estudos clínicos, observaram-se subidas ligeiras ou moderadas de ALT e AST em doentes que receberam infliximab, sem progressão para lesão hepática grave. Foram observadas subidas de ALT \geq 5 x Limite Superior do Normal (LSN) (ver tabela 2). Foram observadas subidas das aminotransferases (ALT mais frequentemente do que AST) numa proporção superior de doentes que receberam infliximab do que nos grupos de controlo, tanto quando o infliximab foi administrado em monoterapia, como quando foi administrado em associação com outros agentes imunossupressores. A maior parte dos valores anormais das aminotransferases foram transitórios; contudo, observaram-se subidas mais prolongadas num pequeno número de doentes. Em geral, os doentes que tiveram subidas dos valores da ALT e AST foram assintomáticos, e os valores diminuíram ou normalizaram com a continuação ou a suspensão de infliximab, ou modificação da terapêutica concomitante. Nos relatórios de farmacovigilância pós-comercialização foram notificados em doentes que recebiam infliximab casos de icterícia e hepatite, por vezes com características de hepatite autoimune (ver secção 4.4).

Tabela 2
Proporção de doentes com atividade da ALT aumentada em estudos clínicos

Indicação	Número de doentes ³		Mediana de seguimento (semanas) ⁴		\geq 3 x LSN		\geq 5 x LSN	
	placebo	infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab	placebo	infliximab
Artrite reumatoide ¹	375	1.087	58,1	58,3	3,2 %	3,9 %	0,8 %	0,9 %
Doença de Crohn ²	324	1.034	53,7	54,0	2,2 %	4,9 %	0,0 %	1,5 %
Doença de Crohn pediátrica	N/A	139	N/A	53,0	N/A	4,4 %	N/A	1,5 %
Colite ulcerosa	242	482	30,1	30,8	1,2 %	2,5 %	0,4 %	0,6 %
Colite ulcerosa pediátrica	N/A	60	N/A	49,4	N/A	6,7 %	N/A	1,7 %
Espondilite anquilosante	76	275	24,1	101,9	0,0 %	9,5 %	0,0 %	3,6 %
Artrite psoriática	98	191	18,1	39,1	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,1 %
Psoriase em placas	281	1.175	16,1	50,1	0,4 %	7,7 %	0,0 %	3,4 %

1 Os doentes do grupo placebo receberam metotrexato, enquanto que os doentes do grupo infliximab receberam infliximab e metotrexato.

2 Os doentes do grupo placebo nos 2 estudos de Fase III na doença de Crohn, ACCENT I e ACCENT II, receberam uma dose inicial de 5 mg/kg de infliximab no início do estudo e receberam placebo na fase de manutenção. Os doentes que foram aleatorizados para o grupo de manutenção com placebo e depois passaram para o infliximab estão incluídos no grupo do infliximab na análise ALT. No ensaio de fase IIIb na doença de Crohn, SONIC, os doentes do grupo do placebo receberam AZA 2,5 mg/kg/dia como controlo ativo em adição às perfusões com o placebo de infliximab.

3 Número de doentes avaliados em relação à ALT.

4 A mediana de seguimento é baseada nos doentes tratados.

Anticorpos anti-nucleares (ANA)/Anticorpos anti-ADN de cadeia dupla (dsDNA)

Aproximadamente metade dos doentes tratados com infliximab em estudos clínicos que eram ANA negativos na primeira avaliação, desenvolveram positividade relativamente aos ANA durante o estudo comparativamente com aproximadamente, um quinto dos doentes que receberam placebo. Os anticorpos anti-dsDNA foram detetados de novo em aproximadamente 17 % dos doentes tratados com infliximab comparativamente com 0 % dos doentes que receberam placebo. Na última avaliação, 57 % dos doentes que receberam infliximab permaneceram anti-dsDNA positivos. Contudo, permanecem pouco frequentes as notificações de lúpus e de síndromes tipo lúpus (ver secção 4.4).

População pediátrica

Doentes com artrite reumatoide juvenil

O infliximab foi estudado num estudo clínico com 120 doentes (faixa etária: 4-17 anos de idade) com artrite reumatoide juvenil ativa, independentemente do metotrexato. Os doentes receberam 3 ou 6 mg/kg de infliximab na forma de um regime de indução de 3 doses (semanas 0, 2, 6 ou semanas 14, 16, 20, respetivamente) seguido de terapêutica de manutenção em intervalos de 8 semanas, em associação com o metotrexato.

Reações relacionadas com a perfusão

As reações relacionadas com a perfusão ocorreram em 35 % dos doentes com artrite reumatoide juvenil que receberam 3 mg/kg em comparação com 17,5 % dos doentes que receberam 6 mg/kg. No grupo de 3 mg/kg de infliximab, 4 de 60 doentes tiveram uma reação grave relacionada com a perfusão e 3 doentes notificaram uma possível reação anafilática (2 dos quais estavam entre as reações graves relacionadas com a perfusão). No grupo de 6 mg/kg, 2 de 57 doentes tiveram uma reação grave relacionada com a perfusão, um dos quais teve uma possível reação anafilática (ver secção 4.4).

Imunogenicidade

Desenvolveram-se anticorpos ao infliximab em 38 % dos doentes que receberam 3 mg/kg em comparação com 12 % dos doentes que receberam 6 mg/kg. Os títulos de anticorpos foram notavelmente mais elevados para os 3 mg/kg em comparação com o grupo de 6 mg/kg.

Infeções

Ocorreram infeções em 68 % (41/60) das crianças que receberam 3 mg/kg durante 52 semanas, em 65 % (37/57) das crianças que receberam 6 mg/kg de infliximab durante 38 semanas e em 47 % (28/60) das crianças que receberam placebo durante 14 semanas (ver secção 4.4).

Doentes pediátricos com doença de Crohn

As seguintes reações adversas foram notificadas mais frequentemente em doentes pediátricos com doença de Crohn no estudo REACH (ver secção 5.1) do que em doentes adultos com doença de Crohn: anemia (10,7 %), sangue nas fezes (9,7 %), leucopenia (8,7 %), rubor (8,7 %), infecção viral (7,8 %), neutropenia (6,8 %), infecção bacteriana (5,8 %) e reação alérgica das vias respiratórias (5,8 %). Adicionalmente, foram notificadas fraturas ósseas (6,8 %), no entanto, não foi estabelecida uma relação causal. São discutidas em baixo outras considerações especiais.

Reações relacionadas com a perfusão

No ensaio REACH, 17,5 % dos doentes aleatorizados tiveram 1 ou mais reações à perfusão. Não ocorreram reações graves à perfusão e 2 doentes no REACH tiveram reações anafiláticas não graves.

Imunogenicidade

Foram detetados anticorpos ao infliximab em 3 (2,9 %) doentes pediátricos.

Infeções

No estudo REACH, foram notificadas infeções em 56,3 % dos doentes aleatorizados tratados com infliximab. As infeções foram notificadas mais frequentemente em doentes que receberam perfusões

em cada 8 semanas por oposição aos que receberam perfusões em cada 12 semanas (73,6 % e 38,0 %, respetivamente), enquanto que foram notificadas infecções graves em 3 doentes do grupo de tratamento de manutenção em intervalos de 8 semanas e em 4 doentes do grupo de tratamento de manutenção em intervalos de 12 semanas. As infecções notificadas mais frequentemente foram as infecções das vias respiratórias superiores e a faringite, e a infecção grave mais frequentemente notificada foi o abcesso. Foram notificados três casos de pneumonia (1 grave) e 2 casos de herpes zoster (ambos não graves).

Doentes pediátricos com colite ulcerosa

No global, as reações adversas notificadas no ensaio em doentes pediátricos com colite ulcerosa (C0168T72) e nos estudos em adultos com colite ulcerosa (ACT 1 e ACT 2) foram na generalidade consistentes. No ensaio C0168T72, as reações adversas mais frequentes foram infecções do trato respiratório superior, faringite, dor abdominal, febre e cefaleia. O acontecimento adverso mais frequente foi o agravamento da colite ulcerosa, cuja incidência foi superior em doentes com intervalos de administração de 12 semanas vs. o regime com intervalos de 8 semanas.

Reações relacionadas com a perfusão

No global, 8 (13,3 %) dos 60 doentes tratados tiveram uma ou mais reações à perfusão, com 4 de 22 (18,2 %) no grupo de tratamento em intervalos de 8 semanas e 3 em 23 (13,0 %) no grupo de tratamento de manutenção em intervalos de 12 semanas. Não foram reportadas reações à perfusão graves. Todas as reações à perfusão foram de intensidade ligeira a moderada.

Imunogenicidade

Foram detetados anticorpos ao infliximab em 4 (7,7 %) doentes durante a semana 54.

Infeções

Foram reportadas infeções em 31 (51,7 %) de 60 doentes tratados no C0168T72 e 22 (36,7 %) precisaram de tratamento antibiótico oral ou parentérico. A proporção de doentes com infeções no ensaio C0168T72 foi semelhante à obtida no estudo relativo à doença de Crohn pediátrica (REACH), mas superior à proporção obtida nos estudos de colite ulcerosa em adultos (ACT 1 e ACT 2). A incidência global de infeções no C0168T72 foi de 13/22 (59 %) no grupo de tratamento de manutenção a cada 8 semanas e de 14/23 (60,9 %) no grupo de tratamento de manutenção a cada 12 semanas. As infeções respiratórias mais frequentemente reportadas foram a infecção do trato respiratório superior (7/60 [12 %]) e faringite (5/60 [8 %]). Foram reportadas infeções graves em 12 % (7/60) de todos os doentes tratados.

Neste estudo, houve um número maior de doentes no grupo etário dos 12 aos 17 anos do que no grupo dos 6 aos 11 anos (45/60 [75,0 %] vs. 15/60 [25,0 %]). Enquanto que o número de doentes em cada um dos subgrupos é demasiado pequeno para se tirar qualquer conclusão definitiva relativamente ao efeito da idade em acontecimentos de segurança, houve uma maior proporção de doentes com acontecimentos adversos graves e descontinuação da terapêutica devido a acontecimentos adversos no grupo mais novo do que no grupo etário mais velho. Enquanto que a proporção de doentes com infeções foi também mais elevado no grupo etário mais novo para infeções graves, a proporção foi semelhante nos dois grupos etários. A proporção global de acontecimentos adversos e reações à perfusão foram semelhantes entre os grupos 6 a 11 anos de idade e 12 a 17 anos de idade.

Experiência pós-comercialização

As reações adversas graves espontâneas após a comercialização com infliximab, na população pediátrica, incluíram neoplasias malignas, incluindo linfomas hepatoesplénicos de células T, alterações temporárias das enzimas hepáticas, síndromes do tipo lúpus, positividade para auto-anticorpos (ver secções 4.4 e 4.8).

Outras populações especiais

Idosos

Em estudos clínicos de artrite reumatoide, a incidência de infecções graves foi maior em doentes com idade igual e superior a 65 anos tratados com infliximab mais metotrexato (11,3 %) do que em doentes com idade inferior a 65 anos (4,6 %). Em doentes tratados com metotrexato isolado, a incidência de infecções graves foi de 5,2 % em doentes com idade igual e superior a 65 anos em comparação com 2,7 % em doentes com idade inferior a 65 anos (ver secção 4.4).

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#).

4.9 Sobredosagem

Não foram descritos casos de sobredosagem. Foram administradas doses únicas até 20 mg/kg sem quaisquer efeitos tóxicos.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: imunossupressores, inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF_α), código ATC: L04AB02

Remsima é um medicamento biossimilar. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

Mecanismo de ação

Infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico humano-murino que se liga com uma elevada afinidade tanto à forma solúvel como transmembranar do TNF_α, mas não à linfotoxina α (TNF_β).

Efeitos farmacodinâmicos

O infliximab inibe a atividade funcional do TNF_α numa vasta gama de bioensaios *in vitro*. O infliximab preveniu a doença em ratinhos transgénicos que desenvolvem poliartrite como resultado da expressão constitutiva do TNF_α humano e, quando administrado após o início da doença, permitiu cicatrizar as articulações que apresentavam erosão. *In vivo*, o infliximab forma rapidamente complexos estáveis com o TNF_α humano, um processo que evolui paralelamente com a perda de bioatividade do TNF_α.

Foram detetadas concentrações elevadas de TNF_α nas articulações de doentes com artrite reumatoide, as quais se correlacionam com o aumento da atividade da doença. Na artrite reumatoide, o tratamento com infliximab reduziu a infiltração de células inflamatórias para áreas inflamadas da articulação, bem como a expressão de moléculas mediadoras da adesão celular, quimiotaxia e degradação tecidual. Após o tratamento com infliximab, os doentes registaram descidas dos níveis séricos de interleucina 6 (IL-6) e de proteína C-reativa (PCR) e subidas dos níveis de hemoglobina nos doentes com artrite reumatoide com níveis baixos de hemoglobina, em comparação com os valores basais. No que se refere aos linfócitos do sangue periférico, não foram comprovadas descidas significativas adicionais do número ou das respostas proliferativas à estimulação mitogénica *in vitro* comparativamente com as células de doentes não tratados. Em doentes com psoriase, o tratamento

com infliximab teve como resultado uma diminuição da inflamação da epiderme e normalização da diferenciação dos queratinócitos nas placas psoriáticas. O tratamento de curto prazo com infliximab na artrite psoriática, reduziu o número de linfócitos T e vasos sanguíneos nas sinovias e na pele psoriática.

A avaliação histológica de biopsias do cólon, obtidas antes e 4 semanas após a administração de infliximab, revelou uma redução substancial do TNF_α detetável. O tratamento com infliximab de indivíduos com doença de Crohn esteve também associado a uma redução substancial dos níveis séricos, normalmente elevados, do marcador da inflamação, PCR. A contagem total de leucócitos periféricos foi afetada de forma mínima nos doentes tratados com infliximab, embora as alterações nos linfócitos, monócitos e neutrófilos tenham refletido desvios dentro dos limites dos valores normais. As células mononucleares sanguíneas periféricas dos doentes tratados com infliximab revelaram que a capacidade de resposta proliferativa aos estímulos não diminuiu comparativamente com os doentes não tratados, não tendo sido observadas quaisquer alterações substanciais na produção de citocinas por células mononucleares sanguíneas periféricas estimuladas após o tratamento com infliximab. A análise das células mononucleares de *lâmina própria*, obtidas por biopsia da mucosa intestinal, demonstrou que o tratamento com infliximab induziu uma redução do número de células capazes de expressar o TNF_α e o interferão-γ. Outros estudos histológicos indicaram que o tratamento com infliximab reduz a infiltração das células inflamatórias nas áreas afetadas do intestino e a presença de marcadores de inflamação nesses locais. Estudos realizados ao nível da mucosa intestinal por endoscopia evidenciaram a cicatrização da mucosa em doentes tratados com infliximab.

Eficácia e segurança clínicas

Artrite reumatoide em adultos

A eficácia de infliximab foi avaliada em dois estudos clínicos principais, multicéntricos, aleatorizados em dupla ocultação: ATTRACT e ASPIRE. Em ambos os estudos foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de ácido fólico, corticosteroides orais (≤ 10 mg/dia) e/ou de fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

Os principais parâmetros de avaliação final foram a redução de sinais e sintomas avaliados através dos critérios do *American College of Rheumatology* (ACR20 para o ATTRACT, ACR-N de referência para o ASPIRE), a prevenção das lesões estruturais das articulações e a melhoria da função física. Considerou-se que existiu uma redução dos sinais e sintomas quando se observou pelo menos uma melhoria de 20 % (ACR20) nas contagens de articulações dolorosas à palpação e com tumefação e em 3 dos 5 critérios a seguir indicados: (1) avaliação global efetuada pelo médico, (2) avaliação global efetuada pelo doente, (3) avaliação da capacidade funcional/incapacidade, (4) escala visual analógica de dor e (5) velocidade de sedimentação eritrocitária ou proteína-C reativa. O ACR-N utiliza os mesmos critérios do ACR20, calculados tomando em consideração a percentagem mais baixa de melhorias observada nas contagens de articulações tumefactas e de articulações dolorosas e a média dos 5 componentes restantes da resposta ACR. As lesões estruturais das articulações (erosões e estreitamento do espaço da articulação) em ambas as mãos e pés foi medida pela alteração, a partir da linha de base, em toda a escala de Sharp modificada por van der Heijde (0-440). O Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ; escala 0-3) foi utilizado para o cálculo das alterações médias da linha de base verificadas no tempo, pelo doente, relativamente à função física.

O estudo ATTRACT avaliou as respostas nas semanas 30, 54 e 102 num estudo controlado com placebo, realizado em 428 doentes com artrite reumatoide ativa, não obstante o tratamento com metotrexato. Cerca de 50 % dos doentes pertenciam à classe funcional III. Os doentes receberam placebo, 3 mg/kg ou 10 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6, e seguidamente em cada 4 ou 8 semanas. Todos os doentes tinham sido submetidos a doses estáveis de metotrexato (mediana de 15 mg/semana) durante 6 meses antes da sua inclusão no estudo e permaneceram em doses estáveis no decurso do mesmo.

São apresentados na Tabela 3 os resultados da semana 54 (ACR20, escala total de Sharp modificada por van der Heijde e HAQ). Graus mais elevados de resposta clínica (ACR50 e ACR70) foram

observados em todos os grupos que receberam infliximab nas semanas 30 e 54, comparativamente com o metotrexato isoladamente.

A redução na taxa de progressão das lesões estruturais das articulações (erosão e estreitamento do espaço da articulação) observou-se em todos os grupos que receberam infliximab às 54 semanas (Tabela 3).

Os efeitos observados às 54 semanas foram mantidos até às 102 semanas. Devido a um determinado número de suspensões do tratamento, a diferença de magnitude do efeito entre o grupo que recebeu infliximab e o grupo que recebeu metotrexato isoladamente não pode ser definido.

Tabela 3
**Efeitos sobre o ACR20, lesões estruturais das articulações e capacidade física na semana 54,
ATTRACT**

	Controlo ^a	infliximab ^b				
		3 mg/kg q 8 semana s	3 mg/kg q 4 semana s	10 mg/kg q 8 semana s	10 mg/kg q 4 seman as	Todos infliximab ^b
Doentes com resposta ACR20/doentes avaliados (%)	15/88 (17 %)	36/86 (42 %)	41/86 (48 %)	51/87 (59 %)	48/81 (59 %)	176/340 (52 %)
Resultados totais ^d (escala de Sharp modificada por van der Heijde)						
Alterações relativas à linha de base (Média ± DP ^c)	7,0 ± 10,3	1,3 ± 6,0	1,6 ± 8,5	0,2 ± 3,6	-0,7 ± 3,8	0,6 ± 5,9
Mediana (Limites interquartílicos)	4,0 (0,5;9,7)	0,5 (-1,5;3,0)	0,1 (-2,5;3,0)	0,5 (-1,5;2,0)	-0,5 (-3,0;1,5)	0,0 (-1,8;2,0)
Doentes sem deterioração/doentes avaliados (%) ^c	13/64 (20 %)	34/71 (48 %)	35/71 (49 %)	37/77 (48 %)	44/66 (67 %)	150/285 (53 %)
Alterações de HAQ relativamente à linha de base no tempo ^e (doentes avaliados)	87	86	85	87	81	339
Média ± DP ^c	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,4 ± 0,4

a controlo = Todos os doentes tinham AR ativa, apesar do tratamento com doses estáveis de metotrexato durante 6 meses antes da inclusão e deveriam permanecer com doses estáveis durante o estudo. Permitiu-se o uso concomitante de doses estáveis de corticosteroides orais (≤ 10 mg/dia) e/ou AINEs, e foram administrados suplementos de folato.

b todas as doses de infliximab foram administradas em combinação com o metotrexato e folato, tendo alguns doentes recebido corticosteroides e/ou AINEs

c $p < 0,001$, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo

d valores superiores indicam maior lesão articular.

HAQ = Questionário de Avaliação de Saúde; valores superiores indicam menor incapacidade.

O estudo ASPIRE avaliou as respostas na semana 54 em 1.004 doentes não previamente submetidos a tratamento com metotrexato, com artrite reumatoide ativa (duração da doença ≤ 3 anos, com uma mediana de 0,6 anos) ativa (em média uma contagem de articulações tumefactas e dolorosas à palpação de 19 e 31, respetivamente). Todos os doentes receberam tratamento com metotrexato (dose otimizada de 20 mg/semana na semana 8) e quer com placebo, ou infliximab a 3 mg/kg ou 6 mg/kg

nas semanas 0, 2 e 6 e seguidamente em cada 8 semanas. São apresentados na Tabela 4 os resultados da semana 54.

Após 54 semanas de tratamento, o efeito de ambas as doses de infliximab + metotrexato foi de uma melhoria estatisticamente significativa dos sinais e sintomas comparativamente com o metotrexato utilizado em monoterapia, conforme avaliado pela proporção de doentes que atingiu respostas ACR20, 50 e 70.

No estudo ASPIRE, mais de 90 % dos doentes tinha pelo menos duas radiografias avaliables. A redução na taxa de progressão das lesões estruturais foi observada nas semanas 30 e 54 nos grupos que receberam infliximab + metotrexato comparativamente com o metotrexato em monoterapia.

Tabela 4
Efeitos sobre o ACRn, lesões estruturais das articulações e função física na semana 54, ASPIRE

	Infliximab + MTX			
	Placebo + MTX	3 mg/kg	6 mg/kg	Em combinação
Doentes aleatorizados	282	359	363	722
Percentagem de melhoria de ACR				
Média ± DP ^a	24,8 ± 59,7	37,3 ± 52,8	42,0 ± 47,3	39,6 ± 50,1
Alterações relativas à linha de base de van der Heijde - escala modificada Sharp ^b				
Média ± DP ^a	3,70 ± 9,61	0,42 ± 5,82	0,51 ± 5,55	0,46 ± 5,68
Mediana	0,43	0,00	0,00	0,00
Melhoria no HAQ ao longo do tempo, relativamente à linha de base desde a semana 30 à semana 54 ^c				
Média ± DP ^d	0,68 ± 0,63	0,80 ± 0,65	0,88 ± 0,65	0,84 ± 0,65

a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo

b valores mais elevados indicam mais lesões articulares

c HAQ = Questionário de Avaliação de Saúde; valores superiores indicam menor incapacidade

d p= 0,030 e < 0,001 para os grupos de tratamento de, respetivamente, 3 mg/kg e 6 mg/kg vs. Placebo + MTX

Os dados de suporte para a titulação da dose para o tratamento da artrite reumatoide foram proporcionados pelos estudos ATTRACT, ASPIRE e START. O estudo START foi um estudo de segurança, efetuado em grupos paralelos, com 3 braços, multicêntrico, com distribuição aleatória e dupla ocultação. Num dos braços do estudo (grupo 2, n=329) a dose foi titulada nos doentes que apresentavam uma resposta inadequada, permitindo-se que recebessem doses incrementais de 1,5 mg/kg, desde 3 até 9 mg/kg. A maioria destes doentes (67 %) não requereu qualquer titulação da dose. Nos doentes que requereram uma titulação da dose, 80 % atingiram uma resposta clínica e a maioria destes (64 %) requereu apenas um ajuste de 1,5 mg/kg.

Doença de Crohn em adultos

Tratamento de indução na doença de Crohn ativa moderada a grave

A eficácia do tratamento com uma dose única de infliximab foi avaliada em 108 indivíduos com doença de Crohn ativa ($\text{Índice de Atividade da Doença de Crohn (CDAI)} \geq 220 \leq 400$) num estudo de dose-resposta, com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlado com placebo.

Destes 108 doentes, 27 foram tratados com a dose de infliximab recomendada de 5 mg/kg. Todos os doentes tinham apresentado uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais efetuadas anteriormente. Foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de terapêuticas convencionais e 92 % dos doentes continuaram a ser tratados com estas terapêuticas.

O parâmetro de avaliação final primário consistiu na percentagem de doentes que apresentaram uma resposta clínica, definida como uma diminuição do CDAI de ≥ 70 pontos desde a linha de base até à data da avaliação às 4 semanas, sem um aumento na utilização de medicamentos para tratamento da

doença de Crohn ou cirurgia para a doença de Crohn. Os doentes que responderam na semana 4 foram mantidos sob observação até à semana 12. Os parâmetros de avaliação final secundários incluíram a percentagem de doentes em fase de remissão clínica na semana 4 ($CDAI < 150$) e a resposta clínica ao longo do tempo.

Na semana 4, após a administração de uma dose única, 22/27 (81 %) dos doentes tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab atingiram uma resposta clínica vs. 4/25 (16 %) dos doentes que receberam placebo ($p < 0,001$). Também na semana 4, 13/27 (48 %) dos doentes tratados com infliximab atingiram remissão clínica ($CDAI < 150$) vs. 1/25 (4 %) dos doentes que receberam placebo. Foi obtida resposta no período de 2 semanas, a qual atingiu o seu máximo às 4 semanas. Na última observação às 12 semanas, 13/27 (48 %) dos doentes tratados com infliximab continuavam a responder à terapêutica.

Tratamento de manutenção na doença de Crohn ativa moderada a grave em adultos

A eficácia de perfusões repetidas de infliximab foi estudada num estudo clínico que teve a duração de 1 ano (ACCENT I). Um total de 573 doentes com doença de Crohn ativa moderada a grave ($CDAI \geq 220 \leq 400$) recebeu uma perfusão única de 5 mg/kg na semana 0. Dos 580 doentes recrutados, 178 (30,7 %) foram considerados doentes graves (pontuações $CDAI > 300$ e corticosteroides concomitantes e/ou imunossupressores) correspondendo à população definida na indicação (ver secção 4.1). Na semana 2, todos os doentes foram avaliados relativamente à resposta clínica e distribuídos aleatoriamente por um de 3 grupos de tratamento; um grupo submetido ao tratamento de manutenção com placebo, um grupo submetido ao tratamento de manutenção com infliximab a 5 mg/kg e um grupo submetido ao tratamento de manutenção com infliximab a 10 mg/kg. Os 3 grupos receberam perfusões repetidas nas semanas 2, 6 e depois a cada 8 semanas.

Dos 573 doentes distribuídos aleatoriamente, 335 (58 %) atingiram resposta clínica até à semana 2. Estes doentes foram classificados como respondedores à 2^a semana e foram incluídos na análise primária (ver tabela 5). Entre os doentes classificados como não respondedores à semana 2, 32 % (26/81) no grupo de manutenção com placebo e 42 % (68/163) no grupo tratado com infliximab, atingiram resposta clínica na semana 6. Posteriormente, não houve diferença entre os grupos no número de respondedores tardios.

Os principais co-parâmetros de avaliação final foram a proporção dos doentes em remissão clínica ($CDAI < 150$) na semana 30 e o tempo até à perda de resposta na semana 54. Foi permitida a redução de corticosteroides após a semana 6.

Tabela 5
Efeitos na taxa de resposta e remissão, dados do estudo ACCENT I (respondedores à 2^a semana)

	Estudo ACCENT I (respondedores à 2 ^a semana)			
	% de doentes	Manutenção com placebo (n=110)	Manutenção com infliximab a 5 mg/kg (n=113) (valor de p)	Manutenção com infliximab a 10 mg/kg (n=112) (valor de p)
Tempo mediano até perda de resposta até à semana 54	19 semanas	38 semanas (0,002)	> 54 semanas (< 0,001)	
Semana 30				
Resposta clínica ^a	27,3	51,3 (< 0,001)	59,1 (< 0,001)	
Remissão clínica	20,9	38,9 (0,003)	45,5 (< 0,001)	
Remissão sem corticosteroides	10,7 (6/56)	31,0 (18/58) (0,008)	36,8 (21/57) (0,001)	

	Estudo ACCENT I (respondedores à 2 ^a semana)		
	% de doentes		
	Manutenção com placebo (n=110)	Manutenção com infliximab a 5 mg/kg (n=113) (valor de p)	Manutenção com infliximab a 10 mg/kg (n=112) (valor de p)
Semana 54			
Resposta clínica ^a	15,5	38,1 (< 0,001)	47,7 (< 0,001)
Remissão clínica	13,6	28,3 (0,007)	38,4 (< 0,001)
Remissão mantida sem corticosteroides ^b	5,7 (3/53)	17,9 (10/56) (0,075)	28,6 (16/56) (0,002)

a Redução de CDAI $\geq 25\%$ e ≥ 70 pontos.

b CDAI < 150 nas semanas 30 e 54 e sem administração de corticosteroides nos 3 meses anteriores à semana 54 de entre os doentes que receberam corticosteroides na linha de base.

Os doentes que responderam ao tratamento mas que perderam, subsequentemente, os seus benefícios clínicos, foram autorizados, com início na semana 14, a transitar para uma dose de 5 mg/kg de infliximab, superior à dose que lhes tinha sido inicialmente distribuída aleatoriamente. Oitenta e nove por cento (50/56) dos doentes que perderam a resposta clínica com a terapêutica de manutenção com 5 mg/kg de infliximab responderam ao tratamento com 10 mg/kg de infliximab depois da semana 14.

Foram observadas melhorias nos questionários de qualidade de vida relacionada com a saúde, uma redução na hospitalização relacionada com a doença e na utilização de corticosteroides nos grupos de tratamento de manutenção com infliximab comparativamente com o grupo de tratamento de manutenção com placebo, nas semanas 30 e 54.

O infliximab com ou sem AZA foi avaliado num estudo aleatorizado, em dupla-ocultação com comparador ativo (SONIC) de 508 doentes adultos com doença de Crohn, moderada a grave ($CDAI \geq 220 \leq 450$), que não tinham sido submetidos previamente a medicamentos biológicos e imunossupressores e com uma duração mediana da doença de 2,3 anos. No início do estudo, 27,4 % dos doentes estavam a receber corticosteroides sistémicos, 14,2 % dos doentes estavam a receber budesonido e 54,3 % dos doentes estavam a receber compostos 5-ASA. Os doentes foram aleatorizados para receberem AZA em monoterapia, infliximab em monoterapia ou infliximab mais AZA em associação. O infliximab foi administrado numa dose de 5 mg/kg nas semanas 0, 2, 6, e posteriormente a cada 8 semanas. A AZA foi administrada numa dose de 2,5 mg/kg/dia.

O parâmetro de avaliação final primário do estudo foi a remissão clínica sem corticosteroides na semana 26, definida como doentes em remissão clínica (CDAI de < 150) que, durante pelo menos 3 semanas, não tinham tomado corticosteroides orais ou sistémicos (prednisona ou equivalente) ou budesonido numa dose > 6 mg/dia. Para ver os resultados, consulte a Tabela 6. A percentagem de doentes com cicatrização da mucosa na semana 26 foi significativamente maior nos grupos com a associação infliximab mais AZA (43,9 %, $p < 0,001$) e infliximab em monoterapia (30,1 %, $p=0,023$) em comparação com o grupo AZA em monoterapia (16,5 %).

Tabela 6
**Percentagem de doentes que alcançaram remissão clínica sem corticosteroides na semana 26,
SONIC**

	AZA Monoterapia	Infliximab Monoterapia	Infliximab + AZA Associação
Semana 26			
Todos os doentes aleatorizados	30,0 % (51/170)	44,4 % (75/169) (p=0,006)*	56,8 % (96/169) (p<0,001)*

* Os valores de p representam cada grupo de tratamento infliximab vs. AZA em monoterapia

Foram observadas tendências semelhantes no alcance da remissão clínica livre de corticosteroides na semana 50. Além disso, foi observada melhoria da qualidade de vida medida pelo IBDQ com o infliximab.

Tratamento de indução na doença de Crohn ativa com formação de fistulas

A eficácia foi avaliada num estudo com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlado com placebo, realizado em 94 indivíduos com doença de Crohn com formação de fistulas, em que estas tinham, pelo menos, três meses de duração. Trinta e um destes doentes foram tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab. Cerca de 93 % dos doentes tinham sido previamente tratados com antibióticos ou terapêutica imunossupressora.

Foi permitida a utilização concomitante de doses estáveis de terapêuticas convencionais e 83 % dos doentes continuaram a receber, pelo menos, uma destas terapêuticas. Os doentes receberam três doses de placebo ou de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Os doentes foram acompanhados até às 26 semanas. O parâmetro de avaliação final primário consistiu na percentagem de doentes que evidenciaram resposta clínica, definida como ≥ 50 % de redução em relação à linha de base, em termos de número de fistulas drenadas por compressão suave em, pelo menos, duas visitas consecutivas (em intervalos de quatro semanas), sem que se verificasse aumento da utilização de medicamentos ou cirurgia para a doença de Crohn.

Sessenta e oito por cento (21/31) dos doentes tratados com a dose de 5 mg/kg de infliximab atingiram uma resposta clínica vs. 26 % (8/31) dos doentes que receberam placebo (p = 0,002). O tempo mediano até início da resposta no grupo tratado com infliximab foi de 2 semanas. A duração mediana da resposta foi de 12 semanas. Verificou-se, além disso, encerramento de todas as fistulas em 55 % dos doentes tratados com infliximab comparativamente com 13 % dos doentes que receberam placebo (p = 0,001).

Tratamento de manutenção na doença de Crohn ativa com formação de fistulas

A eficácia de perfusões repetidas de infliximab em doentes com doença de Crohn com formação de fistulas foi estudada num estudo clínico com a duração de 1 ano (ACCENT II). Trezentos e seis doentes, no total, receberam 3 doses de 5 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Na linha de base, 87 % dos doentes tinham fistulas perianais, 14 % tinham fistulas abdominais, 9 % tinham fistulas retovaginais. O valor mediano de CDAI foi de 180. Na semana 14, 282 doentes foram avaliados relativamente à resposta clínica e distribuídos aleatoriamente para receberem, quer placebo, quer 5 mg/kg de infliximab, a cada 8 semanas até à semana 46.

Foram avaliados relativamente ao principal parâmetro de avaliação final, respondedores (195/282) à semana 14, que consistia no tempo desde a distribuição aleatória até à perda de resposta (Tabela 7). Foi permitida a redução de corticosteroides após a semana 6.

Tabela 7
Efeitos na taxa de resposta, dados do estudo ACCENT II (respondedores à 14^a semana)

ACCENT II (respondedores à 14 ^a semana)			
	Manutenção com Placebo (n=99)	Manutenção com Infliximab (5 mg/kg) (n=96)	Valor-p
Tempo mediano até perda de resposta até à semana 54	14 semanas	> 40 semanas	< 0,001
Semana 54			
Resposta das Fístulas (%) ^a	23,5	46,2	0,001
Resposta completa das fístulas (%) ^b	19,4	36,3	0,009

a Uma redução de $\geq 50\%$ em relação à linha de base em termos de número de fístulas drenadas durante um período de ≥ 4 semanas.

b Ausência de qualquer fístula drenada.

Os doentes que inicialmente responderam ao tratamento e subsequentemente perderam as suas respostas foram elegíveis para transitar para a repetição do tratamento ativo, de 8 em 8 semanas, com início na semana 22, com uma dose de 5 mg/kg de infliximab superior à dose que lhes estava inicialmente distribuída aleatoriamente. Nos doentes do grupo tratado com 5 mg/kg de infliximab, que transitaram devido à perda de resposta das fístulas depois da semana 22, 57 % (12/21) responderam à repetição do tratamento de 10 mg/kg de infliximab de 8 em 8 semanas.

Não existiu uma diferença significativa entre o placebo e o infliximab na proporção de doentes com encerramento mantido de todas as fístulas até à semana 54, para sintomas tais como proctalgia, abcessos e infeções do trato urinário ou relativamente ao número de novas fístulas desenvolvidas durante o tratamento.

A terapêutica de manutenção com infliximab a cada 8 semanas reduziu significativamente as hospitalizações e cirurgias relacionadas com a doença comparativamente ao placebo. Além disso, foi observada uma redução na utilização de corticosteroides e na melhoria da qualidade de vida.

Colite ulcerosa em adultos

A segurança e eficácia de infliximab foram avaliadas em dois estudos clínicos (ACT 1 e ACT 2) com dupla ocultação, distribuição aleatória, controlados com placebo, em doentes adultos com colite ulcerosa ativa, moderada a grave (pontuação de Mayo de 6 a 12; subpontuação endoscópica ≥ 2), com resposta inadequada às terapêuticas convencionais [corticosteroides orais, aminossilicilatos e/ou imunomoduladores (6-MP, AZA)]. Foram permitidas doses estáveis concomitantes de aminossilicilatos orais, corticosteroides e/ou agentes imunomoduladores. Em ambos os estudos, os doentes foram aleatorizados para receberem placebo, 5 mg/kg ou 10 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2, 6, 14 e 22 e no ACT 1 nas semanas 30, 38 e 46. A redução da dose de corticosteroides foi permitida após a semana 8.

Tabela 8
Efeitos na resposta clínica, na remissão clínica e na cicatrização da mucosa nas semanas 8 e 30.
Dados combinados do ACT 1 e 2.

	Infliximab			
	Placebo	5 mg/kg	10 mg/kg	Combinado
Indivíduos aleatorizados	244	242	242	484
Percentagem de indivíduos em resposta clínica e em resposta clínica mantida				
Resposta clínica na semana 8 ^a	33,2 %	66,9 %	65,3 %	66,1 %
Resposta clínica na semana 30 ^a	27,9 %	49,6 %	55,4 %	52,5 %

	Placebo	Infliximab		
		5 mg/kg	10 mg/kg	Combinado
Resposta mantida (resposta clínica nas semanas 8 e 30) ^a	19,3 %	45,0 %	49,6 %	47,3 %
Percentagem de indivíduos em remissão clínica e em remissão mantida				
Remissão clínica na semana 8 ^a	10,2 %	36,4 %	29,8 %	33,1 %
Remissão clínica na semana 30 ^a	13,1 %	29,8 %	36,4 %	33,1 %
Remissão mantida (remissão nas semanas 8 e 30) ^a	5,3 %	19,0 %	24,4 %	21,7 %
Percentagem de indivíduos com cicatrização da mucosa				
Cicatrização da mucosa na semana 8 ^a	32,4 %	61,2 %	60,3 %	60,7 %
Cicatrização da mucosa na semana 30 ^a	27,5 %	48,3 %	52,9 %	50,6 %

a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. placebo.

A eficácia de infliximab durante a semana 54 foi avaliada no estudo ACT 1.

Ao fim de 54 semanas, a resposta clínica foi de 44,9 % nos doentes incluídos no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab comparativamente com 19,8 % no grupo que recebeu placebo (p<0,001). A remissão clínica e a cicatrização da mucosa ocorreram numa percentagem maior de doentes que receberam tratamento combinado com infliximab comparativamente com o grupo que recebeu placebo na semana 54 (34,6 % vs. 16,5 %, p< 0,001 e 46,1 % vs. 18,2 %, p< 0,001, respetivamente). Na semana 54, a percentagem de doentes com resposta mantida e com remissão mantida foi maior no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab do que no grupo que recebeu placebo (37,9 % vs. 14,0 %, p< 0,001; e 20,2 % vs. 6,6 %, p< 0,001, respetivamente).

Uma maior percentagem de doentes incluídos no grupo que recebeu tratamento combinado com infliximab pôde descontinuar a administração de corticosteroides, permanecendo em remissão clínica, comparativamente com o grupo que recebeu placebo na semana 30 (22,3 % vs. 7,2 %, p< 0,001, dados combinados de ATC 1 e ATC 2) e na semana 54 (21,0 % vs. 8,9 %, p= 0,022, dados de ATC 1).

A análise dos dados combinados dos estudos ATC 1 e ATC 2 e suas extensões, analisados desde a linha de base até à semana 54, demonstraram uma redução das hospitalizações e processos cirúrgicos relacionados com colite ulcerosa tratada com infliximab. O número de hospitalizações relacionadas com colite ulcerosa foi significativamente menor nos grupos que receberam tratamento com 5 e 10 mg/kg de infliximab do que no grupo que recebeu placebo (número médio de hospitalizações por 100 indivíduos-ano: 21 e 19 vs. 40 no grupo que recebeu placebo; respetivamente p= 0,019 e p= 0,007). O número de processos cirúrgicos relacionados com colite ulcerosa foi também menor nos grupos que receberam tratamento com 5 e 10 mg/kg de infliximab do que no grupo que recebeu placebo (número médio de processos cirúrgicos por 100 indivíduos-ano: 22 e 19 vs. 34; respetivamente p= 0,145 e p= 0,022).

A proporção dos indivíduos que foram submetidos a colectomia em qualquer altura durante as 54 semanas após a primeira perfusão do agente em estudo, foi recolhida e combinada dos estudos ATC 1 e ATC 2 e suas extensões. Um número menor de indivíduos submetidos a colectomia no grupo tratado com 5 mg/kg de infliximab (28/242 ou 11,6 % [estatisticamente não significativo]) e no grupo tratado com 10 mg/kg de infliximab (18/242 ou 7,4 % [p= 0,011]) do que no grupo tratado com placebo (36/244; 14,8 %).

Foi também examinada a redução na incidência da colectomia num outro estudo em dupla ocultação, aleatorizado (C0168Y06) em doentes hospitalizados (n = 45) sofrendo de colite ulcerosa ativa, moderada a grave, que não responderam aos corticosteroides intravenosos e que estavam, portanto, em risco mais elevado de colectomia. Ocorreram significativamente menos colectomias até 3 meses após a perfusão do estudo em doentes que receberam uma dose única de 5 mg/kg de infliximab em comparação com os doentes que receberam placebo (respetivamente, 29,2 % vs. 66,7 %, p= 0,017).

Nos estudos ATC 1 e ATC 2, infliximab melhorou a qualidade de vida, o que foi confirmado por uma melhoria estatisticamente significativa numa medida específica da doença, IBDQ, e pela melhoria no questionário genérico simplificado de 36 itens, SF-36.

Espondilite anquilosante em adultos

A eficácia e a segurança de infliximab foram avaliadas em dois estudos multicéntricos, controlados por placebo, em dupla ocultação, em doentes com espondilite anquilosante ativa (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] pontuação ≥ 4 e dor raquidiana ≥ 4 na escala de 1-10).

No primeiro estudo (P01522), que teve uma fase de dupla ocultação de 3 meses, 70 doentes receberam 5 mg/kg de infliximab ou de placebo nas semanas 0, 2, 6 (35 doentes em cada grupo). A partir da semana 12, os doentes que tinham recebido placebo passaram a ser tratados com 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 6 semanas até à semana 54. Após o primeiro ano do estudo, 53 doentes prosseguiram para uma extensão do estudo sem ocultação até à semana 102.

Num segundo estudo clínico (ASSERT), 279 doentes foram aleatorizados para receberem placebo (Grupo 1, n=78) ou 5 mg/kg de infliximab (Grupo 2, n=201) nas semanas 0, 2 e 6 e em intervalos de 6 semanas até à semana 24. Posteriormente, todos os indivíduos continuaram a receber infliximab em intervalos de 6 semanas até à semana 96. O Grupo 1 recebeu 5 mg/kg de infliximab. No grupo 2, os doentes que tiveram um BASDAI ≥ 3 em duas visitas consecutivas, iniciaram a perfusão na semana 36 e receberam 7,5 mg/kg de infliximab em intervalos de 6 semanas por um período de 96 semanas.

No ASSERT, foi observada uma melhoria nos sinais e sintomas precocemente à semana 2. Na semana 24, o número de respondedores ASAS 20 no grupo do placebo foi de 15/78 (19 %) e 123/201 (61 %) no grupo a receber 5 mg/kg de infliximab ($p < 0,001$). Houve 95 indivíduos do grupo 2 que continuaram a receber 5 mg/kg em intervalos de 6 semanas. Na semana 102 houve 80 indivíduos que continuaram a receber o tratamento com infliximab, dos quais 71 (89 %) foram respondedores ASAS 20.

No P01522, foi também observada uma melhoria nos sinais e sintomas precocemente à semana 2. Na semana 12, o número de respondedores BASDAI 50 foi de 3/35 (9 %) no grupo do placebo e 20/35 (57 %) no grupo a receber 5 mg/kg ($p < 0,01$). Houve 53 indivíduos que continuaram a receber 5 mg/kg em intervalos de 6 semanas. Na semana 102, houve 49 indivíduos que continuaram a receber o tratamento com infliximab, dos quais 30 (61 %) foram respondedores BASDAI 50.

Em ambos os estudos, as funções físicas e de qualidade de vida foram medidas através do BASFI e a pontuação da componente física do SF-36 foram também significativamente melhoradas.

Artrite psoriática em adultos

A eficácia e a segurança foram avaliadas em dois estudos multicéntricos, com dupla ocultação, controlados com placebo, em doentes com artrite psoriática ativa.

No primeiro estudo clínico (IMPACT), a eficácia e a segurança de infliximab foram estudadas em 104 doentes com artrite psoriática ativa poliarticular. Durante a fase de 16 semanas efetuada com dupla ocultação, os doentes receberam, quer 5 mg/kg de infliximab, quer placebo, nas semanas 0, 2, 6, e 14 (52 doentes em cada grupo). Com início na semana 16, os doentes que tinham recebido placebo passaram a receber infliximab e todos os doentes receberam subsequentemente 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 semanas até à semana 46. Após o primeiro ano do estudo, 78 doentes prosseguiram para uma extensão do estudo sem ocultação, até à semana 98.

No segundo estudo clínico (IMPACT 2), a eficácia e a segurança de infliximab foram estudadas em 200 doentes com artrite psoriática ativa (≥ 5 articulações tumefactas e ≥ 5 articulações dolorosas à palpação). Quarenta e seis por cento dos doentes continuaram a receber doses estáveis de metotrexato (≤ 25 mg/semana). Durante a fase de 24 semanas efetuada com dupla ocultação, os doentes receberam

quer 5 mg/kg de infliximab, quer placebo, nas semanas 0, 2, 6, 14 e 22 (100 doentes em cada grupo). Na semana 16, 47 doentes que tinham recebido placebo, que apresentavam uma melhoria a partir da linha de base < 10 % nas contagens das articulações tumefactas e com hipersensibilidade passaram a receber indução de infliximab (escape precoce). Na semana 24, todos os doentes que recebiam placebo passaram a receber a indução de infliximab. A administração continuou para todos os doentes até à semana 46.

Os resultados chave de eficácia para o IMPACT e para o IMPACT 2 são apresentados na Tabela 9 abaixo:

Tabela 9
Efeitos no ACR e PASI no IMPACT e no IMPACT 2

	IMPACT			IMPACT 2*		
	Placebo (semana 16)	Infliximab (semana 16)	Infliximab (semana 98)	Placebo (semana 24)	Infliximab (semana 24)	Infliximab (semana 54)
Doentes aleatorizados	52	52	N/A ^a	100	100	100
Resposta ACR (% de doentes)						
N	52	52	78	100	100	100
Resposta ACR 20*	5 (10 %)	34 (65 %)	48 (62 %)	16 (16 %)	54 (54 %)	53 (53 %)
Resposta ACR 50*	0 (0 %)	24 (46 %)	35 (45 %)	4 (4 %)	41 (41 %)	33 (33 %)
Resposta ACR 70*	0 (0 %)	15 (29 %)	27 (35 %)	2 (2 %)	27 (27 %)	20 (20 %)
Resposta PASI (% de doentes) ^b						
N			87	83	82	
Resposta PASI 75**			1 (1 %)	50 (60 %)	40 (48,8 %)	

* Análise ITT onde os indivíduos com dados omissos foram incluídos como não respondedores.

a Os dados à semana 98 para o IMPACT incluem os doentes que passaram do placebo e os doentes a receberem infliximab que integraram a extensão sem ocultação.

b Com base em doentes com um PASI basal > 2,5 para o IMPACT, e em doentes com psoríase com um envolvimento da pele > 3 % da ASC na linha de base no IMPACT 2.

** Resposta PASI 75 para o IMPACT não incluída devido ao N baixo; p<0,001 para o infliximab vs. placebo na semana 24 para o IMPACT 2.

Nos IMPACT e IMPACT 2, foram observadas respostas clínicas logo na semana 2 e mantiveram-se até às semanas 98 e 54, respetivamente. A eficácia foi demonstrada com ou sem utilização concomitante de metotrexato. As diminuições nos parâmetros da atividade periférica característica da artrite psoriática (tais como o número de articulações tumefactas, número de articulações dolorosas/dolorosas à palpação, dactilite e presença de entesiotenia) foram observadas nos doentes que receberam infliximab.

Foram avaliadas as alterações radiográficas no IMPACT2. Foram radiografadas as mãos e os pés, na linha de base e nas semanas 24 e 54. O tratamento com infliximab reduziu a taxa de progressão da lesão ao nível da articulação periférica em comparação com o tratamento com placebo, relativamente aos principais parâmetros de avaliação final na semana 24, pelas alterações desde a linha de base medidas numa escala total vdH-S modificada (pontuação média ±DP foi 0,82 ± 2,62 no grupo placebo em comparação com -0,70 ± 2,53 no grupo do infliximab; p<0,001). No grupo infliximab, a alteração média na escala total vdH-S modificada manteve-se abaixo de 0 até ao final da semana 54.

Os doentes que receberam infliximab apresentaram melhoria significativa da função física conforme avaliado pelo HAQ. Foram também demonstradas melhorias significativas na qualidade de vida relacionada com a saúde, conforme medido pelos resultados sumários dos componentes físico e mental do SF-36 no IMPACT 2.

Psoríase em adultos

A eficácia de infliximab foi avaliada em dois estudos multicêntricos, aleatorizados, sob dupla ocultação: SPIRIT e EXPRESS. Os doentes em ambos os estudos possuíam psoríase em placas (Área de Superfície Corporal [ASC] $\geq 10\%$ e valor do Índice de Superfície e Gravidade da Psoríase [PASI] ≥ 12). O objetivo principal em ambos os estudos foi a determinação da percentagem de doentes que atingiram uma melhoria $\geq 75\%$ no índice de PASI na semana 10, em relação à linha de base.,,

O SPIRIT avaliou a eficácia da terapêutica de indução de infliximab em 249 doentes com psoríase em placas que previamente receberam PUVA ou terapêutica sistémica. Os doentes receberam perfusões intravenosas quer de infliximab doseadas a 3 ou a 5 mg/kg, ou perfusões de placebo, nas semanas 0, 2 e 6. Os doentes com um valor de avaliação médica global (PGA) ≥ 3 foram elegíveis para receberem perfusões adicionais do mesmo tratamento na semana 26.

No SPIRIT, a proporção de doentes que atingiu o PASI 75 na semana 10 foi de 71,7 % no grupo que recebeu 3 mg/kg de infliximab, de 87,9 % no grupo que recebeu 5 mg/kg de infliximab, e 5,9 % no grupo que recebeu placebo ($p < 0,001$). Na semana 26, vinte semanas após a última dose de indução, 30 % dos doentes do grupo que recebeu 5 mg/kg e 13,8 % dos doentes do grupo que recebeu 3 mg/kg atingiram o PASI 75. Entre as semanas 6 e 26, os sintomas de psoríase voltaram a surgir gradualmente com um tempo médio de recidiva de > 20 semanas. Não se observou recorrência.

O EXPRESS avaliou a eficácia da terapêutica de indução e manutenção com infliximab em 378 doentes com psoríase em placas. Os doentes receberam perfusões com 5 mg/kg de infliximab ou de placebo nas semanas 0, 2 e 6, seguidas por terapêutica de manutenção em cada 8 semanas até à semana 22, no grupo que recebeu placebo, e até à semana 46, no grupo que recebeu infliximab. Na semana 24, o grupo que recebeu placebo foi cruzado e passou a receber a terapêutica de indução de infliximab (5 mg/kg) seguida da terapêutica de manutenção de infliximab (5 mg/kg). A psoríase ungueal foi avaliada utilizando o índice de Gravidade da Psoríase Ungueal (NAPSI). 71,4 % dos doentes tinham recebido tratamentos anteriores com PUVA, metotrexato, ciclosporina ou acitretina, contudo não foram necessariamente considerados como resistentes aos tratamentos. Os resultados principais são apresentados na Tabela 10. Nos indivíduos que receberam tratamento com infliximab foram evidentes melhorias significativas de PASI 50 na primeira visita (semana 2) e melhorias de PASI 75 na segunda visita (semana 6). A eficácia foi semelhante no subgrupo de doentes que tinha sido exposto previamente a terapêuticas sistémicas comparativamente com a população geral estudada.

Tabela 10
Resumo da resposta PASI, resposta PGA e percentagem de doentes com todas as unhas sem evidência de doença nas semanas 10, 24 e 50. EXPRESS.

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (na semana 24)	Infliximab 5 mg/kg
Semana 10		
N	77	301
Melhoria $\geq 90\%$	1 (1,3 %)	172 (57,1 %) ^a
Melhoria $\geq 75\%$	2 (2,6 %)	242 (80,4 %) ^a
Melhoria $\geq 50\%$	6 (7,8 %)	274 (91,0 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	3 (3,9 %)	242 (82,9 %) ^{ab}
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	14 (18,2 %)	275 (94,2 %) ^{ab}

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (na semana 24)	Infliximab 5 mg/kg
Semana 24		
N	77	276
Melhoria ≥ 90 %	1 (1,3 %)	161 (58,3 %) ^a
Melhoria ≥ 75 %	3 (3,9 %)	227 (82,2 %) ^a
Melhoria ≥ 50 %	5 (6,5 %)	248 (89,9 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	2 (2,6 %)	203 (73,6 %) ^a
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	15 (19,5 %)	246 (89,1 %) ^a
Semana 50		
N	68	281
Melhoria ≥ 90 %	34 (50,0 %)	127 (45,2 %)
Melhoria ≥ 75 %	52 (76,5 %)	170 (60,5 %)
Melhoria ≥ 50 %	61 (89,7 %)	193 (68,7 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0) ou mínimas (1)	46 (67,6 %)	149 (53,0 %)
Valor de PGA-sem manifestações (0), mínimas (1), ou ligeiras (2)	59 (86,8 %)	189 (67,3 %)
Todas as unhas sem evidência de doença^c		
Semana 10	1/65 (1,5 %)	16/235 (6,8 %)
Semana 24	3/65 (4,6 %)	58/223 (26,0 %) ^a
Semana 50	27/64 (42,2 %)	92/226 (40,7 %)

a p < 0,001, para cada grupo de tratamento com infliximab vs. controlo.

b n = 292.

c A análise foi baseada nos indivíduos com psoriase ungueal de base (81,8 % dos indivíduos). Os valores médios basais do NAPSI foram 4,6 e 4,3 nos grupos do infliximab e placebo.

Foram demonstradas melhorias significativas em relação ao basal no Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (DLQI) (p < 0,001) e nos valores das componentes física e mental da Versão Reduzida (SF) 36 (p < 0,001 para a comparação de cada componente).

População pediátrica

Doença de Crohn pediátrica (6 a 17 anos de idade)

No estudo REACH, 112 doentes (6 a 17 anos, idade mediana 13,0 anos) com doença de Crohn ativa, moderada a grave (CDAI pediátrico mediano de 40), e uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais, receberam 5 mg/kg de infliximab nas semanas 0, 2 e 6. Todos os doentes recebiam obrigatoriamente uma dose estável de 6-MP, AZA ou MTX (35 % também estavam a receber corticosteroides no início do estudo). Os doentes avaliados pelo investigador como tendo resposta clínica na semana 10 foram aleatorizados e receberam 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 ou 12 semanas, como um regime de tratamento de manutenção. Se a resposta desaparecia durante o tratamento de manutenção, era permitido cruzar para uma dose mais elevada (10 mg/kg) e/ou um intervalo de administração mais curto (a cada 8 semanas). Trinta e dois (32) doentes pediátricos avaliáveis cruzaram de braço (9 doentes no grupo de manutenção do intervalo de 8 semanas e 23 doentes no grupo de manutenção do intervalo de 12 semanas). Vinte e quatro destes doentes (75,0 %) retomaram a resposta clínica após cruzarem de braço.

A proporção de doentes com resposta clínica na semana 10 foi de 88,4 % (99/112). A proporção de doentes que atingiram a remissão clínica na semana 10 foi de 58,9 % (66/112).

Às 30 semanas, a proporção de doentes em remissão clínica foi maior no grupo de manutenção com intervalo de 8 semanas (59,6 %, 31/52) do que no grupo de manutenção com intervalo de 12 semanas

(35,3 %, 18/51; p=0,013). Às 54 semanas, os números eram 55,8 % (29/52) e 23,5 % (12/51) nos grupos de manutenção com intervalo de 8 semanas e 12 semanas, respetivamente ($p < 0,001$). Os dados sobre as fistulas derivaram das pontuações de PCDAI. Dos 22 doentes que apresentavam fistulas no início do estudo, 63,6 % (14/22), 59,1 % (13/22) e 68,2 % (15/22) apresentaram resposta completa das fistulas nas semanas 10, 30 e 54, respetivamente, nos grupos de manutenção combinados dos intervalos de 8 semanas e 12 semanas.

Adicionalmente, foram observadas melhorias estatística e clinicamente significativas na qualidade de vida e na altura, assim como uma diminuição significativa da utilização de corticosteroides em comparação com o início do estudo.

Colite ulcerosa pediátrica (6 a 17 anos)

A eficácia e a segurança de infliximab foram avaliadas num estudo clínico (C0168T72) multicêntrico, aleatorizado, aberto, em grupo paralelo, com 60 doentes pediátricos com idades entre os 6 e os 17 anos (idade mediana 14,5 anos) com colite ulcerosa ativa, moderada a grave (pontuação de Mayo de 6 a 12; subpontuação endoscópica ≥ 2), com uma resposta inadequada às terapêuticas convencionais. Na linha de base, 53 % dos doentes estavam a receber tratamento imunomodulador (6-MP, AZA e/ou MTX) e 62 % dos doentes estavam a receber tratamento com corticosteroides. Foi permitida descontinuação dos imunomoduladores e a redução da dose dos corticosteroides após a semana 0.

Todos os doentes receberam um tratamento de indução de 5 mg/kg de infliximab nas semanas 0,2 e 6. Os doentes que não responderam ao infliximab na semana 8 ($n=15$) não receberam mais medicamento e voltaram para visitas de seguimento de segurança. Na semana 8, 45 doentes foram aleatorizados e receberam 5 mg/kg de infliximab em intervalos de 8 ou 12 semanas como regime de tratamento de manutenção.

A proporção de doentes com resposta clínica na semana 8 foi de 73,3 % (44/60). A resposta clínica na semana 8 foi semelhante entre os doentes com ou sem uso concomitante de imunomoduladores na linha de base. A remissão clínica à semana 8 foi de 33,3 % (17/51), de acordo com a pontuação do índice de atividade da colite ulcerosa pediátrica (PUCAI).

Na semana 54, a proporção de doentes em remissão clínica medida pela pontuação do PUCAI foi de 38 % (8/21) no grupo de manutenção com intervalo de 8 semanas e 18 % (4/22) no grupo de manutenção com intervalo de 12 semanas. Para os doentes a receberem corticosteroides na linha de base, a proporção de doentes em remissão e que não estavam a receber corticosteroides na semana 54 foi de 38,5 % (5/13) no grupo com intervalo de 8 semanas e 0 % (0/13) para o grupo de manutenção com intervalo de 12 semanas.

Neste estudo houve um maior número de doentes no grupo etário dos 12 aos 17 anos de idade do que no grupo dos 6 aos 11 anos de idade (45/60 vs. 15/60). Enquanto que o número de doentes em cada um dos subgrupos é demasiado pequeno para tirar qualquer conclusão definitiva relativamente ao efeito da idade, houve uma maior proporção de doentes no grupo mais novo com intensificação da dose e descontinuação da terapêutica devido a eficácia inadequada.

Outras indicações pediátricas

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com o medicamento de referência contendo infliximab em todos os subgrupos da população pediátrica na artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática, espondilite anquilosante, psoriase e doença de Crohn (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica).

5.2 Propriedades farmacocinéticas

A administração de perfusões intravenosas únicas de 1, 3, 5, 10 ou 20 mg/kg de infliximab provocou aumentos proporcionais, proporcionais à dose, das concentrações séricas máximas (C_{max}) e da área sob a curva da concentração-tempo (AUC). O volume de distribuição no estado de equilíbrio (V_d mediano

de 3,0 a 4,1 litros) foi independente da dose administrada e indicou que o infliximab se distribui predominantemente no compartimento vascular. Não se observou uma farmacocinética dependente do tempo. As vias de eliminação do infliximab não se encontram caracterizadas. Não foi detetado infliximab não alterado na urina. Não se observaram diferenças significativas na depuração ou no volume de distribuição relacionadas com a idade ou o peso em doentes com artrite reumatoide. Não foi estudada a farmacocinética do infliximab em doentes idosos. Não se realizaram estudos em indivíduos com doença hepática ou renal.

Em doses únicas de 3, 5 ou 10 mg/kg, os valores medianos da C_{max} foram de 77, 118 e 277 microgramas/ml, respetivamente. A mediana da semivida de eliminação, registada com estas doses, variou entre 8 e 9,5 dias. Na maioria dos doentes, o infliximab podia ser detetado no soro durante pelo menos 8 semanas após a administração da dose única recomendada de 5 mg/kg, na doença de Crohn, e com a dose de manutenção de 3 mg/kg, administrada em intervalos de 8 semanas, na artrite reumatoide.

A administração repetida de infliximab (5 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6, respetivamente, na doença de Crohn com formação de fistulas, 3 ou 10 mg/kg nas semanas 4 ou 8, respetivamente, na artrite reumatoide) resultou numa ligeira acumulação sérica de infliximab após a segunda dose. Não se observou qualquer acumulação adicional clinicamente relevante. Na maioria dos doentes com doença de Crohn com formação de fistulas, o infliximab foi detetado no soro durante 12 semanas (variável entre 4-28 semanas) após a administração do regime terapêutico.

População pediátrica

A análise da farmacocinética na população com um intervalo de idade dos 2 meses aos 17 anos, baseada nos dados obtidos de doentes com colite ulcerosa (N=60), doença de Crohn (N=112), artrite reumatoide juvenil (N=117) e doença de Kawasaki (N=16), indicaram que a exposição ao infliximab foi dependente do peso corporal de uma forma não-linear. Após a administração de 5 mg/kg de infliximab em cada 8 semanas, o valor mediano previsto no estado de equilíbrio após exposição ao infliximab (área sob a curva da concentração-tempo no estado de equilíbrio, AUC_{ss}), em doentes pediátricos entre os 6 anos e os 17 anos, foi aproximadamente 20 % inferior do que o estado de equilíbrio previsto após a exposição ao medicamento em adultos. O valor mediano da AUC_{ss} previsto em doentes pediátricos com 2 anos e menos de 6 anos foi aproximadamente 40 % inferior ao dos adultos, apesar de o número de doentes que suporta esta estimativa ser limitado.

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Não se verificam reações cruzadas entre o infliximab e o TNF α de outras espécies que não a humana e os chimpanzés. Deste modo, são limitados os dados convencionais de segurança pré-clínica relativamente ao infliximab. No estudo de toxicidade no desenvolvimento efetuado em ratinhos com um anticorpo análogo que inibe seletivamente a atividade funcional do TNF α do ratinho, não se observou qualquer evidência de toxicidade materna, embriotoxicidade ou teratogenicidade. Num estudo de fertilidade e da função reprodutora geral, o número de ratinhos fêmeas gestantes foi reduzido após a administração do mesmo anticorpo análogo. Desconhece-se se este achado foi devido a efeitos sobre os machos e/ou nas fêmeas. Num estudo de toxicidade de dose repetida efetuado em ratinhos com a duração de 6 meses, utilizando o mesmo anticorpo análogo contra o TNF α do ratinho, observaram-se depósitos de cristais na cápsula do cristalino de alguns dos ratinhos do grupo de tratamento. Não se realizaram exames oftalmológicos específicos em doentes por forma a investigar a relevância deste achado para os seres humanos.

Não se realizaram estudos a longo prazo com o objetivo de avaliar a carcinogenicidade potencial de infliximab. Os estudos efetuados em ratinhos com deficiência de TNF α demonstraram não existir um aumento dos tumores quando provocados com indutores e/ou promotores conhecidos de tumores.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1. Lista dos excipientes

Ácido acético
Acetato de sódio tri-hidratado
Sorbitol (E420)
Polissorbato 80 (E433)
Água para preparações injetáveis

6.2 Incompatibilidades

Na ausência de estudos de compatibilidade, este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.

6.3 Prazo de validade

Antes da diluição: 4 anos a 2 °C – 8 °C

Remsima pode ser conservado a temperaturas até um máximo de 30 °C durante um período único até 15 dias, mas não excedendo o prazo de validade original. O novo prazo de validade tem de ser escrito na cartonagem. Após remoção do frigorífico, Remsima não pode voltar a ser conservado no frigorífico.

Após a diluição

A estabilidade química e física da solução diluída foi demonstrada até 60 dias a 2 °C – 8 °C e durante um período adicional de 24 horas a 30 °C após retirar do frigorífico. De um ponto de vista microbiológico, a solução para perfusão deve ser administrada imediatamente, os tempos de conservação durante a utilização e condições de conservação antes da utilização são da responsabilidade do utilizador e normalmente não deverão ser superiores a 24 horas a 2 °C – 8 °C, a não ser que a reconstituição/diluição tenha ocorrido em condições assépticas controladas e validadas.

6.4 Precauções especiais de conservação

Conservar no frigorífico (2°C – 8°C).

Para condições de conservação até 30 °C, antes da diluição do medicamento, ver secção 6.3.

Condições de conservação do medicamento após a diluição, ver secção 6.3.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Frasco para injetáveis de vidro (tipo 1), com uma rolha de borracha (de butilo) e um selo de alumínio com um botão de remoção fácil.

Apresentações de 1, 2, 3, 4, 5 frascos para injetáveis.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação e manuseamento

1. A dose e o número de frascos para injetáveis de Remsima têm de ser calculados. Cada frasco para injetáveis de Remsima contém 100 mg ou 350 mg de infliximab. O volume total de concentrado de Remsima necessário tem de ser calculado.

2. O volume necessário de concentrado de Remsima deve ser diluído até 250 ml com solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%). Não dilua o concentrado de Remsima com qualquer outro solvente. A diluição pode ser conseguida extraindo um volume da solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%) do frasco de vidro ou saco de perfusão de 250 ml, igual ao volume de concentrado de Remsima necessário. O volume necessário de concentrado de Remsima deve ser adicionado lentamente até perfazer o volume do saco ou do frasco de perfusão de 250 ml e misturado suavemente. Para volumes superiores a 250 ml, utilizar um saco de perfusão maior (ex. 500 ml, 1000 ml) ou utilizar múltiplos sacos de perfusão de 250 ml para assegurar que a concentração da solução para perfusão não excede os 4 mg/ml. Se armazenada refrigerada após a diluição, deve permitir-se que a solução para perfusão se equilibre à temperatura ambiente (até 30 °C) durante 3 horas antes do Passo 3 (perfusão).
3. A solução para perfusão tem de ser administrada durante um período não inferior ao tempo de perfusão recomendado (ver secção 4.2). Deve ser utilizado apenas um sistema de perfusão com um filtro em linha, estéril, apirogénico, com baixa ligação às proteínas (tamanho dos poros: igual ou inferior a 1,2 micrómetros). Uma vez que não estão presentes conservantes, a administração da solução para perfusão deve ser iniciada o mais rapidamente possível e no espaço de 3 horas após a diluição. Se não for usada imediatamente, os tempos e condições de conservação antes da utilização são da responsabilidade do utilizador e normalmente não deverão ser superiores a 24 horas a 2°C – 8°C, a não ser que a diluição tenha sido realizada sob condições assépticas controladas e validadas (ver secção 6.3 acima). Qualquer quantidade não utilizada de solução para perfusão não deve ser conservada para reutilização.
4. Antes da administração, Remsima deve ser inspecionado visualmente para verificar se contém partículas ou apresenta sinais de alteração da cor. A solução não deve ser utilizada se contiver partículas opacas visíveis, partículas estranhas ou alterações da cor.
5. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/018
EU/1/13/853/019
EU/1/13/853/020
EU/1/13/853/021
EU/1/13/853/022
EU/1/13/853/023
EU/1/13/853/024
EU/1/13/853/025
EU/1/13/853/026
EU/1/13/853/027

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: DD de mês de AAAA
Data da última renovação: DD de mês de AAAA

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

ANEXO II

- A. FABRICANTE DA SUBSTÂNCIA ATIVA DE ORIGEM BIOLÓGICA E FABRICANTES RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE**
- B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO**
- C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**
- D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO**

**A. FABRICANTE DA SUBSTÂNCIA ATIVA DE ORIGEM BIOLÓGICA E
FABRICANTES RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE**

Nome e endereço do fabricante da substância ativa de origem biológica

CELLTRION, Inc.
23, Academy-ro,
Yeonsu-gu, Incheon, 22014
República da Coreia

CELLTRION, Inc. (Plant II, CLT2)
20, Academy-ro 51 beon-gil,
Yeonsu-gu, Incheon, 22014
República da Coreia

Lonza Biologics Tuas Pte Ltd
35 Tuas South Avenue 6,
Singapore 637377, Singapura

Nome e endereço do fabricante responsável pela libertação do lote

Millmount Healthcare Ltd.
Block 7
City North Business Campus
Stamullen, Co. Meath K32 YD60
Irlanda

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Alemanha

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
França

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó,
7B. 08290 Cerdanyola del Vallès,
Barcelona,
Espanha

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Alemanha

O folheto informativo que acompanha o medicamento tem de mencionar o nome e endereço do fabricante responsável pela libertação do lote em causa

B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados (ver anexo I: Resumo das Características do Medicamento, secção 4.2).

C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

- Relatórios periódicos de segurança (RPS)**

Os requisitos para a apresentação de RPS para este medicamento de estão estabelecidos na lista Europeia de datas de referência (lista EURD), tal como previsto nos termos do n.º7 do artigo 107.º-C da Diretiva 2001/83/CE e quaisquer atualizações subsequentes publicadas no portal europeu de medicamentos.

D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO

- Plano de gestão do risco (PGR)**

O Titular da AIM deve efetuar as atividades e as intervenções de farmacovigilância requeridas e detalhadas no PGR apresentado no Módulo 1.8.2. da autorização de introdução no mercado, e quaisquer atualizações subsequentes do PGR acordadas.

Deve ser apresentado um PGR atualizado:

- A pedido da Agência Europeia de Medicamentos
- Sempre que o sistema de gestão do risco for modificado, especialmente como resultado da receção de nova informação que possa levar a alterações significativas no perfil benefício-risco ou como resultado de ter sido atingido um objetivo importante (farmacovigilância ou minimização do risco).
- **Medidas adicionais de minimização do risco**

O programa educacional consiste num cartão de alerta do doente a ser entregue ao doente. O cartão tem como objetivo servir como um alerta para registo das datas e resultados de testes específicos e também facilitar a partilha de informações especiais acerca do tratamento em curso com o medicamento, com o(s) profissional(ais) de saúde que trata(m) o doente.

O cartão de alerta do doente deverá conter as seguintes mensagens chave:

- Um alerta para os doentes mostrarem o cartão de alerta do doente a todos os profissionais de saúde que o tratam, incluindo em situações de urgência, e uma mensagem para todos os profissionais de saúde em como o doente está a utilizar Remsima
- Informação de que o nome da marca e o número de lote devem ser registados
- Alerta para registrar o tipo, data e resultado dos rastreios de tuberculose
- Que o tratamento com Remsima pode aumentar os riscos de infecção grave/sepsia, infecções oportunistas, tuberculose, reativação de hepatite B e infecção por BCG em lactentes com exposição *in utero* ou através do leite materno a infliximab, e quando procurar assistência de um profissional de saúde
- Que Remsima 100 mg e 350 mg concentrado para solução para perfusão contém sorbitol e se o doente tiver intolerância hereditária à frutose, esta formulação administrada por via intravenosa não deve ser utilizada.
- Dados de contacto do médico prescritor

ANEXO III
ROTULAGEM E FOLHETO INFORMATIVO

A. ROTULAGEM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO**EMBALAGEM EXTERIOR****1. NOME DO MEDICAMENTO**

Remsima 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão
infliximab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Um frasco para injetáveis contém 100 mg de infliximab.
Após reconstituição um ml contém 10 mg de infliximab.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Excipientes: sacarose, polissorbato 80, fosfato de sódio di-hidrogenado mono-hidratado e fosfato dissódico di-hidratado.

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Pó para concentrado para solução para perfusão.

- 1 frasco para injetáveis
- 2 frascos para injetáveis
- 3 frascos para injetáveis
- 4 frascos para injetáveis
- 5 frascos para injetáveis

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Ler o folheto informativo antes de utilizar.

Via intravenosa.

Reconstituir e diluir antes de utilizar.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

VAL

VAL, fora do frigorífico _____

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico.

Pode ser conservado à temperatura ambiente (até 25°C) por um período único até 6 meses, sem exceder o prazo de validade original.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APPLICÁVEL**11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/001 1 frasco para injetáveis
EU/1/13/853/002 2 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/003 3 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/004 4 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/005 5 frascos para injetáveis

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO**15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO****16. INFORMAÇÕES EM BRAILLE**

Remsima 100 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE

ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO

RÓTULO DO FRASCO PARA INJETÁVEIS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Remsima 100 mg pó para concentrado
infliximab

IV

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Para via intravenosa após reconstituição e diluição.

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

100 mg

6. OUTRAS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO**EMBALAGEM EXTERIOR PARA SERINGA PRÉ-CHEIA COM PROTEÇÃO DE AGULHA AUTOMÁTICA****1. NOME DO MEDICAMENTO**

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia
infliximab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada seringa pré-cheia de dose única de 1 ml contém 120 mg de infliximab.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Excipientes: ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol, polissorbato 80, água para preparações injetáveis

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Solução injetável

1 seringa pré-cheia com 2 compressas embebidas em álcool
1 seringa pré-cheia com proteção de agulha com 2 compressas embebidas em álcool
2 seringas pré-cheias com 2 compressas embebidas em álcool
2 seringas pré-cheias com proteção de agulha com 2 compressas embebidas em álcool
4 seringas pré-cheias com 4 compressas embebidas em álcool
4 seringas pré-cheias com proteção de agulha com 4 compressas embebidas em álcool
6 seringas pré-cheias com 6 compressas embebidas em álcool
6 seringas pré-cheias com proteção de agulha com 6 compressas embebidas em álcool

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Via subcutânea

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

VAL

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico. Não congelar. Manter a seringa pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL**11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

CELLTRION Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/006 1 seringa pré-cheia
EU/1/13/853/009 1 seringa pré-cheia com proteção de agulha automática
EU/1/13/853/007 2 seringas pré-cheias
EU/1/13/853/010 2 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática
EU/1/13/853/008 4 seringas pré-cheias
EU/1/13/853/011 4 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática
EU/1/13/853/015 6 seringas pré-cheias
EU/1/13/853/016 6 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO**15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO****16. INFORMAÇÕES EM BRAILLE**

Remsima 120 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

RÓTULO DA SERINGA PRÉ-CHEIA COM PROTEÇÃO DE AGULHA AUTOMÁTICA

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Remsima 120 mg injetável
infliximab
SC

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

120 mg

6. OUTRAS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO**EMBALAGEM EXTERIOR PARA CANETA PRÉ-CHEIA****1. NOME DO MEDICAMENTO**

Remsima 120 mg solução injetável em caneta pré-cheia
infliximab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada caneta pré-cheia de dose única de 1 ml contém 120 mg de infliximab.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Excipientes: ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol, polissorbato 80, água para preparações injetáveis

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Solução injetável

- 1 caneta pré-cheia com 2 compressas embebidas em álcool
- 2 canetas pré-cheias com 2 compressas embebidas em álcool
- 4 canetas pré-cheias com 4 compressas embebidas em álcool
- 6 canetas pré-cheias com 6 compressas embebidas em álcool

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Via subcutânea

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO**8. PRAZO DE VALIDADE**

VAL

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico. Não congelar. Manter a caneta pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

CELLTRION Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/012 1 caneta pré-cheia
EU/1/13/853/013 2 canetas pré-cheias
EU/1/13/853/014 4 canetas pré-cheias
EU/1/13/853/017 6 canetas pré-cheias

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÕES EM BRAILLE

Remsima 120 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

RÓTULO DA CANETA PRÉ-CHEIA

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Remsima 120 mg injetável
infliximab
Via subcutânea

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

120 mg

6. OUTRAS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

EMBALAGEM EXTERIOR

1. NOME DO MEDICAMENTO

Remsima 40 mg/ml concentrado para solução para perfusão
infliximab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Um frasco para injetáveis contém 100 mg de infliximab (40 mg/ml).

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Excipientes: ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol, polissorbato 80, água para preparações injetáveis.

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Concentrado para solução para perfusão.

- 1 frasco para injetáveis
- 2 frascos para injetáveis
- 3 frascos para injetáveis
- 4 frascos para injetáveis
- 5 frascos para injetáveis

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

[Consultar o folheto para mais informações.](#)

Para via intravenosa após diluição.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

Este medicamento não deve ser administrado a doentes com intolerância hereditária à frutose (IHF) devido ao conteúdo de sorbitol. Consultar o folheto informativo para mais informações.

8. PRAZO DE VALIDADE

VAL

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico.

Pode ser conservado à temperatura ambiente (até 30 °C) por um período único até 15 dias, sem exceder o prazo de validade original.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL**11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/018 1 frasco para injetáveis
EU/1/13/853/019 2 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/020 3 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/021 4 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/022 5 frascos para injetáveis

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO**15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO****16. INFORMAÇÕES EM BRAILLE****17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D**

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

RÓTULO DO FRASCO PARA INJETÁVEIS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Remsima 40 mg/ml concentrado para solução para perfusão
infliximab

IV

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Para via intravenosa após diluição.

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

40 mg/ml
100 mg/2,5 ml

6. OUTRAS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

EMBALAGEM EXTERIOR

1. NOME DO MEDICAMENTO

Remsima 40 mg/ml concentrado para solução para perfusão
infliximab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Um frasco para injetáveis contém 350 mg de infliximab (40 mg/ml).

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Excipientes: ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol, polissorbato 80, água para preparações injetáveis

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Concentrado para solução para perfusão.

- 1 frasco para injetáveis
- 2 frascos para injetáveis
- 3 frascos para injetáveis
- 4 frascos para injetáveis
- 5 frascos para injetáveis

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

Consultar o folheto para mais informações.

Para via intravenosa após diluição.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

Este medicamento não deve ser administrado a doentes com intolerância hereditária à frutose (IHF) devido ao conteúdo de sorbitol. Consultar o folheto informativo para mais informações.

8. PRAZO DE VALIDADE

VAL

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico.

Pode ser conservado à temperatura ambiente (até 30 °C) por um período único até 15 dias, sem exceder o prazo de validade original.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL**11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/13/853/023 1 frasco para injetáveis
EU/1/13/853/024 2 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/025 3 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/026 4 frascos para injetáveis
EU/1/13/853/027 5 frascos para injetáveis

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO**15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO****16. INFORMAÇÕES EM BRAILLE****17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D**

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

RÓTULO DO FRASCO PARA INJETÁVEIS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Remsima 40 mg/ml concentrado para solução para perfusão
infliximab
IV

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Para via intravenosa após diluição.

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

40 mg/ml
350 mg/8,75 ml

6. OUTRAS

<p>Remsima Infliximab</p> <h2>Cartão de Alerta do Doente</h2> <p>Mostre este cartão a qualquer médico envolvido no seu tratamento.</p> <p>Este cartão de alerta do doente contém informação de segurança importante que necessita de ter em consideração antes e durante o tratamento com Remsima.</p> <p>Nome do doente: Nome do médico: Número de telefone do médico:</p> <p>Quando começar um cartão novo, guarde este cartão como referência durante 4 meses após a sua última dose de Remsima.</p> <p>Por favor, leia atentamente o Folheto Informativo de Remsima antes de utilizar este medicamento.</p> <p>Data de início do tratamento com Remsima:</p> <p>Administrações atuais:</p> <p>É importante que você e o seu médico registem o nome da marca e o número do lote do seu medicamento.</p> <p>Nome comercial: Número de lote:</p> <p>Peça ao seu médico que registe abaixo o tipo e data do(s) último(s) rastreio(s) para a tuberculose (TB):</p> <table border="0"> <tr> <td>Teste:</td> <td>Teste:</td> </tr> <tr> <td>Data:</td> <td>Data:</td> </tr> <tr> <td>Resultado:</td> <td>Resultado:</td> </tr> </table> <p>Por favor, certifique-se de que leva consigo, em qualquer visita a um profissional de saúde, uma lista que inclua todos os outros medicamentos que está a tomar.</p> <p>Lista de alergias:</p> <p>Lista de outros medicamentos:</p>	Teste:	Teste:	Data:	Data:	Resultado:	Resultado:	<h2>Infeções</h2> <p>Antes do tratamento com Remsima</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe o seu médico se tiver alguma infecção, mesmo que seja uma infecção muito pequena É muito importante que informe o seu médico se já teve tuberculose (TB) ou se esteve em contacto próximo com alguém que tenha tido TB. O seu médico irá fazer-lhe o teste para ver se tem TB. Peça ao seu médico que registe no cartão o tipo e data do(s) seu(s) último(s) rastreio(s) para a TB. Informe o seu médico se tiver hepatite B ou se sabe ou suspeita que é portador do vírus da hepatite B. <p>Durante o tratamento com Remsima</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de infecção. Estes sinais incluem febre, cansaço, tosse (persistente), dificuldade em respirar, perda de peso, suores noturnos, diarreia, feridas, problemas dentários, ardor ao urinar ou sintomas gripais. <h2>Gravidez, amamentação e vacinação</h2> <ul style="list-style-type: none"> Se recebeu Remsima enquanto estava grávida ou se está a amamentar, é importante que informe o médico do seu bebé sobre isso antes do seu bebé receber qualquer vacina. O seu bebé não deve receber uma “vacina viva” como a BCG (usada na prevenção da tuberculose) durante o período de 12 meses após o nascimento ou enquanto está a amamentar, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé. <h2>Intolerância hereditária à frutose</h2> <ul style="list-style-type: none"> Remsima 100 mg e 350 mg concentrado para solução para perfusão contém sorbitol. Se tiver intolerância hereditária à frutose (IHF), <u>não deve</u> receber a formulação administrada por via intravenosa. Informe o seu médico se tiver intolerância hereditária à frutose. Nesse caso, estão disponíveis outras formulações intravenosas de infliximab adequadas.
Teste:	Teste:						
Data:	Data:						
Resultado:	Resultado:						

Guarde este cartão consigo durante 4 meses após a sua última dose de Remsima, ou no caso de gravidez durante 12 meses após o nascimento do seu bebé. Os efeitos secundários podem ocorrer passado um longo período de tempo após a última dose de Remsima.

B. FOLHETO INFORMATIVO

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Remsima 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão infliximab

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a utilizar este medicamento, pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- O seu médico irá dar-lhe também um cartão de alerta do doente que contém informação de segurança importante que necessita de ter em consideração antes e durante o seu tratamento com Remsima.
- Quando começar um cartão novo, guarde este cartão como referência durante 4 meses após a sua última dose de Remsima.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico. Ver secção 4.

O que contém este folheto

1. O que é Remsima e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima
3. Como será administrado Remsima
4. Efeitos indesejáveis possíveis
5. Como conservar Remsima
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Remsima e para que é utilizado

Remsima contém a substância ativa infliximab. Infliximab é um anticorpo monoclonal - um tipo de proteína que se liga a um alvo específico no organismo chamado TNF (fator de necrose tumoral) alfa

Remsima pertence a um grupo de medicamentos denominados “antagonistas do TNF”. É utilizado em adultos para as seguintes doenças inflamatórias:

- Artrite reumatoide
- Artrite psoriática
- Espondilite anquilosante (Doença de Bechterew)
- Psoríase.

Remsima é também utilizado em adultos e crianças com idade igual ou superior a 6 anos para:

- Doença de Crohn
- Colite ulcerosa.

Remsima atua ligando-se seletivamente ao TNF alfa e inibindo a sua ação. O TNF alfa está envolvido nos processos inflamatórios do corpo e a sua inibição pode reduzir a inflamação no seu corpo.

Artrite reumatoide

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória das articulações. No caso de sofrer de artrite reumatoide ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se estes medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima, o qual será administrado com outro medicamento chamado metotrexato para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Artrite psoriática

A artrite psoriática é uma doença inflamatória das articulações, geralmente acompanhada por psoríase. No caso de sofrer de artrite psoriática ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Espondilite anquilosante (doença de Bechterew)

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória da espinha dorsal. No caso de sofrer de espondilite anquilosante receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- melhorar a sua função física.

Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória da pele. No caso de sofrer de psoríase em placas, moderada a grave, receberá primeiro tratamento com outros medicamentos ou tratamentos, tal como fototerapia. Se esses medicamentos ou tratamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para reduzir os sinais e sintomas da sua doença.

Colite ulcerosa

A colite ulcerosa é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de colite ulcerosa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para tratar a sua doença.

Doença de Crohn

A doença de Crohn é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de doença de Crohn receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- tratar a doença de Crohn ativa,
- reduzir o número de aberturas anormais (fistulas) entre o seu intestino e a sua pele que não foram controladas com outros medicamentos ou cirurgia.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima

Não lhe deve ser administrado Remsima se

- tem alergia ao infliximab ou a qualquer outro componente deste medicamento (indicados na secção 6).
- tem alergia às proteínas de ratinho.
- tem tuberculose (TB) ou outra infecção grave tal como pneumonia ou sépsis (uma infecção bacteriana grave do sangue).
- tem insuficiência cardíaca moderada ou grave.

Não use Remsima se alguma das situações acima se aplica a si. Se não tiver a certeza, fale com o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima.

Advertências e precauções

Fale com o seu médico antes ou durante o tratamento com Remsima e verifique se:

Foi tratado anteriormente com qualquer medicamento contendo infliximab

- Informe o seu médico se tiver sido tratado com medicamentos contendo infliximab no passado e está agora a iniciar novamente o tratamento com Remsima.

- Se tiver feito um intervalo superior a 16 semanas no seu tratamento com o infliximab, existe um risco mais elevado de reações alérgicas ao iniciar o tratamento.

Infeções

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tiver alguma infecção, mesmo que seja mínima.
- Antes de lhe ser administrado Remsima, fale com o seu médico se alguma vez tiver residido ou viajado para uma região onde infecções como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose são frequentes. Estas infecções são causadas por tipos específicos de fungos que podem afetar os pulmões ou outras partes do seu corpo.
- Pode apanhar infecções mais facilmente enquanto está a ser tratado com Remsima. Se tem 65 anos de idade ou mais, tem um risco maior.
- Estas infecções podem ser graves e incluem a tuberculose, infecções causadas por vírus, fungos, ou bactérias ou outros organismos do ambiente e sépsis que podem pôr a sua vida em risco.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de infecção durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem febre, tosse, sinais de gripe, mal-estar, calor ou pele vermelha, feridas ou problemas dentários. O seu médico poderá recomendar parar temporariamente Remsima.

Tuberculose (TB)

- É muito importante que informe o seu médico se já teve TB ou se esteve em contacto próximo com alguém que tenha tido TB.
- O seu médico irá fazer-lhe o teste para ver se tem TB. Têm sido notificados casos de TB em doentes tratados com infliximab, mesmo em doentes que foram já tratados com medicamentos para a TB. O seu médico irá registar estes testes no seu cartão de alerta do doente.
- Se o seu médico achar que está em risco de ter TB, poderá ser tratado com medicamentos para a TB antes de lhe ser administrado Remsima.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de TB durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem tosse persistente, perda de peso, cansaço, febre, suores noturnos.

Vírus da Hepatite B

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se for um portador ou se já tiver tido hepatite B.
- Informe o seu médico se pensa que pode estar em risco de contrair hepatite B.
- O seu médico deverá fazer-lhe um teste para o vírus da hepatite B.
- O tratamento com antagonistas do TNF, tal como Remsima, pode resultar na reativação do vírus da hepatite B em doentes portadores deste vírus, que em alguns casos pode pôr a sua vida em risco.
- Se tiver reativação da hepatite B, o seu médico poderá ter de parar ou suspender o seu tratamento e poderá dar-lhe medicamentos, tais como terapêutica antivírica eficaz com tratamento de suporte.

Problemas no coração

- Informe o seu médico se tem qualquer problema no coração, tal como insuficiência cardíaca leveira.
- O seu médico irá querer monitorizar cuidadosamente o seu coração.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais novos ou agravamento da insuficiência cardíaca durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem dificuldade em respirar ou inchaço nos pés.

Cancro e linfoma

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve linfoma (um tipo de cancro do sangue) ou qualquer outro cancro.

- Doentes com artrite reumatoide grave que sofrem da doença há muito tempo, podem ter um risco mais elevado de desenvolver linfoma.
- Crianças e adultos a utilizar Remsima podem ter um risco aumentado de desenvolver linfoma ou outro cancro.
- Alguns doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab desenvolveram um tipo de cancro raro chamado linfoma hepatoesplénico das células T. Destes doentes, a maior parte eram rapazes adolescentes ou jovens do sexo masculino e a maioria tinha doença de Crohn ou colite ulcerosa. Este tipo de cancro tem habitualmente levado à morte. Quase todos os doentes receberam igualmente medicamentos contendo azatioprina ou mercaptopurina além do antagonista do TNF.
- Alguns doentes tratados com infliximab desenvolveram certos tipos de cancro de pele. Se ocorrer alguma alteração na sua pele, ou crescimento de sinais na pele, durante ou após o tratamento, fale com o seu médico.
- Algumas mulheres em tratamento para a artrite reumatoide com infliximab desenvolveram cancro do colo do útero. Para mulheres a utilizar Remsima, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade, o seu médico poderá recomendar rastreio regular do cancro do colo do útero.

Doença nos pulmões ou hábitos tabágicos intensos

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem uma doença nos pulmões denominada Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou se tem hábitos tabágicos intensos.
- Doentes com DPOC e doentes com hábitos tabágicos intensos podem ter um risco mais elevado de desenvolver cancro com o tratamento com Remsima.

Doenças do sistema nervoso

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve um problema que afete o seu sistema nervoso. Isto inclui esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré, se tem convulsões ou se lhe foi diagnosticado nevrite ótica.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de uma doença do sistema nervoso durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem alterações na sua visão, fraqueza nos seus braços ou pernas, entorpecimento ou formigueiro em qualquer parte do seu corpo.

Aberturas anormais na pele

- Informe o seu médico se tem quaisquer aberturas anormais na pele (fistulas) antes de lhe ser administrado Remsima.

Vacinação

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber uma vacina.
- Deve receber as vacinas recomendadas antes de iniciar o tratamento com Remsima. Poderá receber algumas vacinas durante o tratamento com Remsima mas não poderá receber vacinas vivas (vacinas que contêm um agente infecioso vivo mas enfraquecido) enquanto está a fazer tratamento com Remsima uma vez que podem causar infecções.
- Se recebeu Remsima enquanto estava grávida, o seu bebé pode também ter um maior risco de contrair uma infecção como resultado de lhe ter sido administrado uma vacina viva durante o primeiro ano de vida. É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima para que eles possam decidir quando o seu bebé deve receber qualquer vacina, incluindo vacinas vivas como a vacina BCG (usada na prevenção da tuberculose).
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de o seu bebé receber qualquer vacina. Para mais informações ver secção relativa à Gravidez, amamentação e fertilidade.

Agentes terapêuticos infecciosos

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber tratamento com um agente terapêutico infeccioso (como instilação de BCG usada no tratamento do cancro).

Cirurgia ou tratamentos dentários

- Informe o seu médico se vai ser sujeito a qualquer cirurgia ou tratamento dentário.
- Informe o seu cirurgião ou dentista que está a fazer tratamento com Remsima e mostre-lhe o seu cartão de alerta do doente.

Problemas de fígado

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram problemas de fígado graves.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de problemas de fígado durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções na pele ou febre.

Baixo número de células no sangue

- Em alguns doentes a receber Remsima, o organismo pode não produzir em quantidade suficiente as células sanguíneas que ajudam a combater infecções ou que ajudam a parar hemorragias.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de baixo número de células no sangue durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem febre persistente, hemorragias ou nódoas negras com maior facilidade, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou palidez.

Alteração do sistema imunitário

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram sintomas de uma alteração do sistema imunitário chamada lúpus.
- Informe imediatamente o seu médico se desenvolver sintomas de lúpus durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem dor nas articulações ou erupção da pele na face ou braços, sensível ao sol.

Crianças e adolescentes

A informação descrita acima também se aplica a crianças e adolescentes. Além disso:

- Algumas crianças e adolescentes que receberam antagonistas do TNF, como o infliximab, desenvolveram cancos, incluindo de tipos não habituais, que algumas vezes resultaram em morte.
- Mais crianças a tomar infliximab desenvolveram infecções em comparação com os adultos. As crianças devem receber a vacinação recomendada antes de iniciarem o tratamento com Remsima. As crianças poderão receber algumas vacinas durante o tratamento com Remsima mas não devem receber vacinas vivas enquanto estão a fazer tratamento com Remsima.

Remsima só deve ser utilizado em crianças que estejam a fazer tratamento para a doença de Crohn ou colite ulcerosa. Estas crianças têm de ter idade igual ou superior a 6 anos.

Se não tem a certeza se qualquer uma das situações acima se aplica a si, fale com o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima.

Outros medicamentos e Remsima

Doentes que tenham doenças inflamatórias já tomam medicamentos para tratar o seu problema. Estes medicamentos podem causar efeitos indesejáveis. O seu médico irá aconselhá-lo sobre os medicamentos que deve continuar a utilizar enquanto está a fazer tratamento com Remsima.

Informe o seu médico se estiver a utilizar, tiver utilizado recentemente, ou se vier a utilizar outros medicamentos, incluindo qualquer outro medicamento usado no tratamento da doença de Crohn, colite ulcerosa, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoriase ou medicamentos não sujeitos a receita médica, tais como vitaminas e medicamentos à base de plantas.

Em particular, informe o seu médico se estiver a utilizar qualquer um dos seguintes medicamentos:

- Medicamentos que afetam o seu sistema imunitário
- Kineret (que contém anakinra). Remsima e Kineret não devem ser administrados em conjunto
- Orencia (que contém abatacept). Remsima e Orencia não devem ser administrados em conjunto.

Enquanto estiver a utilizar Remsima não deverá receber vacinas vivas. Se estiver a utilizar Remsima durante a gravidez ou se está a receber Remsima enquanto está a amamentar, informe o médico do seu bebé e outros profissionais de saúde que cuidem do seu bebé sobre a utilização de Remsima antes de o bebé receber qualquer vacina.

Se não tem a certeza se qualquer uma das situações acima se aplica a si, fale com o seu médico ou farmacêutico antes de utilizar Remsima.

Gravidez, amamentação e fertilidade

- Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico antes de tomar este medicamento. Remsima apenas deve ser utilizado durante a gravidez ou amamentação se o seu médico considerar que é necessário para si.
- Deve evitar ficar grávida enquanto estiver a fazer tratamento com Remsima e durante 6 meses após o fim do tratamento. Discuta com o seu médico a utilização de contraceção durante este tempo.
- Se recebeu Remsima durante a gravidez, o seu bebé pode ter um maior risco de contrair uma infecção.
- É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se recebeu Remsima durante a gravidez, dar a vacina BCG (usada na prevenção de tuberculose) ao seu bebé no período de 12 meses após o seu nascimento pode resultar numa infecção com complicações graves, incluindo morte. Vacinas vivas, como a vacina BCG não devem ser administradas ao seu bebé no período de 12 meses após o nascimento, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé. Para mais informações consulte a secção sobre vacinação.
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se está a amamentar, não devem ser administradas vacinas vivas ao seu bebé, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé.
- Foram comunicados casos de diminuição acentuada do número de glóbulos brancos do sangue em lactentes cujas mães foram tratadas com infliximab durante a gravidez. Se o seu bebé tem febre contínua ou infecções, contacte o médico do seu bebé de imediato.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Não é provável que Remsima afete a sua capacidade de conduzir ou utilizar ferramentas ou máquinas. Se sentir cansaço, tonturas ou mal-estar após a administração de Remsima, não conduza ou utilize quaisquer ferramentas ou máquinas.

Remsima contém sódio

Remsima contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio”. No entanto, antes de lhe ser dado Remsima, ele é misturado com uma solução que contém sódio. Fale com o seu médico se estiver numa dieta com restrição em sal

Remsima contém polissorbato 80

Este medicamento contém 0,5 mg de polissorbato 80 em cada frasco para injetáveis. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

3. Como será administrado Remsima

Artrite reumatoide

A dose habitual é de 3 mg por cada kg de peso corporal.

Artrite psoriática, espondilite anquilosante (doença de Bechterew), psoríase, colite ulcerosa e doença de Crohn

A dose habitual é de 5 mg por cada kg de peso corporal.

Como será administrado Remsima

- Remsima irá ser-lhe administrado pelo seu médico ou enfermeiro.
- O seu médico ou enfermeiro irá preparar o medicamento para perfusão.
- O medicamento irá ser-lhe administrado por perfusão (gota-a-gota) (durante 2 horas) numa das suas veias, habitualmente do seu braço. Após o terceiro tratamento, o seu médico poderá decidir administrar-lhe a sua dose de Remsima durante 1 hora.
- Será monitorizado enquanto lhe é administrado Remsima assim como nas 1 a 2 horas seguintes.

Qual a dose de Remsima administrada

- O médico irá decidir qual a sua dose e com que frequência lhe será administrado Remsima. Isto irá depender da sua doença, peso e o quanto responde a Remsima.
- A tabela abaixo mostra com que frequência irá habitualmente ser-lhe administrado este medicamento após a sua primeira dose.

Dose do 2.º tratamento	2 semanas após a sua 1.ª dose
Dose do 3.º tratamento	6 semanas após a sua 1.ª dose
Dose dos tratamentos seguintes	A cada 6 a 8 semanas, dependendo da sua doença

Utilização em crianças e adolescentes

Em crianças (com idade igual ou superior a 6 anos) tratadas para a doença de Crohn ou colite ulcerosa, a dose recomendada é a mesma que para adultos.

Se lhe for administrado mais Remsima do que deveria

Como a administração deste medicamento é feita pelo seu médico ou enfermeiro, é pouco provável que lhe administrado mais Remsima do que deveria.

Não existem efeitos indesejáveis conhecidos devido à toma excessiva de Remsima.

Caso se tenha esquecido ou falte à sua perfusão de Remsima

Se se esquecer ou faltar a uma marcação para receber Remsima, faça outra marcação o mais rapidamente possível.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico.

4. Efeitos indesejáveis possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Os efeitos indesejáveis são, na sua maioria, leves a moderados. Contudo, alguns doentes podem ter efeitos indesejáveis graves e podem necessitar de tratamento. Os efeitos indesejáveis podem também ocorrer após o seu tratamento com Remsima ter terminado.

Informe imediatamente o seu médico se detetar qualquer um dos seguintes efeitos indesejáveis:

- **Sinais de uma reação alérgica**, tais como inchaço da sua face, lábios, boca ou garganta que podem provocar dificuldades em engolir ou respirar, erupção da pele, urticária, inchaço das mãos, pés ou tornozelos. Algumas destas reações podem ser graves ou colocar em risco de vida. Pode surgir uma reação alérgica durante as 2 horas da sua perfusão ou posteriormente. Outros sinais de efeitos indesejáveis alérgicos que podem surgir até 12 dias após a sua perfusão

incluem dor nos músculos, febre, dor nas articulações ou nos maxilares, dor de garganta ou dor de cabeça.

- **Sinais de um problema no coração**, tais como desconforto ou dor no peito, dor nos braços, dor de estômago, dificuldade em respirar, ansiedade, atordoamento, tonturas, desmaio, transpirar, náuseas (sentir-se enjoado), vômito, sentir vibração ou pulsação no peito, batimento do coração acelerado ou lento e inchaço dos pés.
- **Sinais de infecção (incluindo TB)**, tais como febre, cansaço, tosse que pode ser persistente, dificuldade em respirar, sintomas gripais, perda de peso, suores noturnos, diarreia, feridas, acumulação de pus no intestino ou à volta do ânus (abcesso), problemas dentários ou sensação de ardor ao urinar.
- **Possíveis sinais de cancro** incluindo mas não limitado a inchaço dos gânglios linfáticos, perda de peso, febre, nódulos invulgares na pele, alterações em sinais ou na coloração da pele, ou hemorragia vaginal invulgar.
- **Sinais de um problema nos pulmões**, tais como tosse, dificuldades em respirar ou aperto no peito.
- **Sinais de um problema no sistema nervoso (incluindo problemas nos olhos)**, tais como sinais de um AVC (adormecimento ou fraqueza súbitos da cara, braço ou perna, especialmente de um dos lados do corpo; confusão súbita, dificuldades na fala ou de compreensão; dificuldade devisão num ou em ambos os olhos, dificuldade na marcha, tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação ou dor de cabeça forte), convulsões, formigueiro/adormecimento em qualquer parte do seu corpo, fraqueza nos braços ou pernas, alterações da visão, tais como visão dupla ou outros problemas nos olhos.
- **Sinais de um problema no fígado** (incluindo hepatite B se já teve hepatite B no passado), tais como pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções da pele ou febre.
 - **Sinais de uma doença do sistema imunitário chamada lúpus** tais como dor nas articulações ou uma erupção da pele na face ou braços sensível ao sol (lúpus) ou tosse, falta de ar, febre ou erupção da pele (sarcoidose).
- **Sinais de baixo número de células do sangue** tais como febre persistente, perder de sangue ou ficar com nódoas negras mais facilmente, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou ter um aspetto pálido.
- **Sinais de problemas da pele graves** tais como pontos avermelhados tipo alvo ou manchas circulares muitas vezes com bolhas centrais no tronco, grandes áreas de pele descamativa e exfoliativa, úlceras na boca, garganta, nariz, órgãos genitais e olhos ou pequenos inchaços cheios de pus que podem estar espalhados pelo corpo. Estas reações da pele podem ser acompanhadas de febre.

Informe imediatamente o seu médico se detetar quaisquer efeitos indesejáveis mencionados acima.

Observaram-se os seguintes efeitos indesejáveis com Remsima:

Muito frequentes: podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas

- Dor no estômago, sensação de mal-estar
- Infeções virais, tais como herpes ou gripe
- Infeções do trato respiratório superior, tal como sinusite
- Dor de cabeça
- Efeitos indesejáveis devido a uma perfusão
- Dor.

Frequentes: podem afetar até 1 em cada 10 pessoas

- Alterações na forma como o seu fígado funciona, aumento das enzimas hepáticas (revelado nas análises ao sangue)
- Infeções pulmonares ou torácicas, tais como bronquite ou pneumonia
- Dificuldade ou dor ao respirar, dor no peito
- Sangramento no estômago ou intestino, diarreia, indigestão, azia, obstipação (prisão de ventre)
- Erupção tipo urticária, erupção da pele com comichão ou pele seca

- Problemas de equilíbrio ou tonturas
- Febre, sudação (transpiração) aumentada
- Problemas de circulação, tais como tensão arterial alta ou baixa
- Hematomas (nódoas negras), afrontamentos ou perda de sangue pelo nariz, pele vermelha e quente (rubor)
- Sensação de cansaço ou fraqueza
- Infeções bacterianas, tais como intoxicação do sangue, abcesso ou infecção da pele (celulite)
- Infecção fúngica da pele
- Problemas de sangue, tais como anemia ou baixa contagem de glóbulos brancos do sangue
- Nódulos linfáticos inchados
- Depressão, problemas de sono
- Problemas nos olhos, incluindo olhos vermelhos e infecções
- Batimento rápido do coração (taquicardia) ou palpitações
- Dor nas articulações, músculos ou nas costas
- Infecção do trato urinário
- Psoríase, problemas de pele, tais como eczema e perda de cabelo
- Reações no local da injeção, tais como dor, inchaço, vermelhidão ou prurido
- Arrepios, uma acumulação de líquido debaixo da pele que causa inchaço
- Sensação de dormência ou ter uma sensação de formigueiro.

Pouco frequentes: podem afetar até 1 em cada 100 pessoas

- Falta de irrigação sanguínea, inchaço de uma veia
- Acumulação de sangue fora dos vasos sanguíneos (hematoma) ou nódoa negra
- Problemas de pele, tais como bolhas, verrugas, coloração ou pigmentação anormal da pele ou lábios inchados, ou espessamento da pele, pele vermelha ou com escamas
- Reações alérgicas graves (ex. anafilaxia), uma doença do sistema imunitário chamada lúpus, reações alérgicas a proteínas estranhas
- Feridas que demoram mais tempo a sarar
- Inchaço da vesícula biliar ou fígado (hepatite), lesão do fígado
- Falhas de memória, irritabilidade, confusão, nervosismo
- Problemas nos olhos, incluindo visão desfocada ou reduzida, olhos inchados ou trecochos
- Aparecimento ou agravamento da insuficiência cardíaca, batimentos cardíacos lentos
- Desmaio
- Convulsões, problemas dos nervos
- Orifício intestinal ou obstrução do intestino, dor de estômago ou cólicas
- Inchaço do pâncreas (pancreatite)
- Infecções fúngicas, tais como infecções micóticas ou infecção fúngica das unhas
- Problemas pulmonares (tais como edema)
- Líquido à volta dos pulmões (derrame pleural)
- Estreitamento das vias respiratórias dos pulmões, que causam dificuldade em respirar
- Inflamação do revestimento do pulmão, que causa dores agudas no peito que piora com a respiração (pleurisia)
- Tuberculose
- Infecções do rim
- Baixa contagem de plaquetas, demasiados glóbulos brancos no sangue
- Infecções vaginais
- Resultados de análises ao sangue com “anticorpos” contra o seu próprio organismo.
- Alterações nos níveis de colesterol e gordura no sangue.
- Aumento de peso (para a maioria dos doentes o aumento de peso foi ligeiro)

Raros: podem afetar até 1 em cada 1.000 doentes

- Um tipo de cancro do sangue (linfoma)
- O seu sangue não fornece a quantidade de oxigénio suficiente para o seu corpo, problemas de circulação, tais como estreitamento de um vaso sanguíneo

- Inflamação da membrana que reveste o cérebro (meningite)
- Infeções devido a um enfraquecimento do sistema imunitário
- Infecção por hepatite B, quando já teve hepatite B no passado
- Inflamação do fígado causada por um problema no sistema imunitário (hepatite autoimune)
- Problema no fígado que causa pele ou olhos amarelados (icterícia)
- Crescimento ou inchaço anormal dos tecidos
- Reação alérgica grave que pode causar perda de consciência e colocar a vida em risco (choque anafilático)
- Inchaço dos pequenos vasos sanguíneos (vasculite)
- Alterações imunitárias que podem afetar os pulmões, pele e gânglios linfáticos (tal como sarcoidose)
- Acumulação de células imunitárias em resultado de uma resposta inflamatória (lesões granulomatosas)
- Falta de interesse ou emoção
- Problemas graves de pele como necrólise epidérmica tóxica, Síndrome de Stevens-Johnson e pustulose exantemática generalizada aguda
- Outros problemas de pele tais como eritema multiforme, bolhas e pele descamativa ou furúnculos (furunculose)
- Doenças graves do sistema nervoso como mielite transversa, doença semelhante a esclerose múltipla, nevrite ótica, síndrome de Guillain-Barré
- Inflamação no olho que pode causar alterações na visão, incluindo cegueira
- Líquido na camada que reveste o coração (derrame pericárdico)
- Problemas graves do pulmão (tais como doença pulmonar intersticial)
- Melanoma (um tipo de cancro da pele)
- Cancro do colo do útero
- Baixo número de células no sangue, incluindo uma diminuição acentuada, do número de glóbulos brancos
- Pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele
- Valores anormais de uma proteína sanguínea chamada “fator de complemento” que faz parte do sistema imunitário
- Reações liquenoides (erupção cutânea de cor vermelha-arroxeadas com comichão e/ou linhas de cor branca-acinzentada nas membranas mucosas).

Desconhecido: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis

- Cancro em crianças e adultos
- Um cancro do sangue raro que afeta maioritariamente rapazes adolescentes ou homens jovens (linfoma hepatoesplénico das células T)
- Insuficiência hepática
- Carcinoma de células Merkel (um tipo de cancro da pele)
- Sarcoma de Kaposi, um cancro raro relacionado com a infecção pelo vírus herpes humano 8. O sarcoma de Kaposi aparece mais frequentemente na forma de lesões cutâneas de cor púrpura
- Agravamento de uma doença chamada dermatomiosite (que corresponde a uma erupção da pele acompanhada de fraqueza muscular)
- Ataque cardíaco
- AVC (acidente vascular cerebral)
- Perda de visão temporária que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão
- Infecção originada por uma vacina viva devido a um sistema imunitário enfraquecido.

Efeitos indesejáveis adicionais em crianças e adolescentes

As crianças que tomaram infliximab para o tratamento da doença de Crohn revelaram algumas diferenças relativamente aos efeitos indesejáveis quando comparadas com os adultos que tomaram infliximab para a doença de Crohn. Os efeitos indesejáveis que aconteceram mais em crianças foram: baixa contagem de glóbulos vermelhos do sangue (anemia), sangue nas fezes, baixa contagem geral de glóbulos brancos do sangue (leucopenia), vermelhidão ou corar (rubor), infecções virais, baixa

contagem de glóbulos brancos do sangue que combatem as infecções (neutropenia), fraturas ósseas, infecções bacterianas e reações alérgicas do trato respiratório.

Comunicação de efeitos indesejáveis

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, ou farmacêutico ou enfermeiro. Também poderá comunicar efeitos indesejáveis diretamente através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#). Ao comunicar efeitos indesejáveis, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

5. Como conservar Remsima

Remsima será geralmente armazenado por profissionais de saúde. Os detalhes de conservação que deverá saber são os seguintes:

- Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.
- Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso no rótulo e na embalagem, depois “VAL”. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.
- Conservar no frigorífico (2°C - 8°C).
- Este medicamento pode também ser conservado na embalagem de origem fora do frigorífico até à temperatura máxima de 25°C por um período único até seis meses, mas sem exceder o prazo de validade original. Nesta situação, não volte a conservar no frigorífico. Escreva o novo prazo de validade na cartonagem incluindo dia/mês/ano. Elimine o medicamento se este não for utilizado até ao novo prazo de validade ou até ao prazo de validade impresso na cartonagem, conforme a data mais próxima.
- Após a preparação de Remsima para perfusão, é recomendado que seja utilizado o mais rapidamente possível (dentro de 3 horas). Contudo, se a solução for preparada sob condições asséticas, pode ser conservada no frigorífico entre 2°C - 8°C até 60 dias e por um período adicional de 24 horas a 25°C após retirar do frigorífico.
- Não utilize este medicamento se verificar que a solução apresenta alteração da coloração ou partículas.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Remsima

- A substância ativa é infliximab. Cada frasco para injetáveis contém 100 mg de infliximab. Após preparação, cada ml contém 10 mg de infliximab.
- Os outros componentes são sacarose, polissorbato 80 (E433), fosfato de sódio di-hidrogenado mono-hidratado e fosfato dissódico di-hidratado.

Qual o aspeto de Remsima e conteúdo da embalagem

Remsima é fornecido num frasco para injetáveis de vidro contendo um pó para concentrado para solução para perfusão. O pó é branco.

Remsima é produzido em embalagens de 1, 2, 3, 4 ou 5 frascos para injetáveis. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular de Autorização de Introdução no Mercado

Celltrion Healthcare Hungary Kft.

1062 Budapest

Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony

Hungria

Fabricante

Millmount Healthcare Ltd.
Block 7
City North Business Campus
Stamullen, Co. Meath K32 YD60
Irlanda

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Alemanha

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
França

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó,
7B. 08290 Cerdanyola del Vallès,
Barcelona,
Espanha

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Alemanha

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

België/Belgique/Belgien

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418

Lietuva

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

България

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Тел.: + 36 1 231 0493

Luxembourg/Luxemburg

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418

Česká republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Magyarország

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: +36 1 231 0493

Danmark

Orion Pharma A/S
Tlf.: + 45 86 14 00 00

Malta

Mint Health Ltd.
Tel: + 356 2093 9800
info@mint.com.mt

Deutschland

Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Nederland

Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: +31 20 888 7300

Eesti
Orion Pharma Eesti OÜ
Tel: + 372 6 644 550

Ελλάδα
BIANEE A.E.
Τηλ: +30 210 8009111 – 120

España
Kern Pharma, S.L.
Tel: + 34 93 700 25 25

France
Celltrion Healthcare France SAS
Tel: +33 (0)1 71 25 27 00

Hrvatska
OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 385 1 6595 777
oktal-pharma@oktal-pharma.hr

Ireland
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Ísland
Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia
Celltrion Healthcare Italy S.r.l.
Via Luigi Galvani, 24 - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 0247 927040

Κύπρος
C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Latvija
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Norge
Orion Pharma AS
Tlf: + 47 40 00 42 10

Österreich
Astro-Pharma GmbH
Tel.: +43 1 97 99 860
office@astropharma.at

Polska
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel.: + 36 1 231 0493

Portugal
PharmaKERN Portugal – Produtos
Farmacêuticos, Sociedade Unipessoal, Lda.
Tel: + 351 214 200 290

România
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 40 21 412 0017

Slovenija
OPH Oktal Pharma d.o.o.
Tel: + 386 1 519 29 22
info@oktal-pharma.si

Slovenská republika
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493
info@egis.sk

Suomi/Finland
Orion Pharma
Puh/Tel: + 358 10 4261

Sverige
Orion Pharma AB
Tel: + 46 8 623 64 40

United Kingdom (Northern Ireland)
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Este folheto foi revisto pela última vez em {MM/AAAA}.

Outras fontes de informação

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

A informação que se segue destina-se apenas aos profissionais de saúde:

O cartão de alerta do doente deve ser entregue a doentes tratados com Remsima.

Instruções de utilização e manuseamento – condições de conservação

Conservar a 2°C - 8°C.

Remsima pode ser conservado a temperaturas até um máximo de 25°C durante um período único até 6 meses, mas não excedendo o prazo de validade original. O novo prazo de validade tem de ser escrito na cartonagem. Após remoção do frigorífico, Remsima não pode voltar a ser conservado no frigorífico.

Instruções de utilização e manuseamento – reconstituição, diluição e administração

De forma a melhorar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, o nome e o número de lote do medicamento administrado devem ser claramente registados.

1. A dose e o número de frascos para injetáveis de Remsima têm de ser calculados. Cada frasco para injetáveis de Remsima contém 100 mg de infliximab. O volume total da solução de Remsima reconstituída necessária tem de ser calculado.
2. Sob condições asséticas, cada frasco para injetáveis de Remsima deve ser reconstituído com 10 ml de água para injetáveis, utilizando uma seringa com uma agulha de calibre 21 (0,8 mm) ou mais pequena. A tampa de remoção fácil do frasco para injetáveis tem de ser retirada e o topo tem de ser limpo com uma compressa embebida em álcool a 70 %. A agulha da seringa deve ser introduzida no frasco para injetáveis, na parte central da rolha de borracha, e o jato de água para injetáveis dirigido para a parede de vidro do frasco para injetáveis. O frasco para injetáveis deve ser rodado, efetuando movimentos giratórios suaves, para dissolver o pó. A agitação prolongada ou vigorosa deve ser evitada. O FRASCO PARA INJETÁVEIS NÃO DEVE SER AGITADO. Pode ocorrer formação de espuma na solução após a reconstituição. A solução reconstituída deve repousar durante 5 minutos. A solução deve ser incolor a amarelo claro e opalescente. A solução pode apresentar algumas partículas finas translúcidas em virtude do infliximab ser uma proteína. A solução não deve ser utilizada se estiverem presentes partículas opacas ou outras partículas estranhas ou caso se observe alteração da cor.
3. O volume necessário da solução de Remsima reconstituída deve ser diluído até 250 ml com solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9 %). Não dilua a solução de Remsima reconstituída com qualquer outro solvente. A diluição pode ser conseguida extraíndo um volume da solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9 %) do frasco de vidro ou saco de perfusão de 250 ml, igual ao volume de Remsima reconstituído. O volume necessário da solução de Remsima reconstituída deve ser adicionado lentamente até perfazer o volume do saco ou do frasco de perfusão de 250 ml e misturado suavemente. Para volumes superiores a 250 ml, utilizar um saco de perfusão maior (ex. 500 ml, 1.000 ml) ou utilizar múltiplos sacos de perfusão de 250 ml para assegurar que a concentração da solução para perfusão não excede os 4 mg/ml. Se armazenada refrigerada após reconstituição e diluição, deve permitir-se que a solução para perfusão se equilibre à temperatura ambiente de 25°C durante 3 horas antes do Passo 4 (perfusão). O armazenamento por mais de 24 horas a 2°C – 8°C aplica-se apenas à preparação do Remsima no saco de perfusão.
4. A solução para perfusão tem de ser administrada durante um período não inferior ao tempo de perfusão recomendado (ver secção 3). Deve ser utilizado apenas um sistema de perfusão com um filtro em linha, estéril, apirogénico, com baixa ligação às proteínas (tamanho dos poros: igual ou inferior a 1,2 micrómetros). Uma vez que não estão presentes conservantes, a

administração da solução para perfusão deve ser iniciada o mais rapidamente possível e no espaço de 3 horas após a reconstituição e a diluição. Se não for usada imediatamente, os tempos e condições de conservação antes da utilização são da responsabilidade do utilizador e normalmente não deverão ser superiores a 24 horas a 2°C – 8°C, a não ser que a reconstituição/diluição tenha sido realizada em condições assépticas controladas e validadas. Qualquer quantidade não utilizada de solução para perfusão não deve ser conservada para reutilização.

5. Antes da administração, Remsima deve ser inspecionado visualmente para verificar se contém partículas ou apresenta sinais de alteração da cor. A solução não deve ser utilizada se contiver partículas opacas visíveis, partículas estranhas ou alterações da cor.
6. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Remsima 120 mg solução injetável em seringa pré-cheia infliximab

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a utilizar este medicamento, pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- O seu médico irá dar-lhe também um cartão de alerta do doente que contém informação de segurança importante que necessita de ter em consideração antes e durante o seu tratamento com Remsima.
- Quando começar um cartão novo, guarde este cartão como referência durante 4 meses após a sua última dose de Remsima.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro. Ver secção 4.

O que contém este folheto

1. O que é Remsima e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima
3. Como utilizar Remsima
4. Efeitos indesejáveis possíveis
5. Como conservar Remsima
6. Conteúdo da embalagem e outras informações
7. Instruções de utilização

1. O que é Remsima e para que é utilizado

Remsima contém a substância ativa infliximab. Infliximab é um anticorpo monoclonal - um tipo de proteína que se liga a um alvo específico no organismo chamado TNF (fator de necrose tumoral) alfa.

Remsima pertence a um grupo de medicamentos denominados “antagonistas do TNF”. É utilizado em adultos para as seguintes doenças inflamatórias:

- Artrite reumatoide
- Artrite psoriática
- Espondilite anquilosante (Doença de Bechterew)
- Psoríase
- Doença de Crohn
- Colite ulcerosa.

Remsima atua ligando-se seletivamente ao TNF alfa e inibindo a sua ação. O TNF alfa está envolvido nos processos inflamatórios do corpo e a sua inibição pode reduzir a inflamação no seu corpo.

Artrite reumatoide

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória das articulações. No caso de sofrer de artrite reumatoide ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se estes medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima, o qual será administrado com outro medicamento chamado metotrexato para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Artrite psoriática

A artrite psoriática é uma doença inflamatória das articulações, geralmente acompanhada por psoríase. No caso de sofrer de artrite psoriática ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Espondilite anquilosante (doença de Bechterew)

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória da espinha dorsal. No caso de sofrer de espondilite anquilosante receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- melhorar a sua função física.

Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória da pele. No caso de sofrer de psoríase em placas, moderada a grave, receberá primeiro tratamento com outros medicamentos ou tratamentos, tal como fototerapia. Se esses medicamentos ou tratamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para reduzir os sinais e sintomas da sua doença.

Colite ulcerosa

A colite ulcerosa é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de colite ulcerosa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para tratar a sua doença.

Doença de Crohn

A doença de Crohn é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de doença de Crohn receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- tratar a doença de Crohn ativa,
- reduzir o número de aberturas anormais (fistulas) entre o seu intestino e a sua pele que não foram controladas com outros medicamentos ou cirurgia.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima

Não utilize Remsima se

- tem alergia ao infliximab ou a qualquer outro componente deste medicamento (indicados na secção 6).
- tem alergia às proteínas de ratinho.
- tem tuberculose (TB) ou outra infecção grave, tal como pneumonia ou sépsis (uma infecção bacteriana grave do sangue).
- tem insuficiência cardíaca moderada ou grave.

Não use Remsima se alguma das situações acima se aplica a si. Se não tiver a certeza, fale com o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima.

Advertências e precauções

Fale com o seu médico antes ou durante o tratamento com Remsima e verifique se:

Foi tratado anteriormente com qualquer medicamento contendo infliximab

- Informe o seu médico se tiver sido tratado com medicamentos contendo infliximab no passado e está agora a iniciar novamente o tratamento com Remsima.

- Se tiver feito um intervalo superior a 16 semanas no seu tratamento com o infliximab, existe um risco mais elevado de reações alérgicas ao iniciar o tratamento.

Reações no local de injeção

- Alguns doentes a receber infliximab através de uma injeção por baixo da pele tiveram reações no local de injeção. Os sinais de uma reação no local de injeção podem incluir vermelhidão, dor, comichão, inchaço, dureza, nódoas negras, hemorragia, sensação de frio, sensação de formigueiro, irritação, erupção cutânea, úlcera, urticária, bolhas e crosta na pele no local de injeção.
- A maioria destas reações é ligeira a moderada e resolve-se maioritariamente por si só no prazo de um dia.

Infeções

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tiver alguma infeção, mesmo que seja mínima.
- Antes de lhe ser administrado Remsima, fale com o seu médico se alguma vez tiver residido ou viajado para uma região onde infeções como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose são frequentes. Estas infeções são causadas por tipos específicos de fungos que podem afetar os pulmões ou outras partes do seu corpo.
- Pode apanhar infeções mais facilmente enquanto está a ser tratado com Remsima. Se tem 65 anos de idade ou mais, tem um risco maior.
- Estas infeções podem ser graves e incluem a tuberculose, infeções causadas por vírus, fungos, bactérias ou outros organismos do ambiente e sépsis que podem pôr a sua vida em risco.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de infeção durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem febre, tosse, sinais de gripe, mal-estar, calor ou pele vermelha, feridas ou problemas dentários. O seu médico poderá recomendar parar temporariamente Remsima.

Tuberculose (TB)

- É muito importante que informe o seu médico se já teve TB ou se esteve em contacto próximo com alguém que tenha tido TB.
- O seu médico irá fazer-lhe o teste para ver se tem TB. Têm sido notificados casos de TB em doentes tratados com infliximab, mesmo em doentes que foram já tratados com medicamentos para a TB. O seu médico irá registar estes testes no seu cartão de alerta do doente.
- Se o seu médico achar que está em risco de ter TB, poderá ser tratado com medicamentos para a TB antes de lhe ser administrado Remsima.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de TB durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem tosse persistente, perda de peso, cansaço, febre, suores noturnos.

Vírus da Hepatite B

- Informe o seu médico antes de começar a utilizar Remsima se for um portador ou se já tiver tido hepatite B.
- Informe o seu médico se pensa que pode estar em risco de contrair hepatite B.
- O seu médico deverá fazer-lhe um teste para o vírus da hepatite B.
- O tratamento com antagonistas do TNF, tal como Remsima, pode resultar na reativação do vírus da hepatite B em doentes portadores deste vírus, que em alguns casos pode pôr a sua vida em risco.
- Se tiver reativação da hepatite B, o seu médico poderá ter de parar ou suspender o seu tratamento e poderá dar-lhe medicamentos, tais como terapêutica antivírica eficaz com tratamento de suporte.

Problemas no coração

- Informe o seu médico se tem qualquer problema no coração, tal como insuficiência cardíaca ligeira.
- O seu médico irá querer monitorizar cuidadosamente o seu coração.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais novos ou agravamento da insuficiência cardíaca durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem dificuldade em respirar ou inchaço nos pés.

Cancro e linfoma

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve linfoma (um tipo de cancro do sangue) ou qualquer outro cancro.
- Doentes com artrite reumatoide grave que sofrem da doença há muito tempo, podem ter um risco mais elevado de desenvolver linfoma.
- Os doentes a utilizar Remsima podem ter um risco aumentado de desenvolver linfoma ou outro cancro.
- Alguns doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab, desenvolveram um tipo de cancro raro chamado linfoma hepatoesplénico das células T. Destes doentes, a maior parte eram rapazes adolescentes ou jovens do sexo masculino e a maioria tinha doença de Crohn ou colite ulcerosa. Este tipo de cancro tem habitualmente levado à morte. Quase todos os doentes receberam igualmente medicamentos contendo azatioprina ou mercaptopurina além do antagonista do TNF.
- Alguns doentes tratados com infliximab desenvolveram certos tipos de cancro de pele. Se ocorrer alguma alteração na sua pele, ou crescimento de sinais na pele, durante ou após o tratamento, fale com o seu médico.
- Algumas mulheres em tratamento para a artrite reumatoide com infliximab desenvolveram cancro do colo do útero. Para mulheres a utilizar Remsima, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade, o seu médico poderá recomendar rastreio regular do cancro do colo do útero..

Doença nos pulmões ou hábitos tabágicos intensos

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem uma doença nos pulmões denominada Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou se tem hábitos tabágicos intensos.
- Doentes com DPOC e doentes com hábitos tabágicos intensos podem ter um risco mais elevado de desenvolver cancro com o tratamento com Remsima.

Doenças do sistema nervoso

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve um problema que afete o seu sistema nervoso. Isto inclui esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré, se tem convulsões ou se lhe foi diagnosticado nevrite ótica.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de uma doença do sistema nervoso durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem alterações na sua visão, fraqueza nos seus braços ou pernas, entorpecimento ou formigueiro em qualquer parte do seu corpo.

Aberturas anormais na pele

- Informe o seu médico se tem quaisquer aberturas anormais na pele (fistulas) antes de lhe ser administrado Remsima.

Vacinação

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber uma vacina.
- Deve receber as vacinas recomendadas antes de iniciar o tratamento com Remsima. Poderá receber algumas vacinas durante o tratamento com Remsima mas não poderá receber vacinas

vivas (vacinas que contêm um agente infecioso vivo mas enfraquecido) enquanto está a fazer tratamento com Remsima uma vez que podem causar infeções.

- Se recebeu Remsima enquanto estava grávida, o seu bebé pode também ter um maior risco de contrair uma infeção como resultado de lhe ter sido administrado uma vacina viva durante o primeiro ano de vida. É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima para que eles possam decidir quando o seu bebé deve receber qualquer vacina, incluindo vacinas vivas como a vacina BCG (usada na prevenção da tuberculose).
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de o seu bebé receber qualquer vacina. Para mais informações ver secção relativa à Gravidez, amamentação e fertilidade.

Agentes terapêuticos infecciosos

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber tratamento com um agente terapêutico infeccioso (como instilação de BCG usada no tratamento do cancro).

Cirurgia ou tratamentos dentários

- Informe o seu médico se vai ser sujeito a qualquer cirurgia ou tratamento dentário.
- Informe o seu cirurgião ou dentista que está a fazer tratamento com Remsima e mostre-lhe o seu cartão de alerta do doente.

Problemas de fígado

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram problemas de fígado graves.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de problemas de fígado durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções na pele ou febre.

Baixo número de células no sangue

- Em alguns doentes a receber Remsima, o organismo pode não produzir em quantidade suficiente as células sanguíneas que ajudam a combater infeções ou que ajudam a parar hemorragias.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de baixo número de células no sangue durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem febre persistente, hemorragias ou nódoas negras com maior facilidade, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou palidez.

Alteração do sistema imunitário

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram sintomas de uma alteração do sistema imunitário chamada lúpus.
- Informe imediatamente o seu médico se desenvolver sintomas de lúpus durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem dor nas articulações ou erupção da pele na face ou braços, sensível ao sol.

Crianças e adolescentes

Não dê este medicamento a crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade pois não existem dados que mostrem que este medicamento é seguro e funciona nesta faixa etária.

Outros medicamentos e Remsima

Doentes que tenham doenças inflamatórias já tomam medicamentos para tratar o seu problema. Estes medicamentos podem causar efeitos indesejáveis. O seu médico irá aconselhá-lo sobre os medicamentos que deve continuar a utilizar enquanto está a fazer tratamento com Remsima.

Informe o seu médico se estiver a utilizar, tiver utilizado recentemente, ou se vier a utilizar outros medicamentos, incluindo qualquer outro medicamento usado no tratamento da doença de Crohn, colite ulcerosa, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoriase ou medicamentos não sujeitos a receita médica, tais como vitaminas e medicamentos à base de plantas.

Em particular, informe o seu médico se estiver a utilizar qualquer um dos seguintes medicamentos:

- Medicamentos que afetam o seu sistema imunitário
 - Kineret (que contém anakinra). Remsima e Kineret não devem ser administrados em conjunto
 - Orencia (que contém abatacept). Remsima e Orencia não devem ser administrados em conjunto.
- Enquanto estiver a utilizar Remsima não deverá receber vacinas vivas. Se estiver a utilizar Remsima durante a gravidez ou se está a receber Remsima enquanto está a amamentar, informe o médico do seu bebé e outros profissionais de saúde que cuidem do seu bebé, sobre a utilização de Remsima antes de o bebé receber qualquer vacina.

Se não tem a certeza se qualquer uma das situações acima se aplica a si, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro antes de utilizar Remsima.

Gravidez, amamentação e fertilidade

- Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico antes de tomar este medicamento. Remsima apenas deve ser utilizado durante a gravidez ou amamentação se o seu médico considerar que é necessário para si.
- Deve evitar ficar grávida enquanto estiver a fazer tratamento com Remsima e durante 6 meses após o fim do tratamento. Discuta com o seu médico a utilização de contraceção durante este tempo.
- Se recebeu Remsima durante a gravidez, o seu bebé pode ter um maior risco de contrair uma infecção.
- É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se recebeu Remsima durante a gravidez, dar a vacina BCG (usada na prevenção de tuberculose) ao seu bebé no período de 12 meses após o seu nascimento pode resultar numa infecção com complicações graves, incluindo morte. Vacinas vivas, como a vacina BCG não devem ser administradas ao seu bebé no período de 12 meses após o nascimento, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé. Para mais informações consulte a secção sobre vacinação.
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se está a amamentar, não devem ser administradas vacinas vivas ao seu bebé, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé.
- Foram comunicados casos de diminuição acentuada do número de glóbulos brancos do sangue em lactentes cujas mães foram tratadas com infliximab durante a gravidez. Se o seu bebé tem febre contínua ou infecções, contacte o médico do seu bebé de imediato.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Não é provável que Remsima afete a sua capacidade de conduzir ou utilizar ferramentas ou máquinas. Se sentir cansaço, tonturas ou mal-estar após a administração de Remsima, não conduza ou utilize quaisquer ferramentas ou máquinas.

Remsima contém sódio e sorbitol

Remsima contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio” e 45 mg de sorbitol em cada dose de 120 mg.

Remsima contém polissorbato 80

Este medicamento contém 0,5 mg de polissorbato 80 em cada seringa pré-cheia que é equivalente a 0,5 mg/ml. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

3. Como utilizar Remsima

Tome este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico. Fale com o seu médico se tiver dúvidas.

Artrite reumatoide

O seu médico irá iniciar o seu tratamento com ou sem duas doses de infliximab perfusão intravenosa de 3 mg por cada kg de peso corporal (administradas numa veia, normalmente no braço, durante 2 horas). Se as doses de infliximab perfusão intravenosa forem administradas no início do tratamento, são administradas com 2 semanas de intervalo através de perfusão intravenosa.

Após 4 semanas a contar da última perfusão intravenosa, irá receber Remsima através de uma injeção por baixo da pele (injeção subcutânea). Se as doses de Remsima injeção subcutânea forem administradas no início do tratamento, Remsima 120 mg deve ser administrado como uma injeção subcutânea seguida de injeções subcutâneas adicionais nas semanas 1, 2, 3 e 4 após a primeira injeção e, em seguida, a cada 2 semanas.

A dose normalmente recomendada de Remsima injeção subcutânea é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas, independentemente do peso.

Artrite psoriática, espondilite anquilosante (doença de Bechterew) e psoríase

O seu médico irá iniciar o seu tratamento com duas doses de infliximab perfusão intravenosa de 5 mg por cada kg de peso corporal (administradas numa veia, normalmente no braço, durante 2 horas). São administradas com 2 semanas de intervalo através de perfusão intravenosa. Após 4 semanas a contar da última perfusão intravenosa, irá receber Remsima através de uma injeção por baixo da pele (injeção subcutânea).

A dose normalmente recomendada de Remsima injeção subcutânea é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas, independentemente do peso.

Doença de Crohn e colite ulcerosa

O seu médico irá iniciar o seu tratamento com duas ou três doses de infliximab perfusão intravenosa de 5 mg por cada kg de peso corporal (administradas numa veia, normalmente no braço, durante 2 horas). São administradas com 2 semanas de intervalo através de perfusão intravenosa e podem ser administradas perfusões intravenosas adicionais 4 semanas após a segunda perfusão.

Após 4 semanas a contar da última perfusão intravenosa, irá receber Remsima através de uma injeção por baixo da pele (injeção subcutânea).

A dose normalmente recomendada de Remsima injeção subcutânea é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas, independentemente do peso.

Como será administrado Remsima

- Remsima 120 mg solução injetável é administrado apenas através de injeção por baixo da pele (via subcutânea). É importante que verifique os rótulos do medicamento para garantir que está a ser administrada a formulação correta, tal como foi receitado.
- Para doentes com artrite reumatoide, o seu médico pode iniciar o tratamento com Remsima com ou sem doses de infliximab por perfusão intravenosa. Para doentes com espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoríase, duas doses de infliximab por perfusão intravenosa serão administradas para iniciar o tratamento com Remsima. Para doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa, duas ou três doses de infliximab por perfusão intravenosa serão administradas para iniciar o tratamento com Remsima.

- Para doentes com artrite reumatoide, se o tratamento com Remsima for iniciado sem duas doses de infliximab por perfusão intravenosa, a tabela abaixo mostra com que frequência irá habitualmente ser-lhe administrado Remsima 120 mg subcutâneo após a sua primeira dose.

2.ª dose	1 semana após a sua 1.ª dose
3.ª dose	2 semanas após a sua 1.ª dose
4.ª dose	3 semanas após a sua 1.ª dose
5.ª dose	4 semanas após a sua 1.ª dose
Doses seguintes	6 semanas após a sua 1.ª dose e, em seguida, a cada 2 semanas

- As doses de infliximab por perfusão intravenosa serão administradas pelo seu médico ou enfermeiro com 2 semanas de intervalo e podem ser administradas perfusões intravenosas adicionais 4 semanas após a segunda perfusão para doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa, ao critério do seu médico para iniciar o tratamento com Remsima. A primeira injeção subcutânea de Remsima será administrada 4 semanas após a última perfusão intravenosa seguida de injeções subcutâneas de Remsima administradas a cada 2 semanas.
- A primeira injeção subcutânea de Remsima será administrada sob supervisão do seu médico.
- Após treino adequado, se sentir que já tem prática e se sente confiante para injetar Remsima a si próprio, o seu médico irá autorizá-lo a injetar as doses seguintes de Remsima a si próprio, na sua casa.
- Fale com o seu médico se tiver dúvidas sobre administrar uma injeção a si próprio. Irá encontrar “**Instruções de utilização**” detalhadas no final deste folheto.

Se utilizar mais Remsima do que deveria

Se utilizou mais Remsima do que deveria (por ter injetado demasiado numa única ocasião ou por o ter utilizado com demasiada frequência), consulte um médico, farmacêutico ou enfermeiro imediatamente. Traga sempre a embalagem exterior consigo, mesmo que esteja vazia.

Caso se tenha esquecido de utilizar Remsima

Dose esquecida até 7 dias

Se esquecer uma dose de Remsima por até 7 dias, após a dose programada original, tome a dose esquecida imediatamente. Tome a sua próxima dose na próxima data originalmente planeada e depois siga o esquema posológico original.

Dose esquecida por 8 dias ou mais

Se esquecer uma dose de Remsima por 8 dias ou mais, após a dose programada original, não deve tomar a dose esquecida. Tome a sua próxima dose na próxima data originalmente planeada e depois siga o esquema posológico original.

Caso não tenha a certeza de quando deve injetar Remsima, entre em contacto com o seu médico.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.

4. Efeitos indesejáveis possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Os efeitos indesejáveis são, na sua maioria, ligeiros a moderados. Contudo, alguns doentes podem ter efeitos indesejáveis graves e podem necessitar de tratamento. Os efeitos indesejáveis podem também ocorrer após o seu tratamento com Remsima ter terminado.

Informe imediatamente o seu médico se detetar qualquer um dos seguintes efeitos indesejáveis:

- Sinais de uma reação alérgica**, tais como inchaço da sua face, lábios, boca ou garganta que podem provocar dificuldades em engolir ou respirar, erupção da pele, urticária, inchaço das

mãos, pés ou tornozelos. Algumas destas reações podem ser graves ou colocar em risco de vida. Pode surgir uma reação alérgica durante as 2 horas da sua perfusão ou posteriormente. Outros sinais de efeitos indesejáveis alérgicos que podem surgir até 12 dias após a sua perfusão incluem dor nos músculos, febre, dor nas articulações ou nos maxilares, dor de garganta ou dor de cabeça.

- **Sinais de uma reação no local de injeção**, tais como vermelhidão, dor, comichão, inchaço, dureza, nódoas negras, hemorragia, sensação de frio, sensação de formigueiro, irritação, erupção cutânea, úlcera, urticária, bolhas e crosta.
- **Sinais de um problema no coração**, tais como desconforto ou dor no peito, dor nos braços, dor de estômago, dificuldade em respirar, ansiedade, atordoamento, tonturas, desmaio, transpirar, náuseas (sentir-se enjoado), vômito, sentir vibração ou pulsação no peito, batimento do coração acelerado ou lento e inchaço dos pés.
- **Sinais de infecção (incluindo TB)**, tais como febre, cansaço, tosse que pode ser persistente, dificuldade em respirar, sintomas gripais, perda de peso, suores noturnos, diarreia, feridas, acumulação de pus no intestino ou à volta do ânus (abcesso), problemas dentários ou sensação de ardor ao urinar.
- **Possíveis sinais de cancro** incluindo mas não limitado a inchaço dos gânglios linfáticos, perda de peso, febre, nódulos invulgares na pele, alterações em sinais ou na coloração da pele, ou hemorragia vaginal invulgar.
- **Sinais de um problema nos pulmões**, tais como tosse, dificuldades em respirar ou aperto no peito.
- **Sinais de um problema no sistema nervoso (incluindo problemas nos olhos)**, tais como sinais de um AVC (adormecimento ou fraqueza súbitos da cara, braço ou perna, especialmente de um dos lados do corpo; confusão súbita, dificuldades na fala ou de compreensão; dificuldade devisão num ou em ambos os olhos, dificuldade na marcha, tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação ou dor de cabeça forte), convulsões, formigueiro/adormecimento em qualquer parte do seu corpo, fraqueza nos braços ou pernas, alterações da visão, tais como visão dupla ou outros problemas nos olhos.
- **Sinais de um problema no fígado** (incluindo hepatite B se já teve hepatite B no passado), tais como pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções da pele ou febre.
- **Sinais de uma doença do sistema imunitário chamada lúpus** tais como dor nas articulações ou uma erupção da pele na face ou braços sensível ao sol (lúpus) ou tosse, falta de ar, febre ou erupção da pele (sarcoidose).
- **Sinais de baixo número de células do sangue** tais como febre persistente, perder sangue ou ficar com nódoas negras mais facilmente, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou ter um aspetto pálido.
- **Sinais de problemas da pele graves** tais como pontos avermelhados tipo alvo ou manchas circulares muitas vezes com bolhas centrais no tronco, grandes áreas de pele descamativa e exfoliativa, úlceras na boca, garganta, nariz, órgãos genitais e olhos ou pequenos inchaços cheios de pus que podem estar espalhados pelo corpo. Estas reações da pele podem ser acompanhadas de febre.

Informe imediatamente o seu médico se detetar quaisquer efeitos indesejáveis mencionados acima.

Observaram-se os seguintes efeitos indesejáveis com Remsima:

Muito frequentes: podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas

- Dor no estômago, sensação de mal-estar
- Infeções virais, tais como herpes ou gripe
- Infeções do trato respiratório superior, tal como sinusite
- Dor de cabeça
- Efeitos indesejáveis devido a uma injeção
- Dor.

Frequentes: podem afetar até 1 em cada 10 pessoas

- Alterações na forma como o seu fígado funciona, aumento das enzimas hepáticas (revelado nas análises ao sangue)
- Infeções pulmonares ou torácicas, tais como bronquite ou pneumonia
- Dificuldade ou dor ao respirar, dor no peito
- Sangramento no estômago ou intestino, diarreia, indigestão, azia, obstipação (prisão de ventre)
- Erupção tipo urticária, erupção da pele com comichão ou pele seca
- Problemas de equilíbrio ou tonturas
- Febre, sudação (transpiração) aumentada
- Problemas de circulação, tais como tensão arterial alta ou baixa
- Hematomas (nódoas negras), afrontamentos ou perda de sangue pelo nariz, pele vermelha e quente (rubor)
- Sensação de cansaço ou fraqueza
- Infeções bacterianas, tais como intoxicação do sangue, abcesso ou infecção da pele (celulite)
- Infecção fúngica da pele
- Problemas de sangue, tais como anemia ou baixa contagem de glóbulos brancos do sangue
- Nódulos linfáticos inchados
- Depressão, problemas de sono
- Problemas nos olhos, incluindo olhos vermelhos e infecções
- Batimento rápido do coração (taquicardia) ou palpitações
- Dor nas articulações, músculos ou nas costas
- Infecção do trato urinário
- Psoríase, problemas de pele, tais como eczema e perda de cabelo
- Reações no local da injeção, tais como dor, inchaço, vermelhidão ou prurido
- Arrepios, uma acumulação de líquido debaixo da pele que causa inchaço
- Sensação de dormência ou ter uma sensação de formigueiro.

Pouco frequentes: podem afetar até 1 em cada 100 pessoas

- Falta de irrigação sanguínea, inchaço de uma veia
- Acumulação de sangue fora dos vasos sanguíneos (hematoma) ou nódoa negra
- Problemas de pele, tais como bolhas, verrugas, coloração ou pigmentação anormal da pele ou lábios inchados, ou espessamento da pele, pele vermelha ou com escamas
- Reações alérgicas graves (ex. anafilaxia), uma doença do sistema imunitário chamada lúpus, reações alérgicas a proteínas estranhas
- Feridas que demoram mais tempo a sarar
- Inchaço da vesícula biliar ou fígado (hepatite), lesão do fígado
- Falhas de memória, irritabilidade, confusão, nervosismo
- Problemas nos olhos, incluindo visão desfocada ou reduzida, olhos inchados ou treçolhos
- Aparecimento ou agravamento da insuficiência cardíaca, batimentos cardíacos lentos
- Desmaio
- Convulsões, problemas dos nervos
- Orifício intestinal ou obstrução do intestino, dor de estômago ou cólicas
- Inchaço do pâncreas (pancreatite)
- Infecções fúngicas, tais como infecções micóticas ou infecção fúngica das unhas
- Problemas pulmonares (tais como edema)
- Líquido à volta dos pulmões (derrame pleural)
- Estreitamento das vias respiratórias dos pulmões, que causam dificuldade em respirar
- Inflamação do revestimento do pulmão, que causa dores agudas no peito que piora com a respiração (pleurisia)
- Tuberculose
- Infecções do rim
- Baixa contagem de plaquetas, demasiados glóbulos brancos no sangue
- Infecções vaginais
- Resultados de análises ao sangue com “anticorpos” contra o seu próprio organismo.

- Alterações nos níveis de colesterol e gordura no sangue.
- Aumento de peso (para a maioria dos doentes o aumento de peso foi ligeiro)

Raros: podem afetar até 1 em cada 1.000 doentes

- Um tipo de cancro do sangue (linfoma)
- O seu sangue não fornece a quantidade de oxigénio suficiente para o seu corpo, problemas de circulação, tais como estreitamento de um vaso sanguíneo
- Inflamação da membrana que reveste o cérebro (meningite)
- Infecções devido a um enfraquecimento do sistema imunitário
- Infecção por hepatite B, quando já teve hepatite B no passado
- Inflamação do fígado causada por um problema no sistema imunitário (hepatite autoimune)
- Problema no fígado que causa pele ou olhos amarelados (icterícia)
- Crescimento ou inchaço anormal dos tecidos
- Reação alérgica grave que pode causar perda de consciência e colocar a vida em risco (choque anafilático)
- Inchaço dos pequenos vasos sanguíneos (vasculite)
- Alterações imunitárias que podem afetar os pulmões, pele e gânglios linfáticos (tal como sarcoidose)
- Acumulação de células imunitárias em resultado de uma resposta inflamatória (lesões granulomatosas)
- Falta de interesse ou emoção
- Problemas graves de pele como necrólise epidérmica tóxica, Síndrome de Stevens-Johnson e pustulose exantemática generalizada aguda
- Outros problemas de pele tais como eritema multiforme, bolhas e pele descamativa ou furúnculos (furunculose)
- Doenças graves do sistema nervoso como mielite transversa, doença semelhante a esclerose múltipla, nevrite ótica, síndrome de Guillain-Barré
- Inflamação no olho que pode causar alterações na visão, incluindo cegueira
- Líquido na camada que reveste o coração (derrame pericárdico)
- Problemas graves do pulmão (tais como doença pulmonar intersticial)
- Melanoma (um tipo de cancro da pele)
- Cancro do colo do útero
- Baixo número de células no sangue, incluindo uma diminuição acentuada, do número de glóbulos brancos
- Pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele
- Valores anormais de uma proteína sanguínea chamada “fator de complemento” que faz parte do sistema imunitário
- Reações liquenoides (erupção cutânea de cor vermelha-arroxeadas com comichão e/ou linhas de cor branca-acinzentada nas membranas mucosas).

Desconhecido: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis

- Cancro
- Um cancro do sangue raro que afeta maioritariamente homens jovens (linfoma hepatoesplénico das células T)
- Insuficiência hepática
- Carcinoma de células Merkel (um tipo de cancro da pele)
- Sarcoma de Kaposi, um cancro raro relacionado com a infecção pelo vírus herpes humano 8. O sarcoma de Kaposi aparece mais frequentemente na forma de lesões cutâneas de cor púrpura
- Agravamento de uma doença chamada dermatomiosite (que corresponde a uma erupção da pele acompanhada de fraqueza muscular)
- Ataque cardíaco
- AVC (acidente vascular cerebral)
- Perda de visão temporária que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão
- Infecção originada por uma vacina viva devido a um sistema imunitário enfraquecido.

Comunicação de efeitos indesejáveis

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, ou farmacêutico ou enfermeiro. Também poderá comunicar efeitos indesejáveis diretamente através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#). Ao comunicar efeitos indesejáveis, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

5. Como conservar Remsima

- Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.
- Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso no rótulo e na embalagem, depois “VAL”. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.
- Conservar no frigorífico (2°C – 8°C). Não congelar. Manter a seringa pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz.
- Este medicamento pode também ser conservado na embalagem de origem fora do frigorífico até à temperatura máxima de 25°C por um período único até 28 dias, mas sem exceder o prazo de validade original. Nesta situação, não volte a conservar no frigorífico. Escreva o novo prazo de validade na cartonagem incluindo dia/mês/ano. Elimine o medicamento se este não for utilizado até ao novo prazo de validade ou até ao prazo de validade impresso na cartonagem, conforme a data mais próxima.
- Não deite fora quaisquer medicamentos na canalização ou no lixo doméstico. Pergunte ao seu farmacêutico como deitar fora os medicamentos que já não utiliza. Estas medidas ajudarão a proteger o ambiente.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Remsima

- A substância ativa é infliximab. Cada seringa pré-cheia de dose única de 1 ml contém 120 mg de infliximab.
- Os outros componentes são ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol (E420), polissorbato 80 (E433) e água para preparações injetáveis.

Qual o aspeto de Remsima e conteúdo da embalagem

Remsima é uma solução transparente a opalescente, incolor a castanho claro que é fornecida numa seringa pré-cheia de utilização única.

Cada embalagem contém 1 seringa pré-cheia com 2 compressas embebidas em álcool, 2 seringas pré-cheias com 2 compressas embebidas em álcool, 4 seringas pré-cheias com 4 compressas embebidas em álcool ou 6 seringas pré-cheias com 6 compressas embebidas em álcool.

Cada embalagem contém 1 seringa pré-cheia com proteção de agulha automática com 2 compressas embebidas em álcool, 2 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática com 2 compressas embebidas em álcool, 4 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática com 4 compressas embebidas em álcool ou 6 seringas pré-cheias com proteção de agulha automática com 6 compressas embebidas em álcool.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular de Autorização de Introdução no Mercado

Celltrion Healthcare Hungary Kft.

1062 Budapest

Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony

Hungria

Fabricante

Millmount Healthcare Ltd.
Block 7
City North Business Campus
Stamullen, Co. Meath K32 YD60
Irlanda

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Alemanha

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
França

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó,
7B. 08290 Cerdanyola del Vallès,
Barcelona,
Espanha

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Alemanha

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

België/Belgique/Belgien

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

България

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Унгария

Česká republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Danmark

Celltrion Healthcare Denmark ApS
Tel: + 45 3535 2989
Contact_dk@celltrionhc.com

Lietuva

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Vengrija

Luxembourg/Luxemburg

Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Magyarország

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Magyarország

Malta

Mint Health Ltd.
Tel: + 356 2093 9800
info@mint.com.mt

Deutschland

Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Eesti

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungari

Ελλάδα

BIANEE A.E.
Τηλ: +30 210 8009111 – 120

España

Kern Pharma, S.L.
Tel: + 34 93 700 25 25

France

Celltrion Healthcare France SAS
Tél: + 33 (0)1 71 25 27 00

Hrvatska

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 385 1 6595 777
oktal-pharma@oktal-pharma.hr

Ireland

Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Ísland

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungverjaland

Italia

Celltrion Healthcare Italy S.r.l.
Via Luigi Galvani, 24 - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 0247 927040

Nederland

Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: + 31 20 888 7300
NLinfo@celltrionhc.com

Norge

Celltrion Healthcare Norway AS
Contact_no@celltrionhc.com

Österreich

Astro-Pharma GmbH
Tel.: +43 1 97 99 860
office@astropharma.at

Polska

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Węgry

Portugal

PharmaKERN Portugal – Produtos
Farmacêuticos,
Sociedade Unipessoal, Lda.
Tel: +351 214 200 290

România

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungaria

Slovenija

OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 386 1 519 29 22
info@oktal-pharma.si

Slovenská republika

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Suomi/Finland

Celltrion Healthcare Finland Oy.
Puh/Tel: +358 29 170 7755
contact_fi@celltrionhc.com

Kύπρος
C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Sverige
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungern

Latvija
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungārija

United Kingdom (Northern Ireland)
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Este folheto foi revisto pela última vez em {MM/AAAA}.

Outras fontes de informação

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: **Error! Hyperlink reference not valid..**

Este folheto está disponível em todas as línguas da EU/EEE no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos.

7. Instruções de utilização

Leia atentamente estas instruções antes de utilizar a seringa de Remsima. Consulte o seu prestador de cuidados de saúde se tiver dúvidas sobre como utilizar a seringa de Remsima.

Informação importante

- Utilize a seringa **APENAS** se o seu prestador de cuidados de saúde lhe deu formação sobre a forma correta de preparar e administrar uma injeção.
- Pergunte ao seu prestador de cuidados de saúde com que frequência vai ter de administrar uma injeção.
- Mude de local de injeção sempre que administrar uma injeção. Cada novo local de injeção deve estar a, pelo menos, 3 cm de distância do local de injeção anterior.
- **Não** utilize a seringa se esta tiver caído ou tiver danos visíveis. Uma seringa danificada poderá não funcionar corretamente.
- **Não** reutilize a seringa.
- **Não** agite a seringa em circunstância alguma.

Acerca da seringa de Remsima

Partes da seringa (ver *Figura A*):

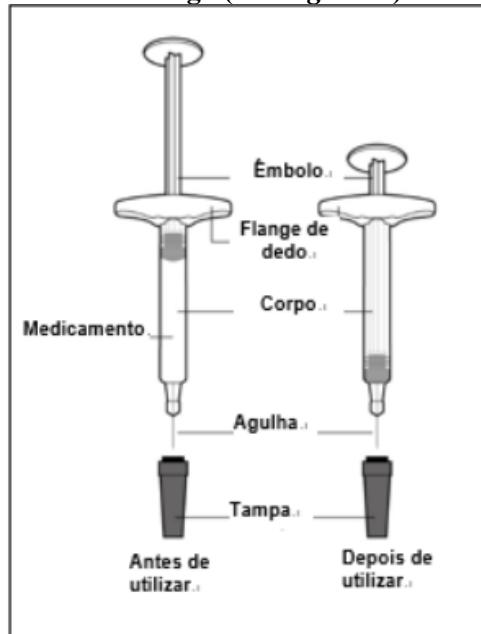


Figura A

- **Não** retire a tampa até estar pronto para injetar. Assim que retirar a tampa, **não** volte a tapar a seringa.

Prepare-se para a injeção

1. Junte os materiais para a injeção.

- a. Prepare uma superfície limpa e plana, tal como uma mesa ou bancada, numa zona bem iluminada.
- b. Retire a seringa da embalagem conservada no frigorífico segurando pelo meio do corpo da seringa.
- c. Certifique-se de que tem os seguintes materiais:
 - Seringa
 - Compressa com álcool
 - Bola de algodão ou gaze*
 - Penso adesivo*
 - Recipiente para cortantes*

*Itens não incluídos na embalagem.

2. Inspecione a seringa.

Não utilize a seringa se:

- Estiver rachada ou danificada.
- O prazo de validade tiver expirado.

3. Inspecione o medicamento (ver *Figura B*).

O líquido deve ser límpido e incolor a castanho-claro. **Não** utilize a seringa se o líquido estiver turvo, descolorido ou se tiver partículas em suspensão.

Nota: poderá ver bolhas de ar no líquido. Isso é normal.

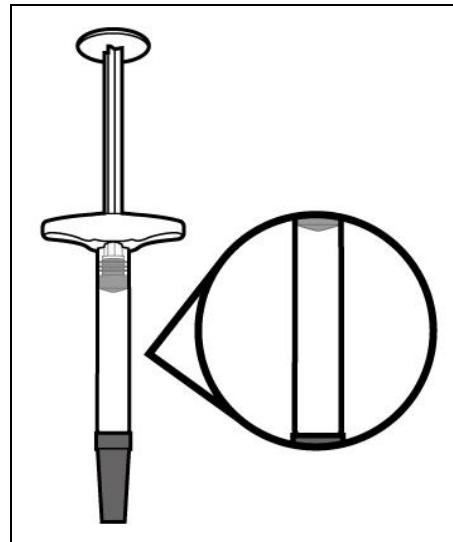


Figura B

4. Aguarde 30 minutos.

- Deixe a seringa à temperatura ambiente durante 30 minutos, para permitir que aqueça de forma natural.

Não aqueça a seringa utilizando fontes de calor, tais como água quente ou um forno micro-ondas.

5. Escolha um local de injeção (ver *Figura C*).

- Selecione um local de injeção. Pode injetar:

- Na parte da frente das coxas.
- No abdómen, exceto nos 5 cm à volta do umbigo.
- Na zona de fora dos braços (prestashop de cuidados APENAS).

Não injete em pele que esteja a 5 cm ou menos do umbigo ou que esteja sensível, lesionada, com nódos negras ou que tenha cicatrizes.

Nota: mude de local de injeção de cada vez que aplica uma injeção. Cada novo local de injeção deve estar a, pelo menos, 3 cm de distância do local de injeção anterior.

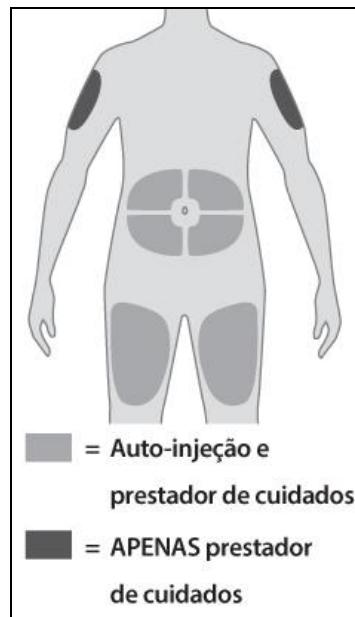


Figura C

6. Lave as mãos.

- Lave as mãos com água e sabão e seque-as muitíssimo bem.

7. Limpe o local de injeção.

- Limpe o local de injeção com uma compressa com álcool.
- Deixe a pele secar antes de injetar.

Não sopre ou toque novamente no local de injeção antes de administrar a injeção.

Administre a injeção

8. Retire a tampa (ver *Figura D*).

- Retire a tampa a direito e coloque-a de parte.
Não toque na agulha. Se o fizer poderá causar uma lesão por picada de agulha.

Nota: É normal ver algumas gotas de líquido a sair da agulha após a remoção da tampa.

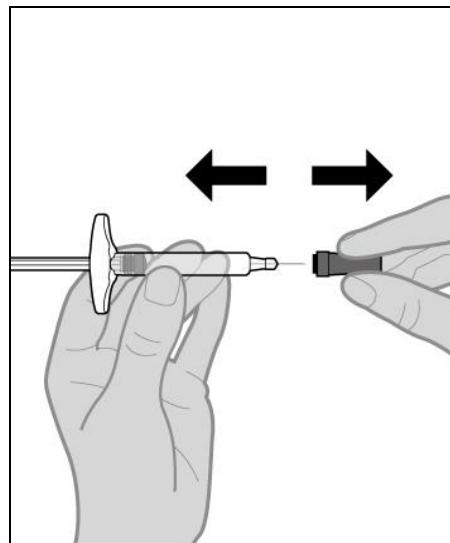


Figura D

9. Insira a agulha no local de injeção (ver *Figura E*).

- Segure na seringa pelo corpo com uma mão, entre o polegar e o indicador.
- Utilizando a outra mão, faça com cuidado uma prega na pele que limpou.
- Com um movimento rápido e “tipo dardo”, insira a agulha completamente na prega de pele com um ângulo de 45 graus.

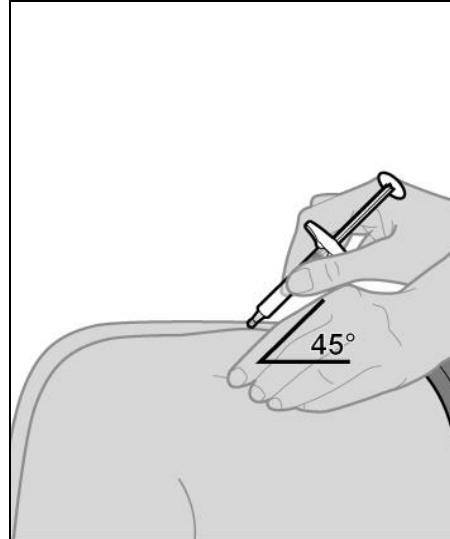


Figura E

10. Administre a injeção (ver *Figura F*).

- Depois de a agulha estar inserida, solte a prega de pele.
- Empurre o êmbolo lentamente e até ao fim, até a seringa estar vazia.

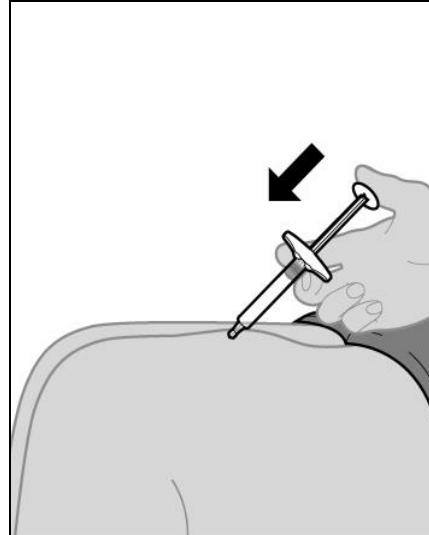


Figura F

11. Retire a seringa do local de injeção (ver Figura G).

- a. Retire a agulha da pele no mesmo ângulo em que foi inserido.
 - b. Pressione com suavidade o local de injeção com uma bola de algodão ou uma gaze e mantenha assim durante 10 segundos.
 - c. Aplique um penso adesivo, se necessário.
- Não** fricione o local de injeção.

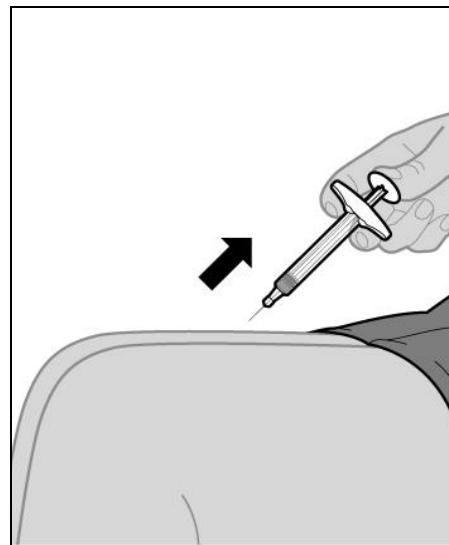


Figura G

Depois da injeção

12. Elimine a seringa (ver Figura H).

- a. Coloque a seringa usada num recipiente para cortantes aprovado imediatamente após a utilização.
- b. Se não tem um recipiente para cortantes aprovado, pode utilizar um recipiente doméstico que:
 - seja feito de um plástico resistente;
 - possa ser fechado com uma tampa hermética, resistente a furos, donde seja impossível os cortantes saírem;
 - que fique na vertical e estável durante a utilização;
 - seja resistente a fugas; e
 - esteja devidamente rotulado para alertar contra os resíduos perigosos no seu interior.
- c. Quando o seu recipiente para cortantes estiver quase cheio, deve ser eliminado em conformidade com os requisitos locais.

Não volte a tapar a seringa.

Nota: manter a seringa e o recipiente para cortantes fora da vista e do alcance das crianças.



Figura H

Leia atentamente estas instruções antes de utilizar a seringa de Remsima. Consulte o seu prestador de cuidados de saúde se tiver dúvidas sobre como utilizar a seringa de Remsima.

Informação importante

- Utilize a seringa **APENAS** se o seu prestador de cuidados de saúde lhe deu formação sobre a forma correta de preparar e administrar uma injeção.
- Pergunte ao seu prestador de cuidados de saúde com que frequência vai ter de administrar uma injeção.
- Mude de local de injeção sempre que administrar uma injeção. Cada novo local de injeção deve estar a, pelo menos, 3 cm de distância do local de injeção anterior.
- **Não** utilize a seringa se esta tiver caído ou tiver danos visíveis. Uma seringa danificada poderá não funcionar corretamente.
- **Não** reutilize a seringa.
- **Não** agite a seringa em circunstância alguma.

Acerca da seringa de Remsima

Partes da seringa (ver *Figura A*):

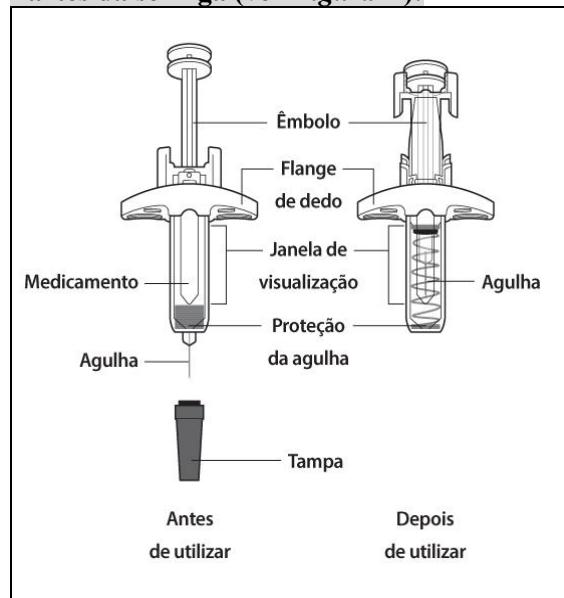


Figura A

- **Não** retire a tampa até estar pronto para injetar. Assim que retirar a tampa, **não** volte a tapar a seringa.

Prepare-se para a injeção

1. Junte os materiais para a injeção.

- a. Prepare uma superfície limpa e plana, tal como uma mesa ou bancada, numa zona bem iluminada.
- b. Retire a seringa da embalagem conservada no frigorífico segurando pelo meio do corpo da seringa.
- c. Certifique-se de que tem os seguintes materiais:
 - Seringa
 - Compressa com álcool
 - Bola de algodão ou gaze*
 - Penso adesivo*
 - Recipiente para cortantes*

*Itens não incluídos na embalagem.

2. Inspecione a seringa.

Não utilize a seringa se:

- Estiver rachada ou danificada.
- O prazo de validade tiver expirado.

3. Inspecione o medicamento (ver *Figura B*).

O líquido deve ser límpido e incolor a castanho-claro.

Não utilize a seringa se o líquido estiver turvo, descolorido ou se tiver partículas em suspensão.

Nota: poderá ver bolhas de ar no líquido. Isso é normal.

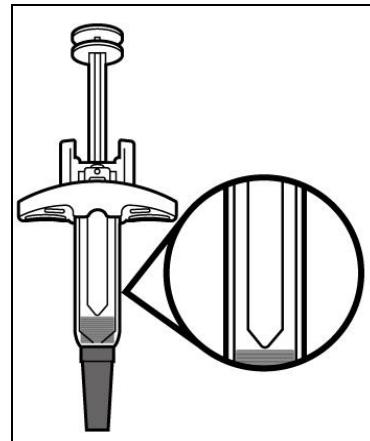


Figura B

4. Aguarde 30 minutos.

- a. Deixe a seringa à temperatura ambiente durante 30 minutos, para permitir que aqueça de forma natural.

Não aqueça a seringa utilizando fontes de calor, tais como água quente ou um forno micro-ondas.

5. Escolha um local de injeção (ver *Figura C*).

- a. Selecione um local de injeção. Pode injetar:

- Na parte da frente das coxas.
- No abdómen, exceto nos 5 cm à volta do umbigo.
- Na zona de fora dos braços (prestashop de cuidados APENAS).

Não injete em pele que esteja a 5 cm ou menos do umbigo ou que esteja sensível, lesionada, com nódoas negras ou que tenha cicatrizes.

Nota: mude de local de injeção de cada vez que aplica uma injeção. Cada novo local de injeção deve estar a, pelo menos, 3 cm de distância do local de injeção anterior.

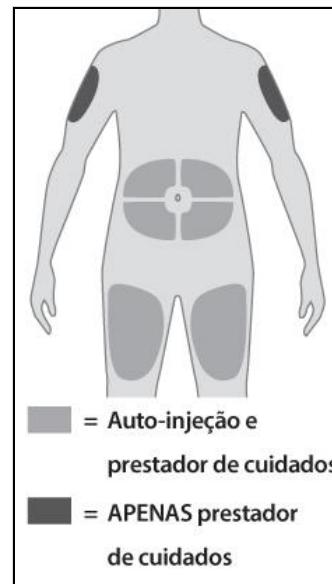


Figura C

6. Lave as mãos.

- a. Lave as mãos com água e sabão e seque-as muitíssimo bem.

7. Limpe o local de injeção.

- a. Limpe o local de injeção com uma compressa com álcool.
- b. Deixe a pele secar antes de injetar.

Não sopre ou toque novamente no local de injeção antes de administrar a injeção.

Administre a injeção

8. Retire a tampa (ver *Figura D*).

- Retire a tampa a direito e reserve.

Não toque na agulha. Se o fizer poderá causar uma lesão por picada de agulha.

Nota: É normal ver algumas gotas de líquido a sair da agulha após a remoção da tampa.

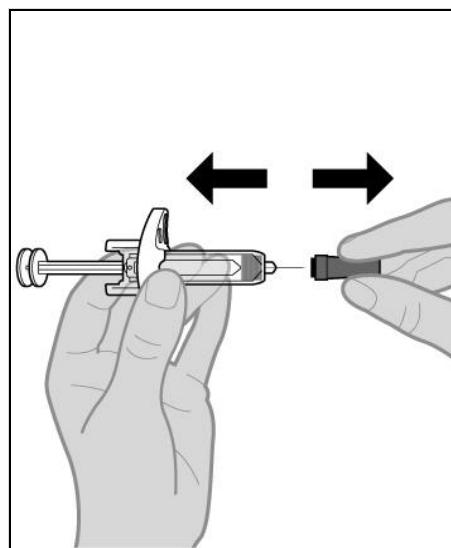


Figura D

9. Insira a agulha no local de injeção (ver *Figura E*).

- Segure na seringa pelo corpo com uma mão, entre o polegar e o indicador.
- Utilizando a outra mão, faça com cuidado uma prega na pele que limpou.
- Com um movimento rápido e “tipo dardo”, insira a agulha completamente na prega de pele com um ângulo de 45 graus.

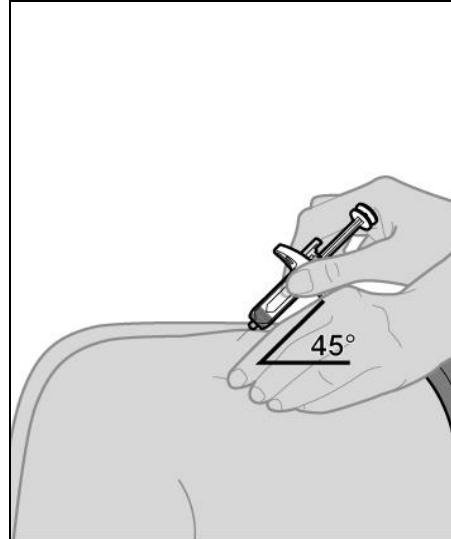


Figura E

10. Administre a injeção (ver *Figura F*).

- a. Depois de a agulha estar inserida, solte a prega de pele.
- b. Empurre o êmbolo lentamente e até ao fim, até a seringa estar vazia.

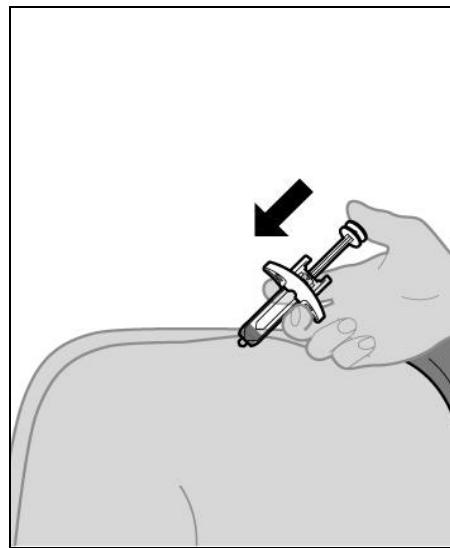


Figura F

11. Retire a seringa do local de injeção (ver *Figura G*).

- a. Depois de a seringa estar vazia, retire lentamente o polegar do êmbolo até a agulha estar completamente tapada pela proteção de agulha automática.
 - b. Pressione com suavidade o local de injeção com uma bola de algodão ou uma gaze e mantenha assim durante 10 segundos.
 - c. Aplique um penso adesivo, se necessário.
- Não** fricione o local de injeção.

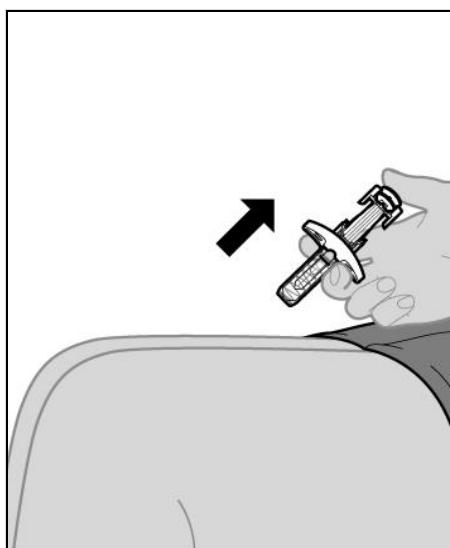


Figura G

Depois da injeção

12. Elimine a seringa (ver Figura H).

- a. Coloque a seringa usada num recipiente para cortantes aprovado imediatamente após a utilização.
- b. Se não tem um recipiente para cortantes aprovado, pode utilizar um recipiente doméstico que:
 - seja feito de um plástico resistente;
 - possa ser fechado com uma tampa hermética, resistente a furos, donde seja impossível os cortantes saírem;
 - que fique na vertical e estável durante a utilização;
 - seja resistente a fugas; e
 - esteja devidamente rotulado para alertar contra os resíduos perigosos no seu interior.
- c. Quando o seu recipiente para cortantes estiver quase cheio, deve ser eliminado em conformidade com os requisitos locais.

Não volte a tapar a seringa.

Nota: manter a seringa e o recipiente para cortantes fora da vista e do alcance das crianças.



Figura H

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Remsima 120 mg solução injetável em caneta pré-cheia infliximab

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a utilizar este medicamento, pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- O seu médico irá dar-lhe também um cartão de alerta do doente que contém informação de segurança importante que necessita de ter em consideração antes e durante o seu tratamento com Remsima.
- Quando começar um cartão novo, guarde este cartão como referência durante 4 meses após a sua última dose de Remsima.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro. Ver secção 4.

O que contém este folheto

1. O que é Remsima e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima
3. Como utilizar Remsima
4. Efeitos indesejáveis possíveis
5. Como conservar Remsima
6. Conteúdo da embalagem e outras informações
7. Instruções de utilização

1. O que é Remsima e para que é utilizado

Remsima contém a substância ativa infliximab. Infliximab é um anticorpo monoclonal - um tipo de proteína que se liga a um alvo específico no organismo chamado TNF (fator de necrose tumoral) alfa.

Remsima pertence a um grupo de medicamentos denominados “antagonistas do TNF”. É utilizado em adultos para as seguintes doenças inflamatórias:

- Artrite reumatoide
- Artrite psoriática
- Espondilite anquilosante (Doença de Bechterew)
- Psoriase
- Doença de Crohn
- Colite ulcerosa.

Remsima atua ligando-se seletivamente ao TNF alfa e inibindo a sua ação. O TNF alfa está envolvido nos processos inflamatórios do corpo e a sua inibição pode reduzir a inflamação no seu corpo.

Artrite reumatoide

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória das articulações. No caso de sofrer de artrite reumatoide ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se estes medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima, o qual será administrado com outro medicamento chamado metotrexato para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Artrite psoriática

A artrite psoriática é uma doença inflamatória das articulações, geralmente acompanhada por psoríase. No caso de sofrer de artrite psoriática ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Espondilite anquilosante (doença de Bechterew)

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória da espinha dorsal. No caso de sofrer de espondilite anquilosante receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- melhorar a sua função física.

Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória da pele. No caso de sofrer de psoríase em placas, moderada a grave, receberá primeiro tratamento com outros medicamentos ou tratamentos, tal como fototerapia. Se esses medicamentos ou tratamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para reduzir os sinais e sintomas da sua doença.

Colite ulcerosa

A colite ulcerosa é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de colite ulcerosa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para tratar a sua doença.

Doença de Crohn

A doença de Crohn é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de doença de Crohn receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- tratar a doença de Crohn ativa,
- reduzir o número de aberturas anormais (fistulas) entre o seu intestino e a sua pele que não foram controladas com outros medicamentos ou cirurgia.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima

Não utilize Remsima se

- tem alergia ao infliximab ou a qualquer outro componente deste medicamento (indicados na secção 6).
- tem alergia às proteínas de ratinho.
- tem tuberculose (TB) ou outra infecção grave, tal como pneumonia ou sépsis (uma infecção bacteriana grave do sangue).
- tem insuficiência cardíaca moderada ou grave.

Não use Remsima se alguma das situações acima se aplica a si. Se não tiver a certeza, fale com o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima.

Advertências e precauções

Fale com o seu médico antes ou durante o tratamento com Remsima e verifique se:

Foi tratado anteriormente com qualquer medicamento contendo infliximab

- Informe o seu médico se tiver sido tratado com medicamentos contendo infliximab no passado e está agora a iniciar novamente o tratamento com Remsima.
- Se tiver feito um intervalo superior a 16 semanas no seu tratamento com o infliximab, existe um risco mais elevado de reações alérgicas ao iniciar o tratamento.

Reações no local de injeção

- Alguns doentes a receber infliximab através de uma injeção por baixo da pele tiveram reações no local de injeção. Os sinais de uma reação no local de injeção podem incluir vermelhidão, dor, comichão, inchaço, dureza, nódoas negras, hemorragia, sensação de frio, sensação de formigueiro, irritação, erupção cutânea, úlcera, urticária, bolhas e crosta na pele no local de injeção.
- A maioria destas reações é ligeira a moderada e resolve-se maioritariamente por si só no prazo de um dia.

Infeções

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tiver alguma infeção, mesmo que seja mínima.
- Antes de lhe ser administrado Remsima, fale com o seu médico se alguma vez tiver residido ou viajado para uma região onde infeções como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose são frequentes. Estas infeções são causadas por tipos específicos de fungos que podem afetar os pulmões ou outras partes do seu corpo.
- Pode apanhar infeções mais facilmente enquanto está a ser tratado com Remsima. Se tem 65 anos de idade ou mais, tem um risco maior.
- Estas infeções podem ser graves e incluem a tuberculose, infeções causadas por vírus, fungos, bactérias ou outros organismos do ambiente e sépsis que podem pôr a sua vida em risco.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de infeção durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem febre, tosse, sinais de gripe, mal-estar, calor ou pele vermelha, feridas ou problemas dentários. O seu médico poderá recomendar parar temporariamente Remsima.

Tuberculose (TB)

- É muito importante que informe o seu médico se já teve TB ou se esteve em contacto próximo com alguém que tenha tido TB.
- O seu médico irá fazer-lhe o teste para ver se tem TB. Têm sido notificados casos de TB em doentes tratados com infliximab, mesmo em doentes que foram já tratados com medicamentos para a TB. O seu médico irá registar estes testes no seu cartão de alerta do doente.
- Se o seu médico achar que está em risco de ter TB, poderá ser tratado com medicamentos para a TB antes de lhe ser administrado Remsima.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de TB durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem tosse persistente, perda de peso, cansaço, febre, suores noturnos.

Vírus da Hepatite B

- Informe o seu médico antes de começar a utilizar Remsima se for um portador ou se já tiver tido hepatite B.
- Informe o seu médico se pensa que pode estar em risco de contrair hepatite B.
- O seu médico deverá fazer-lhe um teste para o vírus da hepatite B.
- O tratamento com antagonistas do TNF, tal como Remsima, pode resultar na reativação do vírus da hepatite B em doentes portadores deste vírus, que em alguns casos pode pôr a sua vida em risco.

- Se tiver reativação da hepatite B, o seu médico poderá ter de parar ou suspender o seu tratamento e poderá dar-lhe medicamentos, tais como terapêutica antivírica eficaz com tratamento de suporte.

Problemas no coração

- Informe o seu médico se tem qualquer problema no coração, tal como insuficiência cardíaca ligeira.
- O seu médico irá querer monitorizar cuidadosamente o seu coração.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais novos ou agravamento da insuficiência cardíaca durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem dificuldade em respirar ou inchaço nos pés.

Cancro e linfoma

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve linfoma (um tipo de cancro do sangue) ou qualquer outro cancro.
- Doentes com artrite reumatoide grave que sofrem da doença há muito tempo, podem ter um risco mais elevado de desenvolver linfoma.
- Os doentes a utilizar Remsima podem ter um risco aumentado de desenvolver linfoma ou outro cancro.
- Alguns doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab, desenvolveram um tipo de cancro raro chamado linfoma hepatoesplénico das células T. Destes doentes, a maior parte eram rapazes adolescentes ou jovens do sexo masculino e a maioria tinha doença de Crohn ou colite ulcerosa. Este tipo de cancro tem habitualmente levado à morte. Quase todos os doentes receberam igualmente medicamentos contendo azatioprina ou mercaptopurina além do antagonista do TNF.
- Alguns doentes tratados com infliximab desenvolveram certos tipos de cancro de pele. Se ocorrer alguma alteração na sua pele, ou crescimento de sinais na pele, durante ou após o tratamento, fale com o seu médico.
- Algumas mulheres em tratamento para a artrite reumatoide com infliximab desenvolveram cancro do colo do útero. Para mulheres a utilizar Remsima, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade, o seu médico poderá recomendar rastreio regular do cancro do colo do útero.

Doença nos pulmões ou hábitos tabágicos intensos

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem uma doença nos pulmões denominada Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou se tem hábitos tabágicos intensos.
- Doentes com DPOC e doentes com hábitos tabágicos intensos podem ter um risco mais elevado de desenvolver cancro com o tratamento com Remsima.

Doenças do sistema nervoso

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve um problema que afete o seu sistema nervoso. Isto inclui esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré, se tem convulsões ou se lhe foi diagnosticado nevrite ótica.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de uma doença do sistema nervoso durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem alterações na sua visão, fraqueza nos seus braços ou pernas, entorpecimento ou formigueiro em qualquer parte do seu corpo.

Aberturas anormais na pele

- Informe o seu médico se tem quaisquer aberturas anormais na pele (fistulas) antes de lhe ser administrado Remsima.

Vacinação

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber uma vacina.
- Deve receber as vacinas recomendadas antes de iniciar o tratamento com Remsima. Poderá receber algumas vacinas durante o tratamento com Remsima mas não poderá receber vacinas vivas (vacinas que contêm um agente infecioso vivo mas enfraquecido) enquanto está a fazer tratamento com Remsima uma vez que podem causar infecções.
- Se recebeu Remsima enquanto estava grávida, o seu bebé pode também ter um maior risco de contrair uma infecção como resultado de lhe ter sido administrado uma vacina viva durante o primeiro ano de vida. É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima para que eles possam decidir quando o seu bebé deve receber qualquer vacina, incluindo vacinas vivas como a vacina BCG (usada na prevenção da tuberculose).
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de o seu bebé receber qualquer vacina. Para mais informações ver secção relativa à Gravidez, amamentação e fertilidade.

Agentes terapêuticos infecciosos

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber tratamento com um agente terapêutico infeccioso (como instilação de BCG usada no tratamento do cancro).

Cirurgia ou tratamentos dentários

- Informe o seu médico se vai ser sujeito a qualquer cirurgia ou tratamento dentário.
- Informe o seu cirurgião ou dentista que está a fazer tratamento com Remsima e mostre-lhe o seu cartão de alerta do doente.

Problemas de fígado

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram problemas de fígado graves.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de problemas de fígado durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções na pele ou febre.

Baixo número de células no sangue

- Em alguns doentes a receber Remsima, o organismo pode não produzir em quantidade suficiente as células sanguíneas que ajudam a combater infecções ou que ajudam a parar hemorragias.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de baixo número de células no sangue durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem febre persistente, hemorragias ou nódoas negras com maior facilidade, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou palidez.

Alteração do sistema imunitário

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram sintomas de uma alteração do sistema imunitário chamada lúpus.
- Informe imediatamente o seu médico se desenvolver sintomas de lúpus durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem dor nas articulações ou erupção da pele na face ou braços, sensível ao sol.

Crianças e adolescentes

Não dê este medicamento a crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade pois não existem dados que mostrem que este medicamento é seguro e funciona nesta faixa etária.

Outros medicamentos e Remsima

Doentes que tenham doenças inflamatórias já tomam medicamentos para tratar o seu problema. Estes medicamentos podem causar efeitos indesejáveis. O seu médico irá aconselhá-lo sobre os medicamentos que deve continuar a utilizar enquanto está a fazer tratamento com Remsima.

Informe o seu médico se estiver a utilizar, tiver utilizado recentemente, ou se vier a utilizar outros medicamentos, incluindo qualquer outro medicamento usado no tratamento da doença de Crohn, colite ulcerosa, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoriase ou medicamentos não sujeitos a receita médica, tais como vitaminas e medicamentos à base de plantas.

Em particular, informe o seu médico se estiver a utilizar qualquer um dos seguintes medicamentos:

- Medicamentos que afetam o seu sistema imunitário
- Kineret (que contém anakinra). Remsima e Kineret não devem ser administrados em conjunto
- Orencia (que contém abatacept). Remsima e Orencia não devem ser administrados em conjunto.

Enquanto estiver a utilizar Remsima não deverá receber vacinas vivas. Se estiver a utilizar Remsima durante a gravidez ou se está a receber Remsima enquanto está a amamentar, informe o médico do seu bebé e outros profissionais de saúde que cuidem do seu bebé, sobre a utilização de Remsima antes de o bebé receber qualquer vacina.

Se não tem a certeza se qualquer uma das situações acima se aplica a si, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro antes de utilizar Remsima.

Gravidez, amamentação e fertilidade

- Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico antes de tomar este medicamento. Remsima apenas deve ser utilizado durante a gravidez ou amamentação se o seu médico considerar que é necessário para si.
- Deve evitar ficar grávida enquanto estiver a fazer tratamento com Remsima e durante 6 meses após o fim do tratamento. Discuta com o seu médico a utilização de contraceção durante este tempo.
- Se recebeu Remsima durante a gravidez, o seu bebé pode ter um maior risco de contrair uma infecção.
- É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se recebeu Remsima durante a gravidez, dar a vacina BCG (usada na prevenção de tuberculose) ao seu bebé no período de 12 meses após o seu nascimento pode resultar numa infecção com complicações graves, incluindo morte. Vacinas vivas, como a vacina BCG não devem ser administradas ao seu bebé no período de 12 meses após o nascimento, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé. Para mais informações consulte a secção sobre vacinação.
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se está a amamentar, não devem ser administradas vacinas vivas ao seu bebé, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé.
- Foram comunicados casos de diminuição acentuada do número de glóbulos brancos do sangue em lactentes cujas mães foram tratadas com infliximab durante a gravidez. Se o seu bebé tem febre contínua ou infecções, contacte o médico do seu bebé de imediato.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Não é provável que Remsima afete a sua capacidade de conduzir ou utilizar ferramentas ou máquinas. Se sentir cansaço, tonturas ou mal-estar após a administração de Remsima, não conduza ou utilize quaisquer ferramentas ou máquinas.

Remsima contém sódio e sorbitol

Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio” e 45 mg de sorbitol em cada dose de 120 mg.

Remsima contém polissorbato 80

Este medicamento contém 0,5 mg de polissorbato 80 em cada caneta pré-cheia que é equivalente a 0,5 mg/ml. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

3. Como utilizar Remsima

Utilize este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico. Fale com o seu médico se tiver dúvidas.

Artrite reumatoide

O seu médico irá iniciar o seu tratamento com ou sem duas doses de infliximab perfusão intravenosa de 3 mg por cada kg de peso corporal (administradas numa veia, normalmente no braço, durante 2 horas). Se as doses de infliximab perfusão intravenosa forem administradas no início do tratamento, são administradas com 2 semanas de intervalo através de perfusão intravenosa.

Após 4 semanas a contar da última perfusão intravenosa, irá receber Remsima através de uma injeção por baixo da pele (injeção subcutânea). Se as doses de Remsima injeção subcutânea forem administradas no início do tratamento, Remsima 120 mg deve ser administrado como uma injeção subcutânea seguida de injeções subcutâneas adicionais nas semanas 1, 2, 3 e 4 após a primeira injeção e, em seguida, a cada 2 semanas.

A dose normalmente recomendada de Remsima injeção subcutânea é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas, independentemente do peso.

Artrite psoriática, espondilite anquilosante (doença de Bechterew) e psoríase

O seu médico irá iniciar o seu tratamento com duas doses de infliximab perfusão intravenosa de 5 mg por cada kg de peso corporal (administradas numa veia, normalmente no braço, durante 2 horas). São administradas com 2 semanas de intervalo através de perfusão intravenosa. Após 4 semanas a contar da última perfusão intravenosa, irá receber Remsima através de uma injeção por baixo da pele (injeção subcutânea).

A dose normalmente recomendada de Remsima injeção subcutânea é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas, independentemente do peso.

Doença de Crohn e colite ulcerosa

O seu médico irá iniciar o seu tratamento com duas ou três doses de infliximab perfusão intravenosa de 5 mg por cada kg de peso corporal (administradas numa veia, normalmente no braço, durante 2 horas). São administradas com 2 semanas de intervalo através de perfusão intravenosa e podem ser administradas perfusões intravenosas adicionais 4 semanas após a segunda perfusão.

Após 4 semanas a contar da última perfusão intravenosa, irá receber Remsima através de uma injeção por baixo da pele (injeção subcutânea).

A dose normalmente recomendada de Remsima injeção subcutânea é de 120 mg uma vez a cada 2 semanas, independentemente do peso.

Como será administrado Remsima

- Remsima 120 mg solução injetável é administrado apenas através de injeção por baixo da pele (via subcutânea). É importante que verifique os rótulos do medicamento para garantir que está a ser administrada a formulação correta, tal como foi receitado.
- Para doentes com artrite reumatoide, o seu médico pode iniciar o tratamento com Remsima com ou sem doses de infliximab por perfusão intravenosa. Para doentes com espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoríase, duas doses de infliximab por perfusão intravenosa serão administradas para iniciar o tratamento com Remsima. Para doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa, duas ou três doses de infliximab por perfusão intravenosa serão administradas para iniciar o tratamento com Remsima.

- Para doentes com artrite reumatoide, se o tratamento com Remsima for iniciado sem duas doses de infliximab por perfusão intravenosa, a tabela abaixo mostra com que frequência irá habitualmente ser-lhe administrado Remsima 120 mg subcutâneo após a sua primeira dose.

2. ^a dose	1 semana após a sua 1. ^a dose
3. ^a dose	2 semanas após a sua 1. ^a dose
4. ^a dose	3 semanas após a sua 1. ^a dose
5. ^a dose	4 semanas após a sua 1. ^a dose
Doses seguintes	6 semanas após a sua 1. ^a dose e, em seguida, a cada 2 semanas

- As doses de infliximab por perfusão intravenosa serão administradas pelo seu médico ou enfermeiro com 2 semanas de intervalo e podem ser administradas perfusões intravenosas adicionais 4 semanas após a segunda perfusão para doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa, ao critério do seu médico para iniciar o tratamento com Remsima. A primeira injeção subcutânea de Remsima será administrada 4 semanas após a última perfusão intravenosa seguida de injeções subcutâneas de Remsima administradas a cada 2 semanas.
- A primeira injeção subcutânea de Remsima será administrada sob supervisão do seu médico.
- Após treino adequado, se sentir que já tem prática e se sente confiante para injetar Remsima a si próprio, o seu médico irá autorizá-lo a injetar as doses seguintes de Remsima a si próprio, na sua casa.
- Fale com o seu médico se tiver dúvidas sobre administrar uma injeção a si próprio. Irá encontrar “**Instruções de utilização**” detalhadas no final deste folheto.

Se utilizar mais Remsima do que deveria

Se utilizou mais Remsima do que deveria (por ter injetado demasiado numa única ocasião ou por o ter utilizado com demasiada frequência), consulte um médico, farmacêutico ou enfermeiro imediatamente. Traga sempre a embalagem exterior consigo, mesmo que esteja vazia.

Caso se tenha esquecido de utilizar Remsima

Dose esquecida até 7 dias

Se esquecer uma dose de Remsima por até 7 dias, após a dose programada original, tome a dose esquecida imediatamente. Tome a sua próxima dose na próxima data originalmente planeada e depois siga o esquema posológico original.

Dose esquecida por 8 dias ou mais

Se esquecer uma dose de Remsima por 8 dias ou mais, após a dose programada original, não deve tomar a dose esquecida. Tome a sua próxima dose na próxima data originalmente planeada e depois siga o esquema posológico original.

Caso não tenha a certeza de quando deve injetar Remsima, entre em contacto com o seu médico.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.

4. Efeitos indesejáveis possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Os efeitos indesejáveis são, na sua maioria, ligeiros a moderados. Contudo, alguns doentes podem ter efeitos indesejáveis graves e podem necessitar de tratamento. Os efeitos indesejáveis podem também ocorrer após o seu tratamento com Remsima ter terminado.

Informe imediatamente o seu médico se detetar qualquer um dos seguintes efeitos indesejáveis:

- Sinais de uma reação alérgica**, tais como inchaço da sua face, lábios, boca ou garganta que podem provocar dificuldades em engolir ou respirar, erupção da pele, urticária, inchaço das

mãos, pés ou tornozelos. Algumas destas reações podem ser graves ou colocar em risco de vida. Pode surgir uma reação alérgica durante as 2 horas da sua perfusão ou posteriormente. Outros sinais de efeitos indesejáveis alérgicos que podem surgir até 12 dias após a sua perfusão incluem dor nos músculos, febre, dor nas articulações ou nos maxilares, dor de garganta ou dor de cabeça.

- **Sinais de um problema no coração**, tais como desconforto ou dor no peito, dor nos braços, dor de estômago, dificuldade em respirar, ansiedade, atordoamento, tonturas, desmaio, transpirar, náuseas (sentir-se enjoado), vômito, sentir vibração ou pulsação no peito, batimento do coração acelerado ou lento e inchaço dos pés.
- **Sinais de uma reação no local de injeção**, tais como vermelhidão, dor, comichão, inchaço, dureza, nódoas negras, hemorragia, sensação de frio, sensação de formigueiro, irritação, erupção cutânea, úlcera, urticária, bolhas e crosta.
- **Sinais de infecção (incluindo TB)**, tais como febre, cansaço, tosse que pode ser persistente, dificuldade em respirar, sintomas gripais, perda de peso, suores noturnos, diarreia, feridas, acumulação de pus no intestino ou à volta do ânus (abcesso), problemas dentários ou sensação de ardor ao urinar.
- **Possíveis sinais de cancro** incluindo mas não limitado a inchaço dos gânglios linfáticos, perda de peso, febre, nósulos invulgares na pele, alterações em sinais ou na coloração da pele, ou hemorragia vaginal invulgar.
- **Sinais de um problema nos pulmões**, tais como tosse, dificuldades em respirar ou aperto no peito.
- **Sinais de um problema no sistema nervoso (incluindo problemas nos olhos)**, tais como sinais de um AVC (adormecimento ou fraqueza súbitos da cara, braço ou perna, especialmente de um dos lados do corpo; confusão súbita, dificuldades na fala ou de compreensão; dificuldade devisão num ou em ambos os olhos, dificuldade na marcha, tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação ou dor de cabeça forte), convulsões, formigueiro/adormecimento em qualquer parte do seu corpo, fraqueza nos braços ou pernas, alterações da visão, tais como visão dupla ou outros problemas nos olhos.
- **Sinais de um problema no fígado** (incluindo hepatite B se já teve hepatite B no passado), tais como pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções da pele ou febre.
- **Sinais de uma doença do sistema imunitário chamada lúpus** tais como dor nas articulações ou uma erupção da pele na face ou braços sensível ao sol (lúpus) ou tosse, falta de ar, febre ou erupção da pele (sarcoidose).
- **Sinais de baixo número de células do sangue** tais como febre persistente, perder sangue ou ficar com nódoas negras mais facilmente, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou ter um aspetto pálido.
- **Sinais de problemas da pele graves**, tais como pontos avermelhados tipo alvo ou manchas circulares muitas vezes com bolhas centrais no tronco, grandes áreas de pele descamativa e exfoliativa, úlcera na boca, garganta, nariz, órgãos genitais e olhos ou pequenos inchaços cheios de pus que podem estar espalhados pelo corpo. Estas reações da pele podem ser acompanhadas de febre.

Informe imediatamente o seu médico se detetar quaisquer efeitos indesejáveis mencionados acima.

Observaram-se os seguintes efeitos indesejáveis com Remsima:

Muito frequentes: podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas

- Dor no estômago, sensação de mal-estar
- Infeções virais, tais como herpes ou gripe
- Infeções do trato respiratório superior, tal como sinusite
- Dor de cabeça
- Efeitos indesejáveis devido a uma injeção
- Dor.

Frequentes: podem afetar até 1 em cada 10 pessoas

- Alterações na forma como o seu fígado funciona, aumento das enzimas hepáticas (revelado nas análises ao sangue)
- Infeções pulmonares ou torácicas, tais como bronquite ou pneumonia
- Dificuldade ou dor ao respirar, dor no peito
- Sangramento no estômago ou intestino, diarreia, indigestão, azia, obstipação (prisão de ventre)
- Erupção tipo urticária, erupção da pele com comichão ou pele seca
- Problemas de equilíbrio ou tonturas
- Febre, sudação (transpiração) aumentada
- Problemas de circulação, tais como tensão arterial alta ou baixa
- Hematomas (nódoas negras), afrontamentos ou perda de sangue pelo nariz, pele vermelha e quente (rubor)
- Sensação de cansaço ou fraqueza
- Infeções bacterianas, tais como intoxicação do sangue, abcesso ou infecção da pele (celulite)
- Infecção fúngica da pele
- Problemas de sangue, tais como anemia ou baixa contagem de glóbulos brancos do sangue
- Nódulos linfáticos inchados
- Depressão, problemas de sono
- Problemas nos olhos, incluindo olhos vermelhos e infecções
- Batimento rápido do coração (taquicardia) ou palpitações
- Dor nas articulações, músculos ou nas costas
- Infecção do trato urinário
- Psoríase, problemas de pele, tais como eczema e perda de cabelo
- Reações no local da injeção, tais como dor, inchaço, vermelhidão ou prurido
- Arrepios, uma acumulação de líquido debaixo da pele que causa inchaço
- Sensação de dormência ou ter uma sensação de formigueiro.

Pouco frequentes: podem afetar até 1 em cada 100 pessoas

- Falta de irrigação sanguínea, inchaço de uma veia
- Acumulação de sangue fora dos vasos sanguíneos (hematoma) ou nódoa negra
- Problemas de pele, tais como bolhas, verrugas, coloração ou pigmentação anormal da pele ou lábios inchados, ou espessamento da pele, pele vermelha ou com escamas
- Reações alérgicas graves (ex. anafilaxia), uma doença do sistema imunitário chamada lúpus, reações alérgicas a proteínas estranhas
- Feridas que demoram mais tempo a sarar
- Inchaço da vesícula biliar ou fígado (hepatite), lesão do fígado
- Falhas de memória, irritabilidade, confusão, nervosismo
- Problemas nos olhos, incluindo visão desfocada ou reduzida, olhos inchados ou treçolhos
- Aparecimento ou agravamento da insuficiência cardíaca, batimentos cardíacos lentos
- Desmaio
- Convulsões, problemas dos nervos
- Orifício intestinal ou obstrução do intestino, dor de estômago ou cólicas
- Inchaço do pâncreas (pancreatite)
- Infecções fúngicas, tais como infecções micóticas ou infecção fúngica das unhas
- Problemas pulmonares (tais como edema)
- Líquido à volta dos pulmões (derrame pleural)
- Estreitamento das vias respiratórias dos pulmões, que causam dificuldade em respirar
- Inflamação do revestimento do pulmão, que causa dores agudas no peito que piora com a respiração (pleurisia)
- Tuberculose
- Infecções do rim
- Baixa contagem de plaquetas, demasiados glóbulos brancos no sangue
- Infecções vaginais
- Resultados de análises ao sangue com “anticorpos” contra o seu próprio organismo.

- Alterações nos níveis de colesterol e gordura no sangue.
- Aumento de peso (para a maioria dos doentes o aumento de peso foi ligeiro)

Raros: podem afetar até 1 em cada 1.000 doentes

- Um tipo de cancro do sangue (linfoma)
- O seu sangue não fornece a quantidade de oxigénio suficiente para o seu corpo, problemas de circulação, tais como estreitamento de um vaso sanguíneo
- Inflamação da membrana que reveste o cérebro (meningite)
- Infecções devido a um enfraquecimento do sistema imunitário
- Infecção por hepatite B, quando já teve hepatite B no passado
- Inflamação do fígado causada por um problema no sistema imunitário (hepatite autoimune)
- Problema no fígado que causa pele ou olhos amarelados (icterícia)
- Crescimento ou inchaço anormal dos tecidos
- Reação alérgica grave que pode causar perda de consciência e colocar a vida em risco (choque anafilático)
- Inchaço dos pequenos vasos sanguíneos (vasculite)
- Alterações imunitárias que podem afetar os pulmões, pele e gânglios linfáticos (tal como sarcoidose)
- Acumulação de células imunitárias em resultado de uma resposta inflamatória (lesões granulomatosas)
- Falta de interesse ou emoção
- Problemas graves de pele como necrólise epidérmica tóxica, Síndrome de Stevens-Johnson e pustulose exantemática generalizada aguda
- Outros problemas de pele tais como eritema multiforme, bolhas e pele descamativa ou furúnculos (furunculose)
- Doenças graves do sistema nervoso como mielite transversa, doença semelhante a esclerose múltipla, nevrite ótica, síndrome de Guillain-Barré
- Inflamação no olho que pode causar alterações na visão, incluindo cegueira
- Líquido na camada que reveste o coração (derrame pericárdico)
- Problemas graves do pulmão (tais como doença pulmonar intersticial)
- Melanoma (um tipo de cancro da pele)
- Cancro do colo do útero
- Baixo número de células no sangue, incluindo uma diminuição acentuada, do número de glóbulos brancos
- Pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele
- Valores anormais de uma proteína sanguínea chamada “fator de complemento” que faz parte do sistema imunitário
- Reações liquenoides (erupção cutânea de cor vermelha-arroxeadas com comichão e/ou linhas de cor branca-acinzentada nas membranas mucosas).

Desconhecido: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis

- Cancro
- Um cancro do sangue raro que afeta maioritariamente homens jovens (linfoma hepatoesplénico das células T)
- Insuficiência hepática
- Carcinoma de células Merkel (um tipo de cancro da pele)
- Sarcoma de Kaposi, um cancro raro relacionado com a infecção pelo vírus herpes humano 8. O sarcoma de Kaposi aparece mais frequentemente na forma de lesões cutâneas de cor púrpura
- Agravamento de uma doença chamada dermatomiosite (que corresponde a uma erupção da pele acompanhada de fraqueza muscular)
- Ataque cardíaco
- AVC (acidente vascular cerebral)
- Perda de visão temporária que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão
- Infecção originada por uma vacina viva devido a um sistema imunitário enfraquecido.
- Problemas após uma intervenção médica (incluindo problemas infecciosos e não infecciosos).

Comunicação de efeitos indesejáveis

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, ou farmacêutico ou enfermeiro. Também poderá comunicar efeitos indesejáveis diretamente através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#). Ao comunicar efeitos indesejáveis, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

5. Como conservar Remsima

- Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.
- Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso no rótulo e na embalagem, após “VAL”. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.
- Conservar no frigorífico (2°C – 8°C). Não congelar. Manter a caneta pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz.
- Este medicamento pode também ser conservado na embalagem de origem fora do frigorífico até à temperatura máxima de 25°C por um período único até 28 dias, mas sem exceder o prazo de validade original. Nesta situação, não volte a conservar no frigorífico. Escreva o novo prazo de validade na cartonagem incluindo dia/mês/ano. Elimine o medicamento se este não for utilizado até ao novo prazo de validade ou até ao prazo de validade impresso na cartonagem, conforme a data mais próxima.
- Não deite fora quaisquer medicamentos na canalização ou no lixo doméstico. Pergunte ao seu farmacêutico como deitar fora os medicamentos que já não utiliza. Estas medidas ajudarão a proteger o ambiente.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Remsima

- A substância ativa é infliximab. Cada caneta pré-cheia de dose única de 1 ml contém 120 mg de infliximab.
- Os outros componentes são ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol (E420), polissorbato 80 (E433) e água para preparações injetáveis.

Qual o aspetto de Remsima e conteúdo da embalagem

Remsima é uma solução transparente a opalescente, incolor a castanho claro que é fornecida numa caneta pré-cheia de utilização única.

Cada embalagem contém 1 caneta pré-cheia com 2 compressas embebidas em álcool, 2 canetas pré-cheias com 2 compressas embebidas em álcool, 4 canetas pré-cheias com 4 compressas embebidas em álcool ou 6 canetas pré-cheias com 6 compressas embebidas em álcool.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular de Autorização de Introdução no Mercado

Celltrion Healthcare Hungary Kft.

1062 Budapest

Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony

Hungria

Fabricante

Millmount Healthcare Ltd.

Block 7

City North Business Campus

Stamullen, Co. Meath K32 YD60

Irlanda

Nuvisan GmbH
Wegenerstraße 13,
89231 Neu Ulm,
Alemanha

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
França

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó,
7B. 08290 Cerdanyola del Vallès,
Barcelona,
Espanha

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Alemanha

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

België/Belgique/Belgien
Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

България
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Унгария

Česká republika
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Danmark
Celltrion Healthcare Denmark ApS
Tlf: +45 3535 2989
[Contact_dk@celltrionhc.com](mailto>Contact_dk@celltrionhc.com)

Deutschland
Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Eesti
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest

Lietuva
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Vengrija

Luxembourg/Luxemburg
Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Magyarország
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Magyarország

Malta
Mint Health Ltd.
Tel: + 356 2093 9800
info@mint.com.mt

Nederland
Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: + 31 20 888 7300
NLinfo@celltrionhc.com

Norge
Celltrion Healthcare Norway AS
[Contact_no@celltrionhc.com](mailto>Contact_no@celltrionhc.com)

Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungari

Ελλάδα
BIANEE A.E.
Τηλ: +30 210 8009111 – 120

Österreich
Astro-Pharma GmbH
Tel.: +43 1 97 99 860
office@astropharma.at

España
Kern Pharma, S.L.
Tel: + 34 93 700 25 25

Polska
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Węgry

France
Celltrion Healthcare France SAS
Tél: + 33 (0)1 71 25 27 00

Portugal
PharmaKERN Portugal – Produtos
Farmacêuticos,
Sociedade Unipessoal, Lda.
Tel: +351 214 200 290

Hrvatska
OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 385 1 6595 777
oktal-pharma@oktal-pharma.hr

România
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungaria

Ireland
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Slovenija
OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 386 1 519 29 22
info@oktal-pharma.si

Ísland
Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Slovenská republika
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Maďarsko

Italia
Celltrion Healthcare Italy S.r.l.
Via Luigi Galvani, 24 - 20124 Milano (MI)
Tel: +39 0247 927040

Suomi/Finland
Celltrion Healthcare Finland Oy.
Puh/Tel: +358 29 170 7755
contact_fi@celltrionhc.com

Κύπρος
C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Sverige
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungern

Latvija
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Ungārija

United Kingdom (Northern Ireland)
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Este folheto foi revisto pela última vez em {MM/AAAA}.

Outras fontes de informação

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

Este folheto está disponível em todas as línguas da EU/EEE no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos.

7. Instruções de utilização

Leia atentamente estas instruções antes de utilizar a caneta de Remsima. Consulte o seu prestador de cuidados de saúde se tiver dúvidas sobre como utilizar a caneta de Remsima.

Informação importante

- Utilize a caneta **APENAS** se o seu prestador de cuidados de saúde lhe deu formação sobre a forma correta de preparar e administrar uma injeção.
- Pergunte ao seu prestador de cuidados de saúde com que frequência vai ter de administrar uma injeção.
- Mude de local de injeção sempre que administrar uma injeção. Cada novo local de injeção deve estar a, pelo menos, 3 cm de distância do local de injeção anterior.
- **Não** utilize a caneta se esta tiver caído ou tiver danos visíveis. Uma caneta danificada poderá não funcionar corretamente.
- **Não** reutilize a caneta.
- **Não** agite a caneta em circunstância alguma.

Acerca da caneta de Remsima

Partes da caneta (ver *Figura A*):

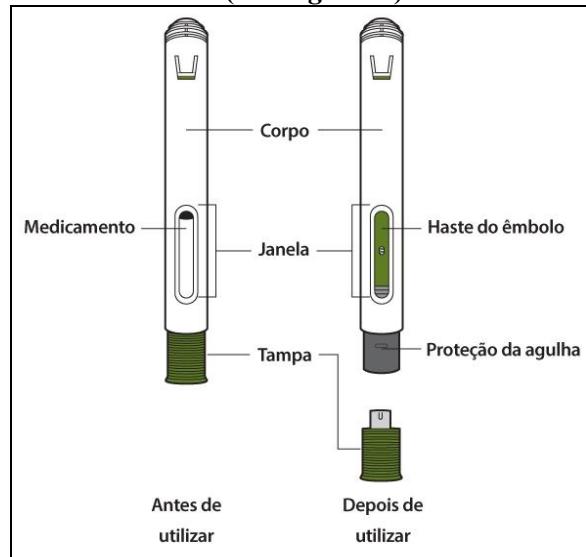


Figura A

- **Não** retire a tampa até estar pronto para injetar. Assim que retirar a tampa, **não** volte a tapar a caneta.

Prepare-se para a injeção

1. Junte os materiais para a injeção.

- a. Prepare uma superfície limpa e plana, tal como uma mesa ou bancada, numa zona bem iluminada.
 - b. Retire a caneta da embalagem conservada no frigorífico.
 - c. Certifique-se de que tem os seguintes materiais:
 - Caneta
 - Compressa com álcool
 - Bola de algodão ou gaze*
 - Penso adesivo*
 - Recipiente para cortantes*
- *Itens não incluídos na embalagem.

2. Ispécione a caneta.

Não utilize a caneta se:

- Estiver rachada ou danificada.
- O prazo de validade tiver expirado.

3. Ispécione o medicamento (ver *Figura B*).

O líquido deve ser límpido e incolor a castanho-claro. **Não** utilize a caneta se o líquido estiver turvo, descolorido ou se tiver partículas em suspensão.

Nota: poderá ver bolhas de ar no líquido. Isso é normal.

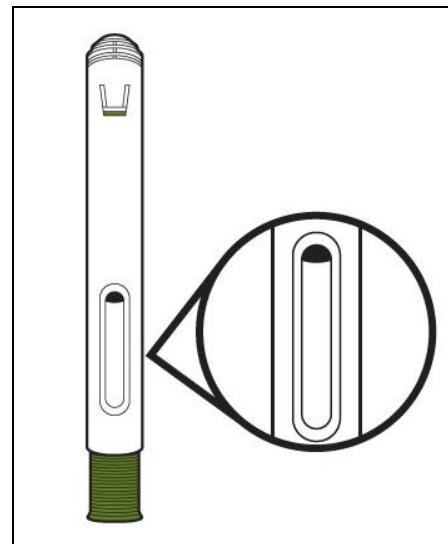


Figura B

4. Aguarde 30 minutos.

- a. Deixe a caneta à temperatura ambiente durante 30 minutos, para permitir que aqueça de forma natural.
- Não** aqueça a caneta utilizando fontes de calor, tais como água quente ou um forno micro-ondas.

5. Escolha um local de injeção (ver *Figura C*).

- a. Selecione um local de injeção. Pode injetar:
- Na parte da frente das coxas.
 - No abdómen, exceto nos 5 cm à volta do umbigo.
 - A zona de fora dos braços (prestashop de cuidados APENAS).

Não injete em pele que esteja a 5 cm ou menos do umbigo ou que esteja sensível, lesionada, com nódoas negras ou tenha cicatrizes.

Nota: mude de local de injeção de cada vez que aplica uma injeção. Cada novo local de injeção deve estar a, pelo menos, 3 cm de distância do local de injeção anterior.

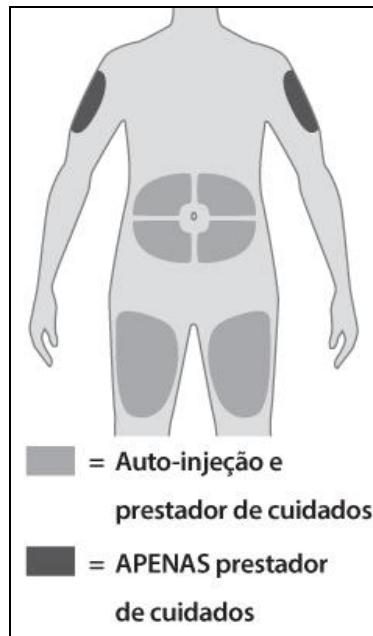


Figura C

6. Lave as mãos.

- a. Lave as mãos com água e sabão e seque-as muitíssimo bem.

7. Limpe o local de injeção.

- a. Limpe o local de injeção com uma compressa com álcool.
b. Deixe a pele secar antes de injetar.

Não sopre ou toque novamente no local de injeção antes de administrar a injeção.

Administre a injeção

8. Retire a tampa (ver *Figura D*).

- a. Puxe a tampa cor de azeitona a direito e coloque de parte.

Não toque na proteção da agulha. Se o fizer poderá causar uma lesão por picada de agulha.

Nota: É normal ver algumas gotas de líquido a sair da agulha após a remoção da tampa.

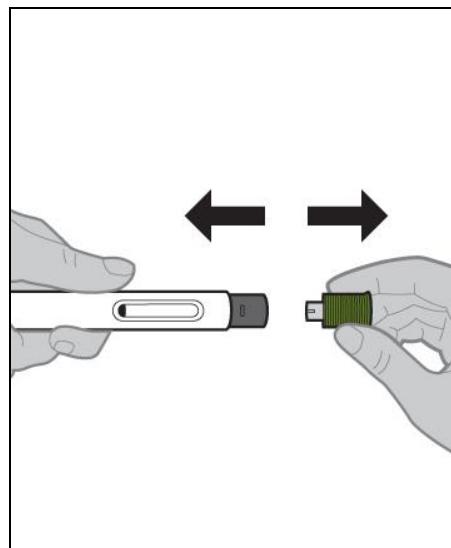


Figura D

9. Coloque a caneta no local de injeção (ver *Figura E*).

- a. Segure na caneta de forma a conseguir ver a janela.
- b. Sem fazer pregas ou esticar a pele, coloque a caneta por cima do local de injeção fazendo uma ângulo de 90 graus.

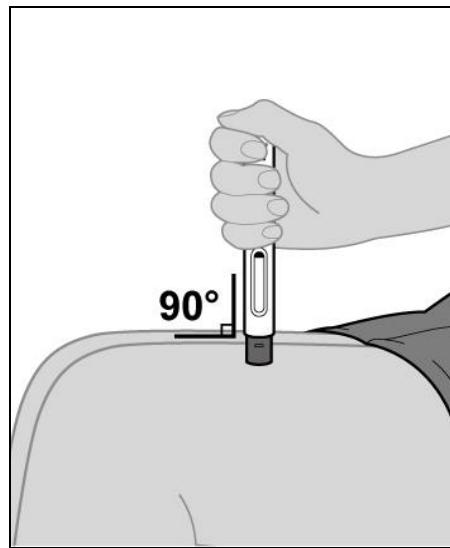


Figura E

10. Inicie a injeção (ver *Figura F*).

- a. Pressione a caneta **com firmeza** contra a pele.

Nota: quando a injeção começa irá ouvir o 1.º “clique” sonante e a haste do êmbolo cor de azeitona irá começar a preencher a janela.

- b. Continue a segurar na caneta **com firmeza** contra a pele e espere até ouvir o 2.º “clique” sonante.

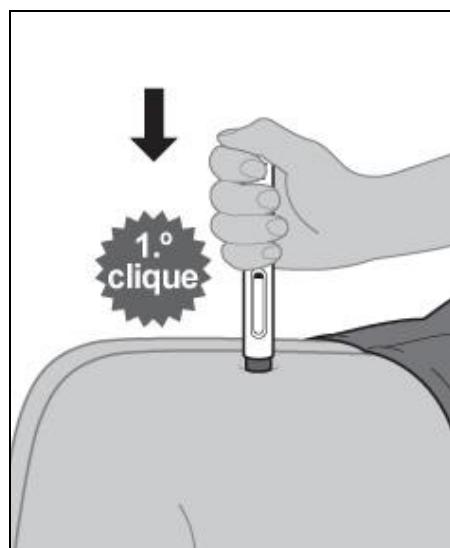


Figura F

11. Termine a injeção (ver *Figura G*).

- a. Depois de ouvir o 2.º “clique” sonante, **continue a segurar na caneta com firmeza contra a pele e conte lentamente até pelo menos cinco para garantir que injeta a dose toda.**

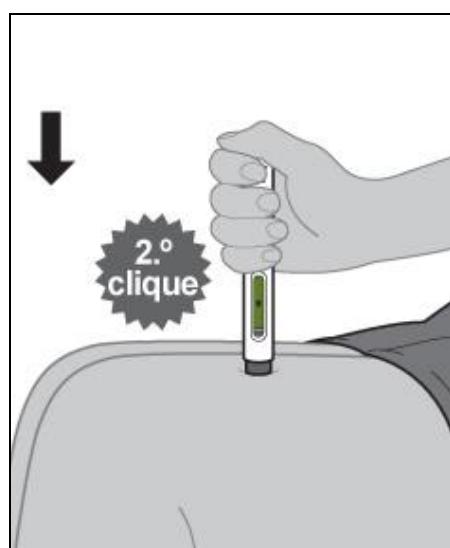


Figura G

12. Retire a caneta do local de injeção

- a. Olhe para a caneta e confirme que a haste do êmbolo cor de azeitona preenche a janela na totalidade.
- b. Retire a caneta do local de injeção (ver Figura H).
- c. Pressione com suavidade uma bola de algodão ou uma gaze no local de injeção e aplique um penso adesivo, se necessário.

Não fricione o local de injeção.

Nota: após retirar a caneta do local de injeção, a agulha irá ser tapada automaticamente (ver Figura I).

Nota: se a haste do êmbolo cor de azeitona não preencher a janela completamente, não recebeu uma dose completa. Neste caso, não reutilize a caneta. Contacte imediatamente o seu prestador de cuidados de saúde.

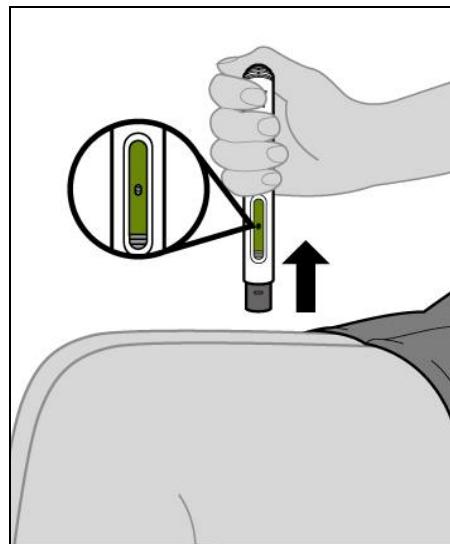


Figura H



Figura I

Depois da injeção

13. Elimine a caneta (ver *Figura J*).

- a. Coloque a caneta usada num recipiente para cortantes aprovado imediatamente após a utilização.
- b. Se não tem um recipiente para cortantes aprovado, pode utilizar um recipiente doméstico que:
 - seja feito de um plástico resistente;
 - possa ser fechado com uma tampa hermética, resistente a furos, donde seja impossível os cortantes saírem;
 - que fique na vertical e estável durante a utilização;
 - seja resistente a fugas; e
 - esteja devidamente rotulado para alertar contra os resíduos perigosos no seu interior.
- c. Quando o seu recipiente para cortantes estiver quase cheio, deve ser eliminado em conformidade com os requisitos locais.

Não volte a tapar a caneta.

Nota: manter a caneta e o recipiente para cortantes fora da vista e do alcance das crianças.



Figura J

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Remsima 40 mg/ml concentrado para solução para perfusão infliximab

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a utilizar este medicamento, pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- O seu médico irá dar-lhe também um cartão de alerta do doente que contém informação de segurança importante que necessita de ter em consideração antes e durante o seu tratamento com Remsima.
- Quando começar um cartão novo, guarde este cartão como referência durante 4 meses após a sua última dose de Remsima.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico. Ver secção 4.

O que contém este folheto

1. O que é Remsima e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima
3. Como será administrado Remsima
4. Efeitos indesejáveis possíveis
5. Como conservar Remsima
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Remsima e para que é utilizado

Remsima contém a substância ativa infliximab. Infliximab é um anticorpo monoclonal - um tipo de proteína que se liga a um alvo específico no organismo chamado TNF (fator de necrose tumoral) alfa.

Remsima pertence a um grupo de medicamentos denominados “antagonistas do TNF”. É utilizado em adultos para as seguintes doenças inflamatórias:

- Artrite reumatoide
- Artrite psoriática
- Espondilite anquilosante (Doença de Bechterew)
- Psoríase.

Remsima é também utilizado em adultos e crianças com idade igual ou superior a 6 anos para:

- Doença de Crohn
- Colite ulcerosa.

Remsima atua ligando-se seletivamente ao TNF alfa e inibindo a sua ação. O TNF alfa está envolvido nos processos inflamatórios do corpo e a sua inibição pode reduzir a inflamação no seu corpo.

Artrite reumatoide

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória das articulações. No caso de sofrer de artrite reumatoide activa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se estes medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima, o qual será administrado com outro medicamento chamado metotrexato para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,

- melhorar a sua função física.

Artrite psoriática

A artrite psoriática é uma doença inflamatória das articulações, geralmente acompanhada por psoríase. No caso de sofrer de artrite psoriática ativa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- retardar a progressão das lesões ao nível das suas articulações,
- melhorar a sua função física.

Espondilite anquilosante (doença de Bechterew)

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória da espinha dorsal. No caso de sofrer de espondilite anquilosante receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- reduzir os sinais e sintomas da sua doença,
- melhorar a sua função física.

Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória da pele. No caso de sofrer de psoríase em placas, moderada a grave, receberá primeiro tratamento com outros medicamentos ou tratamentos, tal como fototerapia. Se esses medicamentos ou tratamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para reduzir os sinais e sintomas da sua doença.

Colite ulcerosa

A colite ulcerosa é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de colite ulcerosa receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para tratar a sua doença.

Doença de Crohn

A doença de Crohn é uma doença inflamatória do intestino. No caso de sofrer de doença de Crohn receberá primeiro tratamento com outros medicamentos. Se esses medicamentos não funcionarem de modo suficiente, ser-lhe-á administrado Remsima para:

- tratar a doença de Crohn ativa,
- reduzir o número de aberturas anormais (fistulas) entre o seu intestino e a sua pele que não foram controladas com outros medicamentos ou cirurgia.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Remsima

Não lhe pode ser administrado Remsima se

- tem alergia ao infliximab ou a qualquer outro componente deste medicamento (indicados na secção 6).
- tem alergia às proteínas de ratinho.
- tem tuberculose (TB) ou outra infecção grave tal como pneumonia ou sépsis (uma infecção bacteriana grave do sangue).
- tem insuficiência cardíaca moderada ou grave.
- tem intolerância hereditária à frutose, uma condição genética bastante rara em que a enzima responsável pela decomposição da frutose não é produzida.

Não use Remsima se alguma das situações acima se aplica a si. Se não tiver a certeza, fale com o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima.

Advertências e precauções

Fale com o seu médico antes ou durante o tratamento com Remsima e verifique se:

Foi tratado anteriormente com qualquer medicamento contendo infliximab

- Informe o seu médico se tiver sido tratado com medicamentos contendo infliximab no passado e está agora a iniciar novamente o tratamento com Remsima.
- Se tiver feito um intervalo superior a 16 semanas no seu tratamento com o infliximab, existe um risco mais elevado de reações alérgicas ao iniciar o tratamento.

Infeções

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tiver alguma infeção, mesmo que seja mínima.
- Antes de lhe ser administrado Remsima, fale com o seu médico se alguma vez tiver residido ou viajado para uma região onde infeções como a histoplasmose, coccidioidomicose ou blastomicose são frequentes. Estas infeções são causadas por tipos específicos de fungos que podem afetar os pulmões ou outras partes do seu corpo.
- Pode apanhar infeções mais facilmente enquanto está a ser tratado com Remsima. Se tem 65 anos de idade ou mais, tem um risco maior.
- Estas infeções podem ser graves e incluem a tuberculose, infeções causadas por vírus, fungos, ou bactérias ou outros organismos do ambiente e sépsis que podem pôr a sua vida em risco. Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de infeção durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem febre, tosse, sinais de gripe, mal-estar, calor ou pele vermelha, feridas ou problemas dentários. O seu médico poderá recomendar parar temporariamente Remsima.

Tuberculose (TB)

- É muito importante que informe o seu médico se já teve TB ou se esteve em contacto próximo com alguém que tenha tido TB.
- O seu médico irá fazer-lhe o teste para ver se tem TB. Têm sido notificados casos de TB em doentes tratados com infliximab, mesmo em doentes que foram já tratados com medicamentos para a TB. O seu médico irá registar estes testes no seu cartão de alerta do doente.
- Se o seu médico achar que está em risco de ter TB, poderá ser tratado com medicamentos para a TB antes de lhe ser administrado Remsima.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais de TB durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem tosse persistente, perda de peso, cansaço, febre, suores noturnos.

Vírus da Hepatite B

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se for um portador ou se já tiver tido hepatite B.
- Informe o seu médico se pensa que pode estar em risco de contrair hepatite B.
- O seu médico deverá fazer-lhe um teste para o vírus da hepatite B.
- O tratamento com antagonistas do TNF, tal como Remsima, pode resultar na reativação do vírus da hepatite B em doentes portadores deste vírus, que em alguns casos pode pôr a sua vida em risco.
- Se tiver reativação da hepatite B, o seu médico poderá ter de parar ou suspender o seu tratamento e poderá dar-lhe medicamentos, tais como terapêutica antivírica eficaz com tratamento de suporte.

Problemas no coração

- Informe o seu médico se tem qualquer problema no coração, tal como insuficiência cardíaca ligeira.
- O seu médico irá querer monitorizar cuidadosamente o seu coração.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sinais novos ou agravamento da insuficiência cardíaca durante o tratamento com Remsima. Estes sinais incluem dificuldade em respirar ou inchaço nos pés.

Cancro e linfoma

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve linfoma (um tipo de cancro do sangue) ou qualquer outro cancro.
- Doentes com artrite reumatoide grave que sofrem da doença há muito tempo, podem ter um risco mais elevado de desenvolver linfoma.
- Crianças e adultos a utilizar Remsima podem ter um risco aumentado de desenvolver linfoma ou outro cancro.
- Alguns doentes tratados com antagonistas do TNF, incluindo infliximab desenvolveram um tipo de cancro raro chamado linfoma hepatoesplénico das células T. Destes doentes, a maior parte eram rapazes adolescentes ou jovens do sexo masculino e a maioria tinha doença de Crohn ou colite ulcerosa. Este tipo de cancro tem habitualmente levado à morte. Quase todos os doentes receberam igualmente medicamentos contendo azatioprina ou mercaptopurina além do antagonista do TNF.
- Alguns doentes tratados com infliximab desenvolveram certos tipos de cancro de pele. Se ocorrer alguma alteração na sua pele, ou crescimento de sinais na pele, durante ou após o tratamento, fale com o seu médico.
- Algumas mulheres em tratamento para a artrite reumatoide com infliximab desenvolveram cancro do colo do útero. Para mulheres a utilizar Remsima, incluindo mulheres com mais de 60 anos de idade, o seu médico poderá recomendar rastreio regular do cancro do colo do útero.

Doença nos pulmões ou hábitos tabágicos intensos

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem uma doença nos pulmões denominada Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou se tem hábitos tabágicos intensos.
- Doentes com DPOC e doentes com hábitos tabágicos intensos podem ter um risco mais elevado de desenvolver cancro com o tratamento com Remsima.

Doenças do sistema nervoso

- Informe o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima se tem ou teve um problema que afete o seu sistema nervoso. Isto inclui esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré, se tem convulsões ou se lhe foi diagnosticado nevrite ótica.

Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de uma doença do sistema nervoso durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem alterações na sua visão, fraqueza nos seus braços ou pernas, entorpecimento ou formigueiro em qualquer parte do seu corpo.

Aberturas anormais na pele

- Informe o seu médico se tem quaisquer aberturas anormais na pele (fistulas) antes de lhe ser administrado Remsima.

Vacinação

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber uma vacina.
- Deve receber as vacinas recomendadas antes de iniciar o tratamento com Remsima. Poderá receber algumas vacinas durante o tratamento com Remsima mas não poderá receber vacinas vivas (vacinas que contêm um agente infecioso vivo mas enfraquecido) enquanto está a fazer tratamento com Remsima uma vez que podem causar infecções.
- Se recebeu Remsima enquanto estava grávida, o seu bebé pode também ter um maior risco de contrair uma infecção como resultado de lhe ter sido administrado uma vacina viva durante o primeiro ano de vida. É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais

de saúde sobre a utilização de Remsima para que eles possam decidir quando o seu bebé deve receber qualquer vacina, incluindo vacinas vivas como a vacina BCG (usada na prevenção da tuberculose).

- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de o seu bebé receber qualquer vacina. Para mais informações ver secção relativa à Gravidez, amamentação e fertilidade.

Agentes terapêuticos infecciosos

- Fale com o seu médico se tiver recebido recentemente ou tem programado receber tratamento com um agente terapêutico infeccioso (como instilação de BCG usada no tratamento do cancro).

Cirurgia ou tratamentos dentários

- Informe o seu médico se vai ser sujeito a qualquer cirurgia ou tratamento dentário.
- Informe o seu cirurgião ou dentista que está a fazer tratamento com Remsima e mostre-lhe o seu cartão de alerta do doente.

Problemas de fígado

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram problemas de fígado graves.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de problemas de fígado durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções na pele ou febre.

Baixo número de células no sangue

- Em alguns doentes a receber Remsima, o organismo pode não produzir em quantidade suficiente as células sanguíneas que ajudam a combater infecções ou que ajudam a parar hemorragias.
- Informe imediatamente o seu médico se tiver sintomas de baixo número de células no sangue durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem febre persistente, hemorragias ou nódoas negras com maior facilidade, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou palidez.

Alteração do sistema imunitário

- Alguns doentes a receber Remsima desenvolveram sintomas de uma alteração do sistema imunitário chamada lúpus.
- Informe imediatamente o seu médico se desenvolver sintomas de lúpus durante o tratamento com Remsima. Os sinais incluem dor nas articulações ou erupção da pele na face ou braços, sensível ao sol.

Crianças e adolescentes

A informação descrita acima também se aplica a crianças e adolescentes. Além disso:

- Algumas crianças e adolescentes que receberam antagonistas do TNF, como o infliximab, desenvolveram cancros, incluindo de tipos não habituais, que algumas vezes resultaram em morte.
- Mais crianças a tomar infliximab desenvolveram infecções em comparação com os adultos.
- As crianças devem receber a vacinação recomendada antes de iniciarem o tratamento com Remsima. As crianças poderão receber algumas vacinas durante o tratamento com Remsima mas não devem receber vacinas vivas enquanto estão a fazer tratamento com Remsima.

Remsima só deve ser utilizado em crianças que estejam a fazer tratamento para a doença de Crohn ou colite ulcerosa. Estas crianças têm de ter idade igual ou superior a 6 anos.

Se não tem a certeza se qualquer uma das situações acima se aplica a si, fale com o seu médico antes de lhe ser administrado Remsima.

Outros medicamentos e Remsima

Doentes que tenham doenças inflamatórias já tomam medicamentos para tratar o seu problema. Estes medicamentos podem causar efeitos indesejáveis. O seu médico irá aconselhá-lo sobre os medicamentos que deve continuar a utilizar enquanto está a fazer tratamento com Remsima.

Informe o seu médico se estiver a utilizar, tiver utilizado recentemente, ou se vier a utilizar outros medicamentos, incluindo qualquer outro medicamento usado no tratamento da doença de Crohn, colite ulcerosa, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou psoriase ou medicamentos não sujeitos a receita médica, tais como vitaminas e medicamentos à base de plantas.

Em particular, informe o seu médico se estiver a utilizar qualquer um dos seguintes medicamentos:

- Medicamentos que afetam o seu sistema imunitário
- Kineret (que contém anakinra). Remsima e Kineret não devem ser administrados em conjunto
- Orencia (que contém abatacept). Remsima e Orencia não devem ser administrados em conjunto.

Enquanto estiver a utilizar Remsima não deverá receber vacinas vivas. Se estiver a utilizar Remsima durante a gravidez ou se está a receber Remsima enquanto está a amamentar, informe o médico do seu bebé e outros profissionais de saúde que cuidem do seu bebé sobre a utilização de Remsima antes de o bebé receber qualquer vacina.

Se não tem a certeza se qualquer uma das situações acima se aplica a si, fale com o seu médico ou farmacêutico antes de utilizar Remsima.

Gravidez, amamentação e fertilidade

- Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico antes de tomar este medicamento. Remsima apenas deve ser utilizado durante a gravidez ou amamentação se o seu médico considerar que é necessário para si.
- Deve evitar ficar grávida enquanto estiver a fazer tratamento com Remsima e durante 6 meses após o fim do tratamento. Discuta com o seu médico a utilização de contraceção durante este tempo.
- Se recebeu Remsima durante a gravidez, o seu bebé pode ter um maior risco de contrair uma infecção.
- É importante que informe os médicos do seu filho e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se recebeu Remsima durante a gravidez, dar a vacina BCG (usada na prevenção de tuberculose) ao seu bebé no período de 12 meses após o seu nascimento pode resultar numa infecção com complicações graves, incluindo morte. Vacinas vivas, como a vacina BCG não devem ser administradas ao seu bebé no período de 12 meses após o nascimento, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé. Para mais informações consulte a secção sobre vacinação.
- Se está a amamentar é importante que informe os médicos do seu bebé e outros profissionais de saúde sobre a utilização de Remsima antes de ser dada qualquer vacina ao seu bebé. Se está a amamentar, não devem ser administradas vacinas vivas ao seu bebé, exceto recomendação contrária pelo médico do seu bebé.
- Foram comunicados casos de diminuição acentuada do número de glóbulos brancos do sangue em lactentes cujas mães foram tratadas com infliximab durante a gravidez. Se o seu bebé tem febre contínua ou infecções, contacte o médico do seu bebé de imediato.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Não é provável que Remsima afete a sua capacidade de conduzir ou utilizar ferramentas ou máquinas. Se sentir cansaço, tonturas ou mal-estar após a administração de Remsima, não conduza ou utilize quaisquer ferramentas ou máquinas.

Remsima contém sorbitol

Sorbitol é uma fonte de frutose. Se tiver intolerância hereditária à frutose (IHF), uma doença genética rara, você não pode tomar este medicamento. Os doentes com IHF não conseguem digerir a frutose, o que pode causar efeitos secundários graves.

Tem de informar o seu médico antes de tomar este medicamento se você (ou o seu filho) tem IHF ou se o seu filho deixou de poder ingerir alimentos ou bebidas doces, porque se sente enjoado, com vômitos ou se fica com efeitos desagradáveis como inchaço, dores de estômago ou diarreia.

Remsima contém polissorbato 80

Este medicamento contém 1,3 mg de polissorbato 80 em cada frasco para injetáveis de 100 mg que é equivalente a 0,5 mg/ml e 4,4 mg de polissorbato 80 em cada frasco para injetáveis de 350 mg que é equivalente a 0,5 mg/ml. Os polissorbatos podem causar reações alérgicas. Informe o seu médico se tem alguma alergia.

Remsima contém sódio

Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose, ou seja, é praticamente “isento de sódio”. No entanto, antes de lhe ser dado Remsima, ele é misturado com uma solução que contém sódio. Fale com o seu médico se estiver numa dieta com restrição em sal

3. Como será administrado Remsima

Artrite reumatoide

A dose habitual é de 3 mg por cada kg de peso corporal.

Artrite psoriática, espondilite anquilosante (doença de Bechterew), psoríase, colite ulcerosa e doença de Crohn

A dose habitual é de 5 mg por cada kg de peso corporal.

Como será administrado Remsima

- Remsima irá ser-lhe administrado pelo seu médico ou enfermeiro.
- O seu médico ou enfermeiro irá preparar o medicamento para perfusão.
- O medicamento irá ser-lhe administrado por perfusão (gota-a-gota) (durante 2 horas) numa das suas veias, habitualmente do seu braço. Após o terceiro tratamento, o seu médico poderá decidir administrar-lhe a sua dose de Remsima durante 1 hora.
- Será monitorizado enquanto lhe é administrado Remsima assim como nas 1 a 2 horas seguintes.

Qual a dose de Remsima administrada

- O médico irá decidir qual a sua dose e com que frequência lhe será administrado Remsima. Isto irá depender da sua doença, peso e de como responde a Remsima.
- A tabela abaixo mostra com que frequência irá habitualmente ser-lhe administrado este medicamento após a sua primeira dose.

Dose do 2.º tratamento	2 semanas após a sua 1.ª dose
Dose do 3.º tratamento	6 semanas após a sua 1.ª dose
Dose dos tratamentos seguintes	A cada 6 a 8 semanas, dependendo da sua doença

Utilização em crianças e adolescentes

Em crianças (com idade igual ou superior a 6 anos) tratadas para a doença de Crohn ou colite ulcerosa, a dose recomendada é a mesma que para adultos.

Se lhe for administrado mais Remsima do que deveria

Como a administração deste medicamento é feita pelo seu médico ou enfermeiro, é pouco provável que lhe administrado mais Remsima do que deveria.

Não existem efeitos indesejáveis conhecidos devido à toma excessiva de Remsima.

Caso se tenha esquecido ou falte à sua perfusão de Remsima

Se se esquecer ou faltar a uma marcação para receber Remsima, faça outra marcação o mais rapidamente possível.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico.

4. Efeitos indesejáveis possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Os efeitos indesejáveis são, na sua maioria, ligeiros a moderados. Contudo, alguns doentes podem ter efeitos indesejáveis graves e podem necessitar de tratamento. Os efeitos indesejáveis podem também ocorrer após o seu tratamento com Remsima ter terminado.

Informe imediatamente o seu médico se detetar qualquer um dos seguintes efeitos indesejáveis:

- **Sinais de uma reação alérgica**, tais como inchaço da sua face, lábios, boca ou garganta que podem provocar dificuldades em engolir ou respirar, erupção da pele, urticária, inchaço das mãos, pés ou tornozelos. Algumas destas reações podem ser graves ou colocar em risco de vida. Pode surgir uma reação alérgica durante as 2 horas da sua perfusão ou posteriormente. Outros sinais de efeitos indesejáveis alérgicos que podem surgir até 12 dias após a sua perfusão incluem dor nos músculos, febre, dor nas articulações ou nos maxilares, dor de garganta ou dor de cabeça.
- **Sinais de um problema no coração**, tais como desconforto ou dor no peito, dor nos braços, dor de estômago, dificuldade em respirar, ansiedade, atordoamento, tonturas, desmaio, transpirar, náuseas (sentir-se enjoado), vômito, sentir vibração ou pulsação no peito, batimento do coração acelerado ou lento e inchaço dos pés.
- **Sinais de infecção (incluindo TB)**, tais como febre, cansaço, tosse que pode ser persistente, dificuldade em respirar, sintomas gripais, perda de peso, suores noturnos, diarreia, feridas, acumulação de pus no intestino ou à volta do ânus (abcesso), problemas dentários ou sensação de ardor ao urinar.
- **Possíveis sinais de cancro** incluindo mas não limitado a inchaço dos gânglios linfáticos, perda de peso, febre, nódulos invulgares na pele, alterações em sinais ou na coloração da pele, ou hemorragia vaginal invulgar.
- **Sinais de um problema nos pulmões**, tais como tosse, dificuldades em respirar ou aperto no peito.
- **Sinais de um problema no sistema nervoso (incluindo problemas nos olhos)**, tais como sinais de um AVC (adormecimento ou fraqueza súbitos da cara, braço ou perna, especialmente de um dos lados do corpo; confusão súbita, dificuldades na fala ou de compreensão; dificuldade devisão num ou em ambos os olhos, dificuldade na marcha, tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação ou dor de cabeça forte), convulsões, formigueiro/adormecimento em qualquer parte do seu corpo, fraqueza nos braços ou pernas, alterações da visão, tais como visão dupla ou outros problemas nos olhos.
- **Sinais de um problema no fígado** (incluindo hepatite B se já teve hepatite B no passado), tais como pele ou olhos amarelados, urina de cor castanha escura, dor ou inchaço no lado superior direito na zona do estômago, dor nas articulações, erupções da pele ou febre.
- **Sinais de uma doença do sistema imunitário chamada lúpus** tais como dor nas articulações ou uma erupção da pele na face ou braços sensível ao sol (lúpus) ou tosse, falta de ar, febre ou erupção da pele (sarcoidose).
- **Sinais de baixo número de células do sangue** tais como febre persistente, perder de sangue ou ficar com nódulos negras mais facilmente, pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele ou ter um aspeto pálido.
- **Sinais de problemas da pele graves** tais como pontos avermelhados tipo alvo ou manchas circulares muitas vezes com bolhas centrais no tronco, grandes áreas de pele descamativa e exfoliativa, úlceras na boca, garganta, nariz, órgãos genitais e olhos ou pequenos inchaços

cheios de pus que podem estar espalhados pelo corpo. Estas reações da pele podem ser acompanhadas de febre.

Informe imediatamente o seu médico se detetar quaisquer efeitos indesejáveis mencionados acima.

Observaram-se os seguintes efeitos indesejáveis com Remsima:

Muito frequentes: podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas

- Dor no estômago, sensação de mal-estar
- Infeções virais, tais como herpes ou gripe
- Infeções do trato respiratório superior, tal como sinusite
- Dor de cabeça
- Efeitos indesejáveis devido a uma perfusão
- Dor.

Frequentes: podem afetar até 1 em cada 10 pessoas

- Alterações na forma como o seu fígado funciona, aumento das enzimas hepáticas (revelado nas análises ao sangue)
- Infeções pulmonares ou torácicas, tais como bronquite ou pneumonia
- Dificuldade ou dor ao respirar, dor no peito
- Sangramento no estômago ou intestino, diarreia, indigestão, azia, obstipação (prisão de ventre)
- Erupção tipo urticária, erupção da pele com comichão ou pele seca
- Problemas de equilíbrio ou tonturas
- Febre, sudorese (transpiração) aumentada
- Problemas de circulação, tais como tensão arterial alta ou baixa
- Hematomas (nódoas negras), afrontamentos ou perda de sangue pelo nariz, pele vermelha e quente (rubor)
- Sensação de cansaço ou fraqueza
- Infeções bacterianas, tais como intoxicação do sangue, abcesso ou infecção da pele (celulite)
- Infecção fúngica da pele
- Problemas de sangue, tais como anemia ou baixa contagem de glóbulos brancos do sangue
- Nódulos linfáticos inchados
- Depressão, problemas de sono
- Problemas nos olhos, incluindo olhos vermelhos e infecções
- Batimento rápido do coração (taquicardia) ou palpitações
- Dor nas articulações, músculos ou nas costas
- Infecção do trato urinário
- Psoríase, problemas de pele, tais como eczema e perda de cabelo
- Reações no local da injeção, tais como dor, inchaço, vermelhidão ou prurido
- Arrepios, uma acumulação de líquido debaixo da pele que causa inchaço
- Sensação de dormência ou ter uma sensação de formigueiro.

Pouco frequentes: podem afetar até 1 em cada 100 pessoas

- Falta de irrigação sanguínea, inchaço de uma veia
- Acumulação de sangue fora dos vasos sanguíneos (hematoma) ou nódoa negra
- Problemas de pele, tais como bolhas, verrugas, coloração ou pigmentação anormal da pele ou lábios inchados, ou espessamento da pele, pele vermelha ou com escamas
- Reações alérgicas graves (ex. anafilaxia), uma doença do sistema imunitário chamada lúpus, reações alérgicas a proteínas estranhas
- Feridas que demoram mais tempo a sarar
- Inchaço da vesícula biliar ou fígado (hepatite), lesão do fígado
- Falhas de memória, irritabilidade, confusão, nervosismo
- Problemas nos olhos, incluindo visão desfocada ou reduzida, olhos inchados ou treçolhos
- Aparecimento ou agravamento da insuficiência cardíaca, batimentos cardíacos lentos
- Desmaio

- Convulsões, problemas dos nervos
- Orifício intestinal ou obstrução do intestino, dor de estômago ou cólicas
- Inchaço do pâncreas (pancreatite)
- Infeções fúngicas, tais como infecções micóticas ou infecção fúngica das unhas
- Problemas pulmonares (tais como edema)
- Líquido à volta dos pulmões (derrame pleural)
- Estreitamento das vias respiratórias dos pulmões, que causam dificuldade em respirar
- Inflamação do revestimento do pulmão, que causa dores agudas no peito que piora com a respiração (pleurisia)
- Tuberculose
- Infeções do rim
- Baixa contagem de plaquetas, demasiados glóbulos brancos no sangue
- Infeções vaginais
- Resultados de análises ao sangue com “anticorpos” contra o seu próprio organismo.
- Alterações nos níveis de colesterol e gordura no sangue.
- Aumento de peso (para a maioria dos doentes o aumento de peso foi ligeiro)

Raros: podem afetar até 1 em cada 1.000 doentes

- Um tipo de cancro do sangue (linfoma)
- O seu sangue não fornece a quantidade de oxigénio suficiente para o seu corpo, problemas de circulação, tais como estreitamento de um vaso sanguíneo
- Inflamação da membrana que reveste o cérebro (meningite)
- Infeções devido a um enfraquecimento do sistema imunitário
- Infeção por hepatite B, quando já teve hepatite B no passado
- Inflamação do fígado causada por um problema no sistema imunitário (hepatite autoimune)
- Problema no fígado que causa pele ou olhos amarelados (icterícia)
- Crescimento ou inchaço anormal dos tecidos
- Reação alérgica grave que pode causar perda de consciência e colocar a vida em risco (choque anafilático)
- Inchaço dos pequenos vasos sanguíneos (vasculite)
- Alterações imunitárias que podem afetar os pulmões, pele e gânglios linfáticos (tal como sarcoidose)
- Acumulação de células imunitárias em resultado de uma resposta inflamatória (lesões granulomatosas)
- Falta de interesse ou emoção
- Problemas graves de pele como necrólise epidérmica tóxica, Síndrome de Stevens-Johnson e pustulose exantemática generalizada aguda
- Outros problemas de pele tais como eritema multiforme, bolhas e pele descamativa ou furúnculos (furunculose)
- Doenças graves do sistema nervoso como mielite transversa, doença semelhante a esclerose múltipla, nevrite ótica, síndrome de Guillain-Barré
- Inflamação no olho que pode causar alterações na visão, incluindo cegueira
- Líquido na camada que reveste o coração (derrame pericárdico)
- Problemas graves do pulmão (tais como doença pulmonar intersticial)
- Melanoma (um tipo de cancro da pele)
- Cancro do colo do útero
- Baixo número de células no sangue, incluindo uma diminuição acentuada, do número de glóbulos brancos
- Pequenos pontos roxos ou vermelhos causados por hemorragia debaixo da pele
- Valores anormais de uma proteína sanguínea chamada “fator de complemento” que faz parte do sistema imunitário
- Reações liquenoides (erupção cutânea de cor vermelha-arroxeadas com comichão e/ou linhas de cor branca-acinzentada nas membranas mucosas).

Desconhecido: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis

- Cancro em crianças e adultos
- Um cancro do sangue raro que afeta maioritariamente rapazes adolescentes ou homens jovens (linfoma hepatoesplénico das células T)
- Insuficiência hepática
- Carcinoma de células Merkel (um tipo de cancro da pele)
- Sarcoma de Kaposi, um cancro raro relacionado com a infecção pelo vírus herpes humano 8. O sarcoma de Kaposi aparece mais frequentemente na forma de lesões cutâneas de cor púrpura
- Agravamento de uma doença chamada dermatomiosite (que corresponde a uma erupção da pele acompanhada de fraqueza muscular)
- Ataque cardíaco
- AVC (acidente vascular cerebral)
- Perda de visão temporária que ocorre durante ou nas 2 horas após a perfusão
- Infecção originada por uma vacina viva devido a um sistema imunitário enfraquecido.

Efeitos indesejáveis adicionais em crianças e adolescentes

As crianças que tomaram infliximab para o tratamento da doença de Crohn revelaram algumas diferenças relativamente aos efeitos indesejáveis quando comparadas com os adultos que tomaram infliximab para a doença de Crohn. Os efeitos indesejáveis que aconteceram mais em crianças foram: baixa contagem de glóbulos vermelhos do sangue (anemia), sangue nas fezes, baixa contagem geral de glóbulos brancos do sangue (leucopenia), vermelhidão ou corar (rubor), infecções virais, baixa contagem de glóbulos brancos do sangue que combatem as infecções (neutropenia), fraturas ósseas, infecções bacterianas e reações alérgicas do trato respiratório.

Comunicação de efeitos indesejáveis

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, ou farmacêutico ou enfermeiro. Também poderá comunicar efeitos indesejáveis diretamente através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#). Ao comunicar efeitos indesejáveis, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

5. Como conservar Remsima

Remsima será geralmente armazenado por profissionais de saúde. Os detalhes de conservação que deverá saber são os seguintes:

- Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.
- Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso no rótulo e na embalagem, após “VAL”. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.
- Conservar no frigorífico (2°C - 8°C).
- Este medicamento pode também ser conservado na embalagem de origem fora do frigorífico até à temperatura máxima de 30 °C por um período único até 15 dias, mas sem exceder o prazo de validade original. Nesta situação, não volte a conservar no frigorífico. Escreva o novo prazo de validade na cartonagem incluindo dia/mês/ano. Elimine o medicamento se este não for utilizado até ao novo prazo de validade ou até ao prazo de validade impresso na cartonagem, conforme a data mais próxima.
- Após a preparação de Remsima para perfusão, é recomendado que seja utilizado o mais rapidamente possível (dentro de 3 horas). Contudo, se a solução for preparada sob condições asséticas, pode ser conservada no frigorífico entre 2°C - 8°C até 60 dias e por um período adicional de 24 horas a 30°C após retirar do frigorífico.
- Não utilize este medicamento se verificar que a solução apresenta alteração da coloração ou partículas.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Remsima

- A substância ativa é infliximab. Cada frasco para injetáveis contém 100 mg ou 350 mg de infliximab e cada ml contém 40 mg de infliximab.
- Os outros componentes são ácido acético, acetato de sódio tri-hidratado, sorbitol (E420), polissorbato 80 (E433) e água para preparações injetáveis.

Qual o aspetto de Remsima e conteúdo da embalagem

Remsima é fornecido num frasco para injetáveis de vidro contendo concentrado para solução para perfusão. Remsima é solução transparente a opalescente, líquido incolor a castanho claro.

Remsima é produzido em embalagens de 1, 2, 3, 4 ou 5 frascos para injetáveis. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular de Autorização de Introdução no Mercado

Celltrion Healthcare Hungary Kft.
1062 Budapest
Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony
Hungria

Fabricante

Nuvisan France SARL
2400, Route des Colles,
06410, Biot,
França

Kymos, SL
Ronda De Can Fatjó,
7B. 08290 Cerdanyola del Vallès,
Barcelona,
Espanha

Midas Pharma GmbH
Rheinstraße 49
55218 Ingelheim am Rhein
Alemanha

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

België/Belgique/Belgien
Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

България
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Тел.: + 36 1 231 0493

Lietuva
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Luxembourg/Luxemburg
Celltrion Healthcare Belgium BVBA
Tél/Tel: + 32 1528 7418
BEinfo@celltrionhc.com

Česká republika
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Magyarország
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: +36 1 231 0493

Danmark
Celltrion Healthcare Denmark ApS
Contact_dk@celltrionhc.com
Tlf: +45 3535 2989

Deutschland
Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Tel: + 49 30 346494150
infoDE@celltrionhc.com

Eesti
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: +36 1 231 0493
contact_fi@celltrionhc.com

Ελλάδα
BIANEE A.E.
Τηλ: +30 210 8009111

Malta
Mint Health Ltd.
Tel: + 356 2093 9800

Nederland
Celltrion Healthcare Netherlands B.V.
Tel: +31 20 888 7300
NLinfo@celltrionhc.com

Norge
Celltrion Healthcare Norway AS
Contact_no@celltrionhc.com

Österreich
Astro-Pharma GmbH
Tel.: +43 1 97 99 860

España
Kern Pharma, S.L.
Tel: + 34 93 700 25 25

Polska
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel.: + 36 1 231 0493

France
Celltrion Healthcare France SAS
Tel: +33 (0)1 71 25 27 00

Portugal
CELLTRION PORTUGAL, UNIPESSOAL LDA
Tel: +351 21 936 8542
contact_pt@celltrion.com

Hrvatska
OKTAL PHARMA d.o.o.
Tel: + 385 1 6595 777

România
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 40 21 412 0017

Ireland
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026
enquiry_ie@celltrionhc.com

Slovenija
OPH Oktal Pharma d.o.o.
Tel: + 386 1 519 29 22

Ísland
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Sími: +36 1 231 0493
contact_fi@celltrionhc.com

Slovenská republika
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493
info@egis.sk

Italia
Celltrion Healthcare Italy S. R.L.
Tel: +39 0247927040
celltrionhealthcare_italy@legalmail.it

Suomi/Finland
Celltrion Healthcare Finland Oy.
Puh/Tel: +358 29 170 7755
contact_fi@celltrionhc.com

Kύπρος
C.A. Papaellinas Ltd
Τηλ: + 357 22741741

Latvija
Celltrion Healthcare Hungary Kft.
Tel: + 36 1 231 0493

Sverige
Celltrion Sweden AB
contact_se@celltrionhc.com

United Kingdom (Northern Ireland)
Celltrion Healthcare Ireland Limited
Tel: +353 1 223 4026

Este folheto foi revisto pela última vez em {MM/AAAA}.

Outras fontes de informação

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

A informação que se segue destina-se apenas aos profissionais de saúde:

O cartão de alerta do doente deve ser entregue a doentes tratados com Remsima.

Instruções de utilização e manuseamento – condições de conservação

Conservar a 2°C - 8°C.

Remsima pode ser conservado a temperaturas até um máximo de 30°C durante um período único até 15 dias, mas não excedendo o prazo de validade original. O novo prazo de validade tem de ser escrito na cartonagem. Após remoção do frigorífico, Remsima não pode voltar a ser conservado no frigorífico.

Instruções de utilização e manuseamento –diluição e administração

De forma a melhorar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, o nome e o número de lote do medicamento administrado devem ser claramente registados.

1. A dose e o número de frascos para injetáveis de Remsima têm de ser calculados. Cada frasco para injetáveis de Remsima contém 100 mg ou 350 mg de infliximab. O volume total de concentrado de Remsima necessário tem de ser calculado.
2. O volume necessário de concentrado de Remsima deve extraído assepticamente e diluído até 250 ml com solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9 %). Não dilua o concentrado de Remsima com qualquer outro solvente. A diluição pode ser conseguida extraindo um volume da solução para perfusão de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9 %) do frasco de vidro ou saco de perfusão de 250 ml, igual ao volume de concentrado de Remsima necessário. O volume necessário de concentrado de Remsima deve ser adicionado lentamente até perfazer o volume do saco ou do frasco de perfusão de 250 ml e misturado suavemente. Para volumes superiores a 250 ml, utilizar um saco de perfusão maior (ex. 500 ml, 1000 ml) ou utilizar múltiplos sacos de perfusão de 250 ml para assegurar que a concentração da solução para perfusão não excede os 4 mg/ml. Se armazenada refrigerada após a diluição, deve permitir-se que a solução para perfusão se equilibre à temperatura ambiente (até 30°C) durante 3 horas antes do Passo 3 (perfusão).
3. A solução para perfusão tem de ser administrada durante um período não inferior ao tempo de perfusão recomendado (ver secção 3). Deve ser utilizado apenas um sistema de perfusão com um filtro em linha, estéril, apirogénico, com baixa ligação às proteínas (tamanho dos poros: igual ou inferior a 1,2 micrómetros). Uma vez que não estão presentes conservantes, a administração da solução para perfusão deve ser iniciada o mais rapidamente possível e no espaço de 3 horas após a diluição. Se não for usada imediatamente, os tempos e condições de conservação antes da utilização são da responsabilidade do utilizador e normalmente não deverão ser superiores a 24 horas a 2°C – 8°C, a não ser que a diluição tenha sido realizada em condições assépticas controladas e validadas. Qualquer quantidade não utilizada de solução para perfusão não deve ser conservada para reutilização.
4. Antes da administração, Remsima deve ser inspecionado visualmente para verificar se contém partículas ou apresenta sinais de alteração da cor. A solução não deve ser utilizada se contiver partículas opacas visíveis, partículas estranhas ou alterações da cor.
5. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.