

ANEXA I

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

Medicamentul nu mai este autorizat

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate. Vezi pct. 4.8 pentru modul de raportare a reacțiilor adverse.

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Equidacent 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă.

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare ml de concentrat conține bevacizumab 25 mg*.

Fiecare flacon cu 4 ml de concentrat conține bevacizumab 100 mg.

Fiecare flacon cu 16 ml de concentrat conține bevacizumab 400 mg.

Pentru recomandări privind diluarea și alte instrucțiuni de manipulare, vezi pct. 6.6.

*Bevacizumab este un anticorp monoclonal umanizat recombinant obținut prin tehnologie ADN în celule ovariene de hamster chinezesc.

Excipient(ți) cu efect cunoscut

Fiecare flacon cu 4 ml de concentrat conține sorbitol (E420) 191 mg.

Fiecare flacon cu 16 ml de concentrat conține sorbitol (E420) 764 mg.

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Concentrat pentru soluție perfuzabilă.

Soluție limpede până la opalescență, incoloră până la maro-gălbui.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Bevacizumabul, administrat în asociere cu chimioterapie pe bază de fluoropirimidină, este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu carcinom metastazat de colon sau rect.

Bevacizumabul administrat în asociere cu paclitaxel este indicat pentru tratamentul de primă linie al pacienților adulți cu neoplasm mamar metastazat. Pentru informații suplimentare referitoare la statusul receptorului 2 al factorului de creștere epidermal uman (HER2), vezi pct. 5.1.

Bevacizumabul administrat în asociere cu capecitabină este indicat pentru tratamentul de primă linie al pacienților adulți cu neoplasm mamar metastazat în cazul cărora tratamentul cu alte opțiuni de chimioterapie, incluzând taxani sau antracicline, nu este considerat adecvat. Pacienții cărora li s-au administrat scheme terapeutice care conțin taxani și antracicline, ca tratament adjuvant, în ultimele 12 luni, trebuie excluși din tratamentul cu Equidacent în asociere cu capecitabină. Pentru informații suplimentare referitoare la statusul HER2, vezi pct. 5.1.

Bevacizumabul administrat în asociere cu chimioterapia pe bază de săruri de platină, este indicat pentru tratamentul de primă linie al pacienților adulți cu neoplasm bronhopulmonar avansat inoperabil,

metastazat sau recurent, diferit de cel cu celule mici, cutipul histologic diferit de celcu celule predominant scuamoase,.

Bevacizumabul, administrat în asociere cu erlotinib, este indicat pentru tratamentul de primă linie al pacienților adulți cu neoplasm bronhopulmonar avansat inoperabil, metastazat sau recurent, diferit de cel cu celule mici, cu tipul histologic diferit de cel cu celule scuamoase, cu mutații activatoare ale receptorului pentru factorul de creștere epidermal (EGFR) (vezi pct. 5.1).

Bevacizumabul administrat în asociere cu interferon alfa-2a este indicat pentru tratamentul de primă linie al pacienților adulți cu neoplasm renal avansat și/sau metastazat.

Bevacizumabul administrat în asociere cu carboplatină și paclitaxel este indicat ca tratament de primă linie al pacienților adulți cu neoplasm ovarian epitelial (stadiile FIGO (Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică) IIIB, IIIC și IV), al trompelor uterine sau cu neoplasm peritoneal primar în stadii avansate (vezi pct. 5.1).

Bevacizumabul, administrat în asociere cu carboplatină și gemcitabină sau în asociere cu carboplatină și paclitaxel, este indicat pentru tratamentul pacienților adulți la care s-a diagnosticat prima recurență de neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau neoplasm peritoneal primar, sensibili la chimioterapia pe bază de săruri de platină, cărora nu li s-a administrat anterior tratament cu bevacizumab sau alți inhibitori ai factorului de creștere a endoteliului vascular (VEGF) sau terapie țintă asupra receptorului VEGF.

Bevacizumabul administrat în asociere cu paclitaxel și cisplatină sau, în mod alternativ, cu paclitaxel și topotecan pacienților cărora nu li se poate administra chimioterapie cu săruri de platină, este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu carcinom de col uterin persistent, recurent sau metastazat (vezi pct. 5.1).

4.2 Doze și mod de administrare

Equidacent trebuie administrat sub supravegherea unui medic cu experiență în utilizarea medicamentelor antineoplazice.

Doze

Carcinom metastazat de colon sau rect (CmCR)

Doza recomandată de Equidacent administrată sub formă de perfuzie intravenoasă este fie de 5 mg/kg sau 10 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la un interval de 2 săptămâni, fie 7,5 mg/kg sau 15 mg/kg greutate corporală administrată o dată la un interval de 3 săptămâni.

Se recomandă ca tratamentul să fie continuat până la progresia bolii sau până la toxicitate inacceptabilă.

Neoplasm mamar metastazat (NMm)

Doza recomandată de Equidacent este de 10 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la interval de 2 săptămâni sau 15 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la interval de 3 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă.

Se recomandă ca tratamentul să fie continuat până la progresia afecțiunii de bază sau până la toxicitate inacceptabilă.

Neoplasm bronhopulmonar diferit de cel cu celule mici (NSCLC)

Tratamentul de primă linie al NSCLC non-scuamos în asociere cu chimioterapie pe bază de săruri de platină

Equidacent se administrează în asociere cu chimioterapie pe bază de săruri de platină timp de până la 6 cicluri terapeutice, după care se administrează Equidacent în monoterapie până la progresia bolii.

Doza recomandată de Equidacent este de 7,5 mg/kg sau 15 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la un interval de 3 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă.

Beneficiul clinic la pacienții cu NSCLC a fost demonstrat atât pentru doze de 7,5 mg/kg, cât și pentru doze de 15 mg/kg (vezi pct. 5.1).

Se recomandă ca tratamentul să fie continuat până la progresia afecțiunii de bază sau până la toxicitate inacceptabilă.

Tratamentul de primă linie al NSCLC non-scuamos cu mutații activatoare ale EGFR, în asociere cu erlotinib

Testarea mutației EGFR trebuie să fie efectuată înainte de inițierea tratamentului cu asocierea de Equidacent și erlotinib. Este important să fie aleasă o metodologie bine validată și solidă pentru a evita determinările fals negative sau fals pozitive.

Doza recomandată de Equidacent, când este utilizat în asociere cu erlotinib, este de 15 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la interval de 3 săptămâni sub formă de perfuzie intravenoasă.

Se recomandă ca tratamentul cu Equidacent în asociere cu erlotinib să fie continuat până la progresia bolii.

Pentru doze și modul de administrare a erlotinibului, consultați varianta completă a informațiilor de prescriere pentru erlotinib.

Neoplasm renal în stadiu avansat și/sau metastazat (NRm)

Doza recomandată de Equidacent este de 10 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la un interval de 2 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă.

Se recomandă ca tratamentul să fie continuat până la progresia bolii sau până la toxicitate inacceptabilă.

Neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine și neoplasm peritoneal primar

Tratamentul de primă linie: Equidacent se administrează în asociere cu carboplatină și paclitaxel timp de până la 6 cicluri terapeutice, urmat de administrarea continuă a Equidacent ca monoterapie până la progresia bolii sau pentru o perioadă de maximum 15 luni, sau până la toxicitate inacceptabilă, oricare dintre acestea apare mai întâi.

Doza recomandată de Equidacent este de 15 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la un interval de 3 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă.

Tratamentul bolii recurente, sensibilă la chimioterapia pe bază de săruri de platină: Equidacent se administrează fie în asociere cu carboplatină și gemcitabină timp de 6 până la 10 cicluri terapeutice, fie în asociere cu carboplatină și paclitaxel timp de 6 până la 8 cicluri, urmat de administrarea continuă a Equidacent ca monoterapie până la progresia bolii. Doza recomandată de Equidacent este de 15 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la interval de 3 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă.

Neoplasm de col uterin

Equidacent este administrat în asociere cu una dintre următoarele scheme chimioterapeutice: paclitaxel și cisplatină sau paclitaxel și topotecan.

Doza recomandată de Equidacent este de 15 mg/kg greutate corporală, administrată o dată la un interval de 3 săptămâni, sub formă de perfuzie intravenoasă.

Este recomandată continuarea tratamentului până la progresia afecțiunii de bază sau până la toxicitate inacceptabilă (vezi pct. 5.1).

Grupe speciale de pacienți

Vârstnici: Nu este necesară nicio ajustare a dozei la vârstnici.

Insuficiență renală: Siguranța și eficacitatea nu au fost studiate la pacienții cu insuficiență renală (vezi pct. 5.2).

Insuficiență hepatică: Siguranța și eficacitatea nu au fost studiate la pacienții cu insuficiență hepatică (vezi pct. 5.2).

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea bevacizumabului la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost stabilite. Datele disponibile în prezent sunt descrise la pct. 4.8, 5.1 și 5.2, însă nu se poate face nicio recomandare privind dozele de administrare.

Bevacizumabul nu prezintă utilizare relevantă la copii și adolescenți în indicațiile privind tratamentul neoplasmului de colon, rect, mamar, bronhopulmonar, ovarian, al trompelor uterine, peritoneal, de col uterin și renal.

Mod de administrare

Equidacent este destinat administrării intravenoase. Doza inițială trebuie administrată sub formă de perfuzie intravenoasă cu durată de 90 minute. Dacă prima perfuzie este bine tolerată, a doua perfuzie poate fi administrată pe durată de 60 de minute. Dacă perfuzia administrată pe durată de 60 de minute este bine tolerată, toate perfuziile următoare pot fi administrate pe durată de 30 de minute.

Nu se administrează prin injecție intravenoasă rapidă sau în bolus.

Nu se recomandă reducerea dozelor în cazul apariției reacțiilor adverse. Dacă este indicat, terapia trebuie întreruptă fie permanent, fie temporar, conform recomandărilor de la pct. 4.4.

Precauții care trebuie luate înaintea de manipularea sau administrarea medicamentului

Pentru instrucțiuni privind diluarea medicamentului înainte de administrare, vezi pct. 6.6. Perfuziile cu Equidacent nu trebuie administrate sau amestecate cu soluții de glucoză. Acest medicament nu trebuie amestecat cu alte medicamente, cu excepția celor menționate la pct. 6.6.

4.3 Contraindicații

- Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.
- Hipersensibilitate la medicamentele obținute pe celulele ovariene de hamster chinezesc (CHO) sau la alți anticorpi recombinanți umani sau umanizați.

- Sarcină (vezi pct. 4.6)

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție.

Perforații gastro-intestinale (GI) și fistule (vezi pct. 4.8)

Pacienții pot prezenta un risc crescut de apariție a perforației gastro-intestinale și de perforație a vezicii biliare atunci când sunt tratați cu bevacizumab. Procesul inflamator intraabdominal poate fi un factor de risc pentru perforațiile gastro-intestinale la pacienții cu carcinom metastazat de colon sau rect și ca urmare, tratamentul acestor pacienți trebuie efectuat cu prudență. Radioterapia efectuată anterior este un factor de risc pentru apariția perforației GI la pacienții cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat, tratați cu Equidacent, toți pacienții cu perforație GI prezentând antecedente de radioterapie. Tratamentul trebuie întrerupt definitiv la pacienții la care apare perforație gastro-intestinală.

Fistule GI-vaginale în studiul GOG-0240

Pacienții cărora li se administrează Equidacent pentru tratarea neoplasmului de col uterin persistent, recurent sau metastazat, prezintă un risc crescut de apariție a fistulelor localizate între vagin și orice parte a tractului GI (fistule gastro-intestinal-vaginale). Radioterapia efectuată anterior este un factor de risc major pentru apariția fistulelor GI-vaginale, toți pacienții cu perforație gastro-intestinală prezentând antecedente de radioterapie. Recurența neoplaziei în cazul în care există antecedente de radioterapie este un factor de risc important suplimentar în apariția fistulelor GI-vaginale.

Fistule care nu sunt localizate la nivelul tractului GI (vezi pct. 4.8)

În timpul tratamentului cu bevacizumab, pacienții pot prezenta un risc crescut de a dezvolta fistule. Se va întrerupe definitiv tratamentul cu Equidacent la pacienții cu fistulă traheoesofagiană (TE) sau orice fistulă de grad 4 [Institutul Național de Cancer din S.U.A.- Criteriile de terminologie comună pentru evenimente adverse (NCI-CTCAE versiunea 3)]. Sunt disponibile informații limitate privind continuarea administrării de bevacizumab la pacienții cu alte tipuri de fistulă. Trebuie luată în considerare întreruperea tratamentului cu Equidacent în cazurile de fistulă internă apărută altundeva decât la nivelul tractului gastro-intestinal.

Complicațiile privind vindecarea plăgilor (vezi pct. 4.8)

Bevacizumabul poate afecta în sens negativ procesul de vindecare a plăgilor. Au fost raportate complicații grave privind vindecarea plăgilor, inclusiv complicații la nivelul anastomozei, cu evoluție letală. Tratamentul nu trebuie inițiat timp de cel puțin 28 de zile după o intervenție chirurgicală majoră sau până la vindecarea completă a plăgii chirurgicale. În cazul pacienților care au prezentat complicații ale vindecării plăgilor în timpul terapiei, tratamentul trebuie oprit până la vindecarea completă a plăgii. Tratamentul trebuie întrerupt în cazul când se programează o intervenție chirurgicală electivă.

La pacienții tratați cu bevacizumab au fost rareori raportate cazuri de apariție a fasceitei necrozante, inclusiv cazuri letale. De regulă, această afecțiune este o consecință a complicațiilor privind vindecarea plăgilor, perforației gastro-intestinale sau formării de fistule. La pacienții la care apare fasceita necrozantă, tratamentul cu Equidacent trebuie întrerupt, impunându-se instituirea imediată a tratamentului adecvat.

Hipertensiune arterială (vezi pct. 4.8)

La pacienții tratați cu bevacizumab, s-a observat o incidență crescută a hipertensiunii arteriale. Datele de siguranță clinică sugerează că este posibil ca incidența hipertensiunii arteriale să fie dependentă de

doză. Înainte de inițierea tratamentului cu Equidacent, hipertensiunea arterială preexistentă trebuie controlată corespunzător. Nu există date despre efectul bevacizumabului la pacienții cu hipertensiune arterială necontrolată la momentul inițierii tratamentului. În general, se recomandă monitorizarea tensiunii arteriale în timpul tratamentului.

În cele mai multe cazuri, hipertensiunea arterială a fost controlată adecvat utilizând tratamentul antihipertensiv corespunzător situației particulare a pacientului. Utilizarea diureticelor pentru tratamentul hipertensiunii arteriale nu este recomandată la pacienții care urmează o schemă terapeutică pe bază de cisplatină. Tratamentul cu Equidacent trebuie întrerupt definitiv dacă hipertensiunea arterială semnificativă clinic nu poate fi controlată adecvat cu terapie antihipertensivă sau dacă la acești pacienți apar crize hipertensive sau encefalopatie hipertensivă.

Sindromul encefalopatiei posterioare reversibile (SEPR) (vezi pct. 4.8)

Au fost raportate cazuri rare de pacienți tratați cu bevacizumab care au prezentat semne și simptome similare SEPR, o boală neurologică rară, caracterizată printre altele de următoarele semne și simptome: convulsii, cefalee, stare mentală alterată, tulburări de vedere sau orbire corticală, cu sau fără hipertensiune arterială asociată. Diagnosticul de SEPR necesită confirmare prin imagistică cerebrală, de preferință imagistică prin rezonanță magnetică (IRM). La pacienții care dezvoltă SEPR, se recomandă tratamentul simptomelor specifice, inclusiv controlul hipertensiunii arteriale, și întreruperea tratamentului cu Equidacent. Siguranța reîncepterii terapiei cu bevacizumab la pacienții care au avut SEPR nu este cunoscută.

Proteinurie (vezi pct. 4.8)

Pacienții cu hipertensiune arterială în antecedente pot să prezinte un risc crescut de apariție a proteinuriei dacă sunt tratați cu bevacizumab. Există dovezi care sugerează că, toate gradele de proteinurie (Institutul Național de Cancer din S.U.A. - Criteriile de terminologie comună pentru evenimente adverse [NCI-CTCA versiunea 3]) pot fi dependente de doză. Se recomandă monitorizarea proteinuriei cu ajutorul analizei pe bandetă urinară, înainte de începerea tratamentului și în timpul tratamentului. Proteinuria de grad 4 (sindrom nefrotic) a fost observată la un procentaj de până la 1,4% din pacienții tratați cu bevacizumab. Tratamentul trebuie întrerupt definitiv la pacienții la care apare sindrom nefrotic (NCI-CTCAE versiunea 3).

Tromboembolie arterială (vezi pct. 4.8)

În studiile clinice, incidența reacțiilor tromboembolice arteriale incluzând accidente vasculare cerebrale (AVC), accidente ischemice tranzitorii (AIT) și infarcte miocardice (IM) a fost mai mare la pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie comparativ cu cei tratați numai cu chimioterapie.

Pacienții cărora li se administrează bevacizumab în asociere cu chimioterapie, cu antecedente de tromboembolie arterială, diabet zaharat sau cu vârsta peste 65 ani, prezintă un risc crescut de apariție a reacțiilor tromboembolice arteriale în timpul tratamentului. Trebuie manifestată precauție la tratarea acestor pacienți cu Equidacent.

Tratamentul trebuie întrerupt definitiv la pacienții la care apar reacții tromboembolice arteriale.

Tromboembolie venoasă (vezi pct. 4.8)

În timpul tratamentului cu bevacizumab, pacienții pot prezenta riscul dezvoltării de reacții tromboembolice venoase, inclusiv embolie pulmonară.

Pacienții cărora li se administrează bevacizumab în asociere cu paclitaxel și cisplatină pentru tratarea neoplasmului de col uterin persistent, recurent sau metastazat, pot prezenta un risc crescut de apariție a evenimentelor tromboembolice venoase.

Tratamentul cu Equidacent trebuie întrerupt la pacienții cu reacții tromboembolice care pun în pericol viața (grad 4), inclusiv embolie pulmonară (NCI-CTCAE versiunea 3). Pacienții cu reacții tromboembolice de grad ≤ 3 trebuie monitorizați atent (NCI-CTCAE versiunea 3).

Hemoragie

Pacienții cărora li se administrează bevacizumab prezintă un risc crescut de hemoragie, în special hemoragie asociată tumorii. Tratamentul cu Equidacent trebuie întrerupt definitiv la pacienții cu hemoragie de grad 3 sau 4 în timpul tratamentului cu bevacizumab (NCI-CTCAE versiunea 3) (vezi pct. 4.8).

Pe baza rezultatelor procedurilor imagistice sau a prezenței semnelor și simptomelor, pacienții cu metastaze la nivelul SNC netratate au fost excluși în mod obișnuit din studiile clinice cu bevacizumab. Din acest motiv, la acești pacienți, în studiile clinice randomizate, nu a fost evaluat în mod prospectiv riscul de hemoragii la nivelul SNC (vezi pct. 4.8). Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția semnelor și simptomelor de sângerare la nivelul SNC și tratamentul cu Equidacent trebuie întrerupt în cazul depistării sângerării intracraniene.

Nu există informații referitoare la profilul de siguranță al bevacizumabului la pacienții cu diateză hemoragică congenitală, coagulopatie dobândită sau la pacienții care primesc doza maximă de anticoagulate pentru tratamentul tromboemboliei înainte de începerea tratamentului cu bevacizumab, deoarece acești pacienți au fost excluși din studiile clinice. Ca urmare, la acești pacienți trebuie manifestată prudență înainte de începerea tratamentului. În orice caz, se pare că pacienții care au dezvoltat tromboză venoasă în timpul tratamentului nu au prezentat o rată crescută a hemoragiilor de grad 3 sau mai mare atunci când au fost tratați concomitent cu o doză maximă de warfarină și bevacizumab (NCI-CTCAE versiunea 3).

Hemoragie pulmonară/hemoptizie

Pacienții cu neoplasm bronhopulmonar diferit de cel cu celule mici, cărora li se administrează bevacizumab, pot prezenta risc de hemoragie pulmonară/hemoptizie gravă, și în unele cazuri, letală. Pacienții cu hemoragie pulmonară/hemoptizie recentă ($>2,5$ ml sânge) nu trebuie tratați cu bevacizumab.

Anevrisme și disecții arteriale

Utilizarea inhibitorilor căii VEGF la pacienții cu sau fără hipertensiune arterială poate favoriza formarea de anevrisme și/sau disecții arteriale. Înainte de începerea tratamentului cu Equidacent, trebuie ca acest risc să fie evaluat cu atenție la pacienții care prezintă factori de risc precum hipertensiunea arterială sau antecedente de anevrism.

Insuficiență cardiacă congestivă (ICC) (vezi pct. 4.8)

Reacții similare ICC au fost raportate în studiile clinice. Simptomele au variat de la declinul asimptomatic al fracției de ejeție a ventriculului stâng până la ICC simptomatică, necesitând tratament sau spitalizare. Atunci când sunt tratați pacienții cu boală cardiovasculară semnificativă clinic, cum ar fi boala coronariană ischemică preexistentă sau insuficiența cardiacă congestivă, trebuie manifestată prudență în timpul tratamentului cu bevacizumab.

Majoritatea pacienților care au dezvoltat ICC având neoplasm mamar metastazat și au urmat anterior tratament cu antraciline, radioterapie la nivelul peretelui toracic stâng sau prezentau alți factori de risc pentru ICC.

La pacienții din studiul AVF3694g cărora li s-a administrat tratament cu antraciline și care nu au fost anterior tratați cu antraciline, nu a fost observată o creștere a incidenței ICC de orice grad în grupul tratat cu antraciline + bevacizumab, comparativ cu tratamentul doar cu antraciline. Reacții de ICC de grad 3 sau mai mare au fost oarecum mai frecvente în rândul pacienților cărora li s-a administrat

bevacizumab în asociere cu chimioterapie decât la cei cărora li s-a administrat doar chimioterapie. Acest lucru este în concordanță cu rezultatele pacienților din alte studii pentru neoplasmul mamar metastazat cărora nu li s-a administrat tratament concomitent cu antracicline (NCI-CTCAE versiunea 3) (vezi pct. 4.8).

Neutropenie și infecții (vezi pct. 4.8)

O incidență crescută a neutropeniei severe, neutropeniei febrile sau a infecțiilor asociate sau nu cu neutropenie severă (inclusiv câteva decese) a fost observată la pacienții cărora li s-au administrat unele scheme de chimioterapie mielotoxice plus bevacizumab, comparativ cu pacienții cărora li s-a administrat numai chimioterapie. Acest lucru a fost observat mai ales în asociere cu chimioterapie pe bază de săruri de platină sau taxani în tratamentul NSCLC, NMm și în asociere cu paclitaxel și topotecan în cazul tratamentului pentru neoplasmul de col uterin persistent, recurent sau metastazat.

Reacții de hipersensibilitate/reacții la administrarea perfuziei (vezi pct. 4.8)

Pacienții pot prezenta risc de a dezvolta reacții de hipersensibilitate/reacții la administrarea perfuziei. Așa cum este de așteptat pentru orice perfuzie cu un anticorp monoclonal umanizat administrat în scop terapeutic, se recomandă supravegherea atentă a pacientului în timpul și după administrarea de bevacizumab. Dacă apar astfel de reacții, perfuzia trebuie întreruptă și trebuie instituit tratament medical corespunzător. Nu se justifică o premedicație sistemică.

Osteonecroză de maxilar (ONM) (vezi pct. 4.8)

La pacienții cu cancer tratați cu bevacizumab, au fost raportate cazuri de ONM, majoritatea acestora fiind tratați anterior sau concomitent cu bifosfonați administrați intravenos, pentru care ONM reprezintă un risc identificat. Este necesară o prudență deosebită atunci când se administrează bevacizumab și bifosfonați intravenoși, simultan sau secvențial.

Intervențiile stomatologice invazive reprezintă, de asemenea, un factor de risc identificat. Înaintea începerii tratamentului cu Equidacent, trebuie luată în considerare o examinare dentară și o prevenție stomatologică adecvată. La pacienții tratați recent sau care sunt tratați în prezent cu bifosfonați administrați intravenos, intervențiile stomatologice invazive trebuie evitate, dacă este posibil.

Administrare intravitroasă

Equidacent nu este formulat pentru administrare intravitroasă.

Tulburări oculare

La pacienții cu cancer, ca urmare a administrării intravitroase, care este un mod de administrare neaprobabil, de bevacizumab preparat din flacoane care conțin forma farmaceutică aprobată pentru administrare intravenoasă, au fost raportate cazuri individuale și grupuri de reacții adverse oculare grave. Aceste reacții includ endoftalmită infecțioasă, inflamație intraoculară ca, de exemplu, endoftalmită sterilă, uveită și vitrită, dezlipire de retină, ruptură a epitelului pigmentar retinian, creștere a tensiunii intraoculare, hemoragie intraoculară ca, de exemplu, hemoragie vitrească sau hemoragie retiniană și hemoragie conjunctivală. Unele dintre aceste reacții au avut ca rezultat reducerea acuității vizuale în diferite grade, inclusiv orbire permanentă.

Efecte sistemice apărute ca urmare a administrării intravitroase

S-a demonstrat că administrarea intravitroasă în tratamentul anti-VEGF a determinat o scădere a concentrației factorului circulant VEGF. Ca urmare a administrării injectabile intravitroase a inhibitorilor VEGF, au fost raportate reacții adverse sistemice, inclusiv evenimente hemoragice non-oculare și tromboembolice arteriale.

Insuficiență ovariană/fertilitate

Bevacizumabul poate afecta fertilitatea femeilor (vezi pct. 4.6 și 4.8). Prin urmare, înainte de începerea tratamentului cu bevacizumab, strategiile de conservare a fertilității trebuie discutate cu femeile aflate la vârsta fertilă.

Excipienți cu efect cunoscut

Sorbitol

Acest medicament conține sorbitol (E420). Pacienții cu intoleranță ereditară la fructoză nu trebuie să utilizeze/să li se administreze acest medicament.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Efectele medicamentelor antineoplazice asupra farmacocineticii bevacizumabului

Având ca bază rezultatele unor analize farmacocinetice ale populației, nu a fost observată nicio interacțiune relevantă clinic asupra farmacocineticii bevacizumabului în urma administrării concomitente cu chimioterapia. Nu au existat diferențe semnificative statistice sau relevante clinic între clearance-ul bevacizumabului la pacienții tratați cu bevacizumab în monoterapie comparativ cu pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab în asociere cu interferon alfa-2a, erlotinib sau chimioterapice (IFL, 5-FU/LV, carboplatină/paclitaxel, capecitabină, doxorubicină sau cisplatină/gemcitabină).

Efectele bevacizumabului asupra farmacocineticii altor medicamente antineoplazice

Nu s-a observat o interacțiune relevantă clinic între bevacizumab și farmacocinetica interferonului alfa-2a, erlotinibului (și metabolitului său activ, OSI-420) sau chimioterapeuticelor irinotecan (și metabolitului său activ, SN38), capecitabină, oxaliplatină (stabilită prin măsurarea platinei libere și totale), sau cisplatină, atunci când acestea au fost administrate concomitent. Nu se pot formula concluzii în ceea ce privește impactul bevacizumabului asupra farmacocineticii gemcitabinei.

Asocierea bevacizumabului și malatului de sunitinib

În două studii clinice efectuate la pacienții cu carcinom renal metastazat, la 7 din 19 pacienți tratați cu bevacizumab (10 mg/kg la interval de două săptămâni) în asociere cu malat de sunitinib (50 mg zilnic), a fost raportată anemia hemolitică microangiopatică (AHMA).

AHMA este o afecțiune hemolitică în care poate să apară fragmentarea eritrocitelor, anemia și trombocitopenia. În plus, la o parte dintre acești pacienți au fost observate hipertensiune arterială (inclusiv crize hipertensive), creșterea creatininemiei și simptome neurologice. Toate aceste simptome au fost reversibile la întreruperea tratamentului cu bevacizumab și malat de sunitinib (vezi *Hipertensiune arterială, Proteinurie, SEPR* la pct. 4.4).

Asocierea cu terapii pe bază de săruri de platină sau taxani (vezi pct. 4.4 și 4.8)

În special la pacienții tratați cu terapii pe bază de săruri de platină sau taxani pentru tratamentul NSCLC și NMm, a fost observată o creștere a frecvenței de apariție a neutropeniei severe, neutropeniei febrile sau infecției cu sau fără neutropenie severă (inclusiv câteva decese).

Radioterapie

Siguranța și eficacitatea administrării concomitente de bevacizumab și radioterapie nu fost stabilite.

Anticorpi monoclonali ai EGFR (receptorul factorului de creștere epidermal) în asociere cu scheme chimioterapeutice cu bevacizumab

Nu s-au efectuat studii privind interacțiunile. Pentru tratamentul NmCR, anticorpii monoclonali ai EGFR nu trebuie administrați în asociere cu chimioterapia care conține bevacizumab. La pacienții cu NmCR, rezultatele din studiile randomizate de fază III, PACCE și CAIRO-2, sugerează că utilizarea anticorpilor monoclonali anti-EGFR, panitumumab și, respectiv cetuximab, în asociere cu bevacizumab plus chimioterapie, este însoțită de o scădere a SFP și/sau SG și de o creștere a toxicității, comparativ cu administrarea exclusivă de bevacizumab plus chimioterapie.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femei aflate la vârsta fertilă

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive eficace în timpul tratamentului (și până la 6 luni după tratament).

Sarcina

Nu există date din studiile clinice privind utilizarea bevacizumabului la gravide. Studiile la animale au evidențiat efecte toxice asupra funcției de reproducere, inclusiv malformații (vezi pct. 5.3). Este cunoscut faptul că imunoglobulinele IgG traversează placenta și este de anticipat ca bevacizumabul să inhibe angiogeneza la făt și, prin urmare, se suspectează că poate determina malformații congenitale grave atunci când este administrat în timpul sarcinii. În perioada ulterioară punerii pe piață, s-au raportat cazuri de anomalii fetale la femeile tratate cu bevacizumab administrat în monoterapie sau în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute ca având proprietăți embriotoxice (vezi pct. 4.8). Equidacent este contraindicat în timpul sarcinii (vezi pct. 4.3).

Alăptarea

Nu se cunoaște dacă bevacizumabul se excretă în laptele uman. Deoarece IgG maternă este eliminată în lapte, iar bevacizumabul ar putea afecta creșterea și dezvoltarea sugarilor alăptați (vezi pct. 5.3), femeile care alăptează trebuie să întrerupă alăptarea în timpul tratamentului și nu trebuie să alăpteze cel puțin 6 luni după ultima doză de bevacizumab.

Fertilitatea

Studiile de toxicitate după administrarea de doze repetate la animale, au arătat că bevacizumabul poate avea un efect advers asupra fertilității femelelor (vezi pct. 5.3). Într-un studiu clinic de fază III, în tratamentul adjuvant la pacienți cu neoplasm de colon, un substudiu la femei în premenopauză a arătat o incidență crescută a cazurilor noi de insuficiență ovariană în grupul tratat cu bevacizumab comparativ cu grupul de control. După întreruperea tratamentului cu bevacizumab, funcția ovariană s-a restabilit la majoritatea pacientelor. Efectele pe termen lung ale tratamentului cu bevacizumab asupra fertilității nu sunt cunoscute.

4.7 Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje

Bevacizumabul nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cu toate acestea, au fost raportate stări de somnolență și sincopă asociate utilizării de bevacizumab (vezi tabelul 1 de la pct. 4.8). Dacă pacienții prezintă simptome care le afectează vederea, capacitatea de concentrare sau de reacție, trebuie să li se recomande să nu conducă vehicule și să nu folosească utilaje până la dispariția simptomelor.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță

Profilul general de siguranță al bevacizumabului se bazează pe date provenite de la peste 5700 de pacienți cu diferite malignități, în principal tratați cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie în cadrul studiilor clinice.

Cele mai grave reacții adverse au fost:

- Perforații gastro-intestinale (vezi pct. 4.4).
- Hemoragii, inclusiv hemoragie pulmonară/hemoptizie, mai frecventă la pacienții cu neoplasm bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici (vezi pct. 4.4).
- Tromboembolie arterială (vezi pct. 4.4).

Cele mai frecvente reacții adverse observate în studiile clinice la pacienții tratați cu bevacizumab au fost: hipertensiune arterială, fatigabilitate sau astenie, diaree și durere abdominală.

Analiza datelor de siguranță clinică sugerează că apariția hipertensiunii arteriale și proteinuriei în timpul tratamentului cu bevacizumab pare să fie dependentă de doză.

Lista reacțiilor adverse prezentate sub formă de tabel

Reacțiile adverse enumerate la acest punct se încadrează în următoarele categorii de frecvență: foarte frecvente ($\geq 1/10$); frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$); mai puțin frecvente ($\geq 1/1000$ și $< 1/100$); rare ($\geq 1/10000$ și $< 1/1000$); foarte rare ($< 1/10000$); cu frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile).

Tabelele 1 și 2 prezintă reacțiile adverse asociate cu utilizarea bevacizumabului în asociere cu diferite scheme chimioterapeutice pentru indicații terapeutice multiple.

Tabelul 1 prezintă, în funcție de frecvență, toate reacțiile adverse care s-au dovedit a avea o relație de cauzalitate cu administrarea de bevacizumab, prin:

- incidențele lor comparative observate între brațele de tratament din studiul clinic (cu o diferență de cel puțin 10% comparativ cu brațul de control pentru reacțiile de grad 1-5 conform NCI-CTCAE sau cel puțin o diferență de 2% comparativ cu brațul de control pentru reacțiile de grad 3-5 conform NCI-CTCAE),
- studiile privind siguranța desfășurate după punerea pe piață,
- raportările spontane,
- studiile epidemiologice non-intervenționale sau studiile observaționale
- sau pe baza evaluării unor rapoarte individuale de caz.

Tabelul 2 prezintă frecvența reacțiilor adverse severe. Reacțiile severe sunt definite ca evenimente adverse care prezintă cel puțin o diferență de 2% comparativ cu brațul de control în studiile clinice, în ceea ce privește reacțiile de grad 3-5 clasificate conform NCI-CTCAE. De asemenea, Tabelul 2 include reacții adverse care sunt considerate de DAPP ca fiind semnificative din punct de vedere clinic sau severe.

Reacțiile adverse apărute după punerea pe piață sunt incluse atât în Tabelul 1, cât și în Tabelul 2, după caz. În Tabelul 3 sunt prezentate informații detaliate cu privire la aceste reacții apărute după punerea pe piață.

Reacțiile adverse sunt adăugate la categoria de frecvență corespunzătoare, în tabelele de mai jos, conform celei mai mari incidențe, observate în oricare dintre indicațiile terapeutice.

În cadrul fiecărei categorii de frecvență, reacțiile adverse sunt prezentate în ordinea descrescătoare a gravității.

Câteva reacții adverse sunt reacții observate frecvent pentru chimioterapie; cu toate acestea, bevacizumabul poate exacerba aceste reacții când este asociat cu medicamente chimioterapeutice.

Exemplele includ sindromul eritrodisesteziei palmo-plantare apărut în urma asocierii cu doxorubicină lipozomală polietilenglicată sau capecitabină, neuropatie senzorială periferică în cazul asocierii cu paclitaxel sau oxaliplatină, modificări ale unghiilor sau alopecie la asocierea cu paclitaxel și paronichie la asocierea cu erlotinib.

Tabelul 1 Reacții adverse în funcție de frecvență

Aparate, sisteme și organe	Foarte frecvente	Frecvente	Mai puțin frecvente	Rare	Foarte rare	Cu frecvență necunoscută
Infecții și infestări		Sepsis, abces ^{b, d} , celulită, infecție, infecție la nivelul tractului urinar		Fasceită necrozantă ^a		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie febrilă, leucopenie, neutropenie ^b trombocitopenie	Anemie, limfopenie				
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate, Reacții la administrarea perfuziei ^{a, b, d}				
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie, hipomagnezie mie Hiponatremie	Deshidratare				
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie periferică senzorială ^b , dizartrie, cefalee, disgeuzie	Accident vascular cerebral, sincopă, somnolență		Sindromul encefalopatiei posterioare reversibile ^{a, b, d}	Encefalopatie hipertensivă ^a	
Tulburări oculare	Tulburare oculară, Creștere a secreției lacrimale					
Tulburări cardiace		Insuficiență Insuficiență cardiacă congestivă ^{b, d} , tahicardie supraventriculară				

Tulburări vasculare	Hipertensiune arterială ^{b,d} , tromboembolie (venoasă) ^{b,d}	Tromboembolie (arterială) ^{b,d} , hemoragie ^{b,d} , tromboză venoasă profundă				Microangiopatie trombotică renală ^{a,b} nevrisme și disecții arteriale
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee, rinită, epistaxis, tuse	Hemoragie pulmonară/hemoptizie ^{b,d} , embolie pulmonară, hipoxie, disfonie ^a				Hipertensiune pulmonară ^a , perforație a septului nazal ^a
Tulburări gastro-intestinale	Hemoragie rectală, stomatită, constipație, diaree, greață, vărsături, dureri abdominale	Perforație gastro-intestinală ^{b,d} , perforație intestinală, ileus, obstrucție intestinală, fistulă recto-vaginală ^{d,e} , tulburare gastro-intestinală, proctalgie				Ulcer gastro-intestinal ^a
Tulburări hepatobiliare						Perforația vezicii biliare ^{a,b}
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Complicații ale vindecării plăgilor ^{b,d} , dermatită exfoliantă, Xerodermie, Decolorarea pielii	Sindrom de eritrodisestezie palmo-plantară				
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Artralgie, mialgia	Fistulă ^{b,d} , Slăbiciune musculară, Dorsalgie				Osteonecroză de maxilar ^{a,b} , Osteonecroză nemandibulară ^{a,f}
Tulburări renale și ale căilor urinare	Proteinurie ^{b,d}					
Tulburări ale aparatului genital și sânului	Insuficiență ovariană ^{b,c,d}	Durere pelvină				

Afecțiuni congenitale, familiale și genetice						Anomalii fetale ^{a,b}
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie, fatigabilitate, pirexie, Durere, Inflamație a mucoaselor	Letargie				
Investigații diagnostice	Scădere ponderală					

În cazul în care, în cadrul studiilor clinice, evenimentele au fost considerate ca fiind atât reacții adverse de orice grad, cât și de grad 3-5, a fost raportată cea mai mare frecvență observată la pacienți. Datele nu sunt ajustate în funcție de durata diferită a tratamentului.

- ^a Pentru informații suplimentare, consultați tabelul 3 „Reacții adverse raportate după punerea pe piață”
- ^b Termenii reprezintă un grup de evenimente care descriu mai degrabă un concept medical decât o singură afecțiune sau un termen preferat MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities [Dicționar medical pentru activități de reglementare]). Acest grup de termeni medicali poate presupune aceeași patofiziologie subiacentă (de exemplu, evenimentele tromboembolice arteriale include accident vascular cerebral, infarct miocardic, accident ischemic tranzitoriu și alte evenimente tromboembolice arteriale).
- ^c Pe baza unui substudiu pe 295 de pacienți din NSABP C-08.
- ^d Pentru informații suplimentare, consultați mai jos punctul „Descrierea reacțiilor adverse grave selectate”.
- ^e Fistulele recto-vaginale sunt fistulele cele mai frecvente din categoria fistulelor GI-vaginale.
- ^f S-au observat numai la copii și adolescenți.

Tabelul 2: Reacții adverse severe în funcție de frecvență

Aparate, sisteme și organe	Foarte frecvente	Frecvente	Mai puțin frecvente	Rare	Foarte rare	Cu frecvență necunoscută
Infecții și infestări		Sepsis, celulită, abces ^{a,b} , infecție, Infecție la nivelul tractului urinar				Fasciită necrozantă
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie febrilă, leucopenie, neutropenie ^a , trombocitopenie	Anemie, limfopenie				

Aparate, sisteme și organe	Foarte frecvente	Frecvente	Mai puțin frecvente	Rare	Foarte rare	Cu frecvență necunoscută
Tulburări ale sistemului imunitar						Hipersensibilitate, reacții asociate perfuziei ^{a,b,c}
Tulburări metabolice și de nutriție		Deshidratare, hiponatremie				
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie periferică senzorială ^a	Accident vascular cerebral, sincopă, somnolență, cefalee				Sindromul encefalopatiei posterioare reversibile ^{a,b,c} , encefalopatie hipertensivă ^c
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă congestivă ^{a,b} , tahicardie supraventriculară				
Tulburări vasculare	Hipertensiune arterială ^{a,b}	Trombembolii arteriale ^{a,b} , hemoragie ^{a,b} , trombembolie (venoasă) ^{a,b} , tromboză venoasă profundă				Microangiopatie trombotică renală ^{b,c} Anevrisme și disecții arteriale
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Hemoragie pulmonară/hemoptizie ^{a,b} , embolie pulmonară, Epistaxis, dispnee, hipoxie				Hipertensiune pulmonară ^c , perforație a septului nazal ^c
Tulburări gastro-intestinale	Diaree, greață, vărsături, Durere abdominală	Perforație intestinală, ileus, obstrucție intestinală, fistulă recto-vaginală ^{c,d} , tulburare gastro-intestinală, stomatită, proctalgie				Perforație gastro-intestinală ^{a,b} , ulcer gastro-intestinal ^c , hemoragie rectală
Tulburări hepatobiliare						Perforația vezicii biliare ^{b,c}

Aparate, sisteme și organe	Foarte frecvente	Frecvente	Mai puțin frecvente	Rare	Foarte rare	Cu frecvență necunoscută
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat		Complicații ale vindecării plăgilor ^{a,b} sindrom de eritrodisestezi e palmo-plantară				
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Fistulă ^{a,b} , mialgie, Artralgie, slăbiciune musculară, dorsalgie				Osteonecroză de maxilar ^{b,c}
Tulburări renale și ale căilor urinare		Proteinurie ^{a,b}				
Tulburări ale aparatului genital și sânului		Durere pelvină				Insuficiență ovariană ^{a,b}
Afecțiuni congenitale, familiale și						Anomalii fetale ^{a,c}
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie, fatigabilitate	durere, letargie, Inflamație a mucoaselor				

Tabelul 2 prezintă frecvența reacțiilor adverse severe. Reacțiile severe sunt definite ca evenimente adverse care prezintă cel puțin o diferență de 2% comparativ cu brațul de control în studiile clinice, în ceea ce privește reacțiile de grad 3-5 clasificate conform NCI-CTCAE. De asemenea, Tabelul 2 include reacții adverse care sunt considerate de DAPP ca fiind semnificative din punct de vedere clinic sau severe. Aceste reacții adverse semnificative din punct de vedere clinic au fost raportate în studiile clinice, însă reacțiile de grad 3-5 nu au atins pragul de cel puțin o diferență de 2% comparativ cu brațul de control. Tabelul 2 include și reacții adverse semnificative clinic care au fost observate numai în contextul supravegherii după punerea pe piață și, prin urmare, frecvența și gradul NCI-CTCAE nu se cunosc. Aceste reacții semnificative clinic au fost așadar incluse în tabelul 2 pe coloana intitulată „cu frecvență necunoscută”.

- ^a Termenii reprezintă un grup de evenimente care descriu mai degrabă un concept medical decât o singură afecțiune sau un termen preferat MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities [Dicționar medical pentru activități de reglementare]). Acest grup de termeni medicali poate implica aceeași fiziopatologie de bază (de exemplu, reacțiile tromboembolice arteriale includ accident vascular cerebral, infarct miocardic, atac ischemic tranzitoriu și alte reacții trombotice arteriale).
- ^b Pentru informații suplimentare, consultați mai jos punctul „Descrierea reacțiilor adverse grave selectate”.
- ^c Pentru informații suplimentare, consultați tabelul 3 „Reacții adverse raportate după punerea pe piață”
- ^d Fistulele recto-vaginale sunt fistulele cele mai frecvente din categoria fistulelor GI-vaginale.

Descrierea anumitor reacții adverse grave

Perforații gastro-intestinale (GI) și fistule (vezi pct. 4.4)

Bevacizumabul a fost asociat cu cazuri grave de perforație gastro-intestinală.

Perforațiile gastro-intestinale au fost raportate în studiile clinice cu o incidență de mai puțin de 1% la pacienții cu neoplasm bronhopulmonar ciferit de cel cu celule mici non-scuamos, cu o incidență de până la 1,3% la pacienții cu neoplasm mamar metastazat, cu o incidență de până la 2,0% la pacienții cu neoplasm renal metastazat sau la pacienții cu neoplasm ovarian și de până la 2,7% (inclusiv fistulă gastro-intestinală și abces) la pacienții cu neoplasm colorectal metastazat. Într-un studiu clinic desfășurat la pacienți cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat (studiul GOG-0240), s-au raportat cazuri de perforații GI (toate gradele) la 3,2% dintre pacienți, toți pacienții prezentând antecedente de radioterapie pelvină.

Apariția acestor evenimente a variat ca tip și severitate, situându-se de la imagini aeriice în cavitatea peritoneală observate pe radiografia abdominală simplă, care s-au rezolvat fără tratament, până la perforație intestinală cu abces abdominal și deces. În unele cazuri, a coexistat o inflamație intraabdominală, determinată fie de boala ulceroasă gastrică, necroza tumorală, diverticulita sau de colita asociată chimioterapiei.

Decesul a fost raportat la aproximativ o treime din cazurile grave de perforații gastro-intestinale, reprezentând 0,2%-1% din numărul total al pacienților tratați cu bevacizumab.

În studiile clinice în care s-a administrat bevacizumab, s-au raportat cazuri de apariție a fistulelor gastro-intestinale (de orice grad), cu o incidență de până la 2% la pacienții cu neoplazii colorectale și neoplasm ovarian metastazat, dar mai puțin frecvent la pacienții cu alte tipuri de neoplazii.

Fistule GI-vaginale în studiul GOG-0240

Într-un studiu clinic desfășurat la pacienți cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat, incidența fistulelor GI-vaginale a fost de 8,3%, la pacienții tratați cu bevacizumab, și de 0,9% la cei din grupul de control, toți pacienții prezentând antecedente de radioterapie pelvină. Frecvența de apariție a fistulelor GI-vaginale în grupul tratat cu bevacizumab + chimioterapie a fost mai mare la pacienții care au prezentat recurență și care au avut antecedente de radioterapie (16,7%), comparativ cu pacienții fără radioterapie în antecedente și/sau fără recurențe la nivelul câmpului de radioterapie anterior (3,6%). Frecvențele corespunzătoare la pacienții din grupul de control cărora li s-a administrat numai chimioterapie au fost de 1,1% și, respectiv, 0,8%. Pacienții la care apar fistule GI-vaginale pot dezvolta, de asemenea, ocluzii intestinale și pot necesita intervenții chirurgicale, precum și stome de deviere.

Fistule care nu sunt localizate la nivelul tractului GI (vezi pct. 4.4)

Administrarea de bevacizumab a fost asociată cu cazuri grave de fistule, inclusiv reacții care au condus la deces.

Într-un studiu clinic desfășurat la pacienți cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat (GOG-240), la 1,8% dintre pacienții tratați cu bevacizumab și la 1,4% dintre pacienții din grupul de control s-au raportat cazuri de apariție a fistulelor care nu au fost localizate la nivel gastro-intestinal-vaginal, la nivelul vezicii urinare sau al tractului genital feminin.

Raportări mai puțin frecvente ($\geq 0,1\%$ până la $< 1\%$) de fistule care apar în alte zone din organism decât la nivelul tractului gastro-intestinal (de exemplu, fistule bronhopleurale și biliare) au fost observate pentru indicații terapeutice variate. Cazuri de fistule au fost raportate și în perioada după punerea pe piață.

Reacțiile au fost raportate la intervale de timp diferite în cursul tratamentului, variind de la o săptămână până la perioade mai mari de 1 an de la inițierea tratamentului cu bevacizumab, majoritatea reacțiilor apărând în cursul primelor 6 luni de terapie.

Complicațiile vindecării plăgilor (vezi pct. 4.4)

Deoarece bevacizumabul poate afecta negativ procesul de vindecare a plăgilor, pacienții supuși unei intervenții chirurgicale majore în ultimele 28 de zile au fost excluși de la înrolarea în studiile clinice de fază III.

În studiile clinice pentru carcinom metastazat de colon sau de rect s-a observat că, la pacienții care au fost supuși unei intervenții chirurgicale importante cu 28 până la 60 de zile înainte de începerea administrării de bevacizumab, nu a existat un risc crescut de sângerare postoperatorie sau complicații ale vindecării plăgilor. O incidență crescută a sângerării postoperatorii sau a complicațiilor vindecării plăgilor, apărute în decursul a 60 de zile de la intervenția chirurgicală majoră, a fost observată la pacienții care erau tratați cu bevacizumab la momentul intervenției chirurgicale. Incidența a variat între 10% (4/40) și 20% (3/15).

Au fost raportate complicații grave ale vindecării plăgilor, inclusiv complicații la nivelul anastomozei, unele dintre acestea ducând la deces.

Complicații ale vindecării plăgilor de grad 3-5 au fost observate în studiile clinice la până la 1,1% dintre pacienții cu neoplasm mamar metastazat și recidivant local, cărora li s-a administrat bevacizumab, comparativ cu până la 0,9% dintre pacienții din brațul de control (NCI-CTCAE versiunea 3).

În studiile clinice la pacienți cu neoplasm ovarian, au fost observate complicații ale vindecării plăgilor de grad 3-5 la până la 1,8% dintre pacienții din brațul de tratament cu bevacizumab, comparativ cu 0,1% dintre pacienții din brațul de control (NCI-CTCAE versiunea 3).

Hipertensiune arterială (vezi pct. 4.4)

În studiile clinice, cu excepția studiului JO25567, incidența totală a hipertensiunii arteriale (toate gradele) a variat între valori de până la 42,1% în brațele de tratament cu bevacizumab, comparativ cu până la 14% în brațele de control. Incidența totală a hipertensiunii arteriale de grad 3 și 4 conform NCI-CTC la pacienții tratați cu bevacizumab a variat de la 0,4% la 17,9%. Hipertensiunea arterială de grad 4 (criză hipertensivă) a apărut la până la 1,0% dintre pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie, comparativ cu 0,2% dintre pacienții tratați numai cu același tip de chimioterapie.

În studiul JO25567, hipertensiunea arterială de orice grad a fost observată la 77,3% dintre pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu erlotinib ca terapie de primă linie pentru NSCLC diferit de tipul histologic cu celule scuamoase cu mutații activatoare ale EGFR, comparativ cu 14,3% dintre pacienții tratați numai cu erlotinib. Incidența hipertensiunii arteriale de grad 3 a fost de 60,0% la pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu erlotinib, comparativ cu 11,7% la pacienții tratați numai cu erlotinib. Nu au existat evenimente de hipertensiune arterială de grad 4 sau 5.

Hipertensiunea arterială a fost, în general, controlată adecvat cu antihipertensive orale cum sunt inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei, diureticele și blocantele canalelor de calciu. Rareori a determinat întreruperea tratamentului cu bevacizumab sau spitalizare.

Au fost raportate cazuri foarte rare de encefalopatie hipertensivă, din care o parte au fost letale.

Riscul de hipertensiune arterială asociată cu bevacizumab nu a fost corelat cu caracteristicile inițiale ale pacienților, afecțiunea de bază sau tratamentul concomitent.

Sindromul encefalopatiei posterioare reversibile (vezi pct. 4.4)

Au fost raportate cazuri rare de pacienți tratați cu bevacizumab care au prezentat semne și simptome similare SEPR, o boală neurologică rară. Simptomele pot include convulsii, cefalee, deteriorare a

statusului mintal, tulburări de vedere sau orbire corticală, cu sau fără hipertensiune arterială asociată. Tabloul clinic al SEPR este adesea nespecific și, prin urmare, diagnosticul de SEPR necesită confirmare prin imagistică cerebrală, de preferință imagistică prin RMN.

La pacienții care prezintă SEPR, este recomandată evaluarea precoce a simptomelor și inițierea promptă a tratamentului specific, inclusiv controlul hipertensiunii arteriale (dacă sindromul este asociat cu hipertensiune arterială severă, necontrolată), în plus față de întreruperea tratamentului cu bevacizumab. De obicei, simptomele se remit sau se ameliorează în decursul a câtorva zile de la întreruperea tratamentului, deși unii pacienți au prezentat sechele neurologice. Siguranța reînceperii terapiei cu bevacizumab la pacienții care au avut SEPR nu este cunoscută.

În timpul studiilor clinice au fost raportate 8 cazuri de SEPR. Două din cele opt cazuri nu au avut confirmare radiologică prin IRM.

Proteinurie (vezi pct. 4.4)

În studiile clinice, proteinuria a fost raportată la 0,7% până la 54,7% dintre pacienții tratați cu bevacizumab.

Proteinuria a variat în severitate de la proteinurie clinic asimptomatică, tranzitorie, proteinurie „în urme”, până la sindrom nefrotic, în majoritatea cazurilor fiind prezentă proteinurie de grad 1 (NCI-CTCAE versiunea 3). Proteinuria de grad 3 a fost raportată la până la 10,9% dintre pacienții tratați. Proteinuria de grad 4 (sindrom nefrotic) a fost observată la un procentaj de până la 1,4% din pacienții tratați. Testarea proteinuriei este recomandată înainte de începerea terapiei cu Equidacem. În majoritatea studiilor clinice, concentrații ale proteinelor din urină ≥ 2 g/24 ore au determinat oprirea administrării tratamentului cu bevacizumab până la atingerea unei valori < 2 g/24 ore.

Hemoragie (vezi pct. 4.4)

În studiile clinice pentru toate indicațiile terapeutice, incidența generală a reacțiilor hemoragice de grad 3-5 NCI-CTCAE versiunea 3 a variat de la 0,4% până la 6,9% dintre pacienții tratați cu bevacizumab, comparativ cu până la 4,5% dintre pacienții tratați cu chimioterapie din grupul de control.

Într-un studiu clinic desfășurat la paciente cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat (studiul GOG-0240), s-au raportat cazuri de reacții hemoragice de grad 3-5 la până la 8,3% dintre pacientele tratate cu bevacizumab în asociere cu paclitaxel și topotecan, comparativ cu până la 4,6% dintre pacientele tratate cu paclitaxel și topotecan.

Reacțiile hemoragice care au fost observate în studiile clinice au fost în mod predominant hemoragii asociate tumorii (vezi mai jos) sau hemoragii minore muco-cutanate (de exemplu, epistaxis).

Hemoragiile asociate tumorii (vezi pct. 4.4)

Hemoragia pulmonară/hemoptizia majoră sau masivă a fost observată, în principal, în studiile clinice la pacienții cu neoplasm bronhopulmonar diferit de cel cu celule mici (NSCLC). Factorii de risc posibili includ tipul histologic cu celule scuamoase, tratamentul cu substanțe antireumatice/antiinflamatoare, tratamentul cu anticoagulante, radioterapie anterioară, terapie cu bevacizumab, antecedente de ateroscleroză anterioare începerii tratamentului, localizarea centrală a tumorii și cavitația tumorii înainte sau în timpul terapiei. Singurele variabile care au demonstrat o corelație semnificativă statistic cu hemoragia au fost terapia cu bevacizumab și histologia cu celule scuamoase. Pacienții cu NSCLC cu tipul histologic scuamos identificat, sau cu tip mixt cu histologie predominantă de celule scuamoase, au fost excluși din studiile clinice ulterioare de fază III, în timp ce pacienții cu tipul histologic al tumorii neidentificat au fost incluși în studii.

La pacienții cu NSCLC, excluzând tipul histologic cu celule predominant scuamoase, reacțiile de toate gradele au fost observate cu o frecvență de până la 9,3% dintre pacienții tratați cu bevacizumab plus

chimioterapie, comparativ cu până la 5% dintre pacienții tratați numai cu chimioterapie. Reacțiile de grad 3-5 au fost observate la un procentaj de până la 2,3% dintre pacienții tratați cu bevacizumab plus chimioterapie, comparativ cu <1% dintre pacienții cărora li s-a administrat numai cu chimioterapie (NCI-CTCAE versiunea 3). Hemoragia pulmonară/hemoptizia majoră sau masivă poate să apară brusc și la până la două treimi dintre cazurile grave de hemoragie pulmonară au dus la deces.

Hemoragiile gastro-intestinale, inclusiv rectoragie și melenă, au fost raportate la pacienții cu neoplasm colorectal, și au fost evaluate ca fiind hemoragii asociate tumorii.

Hemoragii asociate tumorii au fost, de asemenea, observate rar și la alte tipuri și localizări ale tumorilor, incluzând cazuri de sângerare la nivelul sistemului nervos central (SNC) la pacienții cu metastaze la nivelul SNC (vezi pct. 4.4).

În studiile clinice randomizate, la pacienții cu metastaze ale SNC netratate, la care s-a administrat bevacizumab, nu a fost evaluată prospectiv incidența sângerării la nivelul SNC. Într-o analiză exploratorie retrospectivă a datelor din 13 studii clinice randomizate finalizate la pacienți cu diferite tipuri de tumori, 3 pacienți cu metastaze cerebrale din 91 (3,3%) au prezentat sângerări ale SNC (toate de grad 4) când au fost tratați cu bevacizumab, comparativ cu un caz (grad 5) din 96 de pacienți (1%) care nu au fost expuși la bevacizumab. În două studii finalizate ulterior, la pacienții cu metastaze cerebrale tratate (care au inclus în jur de 800 de pacienți), la momentul analizei intermediare de siguranță, a fost raportat un caz de hemoragie de grad 2 la nivelul SNC din 83 de subiecți tratați cu bevacizumab (1,2%) (NCI-CTCAE versiunea 3).

În toate studiile clinice, hemoragiile muco-cutanate au fost observate la până la 50% dintre pacienții tratați cu bevacizumab. Cel mai frecvent eveniment raportat a fost epistaxisul de grad 1 NCI-CTCAE versiunea 3, care a avut o durată de mai puțin de 5 minute, s-a rezolvat fără intervenție medicală și nu a necesitat modificarea schemei de tratament cu bevacizumab. Datele clinice privind siguranța administrării sugerează că incidența hemoragiei muco-cutanate minore (de exemplu, epistaxis) poate fi dependentă de doză.

Au existat, de asemenea, reacții mai puțin frecvente de hemoragii muco-cutanate cu alte localizări cum ar fi sângerări gingivale sau vaginale.

Tromboembolie (vezi pct. 4.4)

Tromboembolie arterială: O creștere a incidenței reacțiilor tromboembolice arteriale a fost observată la pacienții tratați cu bevacizumab pentru diferite indicații terapeutice, inclusiv accidente vasculare cerebrale, infarct miocardic, accidente ischemice tranzitorii și alte reacții tromboembolice arteriale.

În studiile clinice, incidența generală a reacțiilor tromboembolice arteriale s-a situat până la 3,8% în brațele de tratament care conțineau bevacizumab, comparativ cu până la 2,1% în brațele de control cu chimioterapie. La 0,8% dintre pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab, s-a raportat deces, comparativ cu 0,5% dintre pacienții cărora li s-a administrat numai chimioterapie. Accidente vasculare cerebrale (inclusiv accidente ischemice tranzitorii) au fost raportate la un procentaj de până la 2,7% dintre pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie, comparativ cu până la 0,5% dintre pacienții tratați doar cu chimioterapie. Infarctul miocardic a fost raportat la până la 1,4% dintre pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie comparativ cu până la 0,7% la pacienții tratați doar cu chimioterapie.

Într-un studiu clinic, AVF2192g, care a evaluat bevacizumabul în asociere cu 5-fluorouracil/acid folinic, au fost incluși pacienți cu neoplasm colorectal metastazat care nu erau eligibili pentru tratament cu irinotecan. În acest studiu, reacțiile tromboembolice arteriale au fost observate la 11% (11/100) dintre pacienți comparativ cu 5,8% (6/104) în grupul de control cu chimioterapie.

Tromboembolism venos: în studiile clinice, incidența reacțiilor tromboembolice venoase în studiile clinice a fost similară la pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab în asociere cu chimioterapie,

comparativ cu cei cărora li s-a administrat numai chimioterapie de control. Reacțiile tromboembolice venoase includ tromboză venoasă profundă, embolie pulmonară și tromboflebită.

În studiile clinice pentru indicații terapeutice, incidența generală a reacțiilor tromboembolice venoase a variat de la 2,8% până la 17,3% dintre pacienții tratați cu bevacizumab, comparativ cu 3,2% până la 15,6% în brațele de control.

Reacțiile tromboembolice venoase cu severitate de grad 3-5 (NCI-CTCAE versiunea 3.0) au fost raportate la până la 7,8% dintre pacienții tratați cu chimioterapie plus bevacizumab, comparativ cu până la 4,9% dintre pacienții tratați numai cu chimioterapie (în cazul tuturor indicațiilor, excluzând neoplasmul de col uterin persistent, recurent sau metastazat).

Într-un studiu clinic desfășurat la paciente cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat (studiul GOG-0240), s-au raportat reacții tromboembolice venoase de grad 3-5 la până la 15,6% dintre pacientele tratate cu bevacizumab în asociere cu paclitaxel și cisplatină, comparativ cu până la 7,0% dintre pacientele tratate cu paclitaxel și cisplatină.

Pacienții cu antecedente de reacții tromboembolice venoase pot prezenta un risc mai mare de recurență dacă li se administrează bevacizumab în asociere cu chimioterapie, comparativ numai cu chimioterapia.

Insuficiență cardiacă congestivă (ICC)

În studiile clinice cu bevacizumab, insuficiența cardiacă congestivă (ICC) a fost observată pentru toate indicațiile terapeutice studiate până acum, dar a apărut, în principal, la pacienții cu neoplasm mamar metastazat. În patru studii clinice de fază III (AVF2119g, E2100, BO17708 și AVF3694g), efectuate la pacienți cu neoplasm mamar metastazat, a fost raportată ICC de grad 3 (NCI-CTCAE versiunea 3) sau mai mare la un procentaj de până la 3,5% dintre pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab în asociere cu chimioterapie, comparativ cu până la 0,9% în brațul de control. La pacienții din studiul AVF3694g la care s-a administrat tratament cu antracicline concomitent cu bevacizumab, incidența ICC de grad 3 sau mai mare pentru brațele respective cu bevacizumab și de control a fost similară cu cea din alte studii în neoplasmul mamar metastazat: 2,9% în brațul cu antracicline + bevacizumab și 0% în brațul cu antracicline + placebo. În plus, în studiul AVF3694g, incidențele tuturor gradelor de ICC au fost similare între brațele de tratament cu antracicline + bevacizumab (6,2%) și cel cu antracicline + placebo (6,0%).

La majoritatea pacienților care au prezentat ICC în timpul studiilor clinice în NMm, simptomele sau/și funcția ventriculului stâng s-au ameliorat după terapie medicală adecvată.

În majoritatea studiilor clinice cu bevacizumab, pacienții cu ICC preexistentă, clasa II-IV NYHA (New York Heart Association [Asociația de Cardiologie din New York]) au fost excluși, ca urmare, nu există date disponibile privind riscul ICC la această grupă de pacienți.

Expunerea anterioară la antracicline și/sau radioterapie anterioară la nivelul peretelui toracic pot fi factori de risc potențiali pentru dezvoltarea ICC.

În studiile clinice la pacienții cu limfom difuz cu celule B mari la care s-a administrat bevacizumab cu o doză cumulativă de doxorubicină mai mare de 300 mg/m² a fost observată o incidență crescută a ICC. Acest studiu clinic de fază III a comparat rituximab/ciclofosamidă/doxorubicină/vincristină/prednison (R-CHOP) plus bevacizumab cu R-CHOP fără bevacizumab. În timp ce incidența ICC a fost, în ambele brațe mai mare decât cea observată anterior în terapia cu doxorubicină, frecvența a fost mai mare în brațul R-CHOP plus bevacizumab. Aceste rezultate sugerează că, pentru pacienții expuși la doze cumulative de doxorubicină mai mari de 300 mg/m² atunci când este asociată cu bevacizumab, trebuie avută în vedere observarea clinică atentă și o evaluare cardiacă adecvată.

Reacții de hipersensibilitate/reacții la administrarea perfuziei (vezi pct 4.4 și Experiența după punerea pe piață de mai jos)

În unele studii clinice au fost raportate mai frecvent reacții de tip anafilactic și anafilactoid la pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie decât la cei la care se administrează doar chimioterapie. În unele studii clinice cu bevacizumab, aceste reacții sunt frecvente (până la 5% dintre pacienții tratați cu bevacizumab).

Infecții

Într-un studiu clinic desfășurat la pacienți cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat (studiul GOG-0240), s-au raportat infecții de grad 3-5 la până la 24% dintre pacienții tratați cu bevacizumab în asociere cu paclitaxel și topotecan, comparativ cu până la 13% dintre pacienții tratați cu paclitaxel și topotecan.

Insuficiență ovariană/fertilitate (vezi pct. 4.4 și 4.6)

În NSABP C-08, un studiu clinic de fază III cu bevacizumab în tratamentul adjuvant la pacienți cu neoplasm de colon, a fost evaluată la 295 de femei în premenopauză, incidența cazurilor noi de insuficiență ovariană, definită ca prezența amenoreei o perioadă de 3 luni sau mai mare, valorile FSH ≥ 30 mUI/ml și un test de sarcină β -HCG seric negativ. Noi cazuri de insuficiență ovariană au fost raportate la 2,6% dintre pacientele din grupul mFOLFOX-6, comparativ cu 39% din grupul mFOLFOX-6 + bevacizumab. După întreruperea tratamentului cu bevacizumab, funcția ovariană s-a restabilit la 86,2% dintre femeile evaluate. Efectele pe termen lung ale tratamentului cu bevacizumab asupra fertilității nu sunt cunoscute.

Rezultate anormale ale testelor de laborator

Scăderea numărului neutrofilelor, scăderea numărului leucocitelor și prezența proteinelor în urină pot fi asociate cu tratamentul cu Equidacent.

În studiile clinice, la pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab, următoarele modificări de grad 3 și 4 (NCI-CTCAE versiunea 3) ale probelor de laborator au apărut cu o diferență de cel puțin 2% comparativ cu grupurile corespunzătoare de control: hiperglicemie, scăderea valorii hemoglobinei, hiperkaliemie, hiponatremie, scăderea numărului de leucocite, creșterea raportului internațional normalizat (INR).

Studiile clinice au arătat că creșterile tranzitorii ale creatininei serice (variind între 1,5 și 1,9 ori nivelul inițial), atât cu, cât și fără proteinurie, sunt asociate cu administrarea de bevacizumab. Creșterea observată a creatininei serice nu a fost asociată cu o incidență mai mare a manifestărilor clinice de insuficiență renală la pacienții tratați cu bevacizumab.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți vârstnici

În studiile clinice randomizate, vârsta >65 ani a pacienților a fost asociată cu un risc crescut de dezvoltare a reacțiilor tromboembolice arteriale, inclusiv accidente vasculare cerebrale (AVC), accidente ischemice tranzitorii (AIT) și infarct miocardic (IM). Alte reacții care au apărut cu o frecvență mare, observate la pacienții cu vârsta peste 65 ani, au fost leucopenie și trombocitopenie de grad 3-4 (NCI-CTCAE versiunea 3); neutropenie de toate gradele, diaree, greață, cefalee și fatigabilitate comparativ cu pacienții cu vârsta ≤ 65 ani tratați cu bevacizumab (vezi pct. 4.4 și 4.8 la *Tromboembolie*). Într-un studiu clinic, incidența cazurilor de hipertensiune arterială de grad ≥ 3 a fost de două ori mai mare la pacienții cu vârsta >65 ani, comparativ cu grupul care a inclus pacienți mai tineri (<65 ani). Într-un studiu efectuat la paciente cu neoplasm ovarian recurent, rezistent la chimioterapie cu săruri de platină, au fost raportate, de asemenea, cazuri de alopecie, inflamație a

mucoaselor, neuropatie senzorială periferică, proteinurie și hipertensiune arterială, care au apărut cu o frecvență mai mare cu cel puțin 5% în brațul cu CT + BV, la pacientele tratate cu bevacizumab cu vârsta ≥ 65 ani, comparativ cu pacientele tratate cu bevacizumab cu vârsta < 65 ani.

Nu s-a observat o creștere a incidenței altor reacții, inclusiv perforație gastro-intestinală, complicații ale vindecării plăgilor, insuficiență cardiacă congestivă și hemoragie la pacienții vârstnici (> 65 ani) tratați cu bevacizumab, comparativ cu cei cu vârsta ≤ 65 ani tratați cu bevacizumab.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea bevacizumabului la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost stabilite.

În studiul BO25041, efectuat cu bevacizumab asociat cu radioterapie (RT) postoperatorie și terapie adjuvantă și concomitentă cu temozolomid utilizată la copii și adolescenți nou-diagnosticați cu gliom de grad înalt cerebelar sau peduncular, localizat supratentorial sau infratentorial, profilul de siguranță a fost comparabil cu cel observat în alte tipuri de tumori la pacienți adulți tratați cu bevacizumab.

În studiul BO20924, efectuat cu bevacizumab asociat cu standardul de îngrijire în tratamentul rabdomiosarcomului metastazat și al sarcomului de țesuturi moi de alt tip decât rabdomiosarcom, profilul de siguranță observat la copiii tratați cu bevacizumab a fost comparabil cu cel observat la adulții tratați cu bevacizumab.

Equidacent nu este aprobat pentru administrarea la pacienții cu vârsta sub 18 ani. Raportările publicate în literatura de specialitate prezintă cazuri de osteonecroză diferită de cea mandibulară la pacienții cu vârsta sub 18 ani tratați cu bevacizumab.

Experiența după punerea pe piață

Tabelul 3 Reacții adverse raportate după punerea pe piață

Aparate, sisteme și organe (ASO)	Reacții (frecvență*)
Infecții și infestări	Fasciită necrozantă, de obicei secundară complicațiilor de vindecare a plăgilor, perforațiilor gastro-intestinale sau formării de fistule (rar) (vezi și pct. 4.4)
Tulburări ale sistemului imunitar	Reacții de hipersensibilitate și reacții la administrarea perfuziei (frecvență necunoscută); cu următoarele manifestări asociate posibile: dispnee/dificultate în respirație, hiperemie facială/eritem/erupție cutanată tranzitorie, hipotensiune sau hipertensiune arterială, scăderea saturației de oxigen, durere toracică, frisoane și greață/vărsături (vezi și pct. 4.4 și <i>Reacții de hipersensibilitate și reacții la administrarea perfuziei</i> de mai sus).
Tulburări ale sistemului nervos	Encefalopatie hipertensivă (foarte rare) (vezi și pct. 4.4 și <i>Hipertensiunea arterială</i> la pct. 4.8) Sindromul encefalopatiei posterioare reversibile (SEPR) (rare) (vezi și pct. 4.4).
Tulburări vasculare	Microangiopatie trombotică renală, care poate fi manifestată clinic prin proteinurie (frecvență necunoscută), cu sau fără administrarea concomitentă de sunitinib. Pentru informații suplimentare privind proteinuria vezi pct. 4.4 și <i>Proteinurie</i> la pct. 4.8.
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Perforație a septului nazal (cu frecvență necunoscută), hipertensiune pulmonară (cu frecvență necunoscută), disfonie (frecvente)
Tulburări gastro-intestinale	Ulcer gastro-intestinal (cu frecvență necunoscută)

Aparate, sisteme și organe (ASO)	Reacții (frecvența*)
Tulburări hepatobiliare	Perforație a vezicii biliare (frecvență necunoscută)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Au fost raportate cazuri de osteonecroză de maxilar (ONM) la pacienții tratați cu bevacizumab, majoritatea dintre acestea apărând la pacienții la care s-a identificat un risc pentru ONM, în special expunerea la bifosfonați administrați intravenos și/sau antecedente de afecțiuni dentare care au necesitat intervenții stomatologice invazive (vezi și pct. 4.4). S-au raportat cazuri de osteonecroză diferită de cea mandibulară la copiii și adolescenții tratați cu bevacizumab (vezi pct. 4.8, Copii și Adolescenți (n))
Afecțiuni congenitale, familiale și genetice	S-au raportat cazuri de anomalii fetale la femeile tratate cu bevacizumab administrat în monoterapie sau în asociere cu medicamente chimioterapeutice cunoscute ca având proprietăți embriotoxice (vezi pct. 4.6).

* Dacă este specificat, frecvența provine din datele din studiul clinic.

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesiuniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, astfel cum este menționat în [Anexa V](#).

4.9 Supradozaj

Cea mai mare doză testată la om (20 mg/kg, intravenos la interval de 2 săptămâni) a fost asociată cu migrenă severă la câțiva pacienți.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: antineoplazice și imunomodulatoare, agenți antineoplazici, alți agenți antineoplazici, anticorpi monoclonali, codul ATC: L01X C07.

Equidacent este un medicament biosimilar. Informații detaliate sunt disponibile pe site-ul Agenției Europene pentru Medicamente <http://www.ema.europa.eu>.

Mecanism de acțiune

Bevacizumabul se leagă de factorul de creștere endotelial vascular (VEGF), factorul cheie al vasculogenezei și angiogenezei, și în consecință, inhibă legarea VEGF de receptorii săi Flt -1 (VEGFR-1) și KDR (VEGFR-2), la suprafața celulelor endoteliale. Neutralizarea activității biologice a VEGF determină regresia vascularizării tumorilor, normalizează vascularizația tumorală rămasă și inhibă formarea unei noi vascularizații tumorale inhibând astfel creșterea tumorală.

Efecte farmacodinamice

Administrarea bevacizumabului sau a anticorpului parental murin în modele de cancer xenotransplantate la șoareci fără blană, a determinat o activitate antitumorală extensivă față de cancerile umane, inclusiv cel de colon, sân, pancreas și prostată. Progresia bolii în sensul metastazării a fost inhibată și a fost redusă permeabilitatea microvasculară.

Eficacitate clinică

Carcinom metastazat de colon sau rect (CmCR)

Siguranța și eficacitatea dozelor recomandate (5 mg/kg la interval de două săptămâni) în carcinomul metastazat de colon sau rect, au fost studiate în trei studii clinice randomizate, controlate cu comparator activ în asociere cu chimioterapie de primă linie cu fluoropirimidină. Bevacizumabul a fost asociat cu două scheme chimioterapeutice:

- AVF2107g: O schemă săptămânală de irinotecan/5-fluorouracil/acid folinic (IFL) în bolus timp de 4 săptămâni consecutive la fiecare ciclu terapeutic de 6 săptămâni (regimul Saltz).
- AVF0780g: În asociere cu 5-fluorouracil/acid folinic (5-FU/FA) în bolus timp de 6 săptămâni consecutive pentru fiecare ciclu terapeutic de 8 săptămâni (regimul Roswell Park)
- AVF2192g: În asociere cu 5-FU/FA în bolus timp de 6 săptămâni consecutive la fiecare ciclu terapeutic de 8 săptămâni (regimul Roswell Park) la pacienții care nu au fost candidați eligibili pentru tratamentul cu irinotecan de primă linie.

Trei studii clinice suplimentare cu bevacizumab au fost efectuate la pacienții cu CmCR: tratament de primă linie (NO16966), tratament de a doua linie la pacienții cărora nu li s-a administrat anterior bevacizumab (E3200) și tratament de a doua linie la pacienții cărora li s-a administrat anterior bevacizumab și la care a apărut progresia bolii după tratamentul de primă linie (ML18147). În aceste studii clinice, bevacizumabul a fost administrat în următoarele scheme terapeutice: în asociere cu FOLFOX-4 (5-FU/LV/oxaliplatină), XELOX (capecitabină/oxaliplatină) și fluoropirimidină/irinotecan și fluoropirimidină/oxaliplatină:

- NO16966: bevacizumab 7,5 mg/kg greutate corporală la interval de 3 săptămâni, în asociere cu capecitabină administrată oral și oxaliplatină administrată intravenos (XELOX) sau bevacizumab 5 mg/kg la interval de 2 săptămâni, în asociere cu leucovorină plus 5-fluorouracil administrat în bolus, urmat de perfuzie cu 5-fluorouracil, cu oxaliplatină administrată intravenos (FOLFOX-4).
- E3200: bevacizumab 10 mg/kg greutate corporală la interval de 2 săptămâni în asociere cu leucovorină și 5-fluorouracil în bolus, urmat de perfuzie cu 5-fluorouracil, cu oxaliplatină administrată intravenos (FOLFOX-4) la pacienții care nu fuseseră expuși anterior la bevacizumab.
- ML18147: bevacizumab 5,0 mg/kg greutate corporală la interval de 2 săptămâni sau bevacizumab 7,5 mg/kg greutate corporală la interval de 3 săptămâni, în asociere cu fluoropirimidină/irinotecan sau fluoropirimidină/oxaliplatină la pacienții la care au prezentat progresia bolii după tratamentul de primă linie cu bevacizumab. Schema terapeutică conținând irinotecan sau oxaliplatină a fost modificată în funcție de utilizarea anterioară a oxaliplatinei, respectiv a irinotecanului, ca tratament de primă linie.

AVF2107g

Acesta a fost un studiu clinic de fază III, randomizat, dublu orb, controlat cu comparator activ care a evaluat bevacizumabul în asociere cu IFL ca primă linie de tratament pentru carcinom metastazat de colon sau rect. Opt sute treisprezece pacienți au fost randomizați pentru a li se administra IFL + placebo (Brațul 1) sau IFL + bevacizumab (5 mg/kg la interval de 2 săptămâni, Brațul 2). La un al treilea grup de pacienți de 110 pacienți s-a administrat 5-FU/FA în bolus + bevacizumab (Brațul 3). Înrolarea în brațul 3 a fost întreruptă, așa cum era specificat inițial, din momentul în care siguranța bevacizumabului cu regimul IFL a fost stabilită și considerată acceptabilă. Toate tratamentele au continuat până la progresia bolii. Vârsta medie generală a fost de 59,4 ani; 56,6% dintre pacienți aveau un status de performanță ECOG de 0, 43% dintre pacienți o valoare de 1 și 0,4% dintre pacienți aveau valoarea 2. 15,5% dintre pacienți fuseseră tratați anterior cu radioterapie și 28,4% cu chimioterapie.

Variabila de eficacitate primară a studiului a fost supraviețuirea globală. Adăugarea bevacizumabului la IFL a determinat o creștere semnificativ statistică în supraviețuirea globală, supraviețuirea fără

progresie a bolii și rata globală de răspuns (vezi Tabelul 4). Beneficiul clinic, măsurat prin supraviețuirea globală, a fost observat în toate subgrupurile de pacienți prespecificate, inclusiv în cele definite prin vârstă, sex, status de performanță, localizarea tumorii primare, numărul de organe implicate și durata bolii în stadiul metastatic.

Eficacitatea rezultatelor schemei de tratament cu bevacizumab în asociere cu chimioterapie IFL este prezentată în Tabelul 4.

Tabelul 4. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic AVF2107g

	AVF2107g	
	Brațul 1 IFL + placebo	Brațul 2 IFL + bevacizumab ^a
Numărul de pacienți	411	402
Supraviețuirea globală		
Durata mediană (luni)	15,6	20,3
ÎI 95%	14,29 - 16,99	18,46 - 24,18
Risc relativ ^b	0,660 (valoarea p = 0,00004)	
Supraviețuirea fără progresie a bolii		
Durata mediană (luni)	6,2	10,6
Risc relativ	0,54 (valoarea p <0,0001)	
Rata globală de răspuns		
Rata (%)	34,8	44,8
	(valoarea p = 0.0036)	

^a 5 mg/kg la interval de 2 săptămâni

^b Comparativ cu brațul de control.

Într-un grup de 110 pacienți repartizați randomizat pentru înrolarea în brațul 3 (5-FU/FA + bevacizumab), înainte de renunțarea la acest braț, valoarea mediană a duratei de supraviețuire globală a fost de 18,3 luni și valoarea mediană a duratei de supraviețuire fără progresie a bolii a fost de 8,8 luni.

AVF2192g

Acesta a fost un studiu de fază II randomizat, dublu-orb, controlat cu comparator activ, care a evaluat eficacitatea și siguranța bevacizumabului în asociere cu chimioterapie 5-FU/FA pentru tratamentul de primă linie al carcinomului metastazat colorectal la pacienți care nu au fost candidați optimi pentru tratamentul de primă linie cu irinotecan. O sută cinci pacienți au fost repartizați randomizat în brațul 5-FU/FA + placebo și 104 pacienți în brațul 5-FU/FA + bevacizumab (5 mg/kg la interval de 2 săptămâni). Toate schemele de tratament au continuat până la progresia bolii. Adăugarea de bevacizumab 5 mg/kg la interval de două săptămâni la 5-FU/FA a determinat o rată de răspuns obiectiv mai mare, un interval semnificativ statistic mai lung de supraviețuire fără progresie a bolii și o tendință de prelungire a supraviețuirii comparativ cu chimioterapie cu 5-FU/FA administrată în monoterapie.

AVF0780g

Acesta a fost un studiu clinic deschis de fază II, randomizat, controlat cu comparator activ care a investigat bevacizumabul în asociere cu chimioterapie cu 5-FU/FA pentru tratamentul de primă linie al neoplasmului colorectal metastazat. Vârsta mediană a fost de 64 ani. 19% din pacienți primiseră anterior chimioterapie și 14%, radioterapie. Șaptezeci și unu pacienți au fost repartizați randomizat pentru a li se administra 5-FU/FA în bolus sau 5-FU/FA + bevacizumab (5 mg/kg la interval de

2 săptămâni). Unui al treilea grup de 33 pacienți i s-a administrat 5-FU/FA + bevacizumab (10 mg/kg la interval de 2 săptămâni). Pacienții au fost tratați până la progresia bolii. Criteriile de evaluare finale principale ale studiului au fost rata de răspuns obiectiv și supraviețuirea fără progresie a bolii. Adăugarea de bevacizumab 5 mg/kg la interval de două săptămâni la 5-FU/FA a determinat o rată de răspuns obiectiv mai mare, un interval mai lung de supraviețuire fără progresie a bolii și o tendință de prelungire a supraviețuirii, comparativ cu chimioterapie cu 5-FU/FA administrată în monoterapie (vezi Tabelul 5). Aceste date de eficacitate au fost în concordanță cu rezultatele observate în studiul clinic AVF2107g.

Datele de eficacitate din studiile clinice AVF0780g și AVF2192g care au investigat bevacizumabul în asociere cu chimioterapie cu 5-FU/FA sunt rezumate în Tabelul 5.

Tabelul 5. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiile clinice AVF0780g și AVF2192g

	AVF0780g			AVF2192g	
	5-FU/FA	5-FU/FA + bevacizumab ^a	5-FU/FA + bevacizumab ^b	5-FU/FA + placebo	5-FU/FA + bevacizumab
Numărul de pacienți	36	35	33	105	104
Supraviețuire globală					
Durata mediană (luni)	13,6	17,7	15,2	12,9	16,6
ÎI 95%				10,35 - 16,95	13,63 - 19,32
Riscul relativ	-	0,52	1,01		0,79
Valoarea p		0,073	0,978		0,16
Supraviețuire fără progresie a bolii					
Durata mediană (luni)	5,2	9,0	7,2	5,5	9,2
Risc relativ		0,44	0,69		0,5
Valoarea p	-	0,0049	0,217		0,0002
Rata globală de răspuns					
Rata (procentaj)	16,7	40,0	24,2	15,2	26
ÎI 95%	7,0 - 33,5	24,4 - 57,8	11,7 - 42,6	9,2 - 23,9	18,1 - 35,6
Valoarea p		0,029	0,43		0,055
Durata răspunsului					
Durata mediană (luni)	NR	9,3	5,0	6,8	9,2
Percentila 25-75 (luni)	5,5 - NR	6,1 - NR	3,8 - 7,8	5,59 - 9,17	5,88 - 13,01

a 5 mg/kg la interval de 2 săptămâni

b 10 mg/kg la interval de 2 săptămâni

c Comparativ cu brațul de control. NR = nu a fost atins.

NO16966

Acest studiu clinic a fost un studiu de fază III, randomizat, dublu-orb (pentru bevacizumab) care a investigat bevacizumabul 7,5 mg/kg în asociere cu capecitabină administrată oral și oxaliplatină i.v. (XELOX), administrat după schema terapeutică de 3 săptămâni; sau bevacizumab 5 mg/kg în asociere cu leucovorină și 5-fluorouracil administrat în bolus, urmat de perfuzie cu 5-fluorouracil, cu oxaliplatină administrată intravenos (FOLFOX-4), administrat după schema terapeutică de 2 săptămâni. Studiul a fost alcătuit din două părți: o parte inițială cu 2 brațe în regim deschis (Partea I), în care pacienții au fost randomizați în două grupuri de tratament diferite (XELOX și FOLFOX-4) și o parte ulterioară, cu 4 brațe 2 brațe factoriale 2 x 2 (Partea II), în care pacienții au fost randomizați în patru grupuri de tratament (XELOX + placebo, FOLFOX-4 + placebo, XELOX + bevacizumab, FOLFOX-4 + bevacizumab). În Partea II, repartizarea tratamentului a fost făcută în regim dublu-orb față de bevacizumab.

Aproximativ 350 pacienți au fost repartizați randomizat în fiecare dintre cele 4 brațe ale studiului clinic din Partea II.

Tabelul 6. Schemele de tratament în studiul NO16966 (CmCR)

	Tratament	Doza inițială	Schemă
FOLFOX-4 sau FOLFOX-4 + bevacizumab	Oxaliplatină Leucovorină 5-Fluorouracil	85 mg/m ² i.v. 2 ore 200 mg/m ² i.v. 2 ore 400 mg/m ² i.v. în bolus, 600 mg/m ² i.v. 22 ore	Oxaliplatină în ziua 1 Leucovorină în ziua 1 și 2 5-fluorouracil i.v. în bolus/perfuzie, fiecare în ziua 1 și 2
	Placebo sau bevacizumab	5 mg/kg i.v. 3090 min	Ziua 1, înainte de FOLFOX-4, la interval de 2 săptămâni
XELOX sau XELOX + bevacizumab	Oxaliplatină Capecitabină	130 mg/m ² i.v. 2 ore 1000 mg/m ² oral, de două ori pe zi	Oxaliplatină în ziua 1 Capecitabină oral, de două ori pe zi timp de 2 săptămâni (urmată de 1 săptămână fără tratament)
	Placebo sau bevacizumab	7,5 mg/kg i.v. 3090 min	Ziua 1, înainte de XELOX, la 3 săptămâni
5-Fluorouracil injecție i.v. în bolus imediat după administrarea de leucovorină			

Parametrul de eficacitate principal al studiului clinic a fost durata supraviețuirii fără progresie a bolii. În acest studiu clinic, au fost două obiective principale: a demonstra că asocierea XELOX era non-inferioară asocierii FOLFOX-4 și a demonstra că bevacizumabul în asociere cu chimioterapie, FOLFOX-4 sau XELOX, era superior chimioterapiei administrate în monoterapie. Ambele obiective principale au fost îndeplinite:

- În cadrul comparației generale, a fost demonstrată non-inferioritatea brațelor la care s-a administrat XELOX comparativ cu brațele la care s-a administrat FOLFOX-4, în termenii supraviețuirii fără progresie a bolii și supraviețuirii globale, la populația per-protocol eligibilă.
- În cadrul comparației generale, a fost demonstrată superioritatea brațelor la care s-a administrat bevacizumab comparativ cu brațele la care s-a administrat numai chimioterapie, în termenii supraviețuirii fără progresie a bolii, la populația ITT (Tabelul 7).

Analizele secundare ale SFP, pe baza evaluării răspunsului „în tratament”, au confirmat beneficiul clinic semnificativ superior pentru pacienții tratați cu bevacizumab (analizele sunt prezentate în Tabelul 7) și au fost în concordanță cu beneficiul semnificativ statistic observat în analiza globală a datelor.

Tabelul 7. Rezultatele cheie privind eficacitatea pentru analiza de superioritate (populație ITT, studiul clinic NO16966)

Criteriu final de evaluare (luni)	FOLFOX-4 sau XELOX + placebo (n = 701)	FOLFOX-4 sau XELOX + bevacizumab (n = 699)	Valoarea p
Criteriu final principal de evaluare			

Criteriu final de evaluare (luni)	FOLFOX-4 sau XELOX + placebo (n = 701)	FOLFOX-4 sau XELOX + bevacizumab (n = 699)	Valoarea p
Valoarea mediană a SFP**	8,0	9,4	0,0023
Risc relativ (Î 97,5%)a	0,83 (0,72 - 0,95)		
Criterii finale de evaluare secundare			
Valoarea mediană a SFP (în tratament)**	7,9	10,4	< 0,0001
Risc relativ (Î 97,5%)	0,63 (0,52 - 0,75)		
Rata globală de răspuns (evaluarea investigatorului)**	49,2%	46,5%	
Valoarea mediană a supraviețuirii globale*	19,9	21,2	0,0769
Risc relativ (Î 97,5%)	0,89 (0,76 - 1,03)		

* Analiza supraviețuirii globale la data limită de acumulare a datelor clinice, 31 ianuarie 2007.

** Analiza primară la data limită de acumulare a datelor clinice, 31 ianuarie 2006.

a Comparativ cu brațul de control.

În subgrupul de tratament cu FOLFOX, valoarea mediană a SFP a fost de 8,6 luni pentru placebo și 9,4 luni pentru pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab, RR = 0,89, Î 97,5% = [0,73; 1,08]; valoarea p = 0,1871, rezultatele corespunzătoare pentru subgrupul de tratament cu XELOX fiind de 7,4 față de 9,3 luni, RR = 0,77, Î 97,5% = [0,63; 0,94]; valoarea p = 0,0026.

Valoarea mediană a supraviețuirii generale a fost de 20,3 luni pentru placebo și 21,2 luni pentru pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab, în subgrupul de tratament cu FOLFOX, RR = 0,94, Î 97,5% = [0,75; 1,16]; valoarea p = 0,4937, rezultatele corespunzătoare pentru subgrupul de tratament cu XELOX fiind de 19,2 față de 21,4 luni, RR = 0,84, Î 97,5% = [0,68; 1,04]; valoarea p = 0,0698.

ECOG E3200

Acesta a fost un studiu de fază III, randomizat, controlat cu comparator activ, care a investigat bevacizumab 10 mg/kg în asociere cu leucovorină cu 5-fluorouracil administrat în bolus și apoi perfuzie cu 5-fluorouracil cu oxaliplatină i.v. (FOLFOX-4), administrat după schema terapeutică de 2 săptămâni la pacienții tratați anterior (a doua linie) cu neoplasm colorectal în stadiu avansat. În brațele cu chimioterapie, schema FOLFOX-4 a utilizat aceleași doze și același program de administrare, după cum se arată în Tabelul 6 pentru studiul NO16966.

Parametrul de eficacitate principal al studiului clinic a fost supraviețuirea generală, definită ca timpul de la randomizare până la deces de orice cauză. Opt sute douăzeci și nouă pacienți au fost repartizați prin randomizare (292 FOLFOX-4, 293 bevacizumab + FOLFOX-4 și 244 bevacizumab în monoterapie). Adăugarea de bevacizumab la FOLFOX-4 a determinat prelungirea, semnificativă statistic, a supraviețuirii. De asemenea, au fost observate îmbunătățiri semnificative statistic privind supraviețuirea fără progresie a bolii și rata răspunsului obiectiv (vezi Tabelul 8).

Tabelul 8. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic E3200

	E3200	
	FOLFOX-4	FOLFOX-4 + bevacizumab ^a
Numărul de pacienți	292	293
Supraviețuirea globală		
Valoarea mediană (luni)	10,8	13,0
Î 95%	10,12 - 11,86	12,09 - 14,03
Risc relativ ^b	0,751 (valoarea p = 0,0012)	
Supraviețuirea fără progresie a bolii		
Valoarea mediană (luni)	4,5	7,5
Rata de risc	0.518 (valoarea p <0,0001)	
Rata de răspuns obiectiv		
Rata	8,6%	22,2%
	(valoarea p <0,0001)	

^a 10 mg/kg la interval de 2 săptămâni

^b Comparativ cu brațul de control.

Nu a fost observată o diferență semnificativă privind durata supraviețuirii globale între pacienții cărora li s-a administrat bevacizumab în monoterapie, comparativ cu pacienții cărora li s-a administrat FOLFOX-4. Supraviețuirea fără progresie a bolii și rata răspunsului obiectiv au fost inferioare în brațul cu bevacizumab în monoterapie comparativ cu brațul cu FOLFOX-4.

ML18147

Acesta a fost un studiu clinic de fază III, randomizat, deschis, controlat, care a investigat administrarea de bevacizumab 5,0 mg/kg la interval de 2 săptămâni sau 7,5 mg/kg la interval de 3 săptămâni, în asocieră cu chimioterapie conținând fluoropirimidină, comparativ cu chimioterapia conținând fluoropirimidină administrată în monoterapie, la pacienții cu CmCR care au prezentat progresia bolii după tratamentul cu schema terapeutică care conținea bevacizumab ca tratament de primă linie.

Pacienții cu CmCR confirmat histologic și la care a apărut progresia bolii au fost randomizați în raport de 1:1, în decurs de 3 luni după întreruperea tratamentului de primă linie cu bevacizumab, pentru a li se administra chimioterapie care conținea asocierea fluoropirimidină/oxaliplatină sau asocierea fluoropirimidină/irinotecan (chimioterapie modificată în funcție de tratamentul chimioterapic de primă linie), cu sau fără bevacizumab. Tratamentul a fost administrat până la progresia bolii sau toxicitatea inacceptabilă. Parametrul luat în calcul din rezultatele primare a fost supraviețuirea globală, definită ca perioada de timp de la randomizare până la decesul din orice cauză.

Au fost randomizați un număr total de 820 de pacienți. Adăugarea de bevacizumab la chimioterapia pe bază de fluoropirimidină a avut ca rezultat o prelungire semnificativă statistic a supraviețuirii la pacienții cu CmCR care au prezentat progresia bolii în cadrul schemei cu bevacizumab administrată ca tratament de primă linie (ITT = 819) (vezi Tabelul 9).

Tabelul 9. Rezultate privind eficacitatea pentru studiul ML18147 (populația ITT)

	ML18147	
	Chimioterapie pe bază de fluoropirimidină/irinotecan sau fluoropirimidină/oxaliplatină	Chimioterapie pe bază de fluoropirimidină/irinotecan sau fluoropirimidină/oxaliplatină + bevacizumab^a
Numărul de pacienți	410	409
Supraviețuirea globală		
Valoarea mediană (luni)	9,8	11,2
Rată de risc (interval ÎI: interval de încredere 95%).	0,81 (0,69, 0,94) (valoarea p = 0,0062)	
Supraviețuirea fără progresia bolii		
Valoarea mediană (luni)	4,1	5,7
Rată de risc (interval de încredere 95%)	0,68 (0,59, 0,78) (valoarea p <0,0001)	
Rata răspunsului obiectiv (RRO)		
Pacienți incluși în analiză	406	404
Rata	3,9%	5,4%
	(valoarea p = 0,3113)	

^a 5,0 mg/kg la interval de 2 săptămâni sau 7,5 mg/kg la interval de 3 săptămâni.

Au fost observate de asemenea, îmbunătățiri semnificative statistic ale supraviețuirii fără progresia bolii. Rata de răspuns obiectiv în cele două brațe de tratament a fost scăzută, iar diferența a fost nesemnificativă.

În studiul E3200 s-a administrat o doză de bevacizumab echivalentă cu 5 mg/kg și săptămână la pacienții netratați anterior cu bevacizumab, în timp ce în studiul ML18147 s-a administrat o doză de bevacizumab echivalentă cu 2,5 mg/kg și săptămână, la pacienții tratați anterior cu bevacizumab. O comparație încrucișată între datele din studiile clinice referitoare la eficacitate și siguranță este limitată din cauza diferențelor dintre aceste studii, în special la nivelul pacienților, expunerii anterioare la bevacizumab și a schemelor chimioterapeutice. Administrarea ambelor doze de bevacizumab echivalente cu 5 mg/kg și săptămână și, respectiv 2,5 mg/kg și săptămână a arătat un beneficiu semnificativ statistic privind SG (RR 0,751 în studiul E3200; RR 0,81 în studiul ML18147) și SFP (RR 0,518 în studiul E3200; RR 0,68 în studiul ML18147). În ceea ce privește siguranța administrării, s-a observat o incidență generală mai mare a evenimentelor adverse de grad 3-5 în studiul E3200, comparativ cu studiul ML18147.

Neoplasm mamar metastazat (NMm)

Două studii clinice de fază III ample au fost realizate pentru a investiga efectul tratamentului cu bevacizumab în asociere cu două medicamente chimioterapeutice individuale, măsurat prin criteriul final de evaluare principal al SFP. În ambele studii a fost observată o îmbunătățire clinic și statistic semnificativă în SFP.

Rezultatele SFP pentru medicamentele chimioterapice individuale incluse în indicație sunt rezumate mai jos:

- Studiul E2100 (paclitaxel)
 - Valoarea mediană a SFP a crescut la 5,6 luni, RR 0,421 ($p < 0,0001$, ÎI 95% 0,343; 0,516)
- Studiul AVF3694g (capecitabină)
 - Valoarea mediană a SFP a crescut la 2,9 luni, RR 0,69 ($p < 0,0002$, ÎI 95% 0,56; 0,84)

Detalii suplimentare și rezultatele fiecărui studiu sunt prezentate mai jos.

ECOG E2100

Studiul clinic E2100 a fost un studiu deschis, randomizat, cu control activ, multicentric, care a evaluat bevacizumabul în asociere cu paclitaxel la pacienții cu neoplasm mamar recidivant local sau metastazat, netratați anterior cu chimioterapie pentru recidiva locală și boala metastatică. Pacienții au fost repartizați prin randomizare la paclitaxel în monoterapie (90 mg/m² i.v. timp de o oră, o dată pe săptămână, pe o perioadă de trei din patru săptămâni) sau în asociere cu bevacizumab (10 mg/kg perfuzie i.v., o dată la interval de două săptămâni). Terapia hormonală anterioară tratamentului bolii metastazice a fost permisă. Terapia adjuvantă cu taxani a fost permisă numai dacă s-a încheiat cu cel puțin 12 luni înainte de intrarea în studiul clinic. Din cei 722 pacienți înrolați în studiul clinic, majoritatea au avut status negativ pentru receptorii HER2 (90%), un număr mic de pacienți, cu status necunoscut (8%) sau status pozitiv pentru receptorii HER2 confirmat (2%), care au fost tratați anterior sau au fost considerați neeligibili pentru terapia cu trastuzumab. Mai mult, 65% dintre pacienți au urmat tratament cu chimioterapie adjuvantă inclusiv 19% dintre pacienți care au urmat terapie anterioară cu taxani și 49% terapie anterioară cu antracicline. Pacienții cu metastaze la nivelul sistemului nervos central, inclusiv cei tratați anterior sau cu leziuni craniene rezecate au fost excluși din studiu.

În studiul clinic E2100, pacienții au urmat tratamentul până la progresia bolii. În situațiile în care întreruperea precoce a chimioterapiei a fost necesară, tratamentul cu bevacizumab în monoterapie a fost continuat până la progresia bolii. Caracteristicile pacienților au fost similare în cele două brațe ale studiului clinic. Criteriul final principal de evaluare al studiului a fost supraviețuirea fără progresie (SFP), pe baza evaluării investigatorilor studiului clinic, privind progresia bolii. Suplimentar, a fost realizată o analiză independentă a criteriului final principal de evaluare. Rezultatele studiului clinic sunt prezentate în Tabelul 10.

Tabelul 10. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic E2100

Supraviețuirea fără progresie a bolii				
	Evaluarea investigatorului*		Evaluarea IRF	
	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)
Durata mediană a SFP (luni)	5,8	11,4	5,8	11,3
RR (ÎI 95%)	0,421 (0,343; 0,516)		0,483 (0,385; 0,607)	
Valoarea p	<0,0001		<0,0001	
Ratele de răspuns (pentru pacienții cu boală cuantificabilă)				
	Evaluarea investigatorului		Evaluarea IRF	
	Paclitaxel (n = 273)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 252)	Paclitaxel (n = 243)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 229)
% pacienți cu răspuns obiectiv	23,4	48,0	22,2	49,8

Valoarea p	<0,0001	<0,0001
---------------	---------	---------

* Analiza primară

Supraviețuirea globală		
	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)
Durata mediană a SG (luni)	24,8	26,5
RR (Î 95%)	0,869 (0,722; 1,046)	
Valoarea p	0,1374	

Beneficiul clinic al bevacizumab, măsurat prin SFP, a fost observat la toate subgrupurile studiate prespecificate (inclusiv intervalul fără boală, numărul localizărilor metastatice, administrarea anterioară de chimioterapie adjuvantă și statusul receptorilor de estrogen (RE)).

AVF3694g

AVF3694g a fost un studiu clinic de fază III, multicentric, randomizat, controlat cu placebo, care a evaluat eficacitatea și siguranța administrării bevacizumabului în asociere cu chimioterapia, comparativ cu chimioterapie plus placebo, ca tratament de primă linie pentru pacienții cu neoplasm mamar recidivant local sau metastazat cu un status negativ pentru receptori HER2.

Alegerea chimioterapiei a fost lăsată la alegerea investigatorului înainte de repartizarea prin randomizare în raport de 2:1 pentru a se administra fie chimioterapie plus bevacizumab, fie chimioterapie plus placebo. Alegerile chimioterapeutice au inclus capecitabină, taxani (paclitaxel legat de proteine, docetaxel) și agenți pe bază de antracicline (doxorubicină/ciclofosfamidă, epirubicină/ciclofosfamidă, 5-fluorouracil/doxorubicină/ciclofosfamidă, 5-fluorouracil/epirubicină/ciclofosfamidă) administrate la interval de trei săptămâni (q3w). Bevacizumabul sau placebo a fost administrat la o doză de 15 mg/kg la interval de trei săptămâni.

Acest studiu a inclus o fază de tratament în regim orb, o fază post-progresie opțională de studiu deschis și o fază de urmărire de supraviețuire. În timpul fazei de tratament în regim orb, pacienților li s-a administrat chimioterapie și medicamentul (bevacizumab sau placebo) la interval de 3 săptămâni până la progresia bolii, toxicitate care limita tratamentul sau deces. În cazul progresiei documentate a bolii, pacienții care au intrat în faza opțională de regim deschis li s-a putut administra bevacizumab în regim deschis împreună cu o gamă largă de linii de tratament secundare.

Rezultatele analizelor statistice au fost evaluate independent pentru 1) pacienții la care s-a administrat capecitabină în asociere cu bevacizumab sau placebo 2) pacienții la care s-a administrat chimioterapie pe bază de taxani sau pe bază de antracicline în asociere cu bevacizumab sau placebo. Criteriul final principal de evaluare al studiului a fost SFP în funcție de evaluarea investigatorului. Suplimentar, criteriul final principal de evaluare a fost, de asemenea, evaluat de către o comisie de analiză independentă (IRC).

Rezultatele acestui studiu pe baza analizelor definite în protocol pentru supraviețuirea fără progresie a bolii și ratele de răspuns pentru cohorta cu capecitabină furnizată independent a studiului AVF3694g sunt prezentate în Tabelul 11. Sunt prezentate și rezultatele provenite dintr-o analiză exploratorie privind supraviețuirea globală, care include o urmărire suplimentară cu durata de 7 luni (aproximativ 46% dintre pacienți au decedat). Procentajul de pacienți din fiecare braț cărora li s-a administrat bevacizumab în regim deschis a fost de 62,1% în brațul cu capecitabină + placebo și de 49,9% în brațul cu capecitabină + bevacizumab.

Tabelul 11 Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic AVF3694g: – Capecitabină^a și bevacizumab/placebo (Cap + bevacizumab/PI)

Supraviețuirea fără progresie a bolii ^b				
	Evaluarea investigatorului		Evaluarea IRC	
	Cap + PI (n=206)	Cap + bevacizumab (n=409)	Cap + PI (n=206)	Cap + bevacizumab (n=409)
Durata mediană a SFP (luni)	5,7	8,6	6,2	9,8
Risc relativ față de brațul placebo (ÎÎ 95%)	0,69 (0,56; 0,84)		0,68 (0,54; 0,86)	
Valoarea p	0,0002		0,0011	
Ratele de răspuns (pentru pacienții cu boală cuantificabilă) ^b				
	Cap + PI (n = 161)		Cap + bevacizumab (n=325)	
% pacienți cu răspuns obiectiv	23,6		35,4	
Valoarea p	0,0097			
Supraviețuirea globală ^b				
RR (ÎÎ 95%)	0,88 (0,69; 1,13)			
Valoarea p (exploratorie)	0,33			

^a1000 mg/m² de două ori pe zi, administrat pe cale orală, timp de 14 zile, la interval de 3 săptămâni

^bAnaliza stratificată include toate evenimentele de progresie și de deces, cu excepția acelor unde tratamentul în afara protocolului (TFP) a fost început înainte de progresia confirmată; datele de la acei pacienți au fost cenzurate la ultima evaluare a tumorii înainte de începerea TFP.

A fost efectuată o analiză nestratificată a SFP (evaluată de investigator) care nu a fost cenzurată pentru tratamentul în afara protocolului înainte de progresia bolii. Rezultatele acestor analize au fost foarte similare cu cele din rezultatele SFP primare.

Neoplasm bronhopulmonar diferit de cel cu celule mici (NSCLC)

Tratamentul de primă linie al NSCLC non-scuamos în asociere cu chimioterapie pe bază de săruri de platină

Siguranța și eficacitatea administrării bevacizumabului în asociere cu chimioterapie pe bază de săruri de platină a fost investigată în studiile clinice E4599 și BO17704, ca tratament de primă linie la pacienții cu neoplasm bronhopulmonar diferit de cel cu celule mici (NSCLC). Un beneficiu pentru supraviețuirea globală a fost demonstrat în studiul E4599 cu o doză de bevacizumab 15 mg/kg la interval de 3 săptămâni. Studiul clinic BO17704 a demonstrat că ambele doze de bevacizumab, 7,5 mg/kg la interval de 3 săptămâni și 15 mg/kg administrate la interval de 3 săptămâni, cresc supraviețuirea fără progresie a bolii și rata de răspuns.

E4599

E4599 a fost un studiu clinic multicentric, randomizat, în regim deschis și controlat activ, care a evaluat bevacizumabul ca tratament de primă linie la pacienții cu NSCLC local în stadiu avansat (stadiul IIIB cu efuziune pleurală malignă), metastatic sau recurent, altul decât cel cu histologie predominantă cu celule scuamoase.

Pacienții au fost repartizați prin randomizare pentru chimioterapie cu săruri de platină (paclitaxel 200 mg/m² și carboplatină ASC = 6,0, ambele administrate în perfuzie i.v. (PC) în ziua 1 a fiecărui ciclu terapeutic de 3 săptămâni pe o perioadă de până la 6 cicluri terapeutice sau PC în asociere cu bevacizumab în doză de 15 mg/kg perfuzie i.v. în ziua 1 a fiecărui ciclu terapeutic de 3 săptămâni. După încheierea a șase cicluri de chimioterapie carboplatină-paclitaxel sau după întreruperea prematură a chimioterapiei, la pacienții din brațul cu bevacizumab + carboplatină-paclitaxel s-a administrat în continuare bevacizumab în monoterapie, la interval de 3 săptămâni, până la progresia bolii. 878 pacienți au fost randomizați în cele două brațe.

În timpul studiului clinic, la pacienții cărora li s-a administrat tratamentul de studiu, la 32,2% (136/422) dintre pacienți s-a administrat bevacizumab de 7-12 ori și la 21,1% (89/422) dintre pacienți s-a administrat bevacizumab de 13 ori sau mai mult.

Criteriul final principal de evaluare al studiului a fost supraviețuirea. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 12.

Tabelul 12. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic E4599

	Brațul 1	Brațul 2
	Carboplatină/paclitaxel	Carboplatină/paclitaxel + bevacizumab 15 mg/kg la un interval de 3 săptămâni
Numărul de pacienți	444	434
Supraviețuirea globală		
Valoarea mediană (luni)	10,3	12,3
Risc relativ	0,80 (p=0,003) ÎI 95% (0,69; 0,93)	
Supraviețuirea fără progresie a bolii		
Valoarea mediană (luni)	4,8	6,4
Rată de risc	0,65 (p <0,0001) ÎI 95% (0,56; 0,76)	
Rata globală de răspuns		
Rata (procentaj)	12,9	29,0 (p <0,0001)

Într-o analiză exploratorie, amplitudinea beneficiului adus de bevacizumab în ceea ce privește supraviețuirea globală a fost mai puțin pronunțată în subgrupul de pacienți care nu au prezentat histologie de adenocarcinom.

BO17704

BO17704 a fost un studiu de fază III, randomizat, în regim dublu-orb, cu bevacizumab adăugat la

cisplatină și gemcitabină comparativ cu placebo, cisplatină și gemcitabină la pacienții cu NSCLC non-scuamos local avansat (stadiul IIIB cu metastaze ale nodurilor limfatici supraclaviculare sau cu efuziune pleurală sau pericardică malignă), metastatic sau recurent, cărora nu li s-a administrat chimioterapie anterior. Criteriul final principal de evaluare a fost supraviețuirea fără progresie a bolii; criteriile secundare de evaluare ale studiului au inclus durata supraviețuirii globale.

Pacienții au fost repartizați prin randomizare pentru chimioterapie cu săruri de platină, cisplatină 80 mg/m² perfuzie intravenoasă în ziua 1 și gemcitabină 1250 mg/m² perfuzie intravenoasă în zilele 1 și 8 ale fiecărui ciclu terapeutic de 3 săptămâni, pentru o perioadă de până la 6 cicluri terapeutice (CG) cu placebo sau CG cu bevacizumab în doză de 7,5 mg sau 15 mg/kg perfuzie i.v. în ziua 1 a fiecărui ciclu terapeutic de 3 săptămâni. În brațul de tratament cu bevacizumab, pacienților li s-a putut administra bevacizumab în monoterapie la interval de 3 săptămâni până la progresia bolii sau toxicitate inacceptabilă. Rezultatele studiului clinic au arătat că la 94% (277/296) dintre pacienții eligibili li s-a administrat în continuare bevacizumab în monoterapie în ciclul 7. La un procentaj crescut de pacienți (aproximativ 62%) s-a administrat în continuare o varietate de tratamente antineoplazice nespecificate în protocol, care au putut avea un impact asupra analizei supraviețuirii globale.

Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în Tabelul 13.

Tabelul 13. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic BO17704

	Cisplatină/gemcitabină + placebo	Cisplatină/gemcitabină + bevacizumab 7,5 mg/kg la un interval de 3 săptămâni	Cisplatină/gemcitabină + bevacizumab 15 mg/kg la un interval de 3 săptămâni
Numărul de pacienți	347	345	351
Supraviețuirea fără progresie a bolii			
Valoarea mediană (luni)	6,1	6,7 (p = 0,0026)	6,5 (p = 0,0301)
Rată de risc		0.75 0,062 (0,91)	0.82 0,68 (0,98)
Cea mai bună rată globală de răspuns ^a	20,1%	34,1% (p < 0,0001)	30,4% (p = 0,0023)

^a pacienți cu boală cuantificabilă la intrarea în studiu

Supraviețuirea globală			
Valoarea mediană (luni)	13,1	13,6 (p = 0,4203)	13,4 (p = 0,7613)
Rată de risc		0.93 [0,78; 1,11]	1,03 [0,86; 1,23]

Tratamentul de primă linie al NSCLC non-scuamos cu mutații activatoare ale EGFR în asociere cu erlotinib

JO25567

Studiul JO25567 a fost un studiu clinic de fază II, randomizat, în regim deschis, multicentric, efectuat în Japonia pentru a evalua eficacitatea și siguranța bevacizumabului administrat în asociere cu erlotinib la pacienții cu NSCLC diferit de tipul histologic cu celule scuamoase și cu mutații activatoare ale EGFR (deleția exonului 19 sau mutația exonului 21 L858R), care nu au primit anterior terapie

sistemică pentru boală în stadiul IIIB/IV sau recurentă.

Criteriul principal final de evaluare a fost supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP) pe baza evaluării analizei independente. Criteriile secundare finale de evaluare au inclus supraviețuirea globală, rata de răspuns, rata de control a bolii, durata răspunsului și siguranța.

Prezența mutațiilor EGFR a fost determinată pentru fiecare pacient înainte de selecția pacienților și 154 de pacienți au fost randomizați pentru a primi tratament fie cu erlotinib + bevacizumab (erlotinib 150 mg oral zilnic + bevacizumab [15 mg/kg i.v. la fiecare 3 săptămâni]), fie erlotinib în monoterapie (150 mg oral zilnic) până la progresia bolii (PB) sau până la toxicitate inacceptabilă. În absența PB, întreruperea administrării uneia dintre componentele tratamentului de studiu în brațul de tratament cu erlotinib + bevacizumab nu a dus la întreruperea celeilalte componente, așa cum era specificat în protocolul studiului.

Rezultatele studiului privind eficacitatea sunt prezentate în Tabelul 14.

Tabelul 14 Rezultatele de eficacitate provenite din studiul JO25567

	Erlotinib N = 77[#]	Erlotinib + bevacizumab N = 75[#]
SFP [^] (luni)		
Mediană	9,7	16,0
RR (Î 95%)	0,54 (0,36; 0,79)	
Valoarea p	0,0015	
Rata globală de răspuns		
Rată (n)	63,6% (49)	69,3% (52)
Valoarea p	0,4951	
Supraviețuirea globală* (luni)		
Mediană	47,4	47,0
RR (Î 95%)	0,81 (0,53; 1,23)	
Valoarea p	0,3267	

[#] În total, au fost randomizați 154 pacienți (valoare a statusului de performanță ECOG 0 sau 1). Cu toate acestea, doi dintre pacienții randomizați au părăsit studiul înainte de a primi orice tratament de studiu.

[^] Analiză independentă fără cunoașterea alocării la tratament (analiză principală definită în protocol).

^{*} Analiză exploratorie: analiză finală a SG la data limită de acumulare a datelor clinice, 31 octombrie 2017, aproximativ 59% din pacienți decedaseră.

Î, interval de încredere; RR, rată de risc conform analizei de regresie Cox nestratificate; NA, nu a fost atins.

Neoplasm renal în stadiu avansat și/sau metastazat (NRm)

Bevacizumabul în asociere cu interferon alfa-2a în tratamentul de primă linie al pacienților cu neoplasm renal în stadiu avansat și/sau metastazat (BO17705)

Acesta a fost un studiu clinic de fază III, randomizat, dublu-orb, efectuat pentru evaluarea eficacității și siguranței bevacizumabului în asociere cu interferon (IFN) alfa-2a față de IFN alfa-2a în monoterapie, ca tratament de primă linie în NRm. Cei 649 pacienți randomizați (641 tratați) au avut un status de performanță Karnofsky (SPK) $\geq 70\%$, fără metastaze la nivelul SNC și o funcționare renală corespunzătoare. Pacienții au fost nefrectomizați pentru carcinom renal primar. Bevacizumab 10 mg/kg a fost administrat la interval de 2 săptămâni până la progresia bolii. IFN alfa-2a a fost administrat pe o perioadă de până la 52 săptămâni sau până la progresia bolii, cu doză inițială recomandată de 9 milioane UI de trei ori pe săptămână, cu o reducere permisă de doză la 3 milioane UI de trei ori pe săptămână, în 2 etape. Pacienții au fost stratificați în funcție de țară și scorul Motzer și brațele de tratament au fost bine echilibrate privind factorii de prognostic.

Criteriul principal final de evaluare a fost supraviețuirea globală; criteriile secundare de evaluare ale studiului au inclus supraviețuirea fără progresie a bolii. Adăugarea de bevacizumab la IFN alfa-2a a crescut semnificativ SFP și rata de răspuns obiectiv a tumorii. Aceste rezultate au fost confirmate printr-o analiză radiologică independentă. Cu toate acestea, creșterea în ceea ce privește criteriul principal final de evaluare a supraviețuirii globale cu 2 luni nu a fost semnificativă (RR = 0,91). La un procentaj ridicat de pacienți (aproximativ 63% IFN/placebo; 55% bevacizumab/IFN) s-a administrat o varietate de tratamente antineoplazice nespecificate după închiderea studiului clinic, incluzând medicamente antineoplazice, care pot influența analiza supraviețuirii globale.

Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în Tabelul 15.

Tabelul 15. Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic BO17705

	BO17705	
	Placebo + IFN^a	BV^b + IFN^a
Numărul de pacienți	322	327
Supraviețuirea fără progresie a bolii		
Valoarea mediană (luni)	5,4	10,2
Rată de risc Î 95%	0,63 0,52; 0,75 (valoarea p <0,0001)	
Rata de răspuns obiectiv (%) la pacienții cu boală cuantificabilă		
N	289	306
	Placebo + IFN^a	BV^b + IFN^a
Rata de răspuns	12,8%	31,4%
	(valoarea p <0,0001)	

^a Interferon alfa-2a 9 milioane UI de 3 ori/săptămână.

^b Bevacizumab 10 mg/kg la interval de 2 săptămâni.

Supraviețuirea globală		
Valoarea mediană (luni)	21,3	23,3
Rată de risc (Î 95%)	0,91 0,76; 1,10 (valoarea p = 0,3360)	

Un model de regresie Cox multiplă exploratorie, utilizând selecția inversă, a indicat că, următorii factori de prognostic inițiali au fost puternic asociați cu supraviețuirea independent de tratament: sex, numărul de leucocite, trombocite, scăderea în greutate în ultimele 6 luni înainte de intrarea în studiul clinic, numărul de locuri în care este metastază, suma celor mai lungi diametre ale leziunilor organelor țintă, scorul Motzer. Ajustarea pentru acești factori inițiali a determinat un risc relativ pentru tratament de 0,78 (Î 95% [0,63;0,96], p = 0,0219), indicând o reducere cu 22% a riscului de deces la pacienții din brațul cu bevacizumab + IFN alfa-2a, comparativ cu brațul IFN alfa-2a.

La nouăzeci și șapte (97) pacienți din brațul cu IFN alfa-2a și la 131 pacienți din brațul cu bevacizumab, a fost redusă doza de IFN alfa-2a de la 9 milioane UI la 6 sau 3 milioane UI de trei ori pe săptămână, așa cum era prespecificat în protocol. Reducerea dozei de IFN alfa-2a nu a părut să afecteze eficacitatea asocierii de bevacizumab și IFN alfa-2a pe baza ratei de SFP lipsită de evenimente de-a lungul timpului, așa cum a fost demonstrat printr-o analiză a subgrupului. Cei 131 pacienți din brațul cu bevacizumab + IFN alfa-2a la care s-au redus și menținut dozele de IFN alfa-2a la 6 sau 3 milioane UI în timpul studiului clinic, au prezentat în lunile 6, 12 sau 18 rate ale SFP lipsite

de evenimente de 73, 52 și respectiv 21% comparativ cu 61, 43 și 17% pentru pacienții din populația totală cărora li s-a administrat bevacizumab + IFN alfa-2a.

AVF2938

Acesta a fost un studiu clinic de fază II, randomizat, în regim dublu-orb, care a comparat bevacizumab 10 mg/kg administrat o dată la 2 săptămâni cu aceeași doză de bevacizumab administrată în asociere cu erlotinib 150 mg zilnic, la pacienții cu NR metastazat cu celule clare. În acest studiu clinic, un număr total de 104 pacienți au fost repartizați prin randomizare pentru tratament, 53 pacienți pentru tratamentul cu bevacizumab 10 mg/kg la interval de 2 săptămâni plus placebo și 51 pacienți pentru tratamentul cu bevacizumab 10 mg/kg la interval de 2 săptămâni plus erlotinib 150 mg zilnic. Analiza criteriului final principal de evaluare al studiului nu a arătat nicio diferență între brațul cu bevacizumab + placebo și brațul cu bevacizumab + erlotinib (SFP mediană 8,5 față de 9,9 luni). Șapte pacienți în fiecare braț au prezentat un răspuns obiectiv. Asocierea erlotinib la bevacizumab nu a determinat o îmbunătățire a SG (RR=1,764; $p = 0,1789$), a duratei răspunsului obiectiv (6,7 față de 9,1 luni) sau a timpului până la progresia bolii (RR = 1,172; $p = 0,5076$).

AVF0890

Acesta a fost un studiu clinic de fază II, randomizat, care a comparat eficacitatea și siguranța administrării bevacizumabului comparativ cu placebo. Un număr total de 116 pacienți au fost repartizați prin randomizare pentru tratament cu bevacizumab 3 mg/kg la interval de 2 săptămâni ($n = 39$), 10 mg/kg la interval de 2 săptămâni ($n = 37$) sau placebo ($n = 40$). O analiză intermediară a arătat că există o prelungire semnificativă a timpului până la progresia bolii în grupul cu 10 mg/kg comparativ cu grupul cu placebo (riscul relativ, 2,55; $p < 0,001$). A existat o mică diferență, cu semnificație limitată, între timpul până la progresia bolii în grupul cu 3 mg/kg comparativ cu grupul placebo (riscul relativ, 1,26; $p = 0,053$). Patru pacienți au prezentat răspuns obiectiv (parțial) și la toți acești pacienți s-a administrat doza de bevacizumab 10 mg/kg, rata de răspuns obiectiv pentru doza de 10 mg/kg a fost de 10%.

Neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine și neoplasm peritoneal primar

Tratamentul de primă linie al neoplasmului ovarian

Siguranța și eficacitatea bevacizumabului în tratamentul de primă linie la pacienții cu neoplasm ovarian epitelial, al trompei uterine sau neoplasm peritoneal primar au fost evaluate în două studii de fază III (GOG-0218 și BO17707) care au evaluat efectul adăugării bevacizumabului la carboplatină și paclitaxel comparativ cu regimul chimioterapeutic în monoterapie.

GOG-0218

Studiul GOG-0218 a fost un studiu de fază III, multicentric, randomizat, în regim dublu-orb, controlat cu placebo, cu trei brațe, care a evaluat efectul asocierii Avastin la o schemă terapeutică de chimioterapie aprobată (carboplatină și paclitaxel) la pacienții cu neoplasm ovarian epitelial în stadiu avansat (stadiile IIIB, IIIC și IV, conform stadializării FIGO, versiunea din 1988), al trompei uterine sau neoplasm peritoneal primar.

Pacienții tratați anterior cu bevacizumab sau la care s-a administrat anterior terapie sistemică antineoplazică pentru neoplasmul ovarian (de exemplu, chimioterapie, terapie cu anticorpi monoclonali, terapie cu inhibitori de tirozinkinază sau terapie hormonală) sau radioterapie anterioară la nivelul abdomenului sau pelvisului au fost excluși din studiu.

Un număr total de 1873 pacienți au fost repartizați randomizat în proporție egală în următoarele trei brațe:

- Brațul CPP: cinci cicluri de placebo (începând cu ciclul 2) în asociere cu carboplatină (ASC 6) și paclitaxel (175 mg/m²) timp de 6 cicluri terapeutice, urmate apoi numai de administrarea placebo, pentru o perioadă totală de până la 15 luni de tratament.
- Brațul CPB15: cinci cicluri de bevacizumab (15 mg/kg la interval de 3 săptămâni începând cu

- ciclul 2) în asociere cu carboplatină (ASC 6) și paclitaxel (175 mg/m²) timp de 6 cicluri terapeutice, urmate apoi numai de administrarea placebo, pentru o perioadă totală de până la 15 luni de tratament.
- Brațul CPB15+: cinci cicluri de bevacizumab (15 mg/kg la interval de 3 săptămâni începând cu ciclul 2) în asociere cu carboplatină (ASC 6) și paclitaxel (175 mg/m²) timp de 6 cicluri terapeutice, urmate apoi de administrarea continuă de bevacizumab (15 mg/kg la interval de 3 săptămâni) în monoterapie, pentru o perioadă totală de până la 15 luni de tratament.

Majoritatea pacienților incluși în studiu au fost de rasă albă (87% în toate cele trei brațe); vârsta mediană a fost de 60 ani în brațele CPP și CPB15 și de 59 ani în brațul CPB15+; și 29% din pacienții din brațele CPP sau CPB15 și 26% din brațul CPB15+ au avut peste 65 ani. În general, aproximativ 50% dintre pacienți au avut un scor PS GOG de 0 la includerea în studiu, 43% un scor PS GOG de 1, și 7% un scor PS GOG de 2. Majoritatea pacienților au avut neoplasm ovarian epitelial (82% în brațele CPP și CPB15, 85% în brațul CPB15+), urmat de neoplasm peritoneal primar (16% în brațul CPP, 15% în brațul CPB15, 13% în brațul CPB15+) și neoplasm al trompei uterine (1% în brațul CPP, 3% în brațul CPB15, 2% în brațul CPB15+). Majoritatea pacienților au avut adenocarcinom de tip histologic seros (85% în brațele CPP și CPB15, 86% în brațul CPB15+). Per total, aproximativ 34% dintre pacienți au fost stadiul FIGO III cu intervenție chirurgicală optimală cu boală reziduală macroscopică, 40% în stadiul III cu intervenție chirurgicală suboptimală și 26% au fost pacienți în stadiul IV.

Criteriul final principal de evaluare a fost SFP, pe baza evaluării de către investigator a progresiei bolii în funcție de scanările radiologice sau titrurilor CA-125, sau deteriorarea simptomatică așa cum era definită de protocol. În plus, a fost efectuată o analiză prespecificată a datelor progresiei evenimentelor cenzurate pentru CA-125, precum și o evaluare independentă a SFP, așa cum a fost determinată prin scanări radiologice.

Studiul a atins criteriul său final principal de evaluare, și anume îmbunătățirea SFP. Comparativ cu pacienții tratați doar cu chimioterapie (carboplatină și paclitaxel) ca tratament de primă linie, pacienții la care s-a administrat o doză de bevacizumab 15 mg/kg la interval de 3 săptămâni în asociere cu chimioterapie și la care s-a continuat administrarea de bevacizumab în monoterapie (brațul CPB15+), au avut o îmbunătățire semnificativă clinic și statistic a SFP.

La pacienții la care s-a administrat doar bevacizumab în asociere cu chimioterapie și nu au continuat tratamentul cu bevacizumab în monoterapie (brațul CPB15), nu a fost observat niciun beneficiu clinic semnificativ în ceea ce privește SFP.

Rezultatele acestui studiu sunt prezentate în Tabelul 16.

Tabelul 16. Rezultate privind eficacitatea pentru studiul clinic GOG-0218

Supraviețuirea fără progresie a bolii ¹			
	CPP (n = 625)	CPB15 (n = 625)	CPB15+ (n = 623)
Durata mediană a SFP (luni)	10,6	11,6	14,7
Rată de risc (Î 95%) ²		0,89 (0,78, 1,02)	0,70 (0,61; 0,81)
Valoarea p ^{3,4}		0,0437	<0,0001
Rata răspunsului obiectiv ⁵			
	CPP (n = 396)	CPB15 (n = 393)	CPB15+ (n = 403)
% pacienți cu răspuns obiectiv	63,4	66,2	66,0

Valoarea p		0,2341	0,2041
Supraviețuirea globală ⁶			
	CPP (n = 625)	CPB15 (n = 625)	CPB15+ (n = 623)
Durata mediană a SG (luni)	40,6	38,8	43,8
Rată de risc (Î 95%) ²		1,07 (0,91; 1,25)	0,88 (0,75; 1,04)
Valoarea p ³		0,2197	0,0641

- 1 Investigatorul a evaluat protocolul GOG – analiza SFP specifică (necenzurată nici pentru progresele CA-125, nici pentru TFP înainte de progresia bolii) având data limită de acumulare a datelor la 25 februarie 2010.
- 2 Comparativ cu brațul de control; rată de risc stratificată.
- 3 Testul de rang logaritmic unilateral, valoarea p.
- 4 Cu o valoare p limită de 0,0116.
- 5 Pacienții cu boală cuantificabilă la momentul inițial.
- 6 Analiza finală a supraviețuirii globale efectuată când 46,9% dintre pacienți au decedat.

A fost efectuată analiza SFP prespecificată, având data limită de acumulare a datelor la 29 septembrie 2009. Rezultatele acestei analize prespecificate sunt după cum urmează:

- Analiza specificată a protocolului de către investigator - evaluarea SFP (fără cenzurare pentru progresia CA-125 sau tratamentul în afara protocolului [TFP]) indică o rată de risc stratificată de 0,71 (Î 95%: 0,61-0,83, testul de rang logaritmic unilateral, valoarea p <0,0001) atunci când brațul CPB15+ este comparat cu brațul CPP, cu o SFP mediană de 10,4 luni în brațul CPP și de 14,1 luni în brațul CPB15+.
- Analiza primară a investigatorului - evaluarea SFP (cenzurare pentru progresele CA-125 și TFP) indică o rată de risc stratificată de 0,62 (Î 95%: 0,52-0,75, testul de rang logaritmic unilateral, valoarea p <0,0001) atunci când brațul CPB15+ este comparat cu brațul CPP, cu o SFP mediană de 12,0 luni în brațul CPP și de 18,2 luni în brațul CPB15+.
- Analiza SFP, așa cum a fost determinată de o comisie de analiză independentă (cenzurată pentru TFP), indică o rată de risc stratificată de 0,62 (Î 95%: 0,50-0,77, testul de rang logaritmic unilateral, valoarea p <0,0001) atunci când brațul CPB15+ este comparat cu brațul CPP, cu o SFP mediană de 13,1 luni în brațul CPP și de 19,1 luni în brațul CPB15+.

Analiza pe subgrupuri a SFP în funcție de stadiul bolii și statusul de citoreducție a tumorii este prezentată sumar în Tabelul 17. Aceste rezultate demonstrează puterea statistică a analizei SFP așa cum se arată în Tabelul 16.

Tabelul 17. Rezultate privind SFP¹ în funcție de stadiul bolii și statusul de citoreducție a tumorii din studiul GOG-0218

Pacienți randomizați cu boală în stadiul III cu citoreducție optimală a tumorii ^{2,3}			
	CPP (n = 219)	CPB15 (n = 204)	CPB15+ (n = 216)
Durata mediană a SFP (luni)	12,4	14,3	17,5
Rată de risc (Î 95%) ⁴		0,81 (0,62; 1,05)	0,66 (0,50; 0,86)
Pacienți randomizați cu boală în stadiul III cu citoreducție optimală a tumorii ³			
	CPP (n = 253)	CPB15 (n = 256)	CPB15+ (n = 242)
Durata mediană a SFP (luni)	10,1	10,9	13,9
Risc relativ (Î 95%) ⁴		0,93	0,78

		(0,77; 1,14)	(0,63; 0,96)
Pacienți randomizați cu boală în stadiul IV			
	CPP (n = 153)	CPB15 (n = 165)	CPB15+ (n = 165)
Durata mediană a SFP (luni)	9,5	10,4	12,8
Rată de risc (ÎI 95%) ⁴		0,90 (0,70; 1,16)	0,64 (0,49; 0,82)

1 Investigatorul a evaluat protocolul GOG – analiza SFP specifică (necenzurată nici pentru progresele CA-125, nici pentru TFP înainte de progresia bolii), având data limită de acumulare a datelor la 25 februarie 2010.

2 Cu boală reziduală macroscopică.

3 3,7% din toți pacienții randomizați au avut boală în stadiul IIIB.

4 Comparativ cu brațul de control.

BO17707 (ICON7)

Studiul BO17707 a fost un studiu de fază III, cu două brațe, multicentric, randomizat, controlat, în regim deschis, care a comparat efectul adăugarea bevacizumabului la carboplatină plus paclitaxel la pacienții cu neoplasm epitelial ovarian, stadiile FIGO I sau IIA (grad 3 sau doar histologie cu celule clare; n = 142), sau stadiile FIGO IIB - IV (toate gradele și toate tipurile histologice, n = 1386), al trompei uterine sau neoplasm peritoneal primar după intervenție chirurgicală (NCI-CTCAE versiunea 3). În acest studiu s-a folosit stadializarea FIGO din 1988.

Pacienții tratați anterior cu bevacizumab sau la care s-a administrat anterior terapie sistemică antineoplazică pentru neoplasmul ovarian (de exemplu, chimioterapie, terapie cu anticorpi monoclonali, terapie cu inhibitori de tirozinkinază sau terapie hormonală) sau radioterapie anterioară la nivelul abdomenului sau pelvisului au fost excluși din studiu.

Un număr total de 1528 pacienți au fost repartizați randomizat în proporție egală în următoarele două brațe:

- Brațul CP: Carboplatină (ASC 6) și paclitaxel (175 mg/m²) timp de 6 cicluri terapeutice cu durată de 3 săptămâni.
- Brațul CPB7,5+: Carboplatină (ASC 6) și paclitaxel (175 mg/m²) timp de 6 cicluri terapeutice cu durată de 3 săptămâni plus bevacizumab (7,5 mg/kg la interval de trei săptămâni) timp de până la 12 luni (bevacizumabul a fost introdus în ciclul 2 de chimioterapie dacă tratamentul a fost inițiat în interval de 4 săptămâni de la intervenția chirurgicală sau în primul ciclu terapeutic dacă tratamentul a fost inițiat după mai mult de 4 săptămâni de la intervenția chirurgicală).

Majoritatea pacienților incluși în studiu au fost de rasă albă (96%); vârsta mediană a fost de 57 ani în ambele brațe de tratament, 25% dintre pacienții din fiecare braț de tratament au avut 65 ani sau mai mult și aproximativ 50% dintre pacienți au avut un scor PS ECOG de 1; 7% dintre pacienții din fiecare braț de tratament au avut un scor PS ECOG de 2. Majoritatea pacienților au avut neoplasm ovarian epitelial (87,7%), urmat de neoplasm peritoneal primar (6,9%) și neoplasm al trompei uterine (3,7%) sau un amestec ale celor trei origini (1,7%). Majoritatea pacienților au fost stadiul FIGO III (ambele 68%), urmat de stadiul FIGO IV (13% și 14%), stadiul FIGO II (10% și 11%) și stadiul FIGO I (9% și 7%). Majoritatea pacienților din fiecare braț de tratament (74% și 71%) au avut la momentul inițial tumori primare slab diferențiate (Grad 3). Incidența fiecărui subtip histologic de neoplasm ovarian epitelial a fost similară între brațele de tratament; 69% dintre pacienții din fiecare braț de tratament au avut adenocarcinom de tip histologic seros.

Criteriul final principal de evaluare a fost SFP, așa cum a fost evaluată de către investigator utilizând RECIST.

Studiul a atins criteriul său final principal de evaluare, și anume îmbunătățirea SFP. Comparativ cu pacienții tratați doar cu chimioterapie (carboplatină și paclitaxel) ca tratament de primă linie, pacienții

la care s-a administrat o doză de bevacizumab 7,5 mg/kg la interval de trei săptămâni în asociere cu chimioterapie și au continuat să fie tratați cu bevacizumab o perioadă de până la 18 cicluri terapeutice, au prezentat o îmbunătățire semnificativă statistic a SFP.

Rezultatele acestui studiu sunt sintetizate în Tabelul 18.

Tabelul 18 Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul clinic BO17707 (ICON7)

Supraviețuirea fără progresie a bolii		
	CP (n = 764)	CPB7,5+ (n = 764)
Valoarea mediană (luni)2	16,9	19,3
Rată de risc [Î 95%]2	0,86 [0,75; 0,98] (valoarea p = 0,0185)	
Rata răspunsului obiectiv1		
	CP (n = 277)	CPB7,5+ (n = 272)
Rata de răspuns	54,9%	64,7%
	(valoarea p = 0,0188)	
Supraviețuirea globală3		
	CP (n = 764)	CPB7,5+ (n = 764)
Valoarea mediană (luni)	58,0	57,4
Rată de risc [Î 95%]	0,99 [0,85; 1,15] (valoarea p = 0,8910)	

¹ La pacienții cu boală cuantificabilă la momentul inițial.

² Investigatorul a evaluat analiza SFP având data limită de acumulare a datelor la 30 noiembrie 2010.

³ Analiza finală a supraviețuirii globale a fost efectuată când 46,7% din pacienți au decedat, data limită de acumulare a datelor fiind 31 martie 2013.

Analiza primară a investigatorului – evaluarea SFP având data limită de acumulare a datelor la 28 februarie 2010, a indicat o rată de risc nestratificată de 0,79 (Î 95%: 0,68-0,91, testul de rang logaritmic bilateral, valoarea p = 0,0010) cu o SFP mediană de 16,0 luni în brațul CP și de 18,3 luni în brațul CPB7,5+.

Analiza pe subgrupuri a SFP în funcție de stadiul bolii și statusul de citoreducție a tumorii este sintetizată în Tabelul 19. Aceste rezultate demonstrează puterea statistică a analizei SFP așa cum se arată în Tabelul 18.

Tabelul 19. Rezultate privind SFP¹ în funcție de stadiul bolii și statusul de citoreducție a tumorii din studiul BO17707 (ICON7)

Pacienți randomizați cu boală în stadiul III cu citoreducție optimală a tumorii ^{2,3}		
	CP (n = 368)	CPB7,5+ (n = 383)
Durata mediană a SFP (luni)	17,7	19,3
Rată de risc (Î 95%) ⁴	0,89 (0,74, 1,07)	

Pacienți randomizați cu boală în stadiul III cu citoreducție suboptimală a tumorii ³		
	CP (n = 154)	CPB7,5+ (n = 140)
Durata mediană a SFP (luni)	10,1	16,9
Rată de risc (ÎI 95%) ⁴		0,67 (0,52, 0,87)
Pacienți randomizați cu boală în stadiul IV		
	CP (n = 97)	CPB7,5+ (n = 104)
Durata mediană a SFP	10,1	13,5
Rată de risc (ÎI 95%) ⁴		0,74 (0,55, 1,01)

1 Investigatorul a evaluat analiza SFP având data limită de acumulare a datelor la 30 noiembrie 2010.

2 Cu sau fără boală reziduală macroscopică.

3 5,8% dintre toți pacienții randomizați au avut boală în stadiul IIIB.

4 Comparativ cu brațul de control.

Neoplasm ovarian recurent

Siguranța și eficacitatea bevacizumabului în tratamentul neoplasmului ovarian epitelial, al neoplasmului trompelor uterine sau al neoplasmului peritoneal primar, recurent, au fost studiate în studii clinice de fază III (AVF4095g și GOG-0213) desfășurate la grupe diferite de pacienți la care s-au administrat scheme chimioterapice diferite.

- AVF4095g a evaluat eficacitatea și siguranța bevacizumabului administrat în asociere cu carboplatină și gemcitabină, urmat de bevacizumab în monoterapie, la pacienții cu neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau cu neoplasm peritoneal primar, recurent, sensibil la chimioterapia cu săruri de platină.
- GOG-0213 a evaluat eficacitatea și siguranța bevacizumabului în asociere cu carboplatină și paclitaxel, urmat de bevacizumab în monoterapie, la pacienții cu neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau cu neoplasm peritoneal primar, recurent, sensibil la chimioterapia cu săruri de platină.

AVF4095g

Siguranța și eficacitatea bevacizumabului în tratamentul pacienților cu neoplasm epitelial ovarian, neoplasm al trompelor uterine sau neoplasm peritoneal primar, recurent, sensibil la chimioterapia cu săruri de platină, cărora nu li s-a administrat chimioterapie în cazul unei recidive sau cărora nu li s-a administrat bevacizumab, au fost studiate într-un studiu clinic randomizat de fază III, în regim dublu-orb, controlat placebo (AVF4095g). Studiul a comparat efectul adăugării bevacizumabului la chimioterapia cu carboplatină și gemcitabină și continuarea cu bevacizumab în monoterapie, până la progresia bolii, cu administrarea de carboplatină și gemcitabină în monoterapie.

Au fost incluși în studiu numai pacienții cu carcinom ovarian, carcinom primar peritoneal sau al trompelor uterine documentat histologic, la care recurența a apărut la >6 luni după chimioterapia cu săruri de platină și cărora nu li s-a administrat anterior tratament cu bevacizumab sau alți inhibitori ai VEGF sau terapie țintă asupra receptorilor VEGF.

Un total de 484 pacienți cu boală cuantificabilă au fost randomizați 1:1 în următoarele brațe de tratament:

- Carboplatină (ASC4, Ziua 1) și gemcitabină (1000 mg/m² în Zilele 1 și 8) și administrare concomitentă de placebo la interval de 3 săptămâni, timp de 6 până la 10 cicluri terapeutice, urmate de administrarea de placebo (la interval de 3 săptămâni) în monoterapie până la progresia

- bolii sau toxicitate inacceptabilă.
- Carboplatină (ASC4, Ziua 1) și gemcitabină (1000 mg/m² în Zilele 1 și 8) și administrare concomitentă de bevacizumab (15 mg/kg ziua 1) la interval de 3 săptămâni, timp de 6 până la 10 cicluri terapeutice, urmate de administrarea de bevacizumab (15 mg/kg la interval de 3 săptămâni) în monoterapie până la progresia bolii sau toxicitate inacceptabilă.

Criteriul final principal de evaluare a fost supraviețuirea fără progresia bolii care a luat în calcul evaluarea investigatorului utilizând RECIST, versiunea 1.0 modificată. Criteriile finale de evaluare suplimentare au inclus răspunsul obiectiv, durata răspunsului, supraviețuirea globală și siguranța. De asemenea, a fost efectuată o analiză independentă a criteriului final principal de evaluare.

Rezultatele acestui studiu sunt prezentate în Tabelul 20.

Tabelul 20 Rezultatele privind eficacitatea pentru studiul AVF4095

Supraviețuire fără progresie a bolii				
	Evaluarea investigatorului		Evaluarea IRC	
	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
Date necenzurate pentru TFP				
Valoarea mediană a SFP (luni)	8,4	12,4	8,6	12,3
Rată de risc (ÎI 95%)	0,524 [0,425; 0,645]		0,480 [0,377; 0,613]	
Valoarea p	<0,0001		<0,0001	
Date cenzurate pentru TFP				
Durata mediană a SFP (luni)	8,4	12,4	8,6	12,3
Rată de risc (ÎI 95%)	0,484 [0,388; 0,605]		0,451 [0,351; 0,580]	
Valoarea p	<0,0001		<0,0001	
Rata de răspuns obiectiv				
	Evaluarea investigatorului		Evaluarea IRC	
	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
% pacienți cu răspuns obiectiv	57,4%	78,5%	53,7%	74,8%
Valoarea p	<0,0001		<0,0001	
Supraviețuirea globală				
	Placebo + C/G (n = 242)		Bevacizumab + C/G (n = 242)	
Durata mediană a SG (luni)	32,9		33,6	

Rată de risc (ÎI 95%)	0,952 [0,771; 1,176]
Valoare p	0,6479

Analizele SFP de subgrup în funcție de recurența de la ultimul tratament cu săruri de platină sunt prezentate sumar în Tabelul 21.

Tabelul 21 Supraviețuirea fără progresia bolii de la ultimul tratament pe bază de săruri de platină până la recurență

Perioada de timp de la ultimul tratament pe bază de săruri de platină până la recurență	Evaluarea investigatorului	
	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
6 - 12 luni (n = 202)		
Mediană	8,0	11,9
Rată de risc (ÎI 95%)	0,41 (0,29 - 0,58)	
>12 luni (n = 282)		
Mediană	9,7	12,4
Rată de risc (ÎI 95%)	0,55 (0,41 - 0,73)	

GOG-0213

GOG-0213, un studiu în regim deschis de fază III, randomizat, controlat, a evaluat siguranța și eficacitatea bevacizumabului în tratamentul pacienților cu neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau cu neoplasm peritoneal primar, recurent, sensibil la chimioterapia pe bază de săruri de platină, cărora nu li s-a administrat anterior chimioterapie pentru recurență. Nu a existat niciun criteriu de excludere pentru terapia anti-angiogenică anterioară. Studiul a evaluat efectul adăugării bevacizumabului la carboplatină+paclitaxel și al continuării bevacizumabului în monoterapie până la progresia bolii sau până la apariția toxicității inacceptabile, comparativ cu schema de tratament doar cu carboplatină+paclitaxel.

Un număr total de 673 de pacienți au fost randomizați, în mod egal, în următoarele două brațe de tratament:

- Brațul CP: Carboplatină (ASC5) și paclitaxel (175 mg/m² i.v.) la interval de 3 săptămâni, timp de 6 până la 8 cicluri.
- Brațul CPB: Carboplatină (ASC5) și paclitaxel (175 mg/m² i.v.) și bevacizumab concomitent (15 mg/kg) la interval de 3 săptămâni, timp de 6 până la 8 cicluri, urmat de bevacizumab (15 mg/kg la interval de 3 săptămâni) în monoterapie, până la progresia bolii sau până la apariția toxicității inacceptabile.

Majoritatea pacienților, atât în brațul CP (80,4%) cât și în brațul CPB (78,9%) au fost de rasă caucaziană. Vârsta mediană a fost de 60,0 ani în brațul CP și 59,0 ani în brațul CPB. Majoritatea pacienților (CP: 64,6%; CPB: 68,8%) au fost în categoria de vârstă <65 ani. La includerea în studiu, cei mai mulți pacienți din ambele brațe de tratament aveau un scor de performanță (SP) GOG de 0 (CP: 82,4%; CPB: 80,7%) sau 1 (CP: 16,7%; CPB: 18,1%). Scorul PS GOG de 2, la intrarea în studiu, a fost raportat la 0,9% dintre pacienți în brațul CP și la 1,2% dintre pacienți în brațul CPB.

Criteriul principal de evaluare a eficacității a fost supraviețuirea generală (SG). Cel mai important criteriu final secundar de evaluare a eficacității a fost supraviețuirea fără progresia bolii (SFP). Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 22.

Tabelul 22. Rezultate de eficacitate^{1,2} din studiul GOG-0213

Criteriu final principal de evaluare		
Supraviețuirea generală (SG)	CP (n=336)	CPB (n=337)
Durata mediană a SG (luni)	37,3	42,6
Rată de risc (ÎI 95%) (FRCe) ^a	0,823 [ÎI: 0,680; 0,996]	
Valoarea p	0,0447	
Rată de risc (ÎI 95%) (formular de înregistrare) ^b	0,838 [ÎI: 0,693, 1,014]	
Valoarea p	0,0683	
Criteriul secundar de evaluare a eficacității		
Supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP)	CP (n = 336)	CPB (n = 337)
Durata mediană a SFP (luni)	10,2	13,8
Rată de risc (ÎI 95%)	0,613 [ÎI: 0,521, 0,721]	
Valoarea p	<0,0001	

¹ Analiza finală

² Măsurătorile tumorale și evaluările răspunsului au fost realizate de investigatori, folosind criteriile GOG RECIST (Ghidul revizuit RECIST (versiunea 1.1). Eur J Cancer. 2009;45:228Y247).

^a Riscul relativ a fost estimat pe baza modelelor Cox de risc proporțional, stratificate în funcție de durata intervalului fără chimioterapie pe bază de săruri de platină înainte de înrolarea în acest studiu, conform FRCe (formulare de raportare a cazului – versiunea electronică) și de statusul Da/Nu al intervenției chirurgicale de reducere per secundam (Da = randomizat pentru efectuarea citoreducției sau randomizat pentru neefectuarea citoreducției; Nu = nu s-a calificat sau nu a consimțit la efectuarea citoreducției).

^b Stratificat în funcție de durata intervalului fără tratament înainte de înrolarea în acest studiu, conform formularului de înregistrare și statusul Da/Nu al intervenției chirurgicale de reducere per secundam.

Studiul clinic și-a atins criteriul său final principal de evaluare, și anume îmbunătățirea SG. Tratamentul cu bevacizumab în doză de 15 mg/kg la interval de 3 săptămâni, în asociere cu chimioterapia (carboplatină și paclitaxel) pentru 6 până la 8 cicluri, urmat de bevacizumab până la progresia bolii sau toxicitate inacceptabilă a asigurat, atunci când datele au fost extrase din FRCe, o îmbunătățire relevantă clinic și statistic semnificativă a SG, comparativ cu tratamentul doar cu carboplatină și paclitaxel.

Neoplasm de col uterin

GOG-0240

Eficacitatea și siguranța bevacizumabului administrat în asociere cu chimioterapie (paclitaxel și cisplatină sau paclitaxel și topotecan) pentru tratamentul pacientelor cu neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat, au fost evaluate în studiul GOG-0240, un studiu de fază III multicentric, în regim deschis, cu patru brațe, randomizat.

Au fost randomizați, în total, 452 de pacienți pentru a li se administra:

- fie paclitaxel 135 mg/m² i.v. în decursul a 24 de ore în Ziua 1 și cisplatină 50 mg/m² i.v. în Ziua 2, o dată la un interval de 3 săptămâni; sau paclitaxel 175 mg/m² i.v. în decursul a 3 ore în Ziua 1 și cisplatină 50 mg/m² i.v. în Ziua 2, o dată la un interval de 3 săptămâni; sau paclitaxel 175

mg/m² i.v. în decursul a 3 ore în Ziua 1 și cisplatină 50 mg/m² i.v. în Ziua 1, o dată la un interval de 3 săptămâni

- fie paclitaxel 135 mg/m² i.v. în decursul a 24 ore în Ziua 1 și cisplatină 50 mg/m² i.v. în Ziua 2 plus bevacizumab 15 mg/kg i.v. în Ziua 2 (o dată la un interval de 3 săptămâni); sau paclitaxel 175 mg/m² i.v. în decursul a 3 ore în Ziua 1 și cisplatină 50 mg/m² i.v. în Ziua 2 plus bevacizumab 15 mg/kg i.v. în Ziua 2 (o dată la un interval de 3 săptămâni); sau paclitaxel 175 mg/m² i.v. în decursul a 3 ore în Ziua 1 și cisplatină 50 mg/m² i.v. în Ziua 1 plus bevacizumab 15 mg/kg i.v. în Ziua 1 (o dată la un interval de 3 săptămâni)
- fie paclitaxel 175 mg/m² i.v. în decursul a 3 de ore în Ziua 1 și topotecan 0,75mg/m² în 30 de minute în zilele 1 -3 (o dată la un interval de 3 săptămâni);
- fie paclitaxel 175 mg/m² i.v. în decursul a 3 ore în Ziua 1 și topotecan 0,75 mg/m² i.v. în decursul a 30 de minute în zilele 1-3 plus bevacizumab 15 mg/kg i.v. în Ziua 1 (o dată la un interval de 3 săptămâni)

Pacienții eligibili au prezentat carcinom persistent, recurent sau metastazat cu celule scuamoase, carcinom adenoscuamos sau adenocarcinom de col uterin care nu a putut fi supus unui tratament curativ care presupune intervenție chirurgicală și/sau radioterapie și cărora nu li s-a administrat anterior tratament cu bevacizumab sau alți inhibitori VEGF sau terapie țintă asupra receptorului VEGF.

Vârsta mediană a fost de 46,0 ani (interval: 20-83) în grupul tratat cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 48,0 ani (interval: 22-85) în grupul cu chimioterapie + bevacizumab; 9,3% dintre pacienții din grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 7,5% dintre pacienți din grupul cu chimioterapie + bevacizumab aveau vârsta peste 65 de ani.

Dintre cei 452 de pacienți randomizați inițial, majoritatea aparțineau rasei albe (80,0% din grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 75,3% din grupul cu chimioterapie + bevacizumab), aveau carcinom cu celule scuamoase (67,1% în grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 69,6% în grupul cu chimioterapie + bevacizumab), aveau boală cronică/recurentă (83,6% în grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 82,8% în grupul cu chimioterapie + bevacizumab), prezentau 12 localizări metastatice (72,0% din grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 76,2% din cel cu chimioterapie + bevacizumab), prezentau diseminare ganglionară (50,2% în grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 56,4% în grupul cu chimioterapie + bevacizumab) și un interval de timp ≥ 6 luni în care nu li s-a administrat tratament pe bază de săruri de platină (72,5% în grupul cu chimioterapie administrată ca monoterapie și 64,4% în grupul cu chimioterapie + bevacizumab).

Criteriul final principal de evaluare a eficacității a fost supraviețuirea globală. Criteriile finale de evaluare secundare au inclus supraviețuirea fără progresie a bolii și rata de răspuns obiectiv. Rezultatele din analiza primară și analiza de urmărire sunt prezentate în funcție de adăugarea bevacizumabului la tratament și în funcție de schema de tratament administrată în studiul clinic, în tabelul 23 și, respectiv, 24.

Tabelul 23. Rezultate privind eficacitatea pentru studiul clinic GOG-0240 în funcție de adăugarea bevacizumabului la tratament

	Chimioterapie (n = 225)	Chimioterapie + bevacizumab (n = 227)
Criteriu final principal de evaluare		
Supraviețuirea globală - Analiză primară ⁶		
Valoarea mediană (luni) ¹	12,9	16,8

Rată de risc [Î 95%]	0,74 [0,58; 0,94] (valoarea p ₅ = 0,0132)	
Supraviețuirea globală - Analiză de urmărire ⁷		
Valoarea mediană (luni) ¹	13,3	16,8
Rată de risc [Î 95%]	0,76 [0,62; 0,94] (valoarea p ^{5,8} = 0,0126)	
Criterii finale de evaluare secundare		
Supraviețuire fără progresie a bolii - Analiză primară ⁶		
Valoare mediană a SFP (luni) ¹	6,0	8,3
Rată de risc [Î 95%]	0,66 [0,54; 0,81] (valoarea p ⁵ <0,0001)	
Cel mai bun răspuns global - Analiză primară ⁶		
Respondenți (rată de răspuns ²)	76 (33,8%)	103 (45,4%)
Î 95% pentru ratele de răspuns ³	[27,6%, 40,4%]	[38,8%, 52,1%]
Diferență în ratele de răspuns	11,60%	
Î 95% pentru diferența în ratele de răspuns ⁴	[2,4%, 20,8%]	
valoare p (Test Chi pătrat)	0,0117	

1 Estimări Kaplan-Meier

2 Paciente și procentajul de pacienți cu cel mai bun răspuns global pentru RC sau RP confirmate; procentaj calculat în cazul pacienților cu boală cuantificabilă la momentul inițial.

3 Î 95% pentru un model binomial, folosind metoda Pearson-Clopper.

4 Î 95% aproximativ pentru diferența a două rate, folosind metoda Hauck-Anderson.

5 test de rang logaritm (stratificat)

6 Analiza primară a fost efectuată pe baza datelor colectate până la data limită de acumulare a datelor de 12 decembrie 2012 și a fost considerată analiza finală.

7 Analiza de urmărire a fost efectuată pe baza datelor colectate până la data limită de acumulare a datelor de 07 martie 2014.

8 Valoarea p menționată este doar în scop descriptiv.

Tabelul 24. Rezultate privind supraviețuirea globală în studiul clinic GOG-0240 în funcție de schema de tratament administrată

Comparație între tratamente	Alt factor	Supraviețuire fără progresie a bolii - Analiză primară ¹ Rată de risc (Î 95%)	Supraviețuire fără progresie a bolii - Analiză de urmărire ² Rată de risc (Î 95%)
Bevacizumab față de Fără bevacizumab.	Cisplatină + Paclitaxel	0,72 (0,51; 1,02) (17,5 față de 14,3 luni; p = 0,0609)	0,75 (0,55; 1,01) (17,5 față de 15,0 luni; p = 0,0584)
	Topotecan + Paclitaxel	0,76 (0,55; 1,06) (14,9 față de 11,9 luni; p = 0,1061)	0,79 (0,59; 1,07) (16,2 față de 12,0 luni; p = 0,1342)
Topotecan + Paclitaxel față de Cisplatină +	Bevacizumab	1,15 (0,82; 1,61) (14,9 față de 17,5 luni; p = 0,4146)	1,15 (0,85; 1,56) (16,2 față de 17,5 luni; p = 0,3769)

Paclitaxel	Fără bevacizumab	1,13 (0,81; 1,57) (11,9 față de 14,3 luni; p = 0,4825)	1,08 (0,80; 1,45) (12,0 față de 15,0 luni; p = 0,6267)
------------	------------------	---	---

- 1 Analiza primară a fost efectuată pe baza datelor colectate până la data limită de acumulare a datelor de 12 decembrie 2012 și a fost considerată analiza finală.
- 2 Analiza de urmărire a fost efectuată pe baza datelor colectate până la data limită 7 martie 2014; toate valorile p sunt menționate doar în scop descriptiv.

Copii și adolescenți

Agencia Europeană pentru Medicamente a acordat o derogare de la obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu bevacizumab la toate subgrupele de copii și adolescenți în carcinomul mamar, adenocarcinomul de colon și rect, carcinomul pulmonar (cu celule mici și altul decât cel cu celule mici), carcinomul renal și pelvian (excluzând adenosarcomul renal, nefroblastomatoza, sarcomul cu celule clare, nefromul mezoblastic, carcinomul medular renal și tumora rabdoidă a rinichiului), carcinomul ovarian (excluzând rabdomiosarcomul și tumorile cu celule germinale), carcinomul trompei uterine (excluzând rabdomiosarcomul și tumorile cu celule germinale), carcinomul peritoneal (exclusiv blastomul și sarcoamele) și carcinomul de col uterin și de corp uterin.

Gliom de grad înalt

Activitatea antitumorală nu a fost observată în cadrul a două studii mai vechi, la un total de 30 de copii și adolescenți, cu vârsta >3 ani, cu gliom cu grad înalt de malignitate, recidivant sau progresiv, în timpul tratamentului cu bevacizumab și irinotecan (CPT-11). Nu există date suficiente pentru a determina siguranța și eficacitatea bevacizumab la copiii și adolescenții diagnosticați recent cu gliom cu grad înalt de malignitate.

- Într-un studiu clinic cu un singur braț (PBTC-022), 18 copii și adolescenți cu gliom non-pontin cu grad înalt de malignitate recidivant sau progresiv (inclusiv 8 cu glioblastom [grad IV OMS], 9 cu astrocitom anaplastic [grad III] și 1 cu oligodendrogliom anaplastic [grad III]) au fost tratați cu bevacizumab (10 mg/kg) la diferență de două săptămâni și apoi bevacizumab în asociere cu CPT-11 (125-350 mg/m²) o dată la două săptămâni, până la progresia bolii. Nu s-au înregistrat răspunsuri obiective (parțiale sau complete) radiologice (criteriile MacDonald). Toxicitatea și reacțiile adverse au inclus hipertensiunea arterială și fatigabilitatea, precum și ischemia SNC cu deficit neurologic acut.
- Într-o analiză retrospectivă dintr-o singură instituție, 12 cazuri consecutive de copii și adolescenți (2005-2008), cu gliom cu grad înalt de malignitate recidivant sau progresiv (3 cu grad IV OMS, 9 cu grad III) au fost tratați cu bevacizumab (10 mg/kg) și irinotecan (125 mg/m²) la interval de 2 săptămâni. Au fost înregistrate 2 răspunsuri parțiale și niciun răspuns complet (criteriile MacDonald).

Într-un studiu randomizat de fază II (BO25041), un total de 121 de pacienți cu vârsta ≥3 ani și <18 ani, nou-diagnosticați cu gliom de grad înalt (GGI) cerebelar sau peduncular localizat supratentorial sau infratentorial au fost tratați cu radioterapie (RT) postoperator și terapie adjuvantă cu temozolomid (T), în asociere sau nu cu bevacizumab: în doză de 10 mg/kg administrat i.v. la fiecare 2 săptămâni.

Studiul nu și-a îndeplinit criteriul final principal de evaluare de a demonstra creșterea semnificativă a supraviețuirii fără evenimente (SFE) (evaluată de un comitet central de recenzie radiologică - CRRC) atunci când bevacizumabul a fost adăugat la RT/T, comparativ cu tratamentul numai cu RT/T (RR = 1,44; ÎI 95%: 0,90 - 2,30). Aceste rezultate au fost concordante cu cele provenite din diferite analize de sensibilitate și la subgrupe relevante din punct de vedere clinic. Rezultatele tuturor criteriilor finale secundare (SFE evaluată de investigator, RRO și SG) au arătat în manieră unitară că nu a existat nicio îmbunătățire asociată adăugării bevacizumabului la brațul RT/T, comparativ cu brațul în care s-a administrat numai RT/T.

Adăugarea bevacizumabului la RT/T nu a demonstrat beneficii clinice în studiul BO25041 la 60 de copii și adolescenți evaluabili, nou-diagnosticați cu gliom de grad înalt (GGI) cerebelar sau peduncular localizat supratentorial sau infratentorial (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

Sarcom de țesuturi moi

Într-un studiu randomizat de fază II (BO20924), un număr total de 154 de pacienți cu vârsta ≥ 6 luni și < 18 ani cu rabdomiosarcom metastazat nou-diagnosticat și sarcom de țesuturi moi de alt tip decât rabdomiosarcom, au fost tratați cu terapia standard (terapie de inducție cu IVADO/IVA+/- terapie locală urmată de terapie de întreținere cu vinorelbina și ciclofosamidă), în asociere sau nu cu bevacizumab (2,5 mg/kg și săptămână) pentru o durată totală a tratamentului de aproximativ 18 luni. La momentul analizei finale principale, criteriul final principal de evaluare al studiului reprezentat de supraviețuirea fără evenimente (SFE), evaluat prin recenzie centrală independentă, nu a demonstrat o diferență semnificativă statistic între cele două brațe de tratament, cu o valoare a RR de 0,93 (II 95%: 0,61, 1,41; valoarea $p = 0,72$). Conform evaluării comitetului independent de evaluare central, diferența dintre RRO a fost de 18% (II: 0,6%, 35,3%) între cele două brațe de tratament, la cei câțiva pacienți care au avut tumoare evaluabilă la momentul inițial și au avut un răspuns confirmat înainte de a li se administra orice terapie locală: 27/75 de pacienți (36,0%, II 95: 25,2%, 47,9%) în brațul în care a fost administrată chimioterapia și 34/63 pacienți (54,0%, II 95: 40,9%, 66,6%) în brațul de tratament cu bevacizumab + chimioterapie. Analiza finală a supraviețuirii globale (SG) la această populație de pacienți nu a arătat niciun beneficiu semnificativ clinic din asocierea de bevacizumab cu chimioterapie..

Adăugarea bevacizumabului la standardul de îngrijire nu a demonstrat beneficii clinice în studiul clinic BO20924, efectuat la 71 de copii evaluabili (cu vârsta între 6 luni și sub 18 ani) cu rabdomiosarcom metastazat și sarcom de țesuturi moi de alt tip decât rabdomiosarcom (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

Incidența evenimentelor adverse, inclusiv a evenimentelor adverse de grad ≥ 3 și a evenimentelor adverse grave, a fost similară între cele două brațe de tratament. Nu s-au înregistrat evenimente adverse care să ducă la deces în niciunul dintre brațele de tratament; toate decesele au fost atribuite progresiei bolii. Se pare că adăugarea bevacizumabului la terapia multimodală standard a fost bine tolerată la această categorie de copii și adolescenți.

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Datele de farmacocinetică pentru bevacizumab sunt disponibile din zece studii clinice la pacienții cu tumori solide. În toate studiile clinice, bevacizumabul a fost administrat ca perfuzie intravenoasă. Viteza de administrare a perfuziei s-a bazat pe tolerabilitate, cu o durată a perfuziei inițiale de 90 minute. Farmacocinetica bevacizumabului a fost liniară, la doze variind de la 1 la 10 mg/kg.

Distributie

Valoarea reprezentativă pentru volumul compartimentului central (V_c) a fost de 2,73 l la femei și, respectiv de 3,28 l la bărbați, valori care sunt în intervalul care a fost descris pentru IgG și alți anticorpi monoclonali. Valoarea reprezentativă pentru volumul compartimentului periferic (V_p) a fost de 1,69 l la femei și, respectiv de 2,35 l la bărbați, când bevacizumabul este administrat concomitent cu medicamente antineoplazice. După corecția pentru greutatea corporală, bărbații au un V_c mai mare (+20%) față de femei.

Metabolizare

Analiza metabolizării bevacizumabului la iepuri după o doză unică i.v. de bevacizumab marcat cu ^{125}I a arătat că profilul metabolic a fost similar cu cel anticipat pentru o moleculă nativă de IgG care nu se

leagă de VEGF. Metabolizarea și eliminarea bevacizumabului este similară IgG endogene și anume, în principal prin catabolism proteolitic în organism, incluzând celule endoteliale și nu se bazează, în principal, pe eliminarea renală sau hepatică. Legarea IgG de receptorul FcRn determină protecția față de metabolismul celular și un timp de înjumătățire prin eliminare lung.

Eliminare

Valoarea clearance-ului este, în medie, egală cu 0,188 l/zi la femei și, respectiv 0,220 l/zi la bărbați. După corecția pentru greutatea corporală, bărbații au un clearance al bevacizumabului mai mare (+17%) față de femei. Ținând seama de modelul dublu compartimental, timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare este de 18 zile pentru pacienții reprezentativi femei și de 20 zile pentru pacienții reprezentativi bărbați.

Albuminemia scăzută și încărcarea tumorală crescută sunt, în general, elocvente pentru severitatea bolii. Clearance-ul bevacizumabului a fost cu aproximativ 30% mai rapid la pacienții cu valori scăzute ale albuminelor serice și cu 7% mai rapid la subiecții cu încărcare tumorală crescută, atunci când au fost comparați cu pacienți reprezentativi cu o valoare medie a albuminemiei și a încărcării tumorale.

Farmacocinetica la grupe speciale de pacienți

Pentru a evalua efectele caracteristicilor demografice s-au analizat datele de farmacocinetică la pacienți adulți, copii și adolescenți. La adulți, rezultatele nu au arătat nici o diferență semnificativă în farmacocinetica bevacizumabului în funcție de vârstă.

Insuficiență renală

Nu au fost efectuate studii clinice care să investigheze farmacocinetica bevacizumabului la pacienții cu insuficiență renală, deoarece rinichii nu sunt organele principale pentru metabolizarea sau eliminarea bevacizumabului.

Insuficiență hepatică

Nu au fost efectuate studii clinice care să investigheze farmacocinetica bevacizumabului la pacienții cu insuficiență hepatică, deoarece ficatul nu este organul principal pentru metabolizarea sau eliminarea bevacizumabului.

Copii și adolescenți

Farmacocinetica bevacizumabului a fost evaluată la 152 de pacienți copii, adolescenți și adulți de vârstă tânără (cu vârsta între 7 luni și 21 de ani, cu greutatea între 5,9 și 125 kg) înrolați în 4 studii clinice efectuate folosind un model de farmacocinetică populațională. Rezultatele de farmacocinetică demonstrează că valorile clearance-ului și a volumului de distribuție corespunzătoare bevacizumabului au fost comparabile între pacienții copii, adolescenți și adulți de vârstă tânără, atunci când au fost normalizate în funcție de greutatea corporală, existând tendința ca expunerea să scadă pentru valori descrescătoare ale greutății. Vârsta nu s-a asociat cu profilul farmacocinetic al bevacizumabului, atunci când s-a ținut cont de greutatea corporală.

Farmacocinetica bevacizumabului a fost bine caracterizată prin intermediul modelului pediatric de farmacocinetică populațională la 70 de pacienți în studiul BO20924 (cu vârsta între 1,4 și 17,6 ani; cu greutatea între 11,6 și 77,5 kg) și la 59 de pacienți în studiul BO25041 (cu vârsta între 1 și 17 ani; cu greutatea între 11,2 și 82,3 kg). În studiul BO20924, expunerea la bevacizumab a fost în general mai mică comparativ cu un pacient adult obișnuit, pentru aceeași doză. În studiul BO25041, expunerea la bevacizumab a fost în general similară comparativ cu un pacient adult obișnuit, pentru aceeași doză.

În ambele studii, a existat o tendință de scădere a expunerii la bevacizumab pentru valori mai mici ale greutății corporale.

5.3 Date preclinice de siguranță

În studii cu durată de până la 26 săptămâni efectuate la maimuțe cynomolgus, a fost observată apariția displaziei la nivelul cartilajelor de creștere la animalele tinere cu cartilaje deschise, la o concentrație plasmatică medie de bevacizumab sub concentrațiile terapeutice medii așteptate la om. La iepuri s-a constatat că bevacizumabul inhibă vindecarea rănilor la doze sub dozele clinice propuse. Efectele asupra vindecării rănilor au fost total reversibile.

Nu au fost efectuate studii pentru a evalua potențialul carcinogen și mutagen al bevacizumabului.

Nu au fost efectuate studii specifice la animale pentru a evalua efectul asupra fertilității. Cu toate acestea, se poate anticipa un efect advers asupra fertilității feminine, deoarece studiile privind toxicitatea după doze repetate au arătat o inhibare a maturării foliculilor ovarieni și o scădere/absență a corpurilor luteale precum și o scădere asociată a greutateii uterine și ovariene ca și o scădere a numărului de cicluri estrale.

Administrat la iepuri, bevacizumabul s-a dovedit embriotoxic și teratogen. Efectele observate au inclus scăderea greutateii femelei și fetoșilor, un număr crescut de resorbții fetale și o incidență crescută a malformațiilor scheletale fetale și macroscopice specifice. Efectele adverse fetale au fost observate la toate dozele testate, dintre care cea mai mică doză a determinat concentrații plasmatiche medii de aproximativ 3 ori mai mari decât cele obținute la oamenii cărora li se administrează 5 mg/kg la interval de două săptămâni. Informații privind cazurile de malformații fetale raportate în perioada ulterioară punerii pe piață sunt furnizate la pct. 4.6 și 4.8.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

L-glutamat de sodiu
Sorbitol (E420)
Polisorbat 80
Acid clorhidric (pentru ajustarea pH-ului)
Apă pentru preparate injectabile

6.2 Incompatibilități

Acest medicament nu trebuie amestecat cu alte medicamente, cu excepția celor menționate la pct. 6.6.

La diluarea cu soluții de glucoză (5%) s-a observat un profil de degradare al bevacizumabului, dependent de concentrație.

6.3 Perioada de valabilitate

Flacon nedeschis

3 ani

Medicament diluat

Stabilitatea chimică și fizică după diluare în soluție injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%) a fost demonstrată pentru 32 de zile la 2°C - 8°C, plus 48 de ore suplimentare la 2°C - 30°C. Din punct de vedere microbiologic, medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, responsabilitatea privind durata și condițiile de păstrare înainte de utilizare revine utilizatorului și nu trebuie să depășească 24 ore la temperaturi de 2 °C - 8 °C, cu excepția cazurilor când diluarea a fost

realizată în condiții de asepsie controlate și validate.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A se păstra la frigider (2 °C – 8 °C).

A nu se congela.

A se ține flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină.

Pentru condițiile de păstrare ale medicamentului după diluare, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

4 ml soluție într-un flacon (sticlă de tip I) închis cu un dop (din cauciuc butilic), care conține 100 mg de bevacizumab.

16 ml soluție într-un flacon (sticlă de tip I) închis cu un dop (din cauciuc butilic), care conține 400 mg de bevacizumab.

Cutie cu 1 flacon.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

Equidacent trebuie preparat de către un profesionist din domeniul sănătății, utilizând o tehnică aseptică, pentru a asigura sterilitatea soluției preparate. Pentru prepararea Equidacent trebuie să se utilizeze un ac și o seringă, ambele sterile.

Cantitatea necesară de bevacizumab trebuie extrasă și diluată până la volumul de administrare necesar cu soluție injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%). Concentrația soluției finale de bevacizumab trebuie menținută în intervalul 1,4 mg/ml și 16,5 mg/ml. În majoritatea cazurilor cantitatea necesară de Equidacent poate fi diluată cu soluție injectabilă de clorură de sodiu 0,9% până la un volum total de 100 ml.

Medicamentele cu administrare parenterală trebuie să fie verificate vizual înainte de utilizare, pentru decelarea oricăror particule sau modificări de culoare.

Nu au fost observate incompatibilități între Equidacent și pungile din clorură de polivinil sau din poliolefină sau cu trusele de perfuzie.

Equidacent este de unică folosință, deoarece medicamentul nu conține conservanți antimicrobieni. Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/20/1472/001

EU/1/20/1472/002

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 24 septembrie 2020

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe site-ul Agenției Europene pentru Medicamente (EMA): <http://www.ema.europa.eu>.

Medicamentul nu mai este autorizat

ANEXA II

- A. FABRICANTUL SUBSTANȚEI BIOLOGIC ACTIVE ȘI FABRICANTUL RESPONSABIL PENTRU ELIBERAREA SERIEI**
- B. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND FURNIZAREA ȘI UTILIZAREA**
- C. ALTE CONDIȚII ȘI CERINȚE ALE AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ**
- D. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND UTILIZAREA SIGURĂ ȘI EFICACE A MEDICAMENTULUI**

A. FABRICANTUL SUBSTANȚEI BIOLOGIC ACTIVE ȘI FABRICANTUL RESPONSABIL PENTRU ELIBERAREA SERIEI

Numele și adresa fabricantului substanței biologice active

Kyowa Kirin Co., Ltd.
Takasaki Plant, 100-1 Hagiwara-machi,
Takasaki, Gunma, 370-0013,
Japonia

Numele și adresa fabricantului responsabil pentru eliberarea seriei

PNR Pharma Services Limited
Skybridge House, Corballis Road North, Dublin Airport,
Swords, Co. Dublin, K67 P6K2,
Irlanda

B. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND FURNIZAREA ȘI UTILIZAREA

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă (vezi Anexa I: Rezumatul caracteristicilor produsului, pct. 4.2)

C. ALTE CONDIȚII ȘI CERINȚE ALE AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

• **Rapoartele periodice actualizate privind siguranța (RPAS)**

Cerințele pentru depunerea RPAS privind siguranța pentru acest medicament sunt prezentate în lista de date de referință și frecvențe de transmitere la nivelul Uniunii (lista EURD), menționată la articolul 107c alineatul (7) din Directiva 2001/83/CE și orice actualizări ulterioare ale acesteia publicată pe portalul web european privind medicamentele.

D. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND UTILIZAREA SIGURĂ ȘI EFICACE A MEDICAMENTULUI

• **Planul de management al riscului (PMR)**

Deținătorul autorizației de punere pe piață (DAPP) se angajează să efectueze activitățile și intervențiile de farmacovigilență necesare detaliate în PMR aprobat și prezentat în modulul 1.8.2 al autorizației de punere pe piață și orice actualizări ulterioare aprobate ale PMR.

O versiune actualizată a PMR trebuie depusă:

- la cererea Agenției Europene pentru Medicamente;
- la modificarea sistemului de management al riscului, în special ca urmare a primirii de informații noi care pot duce la o schimbare semnificativă a raportului beneficiu/risc sau ca urmare a atingerii unui obiectiv important (de farmacovigilență sau de reducere la minimum a riscului).

Medicamentul nu mai este autorizat

ANEXA III

ETICHETAREA ȘI PROSPECTUL

Medicamentul nu mai este autorizat

A. ETICHETAREA

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR**CUTIE****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI**

Equidacent 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
bevacizumab

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(SUBSTANȚELOR) ACTIVE

Fiecare flacon conține bevacizumab 100 mg.

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Conține: L-glutamat de sodiu, sorbitol (E420), polisorbit 80, acid clorhidric, apă pentru preparate injectabile.

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Concentrat pentru soluție perfuzabilă. 1 flacon a 4 ml

100 mg/4 ml

5. MODUL ȘI CALEA(CĂILE) DE ADMINISTRARE

Administrare intravenoasă după diluare
A se citi prospectul înainte de utilizare.

6. ATENȚIONARE SPECIALĂ PRIVIND FAPTUL CĂ MEDICAMENTUL NU TREBUIE PĂSTRAT LA VEDEREA ȘI ÎNDEMÂNA COPIILOR

A nu se lăsa la vederea și îndemâna copiilor.

7. ALTĂ(E) ATENȚIONARE(ĂRI) SPECIALĂ(E), DACĂ ESTE(SUNT) NECESARĂ(E)**8. DATA DE EXPIRARE**

EXP

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A se păstra la frigider.

A nu se congela.

A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de lumină.

10. PRECAUȚII SPECIALE PRIVIND ELIMINAREA MEDICAMENTELOR NEUTILIZATE SAU A MATERIALELOR REZIDUALE PROVENITE DIN ASTFEL DE MEDICAMENTE, DACĂ ESTE CAZUL

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/20/1472/001

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

14. CLASIFICARE GENERALĂ PRIVIND MODUL DE ELIBERARE

15. INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE

16. INFORMAȚII ÎN BRAILLE

Justificare acceptată pentru neincluderea informației în Braille

17. IDENTIFICATOR UNIC - COD DE BARE BIDIMENSIONAL

cod de bare bidimensional care conține identificatorul unic.

18. IDENTIFICATOR UNIC - DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

PC
SN
NN

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI CALEA DE ADMINISTRARE

Equidacent 25 mg/ml concentrat steril
bevacizumab
i.v.

2. MOD DE ADMINISTRARE

i.v. după diluare

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

100 mg/4 ml

6. ALTE INFORMAȚII

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR**CUTIE****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI**

Equidacent 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
bevacizumab

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(SUBSTANȚELOR) ACTIVE

Fiecare flacon conține bevacizumab 400 mg.

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Conține: L-glutamat de sodiu, sorbitol (E420), polisorbit 80, acid clorhidric, apă pentru preparate injectabile.

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Concentrat pentru soluție perfuzabilă. 1 flacon a 16 ml
400 mg/16 ml

5. MODUL ȘI CALEA(CĂILE) DE ADMINISTRARE

Administrare intravenoasă după diluare
A se citi prospectul înainte de utilizare.

6. ATENȚIONARE SPECIALĂ PRIVIND FAPTUL CĂ MEDICAMENTUL NU TREBUIE PĂSTRAT LA VEDEREA ȘI ÎNDEMÂNA COPIILOR

A nu se lăsa la vederea și îndemâna copiilor.

7. ALTĂ(E) ATENȚIONARE(ĂRI) SPECIALĂ(E), DACĂ ESTE(SUNT) NECESARĂ(E)**8. DATA DE EXPIRARE**

EXP

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A se păstra la frigider.
A nu se congela.

A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de lumină.

10. PRECAUȚII SPECIALE PRIVIND ELIMINAREA MEDICAMENTELOR NEUTILIZATE SAU A MATERIALELOR REZIDUALE PROVENITE DIN ASTFEL DE MEDICAMENTE, DACĂ ESTE CAZUL

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/20/1472/002

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

14. CLASIFICARE GENERALĂ PRIVIND MODUL DE ELIBERARE

15. INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE

16. INFORMAȚII ÎN BRAILLE

Justificare acceptată pentru neincluderea informației în Braille

17. IDENTIFICATOR UNIC - COD DE BARE BIDIMENSIONAL

cod de bare bidimensional care conține identificatorul unic.

18. IDENTIFICATOR UNIC - DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

PC
SN
NN

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI CALEA(CĂILE) DE ADMINISTRARE

Equidacent 25 mg/ml concentrat steril

bevacizumab

i.v.

2. MOD DE ADMINISTRARE

i.v. după diluare

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

400 mg/16 ml

6. ALTE INFORMAȚII

Medicamentul nu mai este autorizat

B. PROSPECTUL

Prospect: Informații pentru utilizator

Equidacent 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă bevacizumab

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Puteți să fiți de ajutor raportând orice reacții adverse pe care le puteți avea. Vezi ultima parte de la pct. 4 pentru modul de raportare a reacțiilor adverse.

Citiți cu atenție și în întregime acest prospect înainte de a începe să utilizați acest medicament deoarece conține informații importante pentru dumneavoastră.

- Păstrați acest prospect. S-ar putea să fie necesar să-l recitiți.
- Dacă aveți orice întrebări suplimentare, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nementionate în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect

1. Ce este Equidacent și pentru ce se utilizează
2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați Equidacent
3. Cum să utilizați Equidacent
4. Reacții adverse posibile
5. Cum se păstrează Equidacent
6. Conținutul ambalajului și alte informații

1. Ce este Equidacent și pentru ce se utilizează

Equidacent conține substanța activă bevacizumab, care este un anticorp monoclonal umanizat (un tip de proteină care este produsă în mod normal de sistemul imunitar pentru a apăra corpul de infecții și cancer).

- Bevacizumabul se leagă selectiv de o proteină numită factorul de creștere a endoteliului vascular uman (VEGF), care se găsește în interiorul pereților vaselor de sânge și limfatice din organism.
- Proteina VEGF determină creșterea vaselor de sânge în interiorul tumorii, iar aceste vase furnizează tumorii substanțe nutritive și oxigen.
- Odată ce bevacizumabul s-a legat de VEGF, extinderea tumorii este prevenită prin blocarea creșterii vaselor de sânge care îi furnizează substanțe nutritive și oxigen.

Cancer în stadiu avansat al intestinului gros

Equidacent este un medicament utilizat pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer în stadiu avansat al intestinului gros, adică cu cancer de colon sau de rect. Equidacent va fi administrat în asociere cu chimioterapie care conține un medicament de tip fluoropirimidină.

Cancer de sân care s-a extins (metastatic)

Equidacent este, de asemenea, utilizat pentru tratamentul pacientelor adulte cu cancer de sân cu metastaze. Atunci când se utilizează la pacientele cu cancer de sân, va fi administrat împreună cu un medicament chimioterapeutic numit paclitaxel sau capecitabină.

Cancer bronhopulmonar în stadiu avansat diferit de cel cu celule mici

Equidacent este, de asemenea, utilizat pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici. Equidacent va fi administrat în asociere cu chimioterapie care conține săruri de platină.

Equidacent este, de asemenea, utilizat pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer bronhopulmonar în stadiu avansat diferit de cel cu celule mici în stadiu avansat, când celulele afectate de cancer au mutații specifice ale unei proteine denumite receptorul pentru factorul de creștere epidermal (EGFR). Equidacent va fi administrat în asociere cu erlotinib.

Cancer de rinichi în stadiu avansat

Equidacent este utilizat, de asemenea, pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer de rinichi în stadiu avansat. Când este utilizat la pacienții cu cancer de rinichi, va fi administrat împreună cu un alt tip de medicament numit interferon.

Cancer ovarian epitelial, cancer al trompelor uterine sau cancer peritoneal primar, în stadiu avansat

Equidacent este utilizat, de asemenea, pentru tratamentul pacientelor adulte cu cancer ovarian epitelial, al trompelor uterine sau cancer primar peritoneal, în stadiu avansat. Atunci când este utilizat la pacientele cu cancer ovarian epitelial, al trompelor uterine sau cancer primar peritoneal, va fi administrat în asociere cu carboplatină și paclitaxel.

Atunci când este utilizat la pacientele adulte cu cancer ovarian epitelial, cancer al trompelor uterine sau cancer peritoneal primar, în stadiu avansat, la care boala a recidivat la cel puțin 6 luni după ultimul tratament cu o schemă chimioterapică care a conținut un medicament pe bază de săruri de platină, Equidacent va fi administrat în asociere cu carboplatină și gemcitabină sau cu carboplatină și paclitaxel.

Cancer de col uterin care nu se vindecă, care revine sau care s-a extins

Equidacent este, de asemenea, utilizat pentru tratamentul pacientelor adulte cu cancer de col uterin persistent, recurent sau cu metastaze. Equidacent va fi administrat în asociere cu paclitaxel și cisplatină sau, în mod alternativ, cu paclitaxel și topotecan, la pacientele care nu sunt eligibile pentru tratamentul cu săruri de platină.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați Equidacent

Nu utilizați Equidacent:

- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la bevacizumab sau la oricare dintre celelalte componente ale acestui medicament (enumerate la pct. 6).
- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la medicamente obținute din celule ovariene de hamster chinezesc (COH) sau la alți anticorpi monoclonali umani sau umanizați recombinanți.
- dacă sunteți gravidă.

Atenționări și precauții

Înainte să utilizați Equidacent, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale:

- Este posibil ca Equidacent să crească riscul de perforație a peretelui intestinal. Dacă aveți afecțiuni care determină inflamație în interiorul abdomenului (de exemplu, diverticulită, ulcer gastric, colită asociată cu chimioterapie), vă rugăm să discutați cu medicul dumneavoastră.
- Equidacent poate crește riscul apariției unei căi anormale de comunicare sau un pasaj între două organe sau vase de sânge. Riscul de a dezvolta căi de comunicare între vagin și orice părți ale intestinului poate fi mai crescut dacă aveți cancer de col uterin persistent, recurent sau cu metastaze.
- Equidacent poate crește riscul de sângerare sau poate influența procesul de vindecare a plăgilor după intervențiile chirurgicale. Dacă urmează să vi se efectueze o intervenție chirurgicală, dacă ați

avut o intervenție chirurgicală majoră în ultimele 28 de zile sau dacă încă aveți o plagă nevindecată după o intervenție chirurgicală, nu trebuie să vi se administreze acest medicament.

- Equidacent poate crește riscul de a dezvolta infecții grave ale pielii sau ale straturilor inferioare ale pielii, în special dacă ați avut perforații ale peretelui intestinal sau probleme cu vindecarea plăgilor.
- Equidacent poate duce la creșterea tensiunii arteriale mari. Dacă aveți tensiune arterială mare care nu este bine controlată cu medicamente antihipertensive, vă rugăm să discutați cu medicul dumneavoastră, deoarece înainte de începerea tratamentului cu Equidacent trebuie asigurat faptul că tensiunea arterială este menținută sub control.
- Dacă aveți sau ați avut un anevrism (lărgirea și slăbirea peretelui unui vas de sânge) sau ruptura peretelui unui vas de sânge.
- Equidacent crește riscul prezenței proteinelor în urină, dacă aveți deja tensiune arterială mare.
- Riscul formării de cheaguri de sânge în artere (un tip de vase de sânge) poate crește dacă aveți vârsta peste 65 ani, dacă aveți diabet zaharat sau dacă în trecut ați avut cheaguri de sânge în artere. Vă rugăm să discutați cu medicul dumneavoastră, deoarece cheagurile de sânge pot determina infarct miocardic și accident vascular cerebral.
- Equidacent poate crește, de asemenea, riscul apariției cheagurilor de sânge în vene (un tip de vase de sânge).
- Acest medicament poate determina sângerare, în special sângerare legată de tumoare. Vă rugăm să vă adresați medicului dacă dumneavoastră sau cineva din familia dumneavoastră are tendința de a prezenta sângerări sau dacă luați medicamente pentru subțierea sângelui, din orice cauză.
- Este posibil ca Equidacent să determine sângerarea în și în jurul creierului. Vă rugăm să discutați cu medicul dumneavoastră dacă aveți cancer cu metastaze care vă afectează creierul.
- Este posibil ca Equidacent să crească riscul de sângerare la nivelul plămânilor, inclusiv cu prezența sângelui când tușiți sau scuipați. Vă rugăm să discutați cu medicul dumneavoastră dacă ați observat acest lucru anterior.
- Equidacent poate crește riscul instalării unei reduceri a funcției inimii. Este important ca medicul dumneavoastră să știe dacă vi s-au administrat vreodată antraciline (de exemplu, doxorubicină, un tip special de medicamente chimioterapeutice utilizate pentru tratamentul unor tipuri de cancer) sau ați făcut radioterapie la nivelul pieptului sau dacă aveți o afecțiune a inimii.
- Acest medicament poate duce la apariția infecțiilor și scăderea numărului de neutrofile (un tip de celule ale sângelui importante pentru protejarea dumneavoastră împotriva bacteriilor).
- Este posibil ca Equidacent să determine hipersensibilitate și/sau reacții la administrarea perfuziei (reacții legate de injecția cu acest medicament). Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale dacă ați avut anterior probleme după administrarea injecțiilor, cum sunt amețeli/senzație de leșin, senzație de lipsă de aer, umflare sau erupție trecătoare pe piele.
- O reacție adversă neurologică rară numită sindromul encefalopatiei posterioare reversibile (SEPR) a fost asociată cu tratamentul cu Equidacent. Dacă aveți dureri de cap, tulburări de vedere, stare de confuzie sau convulsii, cu sau fără tensiune arterială mare, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră.

Vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră, chiar dacă v-ați aflat în oricare dintre situațiile menționate mai sus, numai în trecut.

Înainte de a vi se administra Equidacent sau în timp ce sunteți tratat cu Equidacent:

- dacă aveți sau ați avut durere la nivelul gurii, dinților și/sau maxilarului, umflături sau leziuni în gură, amorțeală sau o senzație de greutate în maxilar sau ați pierdut un dinte, spuneți imediat medicului dumneavoastră și dentistului.
- dacă aveți nevoie de un tratament stomatologic invaziv sau vi se va efectua o intervenție chirurgicală dentară, spuneți medicului dentist că sunteți în tratament cu Equidacent, mai ales dacă sunteți tratat deja sau vi s-a administrat, într-un vas de sânge, o injecție cu bifosfonați.

Este posibil să vi se recomande să efectuați un control stomatologic înainte de a începe tratamentul cu Equidacent.

Copii și adolescenți

Equidacent nu este recomandat copiilor și adolescenților cu vârsta sub 18 ani, întrucât pentru această grupă de pacienți nu s-au stabilit siguranța și beneficiile acestui medicament.

La pacienții cu vârsta sub 18 ani tratați cu Equidacent s-a observat necrozarea țesutului osos (osteonecroză) în cazul unor oase, altele decât cele de la nivelul maxilarului.

Equidacent împreună cu alte medicamente

Spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale dacă luați, ați luat recent sau s-ar putea să luați orice alte medicamente.

Administrarea de Equidacent împreună cu un alt medicament numit malat de sunitinib (prescris pentru tratamentul cancerului renal sau gastro-intestinal), poate cauza reacții adverse severe. Discutați cu medicul dumneavoastră pentru a fi sigur că nu vi se administrează în același timp aceste medicamente.

Spuneți medicului dumneavoastră dacă vi se administrează tratamente pe bază de săruri de platină sau taxani pentru tratamentul cancerului de plămâni sau de sân, cu metastaze. Aceste tratamente, utilizate în asociere cu Equidacent, pot crește riscul de reacții adverse severe.

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră dacă ați urmat recent sau urmați radioterapie.

Sarcina, alăptarea și fertilitatea

Nu trebuie să utilizați acest medicament dacă sunteți gravidă. Equidacent poate afecta fătul deoarece poate opri formarea de vase de sânge noi.

- Medicul dumneavoastră trebuie să vă informeze cu privire la utilizarea unor metode contraceptive în timpul tratamentului cu Equidacent și cel puțin 6 luni după ultima doză de Equidacent.

Spuneți imediat medicului dumneavoastră dacă sunteți gravidă, dacă ați rămas gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament sau intenționați să rămâneți gravidă în viitorul apropiat.

Nu trebuie să vă alăptați copilul în timpul tratamentului cu Equidacent și cel puțin 6 luni după ultima doză de Equidacent, deoarece acest medicament poate să influențeze creșterea și dezvoltarea copilului dumneavoastră.

Equidacent poate afecta fertilitatea femeilor. Vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră pentru mai multe informații.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale pentru recomandări înainte de a lua acest medicament.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Nu s-a demonstrat că Equidacent vă reduce capacitatea de a conduce vehicule sau folosi utilaje. Cu toate acestea, au fost raportate stări de somnolență sau de leșin asociate utilizării Equidacent. Dacă prezentați simptome care vă afectează vederea, capacitatea de concentrare sau de reacție, nu conduceți vehicule și nu folosiți utilaje până la dispariția simptomelor.

Equidacent conține sorbitol

Fiecare flacon de Equidacent a 4 ml de concentrat conține sorbitol 191 mg și fiecare flacon de Equidacent a 16 ml de concentrat conține sorbitol 764 mg. Sorbitolul este o sursă de fructoză. Dacă aveți intoleranță ereditară la fructoză, o boală rară genetică, nu trebuie să luați acest medicament. Pacienții cu intoleranță ereditară la fructoză nu pot metaboliza acest medicament, care poate cauza reacții adverse grave. Trebuie să-i spuneți medicului dumneavoastră înainte de a primi acest medicament dacă aveți intoleranță ereditară la fructoză.

Informații importante privind unele componente ale Equidacent

Acest medicament conține sodiu mai puțin de 1 mmol (23 mg) per flacon, adică practic „nu conține sodiu”.

3. Cum să utilizați Equidacent

Doze și frecvența administrării

Doza de Equidacent necesară depinde de greutatea dumneavoastră și de tipul de cancer care urmează a fi tratat.

- Doza recomandată este de 5 mg, 7,5 mg, 10 mg sau 15 mg pentru fiecare kilogram de greutate corporală. Medicul dumneavoastră vă va prescrie doza de Equidacent potrivită.
- Veți fi tratat(ă) cu Equidacent o dată la interval de 2 sau 3 săptămâni.
- Numărul perfuziilor care vi se vor administra depinde de modul în care răspundeți la tratament. Administrarea acestui medicament trebuie să continue până când Equidacent nu mai poate opri creșterea tumorii. Medicul va discuta aceasta cu dumneavoastră.

Mod și cale de administrare

Equidacent este un concentrat pentru soluție perfuzabilă. În funcție de doza care v-a fost prescrisă, o parte sau întreg conținutul unui flacon de Equidacent va fi diluat cu o soluție de clorură de sodiu înainte de utilizare. Un medic sau o asistentă medicală vă va administra soluția diluată de Equidacent prin perfuzie intravenoasă (picurare într-una din vene).

- Prima perfuzie vi se va administra pe durata a 90 de minute.
- Dacă aceasta a fost bine tolerată, a doua perfuzie poate să fie administrată pe durata a 60 de minute.
- Perfuziile ulterioare pot fi administrate pe durata a 30 minute.

Administrarea Equidacent trebuie oprită temporar

- dacă dezvoltați tensiune arterială mare severă care necesită tratament cu medicamente pentru scăderea tensiunii arteriale,
- dacă aveți probleme cu vindecarea plăgilor după o intervenție chirurgicală,
- dacă urmează să fiți supuși unei intervenții chirurgicale.

Administrarea Equidacent trebuie oprită definitiv dacă apar

- tensiune arterială mare severă care nu poate fi controlată cu medicamente pentru scăderea tensiunii

- arteriale; sau o creștere bruscă și severă a tensiunii arteriale,
- prezența proteinelor în urină, însoțită de edeme corporale,
- o perforație în peretele intestinului,
- o cale anormală de comunicare de tip tubular sau un pasaj între trahee și esofag, între organele interne și piele, între vagin și orice părți ale intestinului sau între alte țesuturi care, în mod normal nu sunt în legătură (fistulă) și sunt considerate de medicul dumneavoastră ca fiind severe,
- infecții grave ale pielii sau ale straturilor inferioare ale pielii,
- un cheag de sânge în artere,
- un cheag de sânge în vasele de sânge de la nivelul plămânilor,
- orice sângerare severă.

Dacă se administrează prea mult Equidacent

- puteți manifesta o migrenă severă. Dacă se întâmplă acest lucru, trebuie să discutați imediat cu medicul dumneavoastră, farmacistul sau asistenta medicală.

Dacă se omite o doză de Equidacent

- medicul dumneavoastră va decide când trebuie să vă fie administrată următoarea doză de Equidacent. Trebuie să discutați despre aceasta cu medicul dumneavoastră.

Dacă încetați tratamentul cu Equidacent

Oprirea tratamentului dumneavoastră cu Equidacent poate cauza oprirea efectului asupra creșterii tumorii. Nu opriți tratamentul cu Equidacent decât dacă ați discutat despre aceasta cu medicul dumneavoastră.

Dacă aveți orice întrebări suplimentare cu privire la acest medicament, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale.

4. Reacții adverse posibile

Ca toate medicamentele, acest medicament poate provoca reacții adverse, cu toate că nu apar la toate persoanele.

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nementionate în acest prospect.

Reacțiile adverse de mai jos au fost observate la administrarea Equidacent în asociere cu chimioterapie. Aceasta nu înseamnă că aceste reacții adverse au fost determinate strict de Equidacent.

Reacții alergice

Dacă aveți o reacție alergică, spuneți imediat medicului dumneavoastră sau unui membru din personalul medical. Simptomele pot include: dificultăți de respirație sau durere în piept. Puteți prezenta, de asemenea, înroșirea pielii, înroșirea feței sau erupție trecătoare pe piele, frisoane și tremurături, senzație de rău (greață) sau stare de rău (vărsături).

Trebuie să cereți ajutor imediat, dacă suferiți de oricare dintre reacțiile adverse menționate mai jos.

Reacțiile adverse severe, care pot fi **foarte frecvente** (pot afecta mai mult de 1 din 10 persoane), includ:

- tensiune arterială mare,

- senzație de amorțeli sau furnicături la nivelul mâinilor sau a labei picioarelor,
- scăderea numărului celulelor din sânge, incluzând globulele albe care ajută la protecția împotriva infecțiilor (aceasta poate fi însoțită de febră) și celulele care ajută la coagularea sângelui,
- senzație de slăbiciune și lipsă de energie,
- oboseală,
- diaree, greață, vărsături și durere abdominală.

Reacțiile adverse severe, care pot fi **frecvente** (pot afecta până la 1 din 10 persoane), includ:

- perforație a intestinului,
- sângerare, inclusiv sângerare la nivelul plămânilor la pacienți cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici,
- blocare a arterelor de către un cheag de sânge,
- blocare a venelor de către un cheag de sânge,
- blocare a vaselor de sânge de la nivelul plămânilor de către un cheag de sânge,
- blocare a venelor de la nivelul picioarelor de către un cheag de sânge,
- insuficiență cardiacă,
- vindecare dificilă a rănilor după intervenții chirurgicale,
- înroșire, descumare, sensibilitate, durere sau apariția de vezicule la nivelul degetelor sau al labei picioarelor,
- scădere a numărului de globule roșii din sânge,
- lipsă de energie,
- tulburări la nivelul stomacului și intestinului,
- durere la nivelul mușchilor și articulațiilor, slăbiciune musculară,
- uscăciune a gurii însoțită de sete și/sau reducere a volumului sau închiderea la culoare a urinei,
- inflamație a mucoasei umede de la nivelul cavității bucale și a intestinului, a plămânilor și a căilor aeriene, a aparatului reproducător și a tractului urinar,
- leziuni la nivelul gurii și a tubului care unește cavitatea bucală de stomac, care pot fi dureroase și pot cauza dificultăți la înghițire,
- durere, inclusiv durere de cap, durere de spate și durere în regiunea pelvină și anală,
- colecții purulente localizate,
- infecții, și în particular infecții ale sângelui sau vezicii urinare,
- reducerea aportului de sânge la creier sau accident vascular cerebral,
- somnolență,
- sângerări din nas,
- accelerare a bătăilor inimii (pulsului),
- blocare a activității intestinului,
- rezultate anormale ale testelor de urină (prezența de proteine în urină),
- senzație de sufocare sau concentrații scăzute de oxigen în sânge,
- infecții ale pielii sau ale straturilor profunde de sub piele,
- fistulă: cale anormală de comunicare de tip tubular între organele interne și piele sau alte țesuturi care nu comunică între ele în mod normal, inclusiv căi de comunicare între vagin și intestin la pacienții cu cancer de col uterin.

Reacțiile adverse severe **cu** frecvență **necunoscută** (frecvența nu poate fi estimată din datele disponibile), includ:

- infecții grave ale pielii sau ale straturilor profunde de sub piele, în special dacă ați prezentat perforații ale peretelui intestinului sau vindecarea dificilă a rănilor,
- reacții alergice (semnele pot include dificultăți de respirație, roșeață la nivelul feței, erupție trecătoare pe piele, tensiune arterială mică sau mare, concentrații scăzute de oxigen în sânge, durere în piept sau greață/vărsături),
- efect negativ asupra capacității unei femei de a avea copii (pentru mai multe recomandări, consultați paragrafele aflate sub lista reacțiilor adverse).
- o tulburare la nivelul creierului caracterizată prin simptome care includ crize convulsive, durere de cap, stare de confuzie și tulburări de vedere (sindromul encefalopatiei posterioare reversibile sau SEPR),

- simptome care sugerează modificări ale funcționării normale a creierului (dureri de cap, tulburări de vedere, stare de confuzie sau crize convulsive) și tensiune arterială mare,
- lărgirea și slăbirea peretelui unui vas de sânge sau ruptura peretelui unui vas de sânge (anevrism și disecții arteriale),
- blocare a unui(unor) vas(e) de sânge de la nivelul rinichiului,
- tensiune arterială anormal de mare în vasele de sânge de la nivelul plămânilor, ceea ce determină ca partea dreaptă a inimii să funcționeze mai greu decât în mod normal,
- perforație la nivelul peretelui cartilajului care separă nările nasului,
- perforație la nivelul stomacului sau a intestinului,
- leziune deschisă sau perforație la nivelul mucoasei stomacului sau a intestinului subțire (semnele pot include durere abdominală, senzație de balonare, scaune negre lucioase sau scaune cu sânge (fecale) sau vărsături cu sânge),
- sângerare în partea inferioară a intestinului gros,
- leziuni la nivelul gingiilor, cu expunerea unei părți a osului maxilarului, care nu se vindecă și care pot fi asociate cu durere și inflamație a țesutului care le înconjoară (pentru mai multe recomandări, consultați paragrafele aflate sub lista de reacții adverse),
- perforație a vezicii biliare (simptomele și semnele pot include durere abdominală, febră și greață/vărsături).

Trebuie să cereți ajutor imediat, dacă suferiți de oricare dintre reacțiile adverse menționate mai jos.

Reacțiile adverse **foarte frecvente** (pot afecta mai mult de 1 din 10 persoane), care nu au fost severe, includ:

- constipație,
- pierdere a poftei de mâncare,
- febră,
- tulburări la nivelul ochilor (inclusiv creșterea secreției lacrimale),
- tulburări de vorbire,
- modificări ale percepției gustului,
- secreții nazale abundente,
- uscăciune a pielii, descuamare și inflamație a pielii, modificare a culorii pielii,
- scădere în greutate,
- sângerări nazale

Reacțiile adverse **frecvente** (pot afecta până la 1 din 10 persoane), care nu au fost severe, includ:

- modificări ale vocii și răgușeală.

Pacienții cu vârstă peste 65 ani prezintă un risc crescut de a manifesta următoarele reacții adverse:

- cheaguri de sânge în artere care pot conduce la un accident vascular cerebral sau infarct de miocard,
- scădere a numărului globulelor albe din sânge și a celulelor care ajută la coagularea sângelui,
- diaree,
- stare de rău,
- dureri de cap,
- oboseală,
- tensiune arterială mare,

Equidacent poate determina și modificări ale analizelor de laborator pe care vi le face medicul dumneavoastră. Acestea includ o scădere a numărului globulelor albe din sânge, în particular al neutrofilelor (un tip de globule albe care protejează împotriva infecțiilor) sanguine; prezența proteinelor în urină; scăderea potasiului din sânge, a sodiului sau fosforului (mineral) din sânge; creșterea glucozei din sânge; creșterea fosfatazei alcaline (o enzimă) sanguine; scăderea concentrației de hemoglobină (se găsește în globulele roșii ale sângelui și transportă oxigen), care poate fi severă.

Durere la nivelul gurii, dinților și/sau maxilarului, umflare sau leziuni la nivelul gurii, senzație de amorțeală sau greutate la nivelul maxilarului sau pierderea unui dinte pot fi semnele și simptomele distrugerii osului maxilarului (osteonecroză). Acestea pot fi semne și simptome ale deteriorării osului în maxilar (osteonecroză). Spuneți imediat medicului dumneavoastră și dentistului dacă prezentați oricare dintre acestea.

Femeile aflate în premenopauză (femei care au un ciclu menstrual) pot observa că ciclurile lor devin neregulate sau lipsesc și pot prezenta afectarea fertilității. Dacă vă doriți copii, trebuie să discutați aceasta cu medicul dumneavoastră înainte de a începe tratamentul.

Equidacent a fost conceput și indicat pentru tratamentul cancerului prin injectarea sa în fluxul de sânge; nu. Nu a fost conceput sau indicat pentru administrarea injectabilă în ochi. De aceea, nu este autorizat pentru utilizarea în acest mod. Atunci când Equidacent este injectat direct în ochi (mod de administrare neaprobant), pot apărea următoarele reacții adverse:

- Infecție sau inflamație la nivelul globului ocular,
- Înrășire a ochiului, particule mici sau pete în câmpul vizual (flocoane vitreene), durere la nivelul ochiului,
- Vedere de fulgerări luminoase cu flocoane vitreene, progresând până la pierderea parțială a vederii,
- Creștere a presiunii în interiorul ochiului,
- Sângerare în ochi.

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului sau asistentei medicale. Acestea includ orice reacții adverse nementionate în acest prospect. De asemenea, puteți raporta reacțiile adverse direct prin intermediul sistemului național de raportare, așa cum este menționat în [Anexa V](#). Raportând reacțiile adverse, puteți contribui la furnizarea de informații suplimentare privind siguranța acestui medicament.

5. Cum se păstrează Equidacent

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

Nu utilizați acest medicament după data de expirare înscrisă pe cutie sau pe eticheta flaconului, după EXP. Data de expirare se referă la ultima zi a lunii respective.

A se păstra la frigider (2 °C – 8 °C).

A nu se congela.

A se ține flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină.

Soluțiile perfuzabile trebuie utilizate imediat după diluare. Dacă nu sunt utilizate imediat, responsabilitatea privind durata și condițiile de păstrare înainte de utilizare revine utilizatorului și nu trebuie să depășească 24 ore la temperaturi de 2°C - 8°C, cu excepția cazurilor când soluțiile perfuzabile au fost preparate într-un mediu steril. Când diluarea a avut loc într-un mediu steril, Equidacent este stabil pentru 32 zile la 2°C - 8°C și suplimentar 48 ore la 2°C - la 30°C.

Nu aruncați niciun medicament pe calea apei sau a reziduurilor menajere. Întrebați farmacistul cum să aruncați medicamentele pe care nu le mai folosiți. Aceste măsuri vor ajuta la protejarea mediului.

6. Conținutul ambalajului și alte informații

Ce conține Equidacent

- Substanța activă este bevacizumab. Fiecare ml de concentrat conține bevacizumab 25 mg, corespunzător la 1,4 până la 16,5 mg/ml, atunci când diluarea se efectuează conform recomandărilor.
Fiecare flacon a 4 ml conține bevacizumab 100 mg, corespunzător la 1,4 mg/ml, atunci când diluarea se efectuează conform recomandărilor.
Fiecare flacon a 16 ml conține bevacizumab 400 mg, corespunzător la 16,5 mg/ml, atunci când diluarea se efectuează conform recomandărilor.
- Celelalte componente sunt L-glutamat de sodiu, sorbitol (E420), polisorbat 80, acid clorhidric, apă pentru preparate injectabile.

Cum arată Equidacent și conținutul ambalajului

Equidacent este un concentrat pentru soluție perfuzabilă. Concentratul este o soluție limpede până la ușor opalescentă, incoloră până la maro-gălbui, într-un flacon cu dop din cauciuc. Fiecare flacon conține bevacizumab 100 mg în 4 ml soluție sau bevacizumab 400 mg în 16 ml soluție. Fiecare cutie de Equidacent conține un flacon.

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

Fabricantul

PNR Pharma Services Limited
Skybridge House, Corballis Road North, Dublin Airport,
Swords, Co. Dublin, K67 P6K2,
Irlanda

Acest prospect a fost revizuit în

Alte surse de informații

Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe site-ul Agenției Europene pentru Medicamente: <http://www.ema.europa.eu>.