

ANEXA I

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare flacon unidoză de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat conține docetaxel (sub formă de trihidrat), echivalent cu docetaxel (anhidru) 20 mg. Soluția vâscoasă conține docetaxel (anhidru) 40 mg/ml.

Excipienți cu efect cunoscut:

Fiecare flacon unidoză cu solvent conține 13% (m/m) etanol 95% v/v în apă pentru preparate injectabile (252 mg etanol 95% v/v).

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

Concentratul este o soluție limpede, vâscoasă, de culoare galbenă până la galben-marونیu.

Solventul este o soluție incoloră.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Cancer mamar

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă, pentru tratamentul adjuvant al pacienților cu:

- cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi
- cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi.

Pentru pacientele cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, tratamentul adjuvant trebuie limitat la pacientele care pot beneficia de chimioterapie, în conformitate cu criteriile stabilite la nivel internațional pentru tratamentul de primă intenție al cancerului mamar precoce (vezi pct. 5.1).

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, care nu au primit anterior tratament citotoxic pentru această afecțiune.

TAXOTERE este indicat în monoterapie pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul tratamentului citotoxic. Chimioterapia anterioară trebuie să fi inclus o antraciclina sau un agent alchilant.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu trastuzumab, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu capecitabina, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei citotoxice. Tratamentul anterior trebuie să fi inclus o antraciclina.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

TAXOTERE este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei sau înainte de aceasta.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină, pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, nerezecabil, avansat loco-regional sau metastazat, la pacienții care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune.

Cancer de prostată

TAXOTERE este indicat, în asociere cu prednison sau prednisolon, pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare.

TAXOTERE în asociere cu terapia de deprivare androgenică (TDA), împreună cu sau fără prednison sau prednisolon, este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil.

Adenocarcinom gastric

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastroesofagiene, care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

Cancer al capului și gâtului

TAXOTERE în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil este indicat pentru tratament de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase, al capului și gâtului, avansat local.

4.2 Doze și mod de administrare

Utilizarea docetaxel trebuie efectuată numai în unități specializate în administrarea chimioterapiei citotoxice și numai sub supravegherea unui medic calificat în administrarea chimioterapiei antineoplazice (vezi pct. 6.6).

Doze

Pentru cancerul mamar, cancerul bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancerul gastric și cancerul capului și gâtului, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, dacă nu există contraindicații (vezi pct. 4.4), se poate utiliza o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi), timp de 3 zile.

Pentru cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, datorită utilizării concomitente de prednison sau prednisolon, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, la 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Pentru cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, indiferent de utilizarea concomitentă a prednisonului sau prednisolonului, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, administrată cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Profilactic se pot utiliza G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate.

Docetaxelul se administrează în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, o dată la 3 săptămâni.

Cancer mamar

Pentru tratamentul adjuvant al cancerului mamar operabil, cu și fără interesare ganglionară, doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² administrat la o oră după administrarea de doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² o dată la 3 săptămâni, timp de 6 cicluri (schema de tratament TAC) (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, doza recomandată de docetaxel în monoterapie este de 100 mg/m². Pentru tratamentul de primă linie, docetaxelul în doză de 75 mg/m² se asociază cu doxorubicină (50 mg/m²).

Doza de docetaxel recomandată în asociere cu trastuzumab este de 100 mg/m² o dată la trei săptămâni, cu trastuzumab administrat săptămânal. În studiul pivot, perfuzia intravenoasă inițială cu docetaxel a început în ziua imediat următoare primei doze de trastuzumab. Dozele următoare de docetaxel au fost administrate imediat după terminarea perfuziei intravenoase cu trastuzumab, dacă doza precedentă de trastuzumab a fost bine tolerată. Pentru doze și mod de administrare ale trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu capecitabină, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² o dată la trei săptămâni și capecitabină în doză de 1250 mg/m² de două ori pe zi (în interval de 30 minute după masă) timp de 2 săptămâni, urmate de 1 săptămână pauză. Pentru calculul dozei de capecitabină în funcție de suprafața corporală, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

La pacienții cu cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, netratați anterior cu chimioterapice, regimul de doze recomandat este docetaxel 75 mg/m², urmat imediat de cisplatină 75 mg/m² timp de 30-60 minute. Pentru tratamentul după eșec al chimioterapiei anterioare cu compuși de platină, doza recomandată este de 75 mg/m² în monoterapie.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m². Se administrează continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală (vezi pct. 5.1).

Cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri. Se poate administra continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală.

Adenocarcinom gastric

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 până la 3 ore (ambele numai în prima zi), urmate de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi, administrat în perfuzie intravenoasă continuă cu durata de 24 ore, timp de 5 zile, începând de la sfârșitul perfuziei intravenoase cu cisplatină. Tratamentul se repetă o dată la trei săptămâni. Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată pentru administrarea cisplatină. Trebuie să se utilizeze profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Cancer al capului și gâtului

Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată (înainte și după administrarea de cisplatină). Profilactic, poate fi utilizat G-CSF pentru a diminua riscul toxicității hematologice. Toți pacienții din brațul cu docetaxel al studiilor TAX 323 și TAX 324 au primit antibioterapie profilactică.

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Pentru tratamentul de inducție al carcinomului cu celule scuamoase, avansat local, inoperabil, al capului și gâtului (CCSCG), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² timp de 1 oră, în prima zi, urmate de 5-fluorouracil în perfuzie intravenoasă continuă cu 750 mg/m² și zi, timp de cinci zile. Acest regim terapeutic se administrează la fiecare 3 săptămâni, timp de 4 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să urmeze radioterapie.
- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)
Pentru tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local (tehnic nerezecabil, tratament chirurgical puțin probabil și ținând păstrarea organului), al capului și

gâtului (CCSCG), doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră în ziua 1, urmată de cisplatină 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Această schemă terapeutică se administrează la fiecare 3 săptămâni timp de 3 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să primească chimioradioterapie.

Pentru modificarea dozelor de cisplatină și 5-fluorouracil, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

Ajustarea dozelor în timpul tratamentului

Aspecte generale

Docetaxelul trebuie administrat când numărul neutrofilelor este $\geq 1500/\text{mm}^3$. La pacienții care în timpul tratamentului cu docetaxel au avut neutropenie febrilă, număr de neutrofile $< 500/\text{mm}^3$ timp de mai mult de o săptămână, reacții cutanate severe sau cumulative sau neuropatie periferică severă, doza de docetaxel trebuie redusă de la 100 mg/m² la 75 mg/m² și/sau de la 75 la 60 mg/m². Dacă pacientul continuă să aibă aceste reacții la doza de 60 mg/m², tratamentul trebuie întrerupt definitiv.

Tratament adjuvant pentru cancerul mamar

Trebuie luată în considerare profilaxia primară cu G-CSF în cazul pacientelor la care se administrează tratament adjuvant cu docetaxel, doxorubicină și ciclofosamidă (TAC) pentru cancer mamar. La pacientele care prezintă neutropenie febrilă și/sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă la 60 mg/m² în toate ciclurile următoare (vezi pct. 4.4 și 4.8). La pacientele care au stomatită de gradul 3 sau 4, trebuie redusă doza de docetaxel la 60 mg/m².

În asociere cu cisplatină

La pacienții cărora li se stabilește doza inițială de docetaxel de 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și a căror valoare minimă a numărului de trombocite în timpul ciclului anterior de tratament este de $< 25000/\text{mm}^3$, la pacienții care au avut neutropenie febrilă sau la pacienții cu fenomene toxice non-hematologice grave, doza de docetaxel în ciclurile următoare trebuie redusă la 65 mg/m². Pentru ajustarea dozelor de cisplatină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În asociere cu capecitabină

- Pentru ajustarea dozelor de capecitabină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.
- La pacienții care dezvoltă pentru prima dată toxicitate de grad 2 care persistă până la ciclul următor de docetaxel/capecitabină, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0-1 și se reia cu 100% din doza inițială.
- La pacienții care dezvoltă pentru a doua oară toxicitate de grad 2 sau pentru prima oară toxicitate de grad 3, în orice moment al ciclului terapeutic, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0 - 1 și apoi se reia cu docetaxel 55 mg/m².
- Pentru orice altă toxicitate dezvoltată ulterior sau pentru orice toxicitate de grad 4, tratamentul cu docetaxel se întrerupe definitiv.

Pentru ajustarea dozelor de trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Dacă în pofida utilizării de G-CSF survine un episod de neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Dacă survin episoade ulterioare de neutropenie complicată, doza de docetaxel trebuie redusă de la 60 la 45 mg/m². În caz de trombocitopenie de grad 4, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Pacienții nu trebuie retratați cu cicluri ulterioare de docetaxel până când numărul neutrofilelor nu revine la o valoare $> 1500/\text{mm}^3$, iar plachetele la o valoare $> 100000/\text{mm}^3$. Dacă aceste fenomene toxice persistă, tratamentul se întrerupe definitiv (vezi pct. 4.4).

Modificările de doză recomandate în caz de fenomene toxice la pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (5-FU):

Toxicitate	Ajustarea dozei
Diaree de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: se reduce apoi doza de docetaxel cu 20%.
Diaree de grad 4	Primul episod: se reduc dozele de docetaxel și 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă a tratamentului.
Stomatită/mucozită de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al treilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.
Stomatită/mucozită de grad 4	Primul episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al doilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.

Pentru ajustarea dozelor de cisplatină și 5-FU, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În studiile clinice pivot CCSCG la pacienții care au prezentat neutropenie complicată (incluzând neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), s-a recomandat să se utilizeze G-CSF pentru a furniza o acoperire profilactică (de exemplu ziua 6-15) în toate ciclurile următoare.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență hepatică

Pe baza datelor de farmacocinetică obținute după administrarea de docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, la pacienții care prezintă creșteri, atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât limita superioară a valorilor normale (LSVN), cât și ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² (vezi pct. 4.4 și 5.2). La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN asociat cu fosfatază alcalină >2,5 × LSVN și bilirubină >1 × LSVN; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date despre pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea TAXOTERE în carcinomul nazo-faringian la copii cu vârsta de 1 lună până la mai puțin de 18 ani nu au fost încă stabilite.

Nu există date relevante privind utilizarea TAXOTERE la copii și adolescenți pentru indicațiile de cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III.

Persoane vârstnice

Pe baza unei analize farmacocinetice populaționale, nu există instrucțiuni speciale privind administrarea la persoanele vârstnice.

În cazul asocierii cu capecitabină, la pacienții cu vârsta de 60 ani și peste, se recomandă o reducere a dozei inițiale de capecitabină de 75% (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

Mod de administrare

Pentru instrucțiuni cu privire la prepararea și administrarea medicamentului vezi pct. 6.6.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la docetaxel sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Docetaxelul nu trebuie administrat la pacienții care au anterior inițierii tratamentului un număr de neutrofile $<1500/\text{mm}^3$.

Docetaxelul nu trebuie utilizat la pacienții cu insuficiență hepatică severă, deoarece nu sunt disponibile date (vezi pct. 4.2 și 4.4).

Când sunt utilizate și alte medicamente în asociere cu docetaxel, se respectă, de asemenea, contraindicațiile acestora.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În cazul cancerului mamar și cancerului bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi) timp de 3 zile, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, în absența contraindicațiilor corticoterapiei, poate reduce incidența și severitatea retenției de lichide, precum și severitatea reacțiilor de hipersensibilitate. În cazul cancerului de prostată, premedicația constă în administrarea de dexametazonă 8 mg, oral, cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de administrarea perfuziei intravenoase cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

Hematologie

Neutropenia este cea mai frecventă reacție adversă la docetaxel. Valorile minime ale numărului de neutrofile apar după 7 zile ca valoare mediană, dar acest interval poate fi mai scurt la pacienții tratați anterior cu doze mari. La toți pacienții tratați cu docetaxel trebuie efectuată monitorizarea frecventă a hemogramei complete. Pacienții trebuie să reînceapă tratamentul cu docetaxel atunci când numărul neutrofilelor revine la $\geq 1500/\text{mm}^3$ (vezi pct. 4.2).

În caz de neutropenie severă ($<500/\text{mm}^3$ timp de șapte zile sau mai mult) pe parcursul unui ciclu de tratament cu docetaxel, se recomandă o reducere a dozelor pentru ciclurile ulterioare sau utilizarea măsurilor simptomatice adecvate (vezi pct. 4.2).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (TCF), la cei care au primit G-CSF profilactic, neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut cu frecvență mai mică. Pacienții tratați cu TCF trebuie să primească profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TCF trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă (TAC), neutropenia febrilă și/sau infecția neutropenică au apărut cu frecvențe mai mici atunci când pacienților li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF. Profilaxia primară cu G-CSF trebuie luată în considerare la pacientele care primesc tratament adjuvat cu TAC pentru cancer mamar pentru a reduce riscul de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TAC trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

Reacții gastrointestinale

Se recomandă prudență în cazul pacienților cu neutropenie, la care există un risc semnificativ mai mare de apariție a complicațiilor gastrointestinale. Cu toate că majoritatea cazurilor au survenit în timpul primului sau celui de-al doilea ciclu de tratament care conține docetaxel, enterocolita poate apărea în orice moment și poate duce la deces chiar din prima zi de apariție. Pacienții trebuie atent monitorizați pentru manifestările precoce ale reacțiilor grave de toxicitate gastrointestinală (vezi pct. 4.2, 4.4 Hematologie și 4.8).

Reacții de hipersensibilitate

Pacienții trebuie supravegheați cu atenție pentru apariția reacțiilor de hipersensibilitate, îndeosebi în timpul primei și celei de-a doua perfuzii intravenoase. Reacțiile de hipersensibilitate pot să apară în decurs de câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel, de aceea trebuie să fie disponibile mijloace de tratament al hipotensiunii arteriale și bronhospasmului. În cazul în care apar reacții de hipersensibilitate, simptomele minore, cum sunt eritemul facial tranzitoriu sau reacțiile cutanate localizate, nu necesită întreruperea temporară a tratamentului. Cu toate acestea, reacțiile severe, cum sunt hipotensiunea arterială severă, bronhospasmul sau erupțiile cutanate/eritemul generalizate, necesită întreruperea imediată și definitivă a administrării docetaxelului și instituirea tratamentului adecvat. Pacienții care au avut reacții severe de hipersensibilitate nu mai trebuie tratați cu docetaxel. La pacienții care au dezvoltat anterior o reacție de hipersensibilitate la paclitaxel poate exista riscul să apară reacții de hipersensibilitate, inclusiv unele mai severe. Acești pacienți trebuie atent monitorizați în timpul inițierii tratamentului.

Reacții cutanate

S-a observat eritem cutanat localizat al extremităților (la nivelul palmelor și plantelor) cu edem, urmat de descumare. S-au raportat simptome severe cum sunt erupții cutanate urmate de descumare, care au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

În cadrul tratamentului cu docetaxel, au fost raportate reacții adverse cutanate severe (RACS), cum sunt sindrom Stevens-Johnson (SSJ), necroliză epidermică toxică (NET) și pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG). Pacienții trebuie informați despre semnele și simptomele manifestărilor cutanate grave și monitorizați atent. Dacă apar semne și simptome sugestive pentru aceste reacții adverse, trebuie luată în considerare întreruperea administrării de docetaxel.

Retenție de lichide

Pacienții cu retenție severă de lichide, de exemplu efuziune pleurală, efuziune pericardică și ascită trebuie supravegheați cu atenție.

Tulburări respiratorii

Au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută, pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, care se pot asocia cu evoluție letală. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri de pneumonită de iradiere.

Dacă se instalează simptome pulmonare noi sau cele existente se agravează, pacienții trebuie monitorizați cu atenție, evaluați prompt și tratați în mod adecvat. Se recomandă întreruperea terapiei cu docetaxel până când este stabilit diagnosticul. Aplicarea precoce a tratamentului de susținere poate ajuta la ameliorarea afecțiunii. Beneficiul reluării tratamentului cu docetaxel trebuie evaluat cu atenție.

Pacienți cu insuficiență hepatică

La pacienții tratați cu docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, cu creșteri atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât LSVN, cât și creșteri ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, există un risc mai mare de apariție a unor reacții adverse severe, cum sunt decesele de cauză toxică, incluzând sepsis și hemoragie gastro-intestinală posibil letale, neutropenie febrilă, infecții, trombocitopenie, stomatită și astenie. De aceea, la pacienții cu valori crescute ale testelor funcționale hepatice (TFH), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m², iar TFH trebuie efectuate la începutul și înainte de fiecare ciclu de tratament (vezi pct. 4.2).

La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN, asociat cu

fosfatază alcalină $>2,5 \times \text{LSVN}$ și bilirubină $>1 \times \text{LSVN}$; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date cu privire la pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Pacienți cu insuficiență renală

Nu există date disponibile cu privire la pacienții cu funcție renală sever afectată, tratați cu docetaxel.

Sistem nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe necesită o reducere a dozei (vezi pct. 4.2).

Toxicitate cardiacă

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost observată insuficiență cardiacă, în special după chimioterapia conținând o antraciclină (doxorubicină sau epirubicină). Aceasta poate fi moderată până la severă și a fost asociată cu deces (vezi pct. 4.8).

Când pacienții sunt eligibili pentru tratamentul cu docetaxel în asociere cu trastuzumab, ei trebuie să fie inițial evaluați din punct de vedere cardiac. Funcția cardiacă trebuie monitorizată în continuare în timpul tratamentului (de exemplu, o dată la trei luni) pentru a facilita identificarea pacienților la care este posibil să apară disfuncție cardiacă. Pentru mai multe detalii, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosfamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (uneori letală) (vezi pct. 4.8).

Se recomandă evaluare cardiacă la inițierea tratamentului.

Tulburări oculare

La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid). Pacienții cu afectarea acuității vizuale trebuie să efectueze prompt un examen oftalmologic complet. În cazul în care se diagnostichează EM cistoid, trebuie oprit tratamentul cu docetaxel și trebuie inițiat tratamentul adecvat (vezi pct. 4.8).

Neoplazii primare secundare tratamentului

Au fost raportate neoplazii primare secundare tratamentului, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Neoplaziile primare secundare tratamentului (inclusiv leucemie mieloidă acută, sindrom mielodisplazic și limfom non-Hodgkin) pot apărea la câteva luni sau la câțiva ani după administrarea schemei de tratament care a conținut docetaxel. Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția neoplaziilor primare secundare tratamentului (vezi pct. 4.8)

Sindrom de liză tumorală

La administrarea de docetaxel, a fost raportată apariția sindromului de liză tumorală după primul sau cel de-al doilea ciclu de tratament (vezi pct. 4.8). Pacienții cu risc de apariție a sindromului de liză tumorală (de exemplu cu insuficiență renală, hiperuricemie, tumoră voluminoasă, evoluție rapidă) trebuie monitorizați cu atenție. Înainte de inițierea tratamentului, este recomandată corectarea deshidratării și tratarea valorilor crescute ale acidului uric.

Altele

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.6).

Trebuie evitată utilizarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) (vezi pct. 4.5).

Precauții suplimentare pentru utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Neutropenia complicată

La pacienții care au neutropenie complicată (neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), trebuie luate în considerare administrarea de G-CSF și reducerea dozei (vezi pct. 4.2).

Reacții gastro-intestinale

Simptome cum sunt durere și sensibilitate abdominală precoce, febră, diaree, cu sau fără neutropenie, pot fi manifestări precoce ale toxicității gastro-intestinale grave și trebuie evaluate și tratate prompt.

Insuficiența cardiacă congestivă (ICC)

Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția simptomelor de insuficiență cardiacă congestivă în timpul tratamentului și în perioada de urmărire. La pacienții tratați cu regimul TAC pentru cancer mamar cu ganglioni pozitivi, s-a demonstrat că riscul de apariție a ICC este mai mare în timpul primului an după tratament (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Pacienți cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi

Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind supraviețuirea fără semne de boală (SFB) și supraviețuirea globală (SG), raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale (vezi pct. 5.1).

Vârșnici

Precauții de utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Există date limitate referitoare la pacienții >70 ani tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată rezistent la castrare

Într-un studiu privind cancerul de prostată, din 333 pacienți tratați cu docetaxel, o dată la trei săptămâni, 209 pacienți aveau 65 ani sau peste și 68 pacienți aveau peste 75 ani. La pacienții tratați cu docetaxel o dată la trei săptămâni, incidența modificărilor unghiale atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 65 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența febrei, diareei, anorexiei și edemului periferic atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 75 ani sau peste, față de cei sub 65 ani.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată hormono-sensibil

Din cei 545 pacienți tratați cu docetaxel la interval de 3 săptămâni în cadrul unui studiu asupra cancerului de prostată hormono-sensibil (STAMPEDE), 296 pacienți au avut vârsta de 65 ani sau peste, iar 48 pacienți au avut vârsta de 75 ani sau peste. Mai mulți pacienți cu vârsta ≥ 65 ani din brațul cu docetaxel au raportat reacții de hipersensibilitate, neutropenie, anemie, retenție de lichide, dispnee și modificări ale unghiilor, comparativ cu pacienții cu vârsta mai mică de 65 ani. Niciuna dintre aceste creșteri ale frecvenței nu a atins o diferență de 10% față de brațul de control. La pacienții care au avut vârsta de 75 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri, neutropenia, anemia, diareea și infecțiile tractului respirator superior au fost raportate cu o incidență mai mare (cu cel puțin 10% mai mare).

Precauții de utilizare în adenocarcinomul gastric

În studiul privind cancerul gastric, dintre 300 pacienți (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II a studiului) tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, 74 erau în vârstă de 65 ani sau peste și 4 pacienți erau în vârstă de 75 ani sau peste. Incidența evenimentelor adverse grave a fost mai mare la persoanele vârstnice comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența următoarelor evenimente adverse (de toate gradele): letargie, stomatită, infecție neutropenică, a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții cu vârsta de 65 ani sau peste comparativ cu pacienții mai tineri.

Persoanele vârstnice tratate cu TCF trebuie supravegheate cu atenție.

Excipienți

Acest medicament conține 13% (m/m) etanol 95% v/v (alcool etilic), adică până la 252 mg etanol 95% v/v pe flacon cu solvent, echivalent cu 6 ml bere sau 2,6 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli hepatice sau epilepsie.

Trebuie avute în vedere posibile efecte asupra sistemului nervos central.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Studiile *in vitro* au evidențiat faptul că metabolizarea docetaxelului poate fi modificată prin administrarea concomitentă a unor compuși care induc, inhibă sau sunt metabolizați de citocromul P 450-3A (și astfel inhibă competitiv enzima), cum sunt ciclosporina, ketoconazolul și eritromicina. Ca rezultat, în cazul tratării concomitente a pacienților cu aceste medicamente, este necesară prudență, datorită riscului potențial de interacțiuni semnificative.

În cazul administrării concomitente cu inhibitori ai CYP3A4, poate crește apariția reacțiilor adverse la docetaxel, ca urmare a scăderii metabolizării. Dacă utilizarea concomitentă de inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) nu poate fi evitată, în timpul tratamentului cu un inhibitor puternic al CYP3A4 este necesară supravegherea clinică atentă și poate fi adecvată ajustarea dozei de docetaxel (vezi pct. 4.4). Într-un studiu de farmacocinetică, efectuat la 7 pacienți, administrarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitorul puternic al CYP3A4, ketoconazolul a determinat scăderea semnificativă a clearance-ului docetaxelului, cu 49%.

Farmacocinetica docetaxelului în prezența prednisonului a fost studiată la pacienții cu neoplasm de prostată metastazat. Docetaxelul este metabolizat de către CYP3A4, iar prednisonul este un inductor cunoscut al CYP3A4. Nu a fost observat un efect semnificativ statistic al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatiche în proporție mare (>95%). Cu toate că posibilele interacțiuni *in vivo* ale docetaxelului cu alte medicamente administrate concomitent nu au fost studiate specific, interacțiunile *in vitro* cu medicamente care se leagă în proporție mare de proteine, cum sunt eritromicină, difenhidramină, propranolol, propafenonă, fenitoină, salicilați, sulfametoxazol și valproat de sodiu, nu au influențat legarea de proteine a docetaxelului. În plus, dexametazona nu a influențat legarea de proteine a docetaxelului. Docetaxelul nu influențează legarea de proteine a digitoxinei.

Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora. Date limitate, dintr-un studiu fără grup de control, au fost sugestive pentru o interacțiune între docetaxel și carboplatină. Când s-a asociat cu docetaxel, clearance-ul carboplatinei a fost cu 50% mai mare decât valorile înregistrate anterior pentru carboplatină în monoterapie.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femeile aflate la vârsta fertilă /Contracepția la bărbați și femei

Femeile aflate la vârsta fertilă și bărbații cărora li se administrează docetaxel trebuie sfătuiți să evite sarcina și să nu procreeze și dacă rămân gravide să se adreseze imediat medicului curant.

Din cauza riscului genotoxic al docetaxelului (vezi pct. 5.3), femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel.

Sarcina

Nu există informații privind administrarea docetaxelului la femeile gravide. Docetaxelul s-a dovedit atât embriotoxic cât și fetotoxic la iepure și șobolan. Asemenea altor medicamente citotoxice, docetaxelul poate determina efecte nocive asupra fătului dacă este administrat femeilor gravide. De aceea, docetaxelul nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazului în care prezintă indicație fermă.

Alăptarea

Docetaxelul este o substanță lipofilă, dar nu se cunoaște dacă aceasta se excretă în laptele uman. În consecință, din cauza posibilelor reacții adverse la sugari, alăptarea trebuie întreruptă pe durata tratamentului cu docetaxel.

Fertilitatea

Studiile la animale au arătat că docetaxelul are efecte genotoxice și poate afecta fertilitatea la bărbați (vezi pct. 5.3). Prin urmare, bărbații tratați cu docetaxel trebuie să ceară sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament.

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

Nu s-au efectuat studii privind efectele asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cantitatea de alcool din acest medicament și reacțiile adverse ale medicamentului pot afecta negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje (vezi pct. 4.4 și 4.8). Prin urmare, pacienții trebuie avertizați asupra posibilului impact pe care cantitatea de alcool și reacțiile adverse ale acestui medicament le pot avea asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje și trebuie sfătuiți să nu conducă vehicule sau să folosească utilaje dacă apar aceste reacții adverse în timpul tratamentului.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță pentru toate indicațiile

Reacțiile adverse posibil sau probabil legate de administrarea de docetaxel au fost obținute de la:

- 1312 și 121 pacienți care au primit docetaxel în monoterapie 100 mg/m², respectiv 75 mg/m².
- 258 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină.
- 406 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină.
- 92 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu trastuzumab.
- 255 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu capecitabină.
- 332 pacienți (TAX327) care au primit docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 1276 pacienți (744 și 532 în TAX 316 și, respectiv, GEICAM 9805) care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).

- 300 pacienți cu adenocarcinom gastric (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II) care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 174 și 251 pacienți cu cancer al capului și gâtului care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 545 pacienți (studiul STAMPEDE) tratați cu docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA.

Aceste reacții au fost descrise utilizând criteriile uzuale de toxicitate ale NCI (gradul 3 = G3; gradul 3-4 = G3/4; gradul 4 = G4), termenii COSTART și MedDRA. Frecvențele sunt definite ca: 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).

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

Cele mai frecvent raportate reacții adverse ale docetaxel în monoterapie sunt: neutropenie (care a fost reversibilă și nu a fost cumulativă; durata mediană de atingere a valorii minime a fost de 7 zile, iar durata mediană a neutropeniei severe ($< 500/\text{mm}^3$) a fost de 7 zile), anemie, alopecie, greață, vărsături, stomatită, diaree și astenie. Severitatea reacțiilor adverse la docetaxel poate fi crescută atunci când docetaxel este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În cazul asocierii cu trastuzumab, sunt prezentate evenimentele adverse (toate gradele) raportate $\geq 10\%$. Față de docetaxel în monoterapie, în brațul cu trastuzumab în asociere s-a observat o creștere a incidenței EAG (40% față de 31%) și a EA de grad 4 (34% față de 23%).

Pentru asocierea cu capecitabină sunt prezentate cele mai frecvente reacții adverse atribuite tratamentului ($\geq 5\%$) raportate într-un studiu de fază III la pacienți cu cancer mamar cu eșec la tratamentul cu antraciclină (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

În cazul asocierii cu TDA și cu prednison sau prednisolon (studiul STAMPEDE), reacțiile adverse care au apărut pe parcursul celor 6 cicluri de tratament cu docetaxel și care au avut o incidență cu cel puțin 2% mai mare în brațul de tratament cu docetaxel, comparativ cu brațul de control, sunt prezentate utilizând gradele conform scalei de criterii comune privind terminologia evenimentelor adverse (*Common Terminology Criteria for Adverse Events CTCAE*).

Următoarele reacții adverse au fost observate frecvent la docetaxel:

Tulburări ale sistemului imunitar

Reacțiile de hipersensibilitate au apărut, în general, la câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel și au fost, de obicei, ușoare până la moderate. Cele mai frecvent raportate simptome au fost eritem facial tranzitoriu, erupții cutanate cu sau fără prurit, senzație de constricție toracică, durere lombară, dispnee și febră sau frisoane. Reacțiile severe au fost caracterizate prin hipotensiune arterială și/sau bronhospasm sau erupții cutanate/eritem generalizate (vezi pct. 4.4).

Tulburări ale sistemului nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe impune o reducere a dozei (vezi pct. 4.2 și 4.4). Semnele neurosenzoriale ușoare până la moderate sunt caracterizate de paretezii, disestezii sau durere inclusiv sub formă de arsură. Evenimentele neuromotorii sunt caracterizate în principal de slăbiciune.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Au fost observate reacții cutanate reversibile, în general considerate ușoare până la moderate. Reacțiile s-au caracterizat prin erupții cutanate, inclusiv erupții localizate, în principal pe picioare și mâini (inclusiv sindrom mână/picior sever), dar și pe brațe, față sau torace, frecvent asociate cu prurit. Erupțiile au apărut în general la o săptămână după perfuzia intravenoasă cu docetaxel. Au fost raportate mai puțin frecvent simptome severe cum sunt erupțiile urmate de descumare, care rareori au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2 și 4.4). Afecțiunile unghiale grave sunt caracterizate de hipo- sau hiperpigmentare și, uneori, durere și onicoliză.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Reacțiile la nivelul locului de perfuzie au fost în general ușoare și au constat în hiperpigmentare, inflamație, eritem sau uscăciune a pielii, flebită sau extravazare și ectazie venoasă. Retenția de lichide include evenimente ca edemul periferic și, mai puțin frecvent, efuziunea pleurală, efuziunea pericardică, ascita și creșterea în greutate. Edemul periferic debutează de obicei la extremitățile declive și poate deveni generalizat cu o creștere în greutate de 3 kg sau peste. Retenția de lichide este cumulativă ca incidență și severitate (vezi pct. 4.4).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5,7%; incluzând sepsis și pneumonie, letale în 1,7%)	Infecții asociate cu neutropenie G4 (G3/4: 4,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 76,4%); Anemie (G3/4: 8,9%); Neutropenie febrilă	Trombocitopenie (G4: 0,2%)	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 5,3%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 4,1%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 4%); Disgeuzie (severă: 0,07%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială; Hipertensiune arterială; Hemoragii	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (severă: 2,7%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 5,3%); Diaree (G3/4: 4%); Greață (G3/4: 4%); Vărsături (G3/4: 3%)	Constipație (severă: 0,2%); Durere abdominală (severă: 1%); Hemoragie gastro-intestinală (severă: 0,3%)	Esofagită (severă: 0,4%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 5,9%); Afectări unghiale (severe: 2,6%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 1,4%)	Artralgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Retenție de lichide (severă: 6,5%); Astenie (severă: 11,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere toracică de etiologie non-cardiacă (severă: 0,4%)	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<4%); Creșterea ASAT de G3/4 (<3%); Creșterea ALAT de G3/4 (<2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Tulburări hematologice și limfatice

Rare: episoade de sângerare asociate cu trombocitopenie de grad 3/4.

Tulburări ale sistemului nervos

Sunt disponibile date privind reversibilitatea la 35,3% din pacienți la care a apărut neurotoxicitate după tratamentul cu docetaxel în doză de 100 mg/m² în monoterapie. Aceste evenimente au fost reversibile spontan în decurs de 3 luni.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Foarte rare: un caz de alopecie ireversibilă până la sfârșitul studiului. 73% din reacțiile cutanate au fost reversibile în decurs de 21 zile.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Doza mediană cumulativă la întreruperea definitivă a tratamentului a fost peste 1000 mg/m², iar perioada mediană de reversibilitate a retenției de lichide a fost de 16,4 săptămâni (interval de 0 până la 42 săptămâni). Debutul retenției moderate și severe este întârziat (doza mediană cumulativă: 818,9 mg/m²) la pacienții cu premedicație comparativ cu pacienții fără premedicație (doza mediană cumulativă: 489,7 mg/m²); cu toate acestea, a fost raportată la câțiva pacienți în timpul primelor cicluri de tratament.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 54,2%); Anemie (G3/4: 10,8%); Trombocitopenie (G4: 1,7%)	Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (fără a fi severă)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 0,8%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2,5%)
Tulburări cardiace		Aritmie (fără a fi severă)
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 3,3%); Stomatită (G3/4: 1,7%); Vărsături (G3/4: 0,8%); Diaree (G3/4: 1,7%)	Constipație
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 0,8%)	Afectări unghiale (severe: 0,8%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 12,4%); Retenție de lichide (severă: 0,8%); Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asocieră cu doxorubicină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 7,8%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 91,7%); Anemie (G3/4: 9,4%); Neutropenie febrilă; Trombocitopenie (G4: 0,8%)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 1,2%)	
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 0,4%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0,4%)	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă; Aritmie (fără a fi severă)	
Tulburări vasculare			Hipotensiune arterială

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5%); Stomatită (G3/4: 7,8%); Diaree (G3/4: 6,2%); Vărsături (G3/4: 5%); Constipație		
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,4%); Reacție cutanată (fără a fi severă)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 8,1%); Retenție de lichide (severă: 1,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<2,5%)	Creșterea ASAT de G3/4 (<1%); Creșterea ALAT de G3/4 (<1%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 5,7%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 51,5%); Anemie (G3/4: 6,9%); Trombocitopenie (G4:0,5%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 2,5%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 3,7%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială (G3/4: 0,7%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 9,6%); Vărsături (G3/4: 7,6%); Diaree (G3/4: 6,4%); Stomatită (G3/4: 2%)	Constipație	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severă: 0,7%); Reacție cutanată (G3/4: 0,2%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 0,5%)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 9,9%); Retenție de lichide (severă: 0,7%); Febră (G3/4: 1,2%)	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (2,1%); Creșterea ALAT de G3/4 (1,3%)	Creșterea ASAT de G3/4 (0,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (0,3%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Neutropenie febrilă (include neutropenia asociată cu febră și utilizare de antibiotice) sau sepsis neutropenic	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări psihice	Insomnie	
Tulburări ale sistemului nervos	Parestezie; Cefalee; Disgeuzie; Hipoestezie	
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare	Limfedem	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Epistaxis; Durere faringolaringiană; Nazofaringită; Dispnee; Tuse; Rinoree	
Tulburări gastro-intestinale	Greață; Diaree; Vărsături; Constipație; Stomatită; Dispepsie; Durere abdominală	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Eritem; Erupții cutanate; Afectări unghiale	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie; Artralgie; Durere la nivelul extremităților; Durere osoasă; Durere lombară	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie; Edem periferic; Febră; Oboseală; Inflamație a mucoaselor; Durere; Afecțiuni asemănătoare gripei; Durere toracică; Frisoane	Letargie
Investigații diagnostice	Creștere în greutate	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Tulburări cardiace

Insuficiența cardiacă simptomatică a fost raportată la 2,2% dintre pacienții care au primit docetaxel plus trastuzumab comparativ cu 0% pacienți care au primit docetaxel în monoterapie. În brațul cu docetaxel plus trastuzumab, 64% dintre pacienți primiseră anterior o antraciclină ca tratament adjuvant, comparativ cu 55% în brațul cu docetaxel în monoterapie.

Tulburări hematologice și limfatice

Foarte frecvente: Toxicitatea hematologică a fost crescută la pacienții care primeau trastuzumab și docetaxel, comparativ cu docetaxel în monoterapie (32% neutropenie de grad 3/4 față de 22%, conform criteriilor NCI-CUT). Trebuie să se țină cont că aceasta este probabil o subestimare atâta timp cât docetaxelul în monoterapie în doză de 100 mg/m² este cunoscut că determină neutropenie la 97% dintre pacienți, dintre care, 76% de grad 4, pe baza valorilor minime ale numărului de celule. Incidența neutropeniei febrile/sepsisului neutropenic a fost, de asemenea, crescută la pacienții tratați cu Herceptin plus docetaxel (23% față de 17% la pacienții tratați cu docetaxel în monoterapie).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu capecitabină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări		Candidoză orală (G3/4: <1%)
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 63%); Anemia (G3/4: 10%)	Trombocitopenie (G3/4: 3%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1%); Scăderea apetitului alimentar	Deshidratare (G3/4: 2%)
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: <1%); Parestezie (G3/4: <1%)	Amețeli; Cefalee (G3/4: <1%); Neuropatie periferică
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Durere faringolaringiană (G3/4: 2%)	Dispnee (G3/4: 1%); Tuse (G3/4: <1%); Epistaxis (G3/4: <1%)
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 18%); Diaree (G3/4: 14%); Greață (G3/4: 6%); Vărsături (G3/4: 4%); Constipație (G3/4: 1%); Durere abdominală (G3/4: 2%); Dispepsie	Durere în abdomenul superior; Xerostomie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Sindrom mână/picior (G3/4: 24%); Alopecie (G3/4: 6%); Afectări unghiale (G3/4: 2%)	Dermatită; Erupții cutanate eritematoase (G3/4: <1%); Decolorare unghială; Onicoliză (G3/4: 1%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 2%); Artralgie (G3/4: 1%)	Durere la nivelul extremităților (G3/4: <1%); Durere lombară (G3/4: 1%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 3%); Febră (G3/4: 1%); Oboseală/slăbiciune (G3/4: 5%); Edem periferic (G3/4: 1%)	Letargie; Durere
Investigații diagnostice		Scădere în greutate Creșterea bilirubinemiei G3/4 (9%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 3,3%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Anemie (G3/4: 4,9%)	Trombocitopenie (G3/4: 0,6%); Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 0,6%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 1,2%); Disgeuzie (G3/4: 0%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0,6%)
Tulburări cardiace		Disfuncție ventriculară stângă (G3/4: 0,3%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Epistaxis (G3/4: 0%); Dispnee (G3/4: 0,6%); Tuse (G3/4: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 2,4%); Diaree (G3/4: 1,2%); Stomatită/Faringită (G3/4: 0,9%); Vărsături (G3/4: 1,2%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (fără a fi severe)	Erupții cutanate exfoliative (G3/4: 0,3%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Artralgie (G3/4: 0,3%); Mialgie (G3/4: 0,3%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Oboseală (G3/4: 3,9%); Retenție de lichide (severă: 0,6%)	

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA (studiul STAMPEDE)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3-4: 12 %) Anemie Neutropenie febrilă (G3-4: 15%)	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3-4: 1%)
Tulburări endocrine		Diabet (G3-4: 1%)
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie
Tulburări psihice	Insomnie (G3: 1%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (≥G3: 2%) ^a Cefalee	Amețeli
Tulburări oculare		Vedere încețoșată
Cardiac disorders		Hipotensiune arterială (G3: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (G3: 1%) Tuse (G3: 0%) Infecții ale tractului respirator superior (G3: 1%)	Faringită (G3: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3: 3%) Stomatită (G3: 0%) Constipație (G3: 0%) Greață (G3: 1%) Dispepsie Dureri abdominale (G3: 0%) Flatulență	Vărsături (G3: 1%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3: 3%) ^a Modificări la nivelul unghiilor (G3: 1%)	Erupție cutanată tranzitorie
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3-4: 2%) Simptome pseudogripale (G3: 0%) Astenie (G3: 0%) Retenție de lichide	Febră (G3: 1%) Candidoză orală Hipocalcemie (G3: 0%) Hipofosfatemie (G3-4: 1%) Hipopotasemie (G3: 0%)

^a Provenite din studiul GETUG AFU15

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805) – date limitate

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 2,4%); Infecție neutropenică (G3/4: 2,6%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Anemie (G3/4: 3%); Neutropenie (G3/4: 59,2%); Trombocitopenie (G3/4: 1,6%); Neutropenie febrilă (G3/4: NA)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3/4: 0,6%)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1,5%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: 0,6%); Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: <0,1%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)	Sincopă (G3/4: 0%); Neurotoxicitate (G3/4: 0%); Somnolență (G3/4: 0%)
Tulburări oculare	Conjunctivită (G3/4: <0,1%)	Tulburare de lacrimație (G3/4: <0,1%)	
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,2%)	
Tulburări vasculare	Bufeuri (G3/4: 0,5%)	Hipotensiune arterială (G3/4: 0%); Flebită (G3/4: 0%)	Limfedem (G3/4: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Tuse (G3/4: 0%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5,0%); Stomatită (G3/4: 6,0%); Vărsături (G3/4: 4,2%); Diaree (G3/4: 3,4%); Constipație (G3/4: 0,5%)	Durere abdominală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (persistentă: <3%); Afecțiuni cutanate (G3/4: 0,6%); Afectări unghiale (G3/4: 0,4%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 0,7%); Artralgie (G3/4: 0,2%)		
Tulburări ale aparatului genital și sânului	Amenoree (G3/4: NA)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 10,0%); Febră (G3/4: NA); Edem periferic (G3/4: 0,2%)		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate (G3/4: 0%); Scădere în greutate (G3/4: 0,2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la paciente cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805)

Tulburări ale sistemului nervos

În studiul TAX316 s-a observat că neuropatia senzitivă periferică a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire la 84 de pacienți (11,3%) din brațul TAC și la 15 pacienți (2%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) s-a observat că neuropatia senzitivă periferică este în evoluție la 10 pacienți(1,3%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,3%) din brațul FAC. În studiul GEICAM 9805, neuropatia senzitivă periferică cu debut în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 10 pacienți (1,9%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0.8 %) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a constatat neuropatie senzitivă periferică evolutivă la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări cardiace

În studiul TAX 316, 26 de pacienți (3,5%) din brațul TAC și 17 pacienți (2,3%) din brațul FAC au prezentat insuficiență cardiacă congestivă. Toți, cu excepția a câte un pacient din fiecare braț, au fost diagnosticați cu ICC la mai mult de 30 de zile după perioada de tratament. Doi pacienți din brațul TAC și 4 pacienți din brațul FAC au decedat din cauza insuficienței cardiace.

În studiul GEICAM 9805, 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și 3 pacienți (0,6%) din brațul FAC au dezvoltat insuficiență cardiacă congestivă în timpul perioadei de urmărire. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient din brațul TAC nu avea ICC și 1 pacient din brațul TAC a decedat din cauza cardiomiopatiei dilatative, iar în brațul FAC 1 pacient (0,2%) avea ICC.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

În studiul TAX 316 persistența alopeciei pe parcursul perioadei de urmărire, după sfârșitul chimioterapiei, a fost raportată la 687 din 744 de pacienți (92,3%) tratați cu TAC și la 645 din 736 de pacienți (87,6%) tratați cu FAC.

La sfârșitul perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), s-a observat că alopecia este în evoluție la 29 de pacienți (3,9%) tratați cu TAC și 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC. În studiul GEICAM 9805 alopecia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire, a fost observată ca fiind în evoluție la 49 de pacienți (9,2%) din brațul TAC și la 35 de pacienți (6,7%) din brațul FAC. Alopecia legată de medicamentul de investigat a apărut sau s-a agravat în timpul perioadei de urmărire la 42 de pacienți (7,9%) din brațul TAC și la 30 de pacienți (5,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), alopecia a fost observată ca fiind în evoluție la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări ale aparatului genital și sânelui

În studiul TAX 316, amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 202 din 744 paciente (27,2%) din brațul TAC și la 125 din 736 paciente (17%) din brațul FAC. S-a observat că amenoreea a persistat la încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) la 121 din 744 paciente (16,3%) tratate cu TAC și la 86 de paciente (11,7%) tratate cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 18 paciente (3,4%) din brațul TAC și la 5 paciente (1,0%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a observat persistența amenoreei la 7 paciente (1,3%) din brațul TAC și la 4 paciente (0,8%) din brațul FAC.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

În studiul TAX 316 edemul periferic, care a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost observat la 119 pacienți din 744 (16%) în brațul TAC și la 23 pacienți din 736 (3,1%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire

(mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), edemul periferic persista la 19 pacienți (2,6%) tratați cu TAC și la 4 pacienți (0,5%) tratați cu FAC.

În studiul TAX316 limfedemul care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportat la 11 din 744 pacienți (1,5%) tratați cu TAC și la 1 pacient din 736 (0,1%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența limfedemului la 6 pacienți (0,8%) tratați cu TAC și la 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC.

În studiul TAX316 astenia care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 236 din 744 pacienți (31,7%) tratați cu TAC și la 180 din 736 pacienți (24,5%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența asteniei la 29 pacienți (3,9%) tratați cu TAC și la 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC.

În studiul GEICAM 9805, edemul periferic care a debutat în timpul tratamentului, s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 4 pacienți (0,8%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient (0%) din brațul TAC nu mai avea edem periferic, iar în brațul FAC acesta a persistat la 1 pacient (0,2%).

Limfedemul care a debutat în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 5 pacienți (0,9%) în brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire, s-a observat persistența limfedemului la 4 pacienți (0,8%) în brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) în brațul FAC.

Astenia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 12 pacienți (2,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire s-a observat persistența asteniei la 2 pacienți (0,4%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC.

Leucemie acută / sindrom mielodisplazic

După o perioadă de urmărire de 10 ani în studiul TAX 316, leucemia acută a fost raportată la 3 din 744 de pacienți (0,4%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC. Un pacient (0,1%) tratat cu TAC și 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC au decedat din cauza leucemiei acute în timpul perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani). Sindromul mielodisplazic a fost raportat la 2 din 744 de pacienți (0,3%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC.

După 10 ani de urmărire în cadrul studiului GEICAM 9805, leucemia acută a apărut la 1 din 532 (0,2%) pacienți din brațul TAC. Nu au fost raportate cazuri la pacienți din brațul FAC. Niciun pacient nu a fost diagnosticat cu sindrom mielodisplazic în oricare dintre grupurile de tratament.

Complicații neutropenice

Tabelul de mai jos arată că incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a fost mai mică la pacienții cărora li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF după ce aceasta a devenit obligatorie în brațul TAC – studiul GEICAM.

Complicațiile neutropenice la pacienți în tratament cu TAC cu sau fără profilaxie primară cu G-CSF GEICAM (9805)

	Fără profilaxie primară cu G-CSF (n = 111) n (%)	Cu profilaxie primară cu G-CSF (n = 421) n (%)
Neutropenie (grad 4)	104 (93,7)	135 (32,1)
Neutropenie febrilă	28 (25,2)	23 (5,5)
Infecție neutropenică	14 (12,6)	21 (5,0)
Infecție neutropenică (grad 3-4)	2 (1,8)	5 (1,2)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție neutropenică; Infecție (G3/4: 11,7%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Anemia (G3/4: 20,9%); Neutropenie (G3/4: 83,2%); Trombocitopenie (G3/4: 8,8%); Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 1,7)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 11,7%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 8,7%)	Amețeli (G3/4: 2,3%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 1,3%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0%)
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului (G3/4: 0%)
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 1,0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3/4: 19,7%); Greață (G3/4: 16%); Stomatită (G3/4: 23,7%); Vărsături (G3/4: 14,3%)	Constipație (G3/4: 1,0%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,0%); Esofagită/disfagie/odinofagie (G3/4: 0,7%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%)	Erupții cutanate pruriginoase (G3/4: 0,7%); Afectări unghiale (G3/4: 0,7%); Exfoliere cutanată (G3/4: 0%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 19,0%); Febră (G3/4: 2,3%); Retenție de lichide (severă/care amenință viața: 1%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Tulburări hematologice și limfatice

Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 17,2%, respectiv 13,5% dintre pacienți, indiferent de utilizarea G-CSF. G-CSF a fost utilizat pentru profilaxia secundară la 19,3% dintre pacienți (10,7% din cicluri). Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 12,1%, respectiv 3,4% dintre pacienți care au primit G-CSF profilactic și la 15,6% și 12,9% dintre pacienți fără profilaxie cu G-CSF (vezi pct. 4.2).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul capului și gâtului la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 6,3%); Infecție neutropenică		
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 0,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 76,3%); Anemie (G3/4: 9,2%); Trombocitopenie (G3/4: 5,2%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (care nu este severă)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie; Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 0,6%)	Amețeli	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului	
Tulburări cardiace		Ischemie miocardică (G3/4: 1,7%)	Aritmie (G3/4: 0,6%)
Tulburări vasculare		Tulburări venoase (G3/4: 0,6%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 0,6%); Stomatită (G3/4: 4,0%); Diaree (G3/4: 2,9%); Vărsături (G3/4: 0,6%)	Constipație; Esofagită / Disfagie / Odinofagie (G3/4: 0,6%); Durere abdominală; Dispepsie; Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,6%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 10,9%)	Erupție cutanată pruriginoasă; Piele uscată; Exfoliere cutanată (G3/4: 0,6%)	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 3,4%); Pirexie (G3/4: 0,6%); Retenție de fluide; Edeme		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate	

- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 3,6%)	Infecție neutropenică	
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 1,2%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 83,5%); Anemie (G3/4: 12,4%); Trombocitopenie (G3/4: 4,0%); Neutropenie febrilă		
Tulburări ale sistemului imunitar			Hipersensibilizare
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 12,0%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie (G3/4: 0,4%); Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 1,2%)	Amețeli (G3/4: 2,0%); Neuropatie periferică motorie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală	Conjunctivită
Tulburări acustice și vestibulare	Tulburări ale auzului (G3/4: 1,2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 2,0%)	Ischemie miocardică
Tulburări vasculare			Tulburări venoase
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 13,9%); Stomatită (G3/4: 20,7%); Vărsături (G3/4: 8,4%); Diaree (G3/4: 6,8%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G 3/4: 12,0%); Constipație (G 3/4: 0,4%)	Dispepsie (G3/4: 0,8%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,2%); Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,4%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%); Erupecie cutanată pruriginoasă	Piele uscată; Exfoliere cutanată	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 4,0%); Pirexie (G3/4: 3,6%); Retenție de fluide (G3/4: 1,2%); Edeme (G3/4: 1,2%)		
Investigații diagnostice	Scădere în greutate		Creștere în greutate

Experiența după punerea pe piață

Tumori benigne, maligne și nespecificate (incluzând chisturi și polipi)

Au fost raportate (cu frecvență necunoscută) neoplazii primare secundare tratamentului, inclusiv limfom non-Hodgkin, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Au fost raportate (mai puțin frecvent) cazuri de leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic în studii clinice pivot efectuate la paciente cu neoplasm mamar tratate cu TAC.

Tulburări hematologice și limfatice

La docetaxel au fost raportate supresie medulară și alte reacții adverse hematologice. A fost raportată coagulare intravasculară diseminată (CID), deseori asociată cu sepsis sau insuficiență multiplă de organ.

Tulburări ale sistemului imunitar

Au fost raportate câteva cazuri de șoc anafilactic, uneori letal.

La pacienții care au dezvoltat anterior reacții de hipersensibilitate la paclitaxel au fost raportate reacții de hipersensibilitate la docetaxel (cu frecvență necunoscută).

Tulburări ale sistemului nervos

În cazul administrării de docetaxel, au fost observate cazuri rare de convulsii sau pierdere tranzitorie a conștienței. Aceste reacții apar uneori în timpul perfuzării medicamentului.

Tulburări oculare

Au fost raportate cazuri foarte rare de tulburări vizuale tranzitorii (flash-uri, fosfene, scotoame) care apar tipic în timpul perfuziei intravenoase a medicamentului și în asociere cu reacțiile de hipersensibilitate. Acestea au fost reversibile la întreruperea definitivă a perfuziei intravenoase. Au fost raportate cazuri rare de lăcrimare cu sau fără conjunctivită, în urma obstrucției canalului nazo-lacrimonar, care determină secreție lacrimală excesivă. La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid).

Tulburări acustice și vestibulare

Au fost raportate cazuri rare de ototoxicitate, tulburări ale auzului și/sau pierderea auzului.

Tulburări cardiace

Au fost raportate cazuri rare de infarct miocardic.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (cu frecvență necunoscută), uneori letală.

Tulburări vasculare

Rar, au fost raportate evenimente tromboembolice venoase.

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Rar, au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută și cazuri de pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, uneori letale. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri rare de pneumonită de iradiere.

Tulburări gastro-intestinale

Au fost raportate cazuri rare de enterocolită, inclusiv colită, colită ischemică și enterocolită neutropenică, care pot duce la deces (cu frecvență necunoscută).

Au fost raportate rare cazuri de deshidratare ca o consecință a evenimentelor gastro-intestinale, inclusiv enterocolită și perforație gastro-intestinală. Au fost raportate cazuri rare de ileus și obstrucție intestinală.

Tulburări hepatobiliare

Foarte rar au fost raportate cazuri de hepatită, uneori letală, în principal la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

La administrarea de docetaxel, au fost raportate cazuri de lupus eritematos cutanat, erupții buloase, cum este eritemul polimorf, și reacții adverse cutanate severe, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG). La docetaxel au fost raportate modificări asemănătoare sclerodermiei, precedate, de obicei, de limfedem periferic. Au fost raportate cazuri de alopecie permanentă (cu frecvență necunoscută).

Tulburări renale și ale căilor urinare

Au fost raportate afectarea funcției renale și insuficiență renală. La aproximativ 20% din aceste cazuri nu au existat factori de risc pentru insuficiență renală acută, precum asocierea cu medicamente nefrotoxice și tulburări gastro-intestinale.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Rar a fost raportată reactivarea fenomenelor post-iradiere.

Reactivarea reacțiilor la nivelul locului de injectare (recurența reacțiilor cutanate la locul unde s-a produs anterior o extravazare, după administrarea de docetaxel într-un loc diferit) a fost observată la locul unde a avut loc anterior o extravazare (cu frecvență necunoscută).

Retenția de lichide nu a fost însoțită de episoade acute de oligurie sau hipotensiune arterială. Rar, au fost raportate deshidratare și edem pulmonar.

Tulburări metabolice și de nutriție

Au fost raportate cazuri de dezechilibre ale electrolitemiei. Au fost raportate cazuri de hiponatremie, asociate mai ales cu deshidratarea, vărsăturile și pneumonia. Au fost observate hipopotasemie, hipomagneziemie și hipocalcemie, de regulă în asociere cu tulburări gastrointestinale și, în special, cu diaree. A fost raportată apariția sindromului de liză tumorală, posibil letal (cu frecvență necunoscută).

Tulburări musculo-scheletice

În cazul administrării de docetaxel, a fost raportată apariția miozitei (cu frecvență necunoscută).

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii 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

S-au raportat câteva cazuri de supradozaj. Nu se cunoaște antidotul pentru supradozajul cu docetaxel. În caz de supradozaj, pacientul trebuie internat într-o unitate specializată, iar funcțiile vitale trebuie monitorizate atent. În caz de supradozaj este de așteptat exacerbarea evenimentelor adverse. Complicațiile principale posibile ale supradozajului sunt supresia măduvei osoase, neurotoxicitate periferică și inflamații ale mucoaselor. Pacienții trebuie să primească G-CSF în doze terapeutice cât mai curând posibil după descoperirea supradozajului. În funcție de necesități, se vor institui alte măsuri terapeutice simptomatice adecvate.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: taxani, codul ATC: L01CD 02

Mecanism de acțiune

Docetaxelul este un antineoplazic care acționează prin facilitarea asamblării tubulinei în microtubuli stabili și inhibă dezasamblarea lor, ceea ce duce la o scădere marcată a tubulinei libere. Legarea docetaxelului de microtubuli nu modifică numărul de protofilamente.

S-a dovedit că *in vitro* docetaxelul dezorganizează rețeaua microtubulară a celulelor, care este esențială pentru funcțiile celulare vitale din timpul mitozei și interfazei.

Efecte farmacodinamice

S-a observat că docetaxelul este citotoxic *in vitro* împotriva unor variate linii celulare tumorale murine și umane, precum și asupra unor celule proaspăt excizate din tumori umane, în studiile clonogenice. Docetaxelul atinge concentrații intracelulare mari, cu un timp de remanență prelungit. În plus, s-a observat că docetaxelul este activ pe anumite linii celulare, dar nu pe toate, cu exprimare în exces a glicoproteinei P, care este codificată de gena rezistenței plurimedicamentease. *In vivo*, acțiunea docetaxelului nu depinde de schema de administrare și are un spectru larg de acțiune antitumorală experimentală împotriva metastazelor avansate, murine și umane.

Eficacitate și siguranță clinică

Cancer mamar

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă: tratament adjuvant

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi (TAX 316)

Datele dintr-un studiu clinic multicentric deschis, randomizat, susțin utilizarea docetaxel pentru tratamentul adjuvant al pacientelor cu cancer mamar operabil cu ganglioni pozitivi și SPK $\geq 80\%$, cu vârste între 18 și 70 ani. După stratificarea în funcție de numărul de ganglioni limfatici pozitivi (1-3, 4+), 1491 paciente au fost randomizate pentru a li se administra fie docetaxel 75 mg/m² la 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (brațul TAC), fie doxorubicină 50 mg/m², urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (brațul FAC). Ambele regimuri s-au administrat o dată la 3 săptămâni, 6 cicluri. Docetaxel a fost administrat în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, iar toate celelalte medicamente au fost administrate intravenos *in bolus*, în ziua 1. G-CSF s-a administrat ca profilaxie secundară la pacientele care au avut neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție). Pacientele din brațul TAC au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg oral, de două ori pe zi, timp de 10 zile, începând cu ziua 5 a fiecărui ciclu sau echivalent. În ambele brațe, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu receptori estrogenici și/sau progesteronici pozitivi au primit tamoxifen 20 mg/zi, timp de 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost prescrisă în funcție de ghidurile în vigoare în instituțiile respective, la

69% din pacientele care au primit TAC și la 72% din pacientele care au primit FAC. Au fost realizate două analize interimare și o analiză finală. Prima analiză interimară a fost planificată la 3 ani după data la care s-a realizat jumătate din înrolarea în studiu. A doua analiză interimară a fost făcută după ce au fost înregistrate global 400 de evenimente SFB, ceea ce a condus la o perioadă de urmărire cu mediana de 55 de luni. Analiza finală a fost realizată atunci când toți pacienții au atins vizita din al 10-lea an de urmărire (cu excepția cazului în care au avut un eveniment SFB sau au fost pierduți din urmărire înainte de această vizită). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost obiectivul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost obiectivul secundar de evaluare a eficacității.

S-a realizat o analiză finală cu o perioadă de urmărire cu mediana efectivă de 96 de luni. S-a demonstrat o supraviețuire fără semne de boală semnificativ mai mare la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC. Incidența recăderilor după 10 ani a fost redusă la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC (39% față de 45%), adică o reducere a riscului absolut cu 6% ($p = 0,0043$). De asemenea, supraviețuirea globală după 10 ani a fost crescută semnificativ în cazul TAC, față de FAC (76% față de 69%), adică o reducere absolută a riscului de deces cu 7% ($p = 0,002$). Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind SFB și SG, raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale.

În general, rezultatele studiului demonstrează un raport pozitiv beneficiu/risc al TAC, comparativ cu FAC.

Subseturile de paciente tratate cu TAC au fost analizate din punct de vedere al factorilor majori de prognostic, definiți prospectiv:

Subset de paciente	Număr de paciente	Supraviețuire fără semne de boală			Supraviețuire totală		
		Risc relativ*	ÎÎ 95%	p =	Risc relativ*	ÎÎ 95%	p =
Nr. de ganglioni pozitivi							
Total	745	0,80	0,68-0,93	0,0043	0,74	0,61-0,90	0,0020
1-3	467	0,72	0,58-0,91	0,0047	0,62	0,46-0,82	0,0008
4+	278	0,87	0,70-1,09	0,2290	0,87	0,67-1,12	0,2746

*un risc relativ sub 1 indică faptul că TAC se asociază cu o mai mare supraviețuire fără semne de boală și supraviețuire totală comparativ cu FAC.

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie (GEICAM 9805)

Date dintr-un studiu clinic multicentric, deschis, randomizat susțin utilizarea TAXOTERE în tratamentul adjuvant la paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie.

1060 paciente au fost randomizate să primească TAXOTERE 75 mg/m² administrat timp de 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (539 paciente în brațul TAC), sau doxorubicină 50 mg/m² urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (521 paciente în brațul FAC), ca tratament adjuvant al cancerului mamar operabil, cu ganglioni negativi, la paciente cu risc crescut de recidivă, conform criteriilor St. Gallen 1998 (dimensiunea tumorii >2 cm și/sau ER și PR negativi și/sau grad histologic/nuclear crescut (grad 2 până la 3) și/sau vârsta <35 ani). Ambele scheme de tratament au fost administrate o dată la 3 săptămâni timp de 6 cicluri. TAXOTERE a fost administrat sub formă de perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, toate celelalte medicamente au fost administrate pe cale intravenoasă în ziua 1 la fiecare trei săptămâni. Profilaxia primară cu G-CSF a devenit obligatorie după ce au fost randomizate 230 paciente în brațul TAC. Incidența neutropeniei de

grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a scăzut la pacientele care au primit profilaxie primară cu G-CSF (vezi pct. 4.8). În ambele brațe de tratament, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu tumori ER+ și/sau PgR+ au fost tratate cu tamoxifen 20 mg o dată pe zi timp de până la 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost administrată în conformitate cu ghidurile în vigoare în clinicile participante și a fost administrată la 57,3% dintre pacientele care au primit tratament cu TAC și 51,2% dintre pacientele care au primit tratament cu FAC.

Au fost efectuate o analiză primară și o analiză actualizată. Analiza primară a fost efectuată atunci când toți pacienții aveau o durată a perioadei de urmărire mai mare de 5 ani (durata mediană a perioadei de urmărire de 77 luni). Analiza actualizată a fost efectuată atunci când toți pacienții au ajuns la vizita din al 10-lea an al perioadei de urmărire (durata mediană a perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni) (cu excepția cazului în care au prezentat supraviețuire fără semne de boală sau au fost pierduți anterior din urmărire). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost criteriul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost criteriul secundar de evaluare a eficacității.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, s-a demonstrat supraviețuirea fără semne de boală semnificativ mai lungă pentru brațul TAC, comparativ cu brațul FAC. Pacientele tratate cu TAC au avut o reducere cu 32% a riscului de recidivă comparativ cu cele tratate cu FAC (risc relativ = 0,68, ÎI 95% (0,49-0,93), $p = 0,01$). După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 16,5% a riscului de recidivă, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,84, ÎI 95% (0,65-1,08), $p=0,1646$). Datele privind SFB nu au fost semnificative statistic, dar s-au asociat totuși cu o tendință pozitivă în favoarea TAC.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, supraviețuirea globală (SG) a fost mai mare în brațul TAC, pacientele tratate cu TAC având o scădere cu 24% a riscului de deces comparativ cu FAC (risc relativ = 0,76, ÎI 95% (0,46-1,26), $p = 0,29$). Cu toate acestea, distribuția SG nu a fost semnificativ diferită între cele 2 grupuri.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 9% a riscului de deces, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,91, ÎI 95% (0,63-1,32)).

Rata de supraviețuire după o perioadă de urmărire de 8 ani a fost de 93,7% în brațul TAC și de 91,4% în brațul FAC, iar după o perioadă de urmărire de 10 ani a fost de 91,3% în brațul TAC și de 89% în brațul FAC.

Raportul beneficiu/risc pozitiv pentru TAC, comparativ cu FAC a rămas nemodificat.

Subseturile de pacienți tratați cu TAC au fost analizate în analiza primară (după o perioadă mediană de urmărire de 77 luni) în conformitate cu principalii factori de prognostic definiți prospectiv (vezi tabelul de mai jos):

Analize subset-studiu cu tratament adjuvant la paciente cu cancer mamar cu ganglioni negativi (analiză în intenție de tratament)

Subset pacientă	Număr de paciente în grupul TAC	Supraviețuire fără semne de boală	
		Risc relativ*	ÎI 95%
Total	539	0,68	0,49-0,93
Vârștă categoria 1			
<50 ani	260	0,67	0,43-1,05
≥50 ani	279	0,67	0,43-1,05
Vârștă categoria 2			
<35 ani	42	0,31	0,11-0,89
≥35 ani	497	0,73	0,52-1,01
Status receptor hormonal			
Negativ	195	0,7	0,45-1,1
Pozitiv	344	0,62	0,4-0,97
Dimensiunea tumorii			
≤2 cm	285	0,69	0,43-1,1
>2 cm	254	0,68	0,45-1,04
Grad histologic			
Grad 1 (include grad neevaluat)	64	0,79	0,24-2,6
Grad 2	216	0,77	0,46-1,3
Grad 3	259	0,59	0,39-0,9
Status de menopauză			
Pre-menopauză	285	0,64	0,40-1
Post- menopauză	254	0,72	0,47-1,12

*un risc relativ (TAC/FAC) mai mic de 1 indică faptul că TAC este asociat cu o supraviețuire fără semne de boală mai mare comparativ cu FAC.

Analize subgrup experimental pentru supraviețuirea fără semne de boală la paciente care întrunesc criteriile St. Gallen 2009 pentru chimioterapie – (populație ITT) au fost efectuate și prezentate mai jos:

	TAC (n=539)	FAC (n=521)	Risc relativ (TAC/FAC) (ÎI 95%)	valoare p
Subgrupuri				
Întrunind indicația relativă pentru chimioterapie ^a				
Nu	18/214 (8,4%)	26/227 (11,5%)	0,796 (0,434 – 1,459)	0,4593
Da	48/325 (14,8%)	69/294 (23,5%)	0,606 (0,42 – 0,877)	0,0072

TAC = docetaxel, doxorubicină și ciclofosfamidă

FAC = 5-fluorouracil, doxorubicină și ciclofosfamidă

ÎI = interval de încredere; ER = receptor pentru estrogen

PR = receptor pentru progesteron

^a ER/PR-negativ sau grad 3 sau dimensiune a tumorii >5 cm

Riscul relativ a fost estimat utilizând modelul Cox de risc proporțional cu grupul de tratament ca factor.

TAXOTERE în monoterapie

Două studii randomizate comparative de fază III, efectuate cu docetaxel în doză și regimul recomandat, de 100 mg/m² administrate o dată la 3 săptămâni, au inclus un total de 326 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, respectiv 392 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu antracicline.

La pacienții cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, docetaxelul (75 mg/m² o dată la 3 săptămâni) a fost comparat cu doxorubicina. Docetaxelul a crescut rata de răspuns (52% față de 37%, p = 0,01) și a scăzut timpul de răspuns (12 săptămâni față de 23 săptămâni, p = 0,007), fără a modifica timpul de supraviețuire totală (docetaxel 15 luni față de doxorubicină 14 luni, p = 0,38) sau timpul până la progresie (docetaxel 27 săptămâni față de doxorubicină 23 săptămâni, p = 0,54). Dintre pacienții tratați cu docetaxel, 3 (2%) au întrerupt definitiv tratamentul datorită retenției de lichide, în comparație cu 15 pacienți tratați cu doxorubicină (9%), care au întrerupt definitiv tratamentul datorită toxicității cardiace (3 cazuri de insuficiență cardiacă congestivă letală).

La pacienții cu eșec la terapia cu antracicline, docetaxelul a fost comparat cu asocierea mitomicină C și vinblastină (12 mg/m² o dată la 6 săptămâni și 6 mg/m² o dată la 3 săptămâni). Docetaxelul crește rata de răspuns (33% față de 12%, p < 0,0001), prelungeste timpul până la progresie (19 săptămâni față de 11 săptămâni, p = 0,0004) și a prelungit supraviețuirea totală (11 luni față de 9 luni, p = 0,01).

În timpul acestor studii de fază III, profilul de siguranță al docetaxelului a fost în concordanță cu cel observat în studiile de fază II (vezi pct. 4.8).

S-a efectuat un studiu deschis, multicentric, randomizat, de fază III, pentru a compara docetaxel în monoterapie cu paclitaxel, în tratamentul cancerului mamar avansat, la pacienți a căror terapie anterioară a inclus o antraciclină. Un total de 449 pacienți au fost randomizate pentru a primi fie docetaxel în monoterapie 100 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, fie paclitaxel 175 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 3 ore. Ambele regimuri au fost administrate o dată la 3 săptămâni.

Fără a influența obiectivul final principal sau rata de răspuns global (32% față de 25%, p = 0,10), docetaxelul a prelungit timpul median până la progresie (24,6 săptămâni față de 15,6 săptămâni; p < 0,01) și supraviețuirea mediană (15,3 luni față de 12,7 luni; p = 0,03).

La docetaxel în monoterapie au fost observate mai multe evenimente adverse de grad 3/4 (55,4%), comparativ cu paclitaxel (23,0%).

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină

Un studiu amplu, randomizat, comparativ de fază III, care a cuprins 429 pacienți cu cancer mamar metastazat netratat anterior, a fost realizat cu doxorubicină 50 mg/m² în asociere cu docetaxel 75 mg/m² (brațul AT) comparativ cu doxorubicină 60 mg/m² în asociere cu ciclofosamidă 600 mg/m² (brațul AC). Ambele regimuri s-au administrat în ziua 1 o dată la 3 săptămâni.

- Timpul până la progresie (TPP) a fost semnificativ mai lung în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,0138). TPP median a fost 37,3 săptămâni (ÎI 95%: 33,4 - 42,1) în brațul AT și 31,9 săptămâni (ÎI 95%: 27,4 - 36,0) în brațul AC.
- Rata de răspuns global (RRG) a fost semnificativ mai mare în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,009). RRG a fost de 59,3% (ÎI 95%: 52,8 - 65,9) în brațul AT comparativ cu 46,5% (ÎI 95%: 39,8 - 53,2) în brațul AC.

În acest studiu, în brațul AT a existat o incidență mai mare a neutropeniei severe (90% față de 68,6%), neutropeniei febrile (33,3% față de 10%), infecțiilor (8% față de 2,4%), diareei (7,5% față de 1,4%), asteniei (8,5% față de 2,4%) și a durerii (2,8% față de 0%), comparativ cu brațul AC. Pe de altă parte, în brațul AC a existat o incidență crescută a anemiei severe (15,8% față de 8,5%) comparativ cu brațul

AT și, în plus, o incidență crescută a toxicității cardiace severe: insuficiență cardiacă congestivă (3,8% față de 2,8%), scădere absolută a FEVS $\geq 20\%$ (13,1% față de 6,1%), scădere absolută a FEVS $\geq 30\%$ (6,2% față de 1,1%). Decesul datorită reacțiilor adverse a survenit la 1 pacient din brațul AT (insuficiență cardiacă congestivă) și la 4 pacienți din brațul AC (1 prin șoc septic și 3 prin insuficiență cardiacă congestivă).

În ambele brațe, calitatea vieții, măsurată prin chestionarul EORTC, a fost comparabilă și stabilă în timpul tratamentului și ulterior.

TAXOTERE în asociere cu trastuzumab

Docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost studiat pentru tratamentul pacientelor cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. O sută optzeci și șase paciente au fost randomizate pentru a primi docetaxel (100 mg/m²), cu sau fără trastuzumab, dintre care 60% paciente au primit anterior chimioterapie adjuvantă pe bază de antraciline. Docetaxel plus trastuzumab a fost eficient la paciente, indiferent dacă au primit sau nu terapie adjuvantă cu antraciline. În acest studiu pivot, principala metodă de testare utilizată pentru a determina prezența HER2 a fost imunohistochimia (IHC). O mică parte din paciente au fost testate utilizând hibridizarea *in situ* cu fluorescență (HISF). În acest studiu, 87% din paciente au avut boală IHC 3+ și 95% din pacientele incluse au avut boală IHC 3+ și/sau pozitivă la testul HISF. Rezultatele de eficacitate sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Parametru	Docetaxel plus trastuzumab ¹ n = 92	Docetaxel ¹ n = 94
Rata de răspuns (95% ÎI 95%)	61% (50-71)	34% (25-45)
Durata mediană a răspunsului (luni) (ÎI 95%)	11,4 (9,2-15,0)	5,1 (4,4-6,2)
TPP median (luni) (ÎI 95%)	10,6 (7,6-12,9)	5,7 (5,0-6,5)
Supraviețuirea mediană (luni) (ÎI 95%)	30,5 ² (26,8-ne)	22,1 ² (17,6-28,9)

TPP = timpul până la progresie; "ne" indică faptul că nu a putut fi estimat sau nu a fost încă atins.

¹ Set complet de analiză (în intenția de tratament)

² Supraviețuirea mediană estimată

TAXOTERE în asociere cu capecitabină

Datele unui studiu de fază III, multicentric, randomizat, susțin utilizarea docetaxel în asociere cu capecitabină în tratamentul pacientelor cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul terapiei citotoxice care a inclus o antracilină. În acest studiu, 255 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel (75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, la fiecare 3 săptămâni) și capecitabină (1250 mg/m² de două ori pe zi timp de 2 săptămâni, urmat de 1 săptămână pauză). 256 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel în monoterapie (100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, o dată la 3 săptămâni). Supraviețuirea a fost superioară în brațul docetaxel + capecitabină (p = 0,0126). Supraviețuirea mediană a fost de 442 zile (docetaxel + capecitabină) față de 352 zile (docetaxel în monoterapie). Ratele globale de răspuns obiectiv în toată populația randomizată (evaluarea investigatorului) a fost de 41,6% (docetaxel + capecitabină) față de 29,7% (docetaxel în monoterapie); p = 0,0058. Timpul până la progresia bolii fost superior în brațul docetaxel + capecitabină (p < 0,0001). Timpul median până la progresie a fost de 186 zile (docetaxel + capecitabină) față de 128 zile (docetaxel în monoterapie).

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

Pacienți tratați anterior cu chimioterapie, cu sau fără radioterapie

Într-un studiu de fază III, care a cuprins pacienți tratați anterior, timpul până la progresie (12,3 săptămâni față de 7 săptămâni) a fost semnificativ mai lung pentru docetaxel în doză de 75 mg/m² comparativ cu Cea mai Bună Terapie de Susținere. Supraviețuirea la 1 an a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă în brațul cu docetaxel (40%) față de CBTS (16%).

La pacienții tratați cu docetaxel 75 mg/m² s-a redus necesarul de analgezice opioide (p <0,01), analgezice non-opioide (p <0,01), alte medicamente pentru boală (p = 0,06) și de radioterapie (p <0,01) comparativ cu CBTS.

Rata de răspuns global a fost de 6,8% la pacienții evaluabili, iar durata medie a răspunsului a fost de 26,1 săptămâni.

TAXOTERE în asociere cu derivați de platină la pacienții care nu au mai primit chimioterapie

Într-un studiu de fază III, 1218 pacienți cu CBPADCM nerezecabil, stadiul IIIB sau IV, cu SPK de 70% sau peste și care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune, au fost randomizați pentru docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmat imediat de cisplatină (Cis) 75 mg/m² timp de 30-60 minute, o dată la 3 săptămâni (TCis), docetaxel 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră în asociere cu carboplatină (ASC 6 mg/ml minut) timp de 30-60 minute o dată la 3 săptămâni, sau vinorelbina (V) 25 mg/m² administrată în 6-10 minute în zilele 1, 8, 15, 22, urmată de cisplatină 100 mg/m² administrată în zilele 1 ale ciclurilor o dată la 4 săptămâni (VCis).

Datele despre supraviețuire, timpul median până la progresie și ratele de răspuns pentru două din brațele studiului sunt prezentate în tabelul următor:

	TCis n = 408	VCis n = 404	Analiză statistică
Supraviețuirea globală (Obiectivul final principal): Supraviețuirea mediană (luni)	11,3	10,1	Risc relativ: 1,122 [Î 97,2%: 0,937; 1,342]*
Supraviețuirea la 1 an (%)	46	41	Diferență de tratament: 5,4% [Î 95%: -1,1; 12,0]
Supraviețuirea la 2 ani (%)	21	14	Diferență de tratament: 6,2% [Î 95%: 0,2; 12,3]
Timpul median până la progresie (săptămâni):	22,0	23,0	Risc relativ: 1,032 [Î 95%: 0,876; 1,216]
Rata de răspuns global (%):	31,6	24,5	Diferență de tratament: 7,1% [Î 95%: 0,7; 13,5]

*: Corectat pentru comparații multiple și ajustat pentru factorii de stratificare (stadiul bolii și regiunea tratamentului), pe baza populației de pacienți evaluabili.

Obiectivele finale secundare au inclus modificarea durerii, evaluarea globală a calității vieții prin EuroQoL-5D, Scala Simptomelor Cancerului Bronhopulmonar și modificările indicelui de performanță Karnofsky. Rezultatele pentru aceste obiective finale au susținut rezultatele pentru obiectivele finale principale.

Pentru asocierea docetaxel / carboplatină, nu a putut fi demonstrată eficacitate echivalentă sau non-inferioară față de tratamentul de referință, asocierea VCis.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Siguranța și eficacitatea docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon la pacienții cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare, au fost evaluate într-un studiu de fază III, multicentric, randomizat (TAX 327). Un total de 1006 pacienți cu SPK >60 au fost randomizați în următoarele grupuri:

- Docetaxel 75 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.
- Docetaxel 30 mg/m², administrat săptămânal în primele 5 săptămâni dintr-un ciclu de 6 săptămâni, 5 cicluri.
- Mitoxantronă 12 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.

Toate cele trei regimuri au fost administrate în asociere cu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, continuu.

Pacienții care au primit docetaxel o dată la 3 săptămâni au demonstrat o supraviețuire globală semnificativ mai lungă decât cei tratați cu mitoxantronă. Prolungirea supraviețuirii observată în grupul care a primit docetaxel săptămânal, nu a fost semnificativă statistic față de grupul martor cu mitoxantronă. Obiectivele finale privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul martor, sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Obiectiv final	Docetaxel o dată la 3 săptămâni	Docetaxel în fiecare săptămână	Mitoxantronă o dată la 3 săptămâni
Număr de pacienți	335	334	337
Supraviețuire mediană (luni)	18,9	17,4	16,5
Î 95%	(17,0-21,2)	(15,7-19,0)	(14,4-18,6)
Risc relativ	0,761	0,912	--
Î 95%	(0,619-0,936)	(0,747-1,113)	--
valoare p †*	0,0094	0,3624	--
Număr de pacienți	291	282	300
Rata de răspuns a ASP** (%)	45,4	47,9	31,7
Î 95%	(39,5-51,3)	(41,9-53,9)	(26,4-37,3)
valoare p *	0,0005	<0,0001	--
Număr de pacienți	153	154	157
Rata de răspuns a durerii (%)	34,6	31,2	21,7
Î 95%	(27,1-42,7)	(24,0-39,1)	(15,5-28,9)
valoare p*	0,0107	0,0798	--
Număr de pacienți	141	134	137
Rata de răspuns a tumorii (%)	12,1	8,2	6,6
Î 95%	(7,2-18,6)	(4,2-14,2)	(3,0-12,1)
valoare p*	0,1112	0,5853	--

† Test log rank stratificat

*Minim pentru semnificație statistic = 0,0175

**ASP: Antigen specific prostatic

Având în vedere că docetaxel administrat săptămânal a avut un profil de siguranță ușor mai bun decât docetaxel administrat o dată la 3 săptămâni, este posibil ca anumiți pacienți să beneficieze de docetaxel administrat săptămânal.

Nu au fost observate diferențe statistice între grupurile de tratament în ceea ce privește Calitatea Globală a Vieții.

Cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil

Studiul STAMPEDE

Siguranța și eficacitatea docetaxelului administrat concomitent cu standardul de tratament (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, au fost evaluate în cadrul unui studiu randomizat, multicentric, cu multiple stadii și brațe de tratament (*multi-arm multi-stage* MAMS), cu un design adaptat combinat de fază II/III (STAMPEDE - MRC PR08). Un total de 1776 pacienți de sex masculin au fost repartizați în brațele de tratament de interes:

- Standard de tratament + docetaxel 75 mg/m², administrat la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- Numai standardul de tratament

Schema de tratament cu docetaxel a fost administrată în asociere cu prednison sau prednisolon în doză de 5 mg, administrată de două ori pe zi, continuu.

Dintre cei 1776 pacienți randomizați, 1086 (61%) au avut boală metastatică, 362 au fost randomizați pentru administrarea de docetaxel în asociere cu standardul de tratament, 724 pentru administrarea numai a standardului de tratament.

La acești pacienți cu cancer de prostată metastazat, valoarea mediană a supraviețuirii globale a fost semnificativ mai mare în grupurile de tratament cu docetaxel, decât în grupul în care s-a administrat numai standardul de tratament, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 19 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la standardul de tratament (RR = 0,76, ÎI 95% = 0,62-0,92, p=0,005).

Rezultatele privind eficacitatea la pacienții cu cancer de prostată metastazat pentru brațul cu docetaxel, față de brațul de control, sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului în asociere cu prednison sau prednisolon și standardul de tratament în terapia pacienților cu cancer de prostate metastazat, hormono-sensibil (STAMPEDE)

Criteriu final de evaluare	Docetaxel + standardul de tratament	Numai standardul de tratament
Număr de pacienți cu cancer de prostată metastazat	362	724
Valoarea mediană a supraviețuirii globale (luni)	62	43
ÎI 95%	51-73	40-48
Risc relativ ajustat		0,76
ÎI 95%		(0,62-0,92)
valoarea p ^a		0,005
Supraviețuire fără eșecul tratamentului ^b		
Mediană (luni)	20,4	12
ÎI 95%	16,8-25,2	9,6-12
Risc relativ ajustat		0,66
ÎI 95%		(0,57-0,76)
Valoarea p ^a		< 0,001

^a valoarea p calculată prin testul raportului de probabilitate și ajustată pentru toți factorii de stratificare (cu excepția terapiei hormonale centrate și planificate) și stratificată în funcție de perioada din studiu

^b Supraviețuire fără eșec al tratamentului: perioada de timp de la randomizare până la prima dovadă a cel puțin uneia dintre: eșec din punct de vedere biochimic (definit ca o creștere a valorii PSA cu 50% mai mult decât valoarea minimă (nadir) din săptămâna 24 și peste 4 ng/ml și confirmată prin retestare sau tratament); progresie fie locală, în ganglionii limfatici, sau prin metastaze la distanță; eveniment la nivel scheletic; sau deces din cauza cancerului de prostată.

Studiul CHAARTED

Siguranța și eficacitatea administrării docetaxelului la începutul terapiei de deprivare androgenică (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, au fost evaluate într-un studiu randomizat, multicentric, de fază III (CHAARTED). Un total de 790 pacienți de sex masculin au fost repartizați în cele 2 grupuri de tratament.

- TDA + docetaxel 75 mg/m² cu administrare la începutul TDA, la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- TDA singur

Supraviețuirea globală mediană a fost semnificativ mai lungă în grupul de tratament cu docetaxel, decât în grupul cu numai cu TDA, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 13,6 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la TDA (risc relativ (RR) = 0,61, interval de încredere (ÎI) 95% = 0,47-0,80, p=0,0003).

Rezultatele privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul de control sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului și TDA în tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil (CHAARTED)

Criteriu final de evaluare	Docetaxel +TDA	Numai TDA
Număr de pacienți	397	393
Supraviețuirea globală mediană (luni)		
Toți pacienții	57,6	44,0
Î 95%	49,1-72,8	34,4-49,1
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,47-0,80)	--
Valoarea p ^a	0,0003	--
Supraviețuire fără progresia bolii		
Mediană (luni)	19,8	11,6
Î 95%	16,7-22,8	10,8-14,3
Risc relativ ajustat	0,60	--
Î 95%	0,51-0,72	--
Valoarea p*	P<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 6 luni – N(%)	127 (32,0)	77 (19,6)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 12 luni – N(%)	110 (27,7)	66 (16,8)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare ^b		
Mediană (luni)	20,2	11,7
Î 95%	(17,2-23,6)	(10,8-14,7)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,51-0,72)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic ^c		
Mediană (luni)	33,0	19,8
Î 95%	(27,3-41,2)	(17,9-22,8)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,50-0,75)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--

^a Variabile timp până la eveniment: test log-rank stratificat.

Variabile privind rata de răspuns: testul exact Fisher

* valoarea p pentru scop descriptiv.

** răspunsul privind PSA: răspunsul privind *Prostate-Specific Antigen*: valoarea PSA <0,2 ng/ml determinată prin două analize consecutive, la cel puțin 4 săptămâni distanță.

^b Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare = perioada de timp de la randomizare până la progresia PSA sau progresia clinică (adică creșterea metastazelor osoase simptomatice, progresie conform criteriilor *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (RECIST), sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului), oricare se instalează mai întâi.

^c Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic = perioada de timp de la randomizare până la progresia clinică (adică creșterea simptomelor metastazelor osoase; progresie conform criteriilor RECIST; sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului).

Adenocarcinom gastric

A fost efectuat un studiu multicentric, deschis, randomizat, pentru a se evalua siguranța și eficacitatea docetaxel în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastro-esofagiene, care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. Un total de 445 pacienți cu SPK >70 au fost tratați fie cu docetaxel (T) (75 mg/m² în ziua 1) în asociere cu cisplatină (C) (75 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (F) (750 mg/m² și zi, timp de 5 zile) sau cisplatină (100 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (1000 mg/m² și zi, timp de 5 zile). Durata unui ciclu de tratament a fost de 3 săptămâni pentru brațul TCF și de 4 săptămâni pentru brațul CF. Numărul median de cicluri administrate unui pacient a fost de 6 (interval de 1-16) pentru brațul TCF, comparativ cu 4 (interval de 1-12) pentru brațul CF. Timpul până la progresie (TPP) a fost obiectivul final principal. Reducerea riscului de progresie a fost de 32,1% și a fost asociat cu un TPP semnificativ mai lung (p = 0,0004) în favoarea brațului TCF. Supraviețuirea globală a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă (p = 0,0201) în favoarea brațului TCF, cu o reducere a riscului de mortalitate de 22,7%. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric

Obiectiv final	TCF n = 221	CF n = 224
TPP median (luni) (Î 95%)	5,6 (4,86-5,91)	3,7 (3,45-4,47)
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,473 (1,189-1,825) 0,0004	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	9,2 (8,38-10,58)	8,6 (7,16-9,46)
Estimat la 2 ani (%)	18,4	8,8
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,293 (1,041-1,606) 0,0201	
Rata de răspuns global (RC+RP) (%)	36,7	25,4
valoare p	0,0106	
Boală progresivă ca cel mai bun răspuns global (%)	16,7	25,9

* Test log rank nestratificat

Analizele subgrupurilor în funcție de vârstă, sex și rasă au favorizat sistematic brațul TCF comparativ cu brațul CF.

O analiză actualizată a supraviețuirii efectuată cu o durată mediană de urmărire de 41,6 luni, nu a mai arătat o diferență semnificativă statistic, deși întotdeauna în favoarea regimului TCF și a arătat că beneficiul TCF față de CF se observă clar între 18 și 30 luni de urmărire.

Per ansamblu, calitatea vieții (CV) și rezultatele privind beneficiul clinic au indicat sistematic o îmbunătățire în favoarea brațului TCF. Pacienții tratați cu TCF au avut un timp mai lung până la deteriorarea definitivă cu 5% a indicelui global al sănătății conform chestionarului QLQ-C30 (p = 0,0121) și au avut un timp mai lung până la agravarea definitivă a indicelui de performanță Karnofsky (p = 0,0088) comparativ cu pacienții tratați cu CF.

Cancer al capului și gâtului

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Siguranța și eficacitatea docetaxelului pentru tratamentul de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu clinic de fază III, randomizat, deschis, multicentric (TAX 323). În acest studiu, 358 pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil cu

status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul dintre cele două brațe de tratament. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² urmat de cisplatină 75 mg/m² urmată de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi în perfuzie intravenoasă continuă timp de 5 zile. Această schemă de tratament a fost administrată la fiecare trei săptămâni timp de 4 cicluri în cazul în care cel puțin un răspuns minor ($\geq 25\%$ reducere în dimensiunea tumorii măsurată bidimensional) a fost observat după 2 cicluri. La sfârșitul chimioterapiei, într-un interval minim de 4 săptămâni și într-un interval maxim de 7 săptămâni, pacienții a căror boală nu a progresat au primit radioterapie (RT) conform ghidurilor în vigoare timp de 7 săptămâni (TPF/RT). Radioterapia locoregională s-a efectuat în formă convențională (1,8 Gy - 2,0 Gy o dată pe zi, 5 zile pe săptămână cu o doză totală de 66 până la 70 Gy) sau în regim accelerat/hiperfracționat (de două ori pe zi, cu un interval de minim 6 ore între ședințe, timp de 5 zile pe săptămână. Pentru formele de radioterapie accelerată s-a recomandat o doză totală de 70 Gy, iar pentru formele de radioterapie hiperfracționată, 74 Gy. Rezecția chirurgicală a fost permisă după chimioterapie, înainte sau după radioterapie. Pacienții din brațul de tratament TPF au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg de două ori pe zi, oral, timp de 10 zile începând din a 5-a zi a fiecărui ciclu sau un echivalent. Obiectivul final principal în acest studiu, supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP), a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu PF, $p = 0,0042$ (SFP mediană: 11,4 luni versus 8,3 luni) cu un timp de supraveghere median global de 33,7 luni. De asemenea, supraviețuirea mediană globală a fost semnificativ mai mare în favoarea brațului TPF comparativ cu PF (SG mediană: 18,6 luni versus 14,5 luni) cu o scădere a mortalității de 28%, $p = 0,0128$. Rezultatele în ceea ce privește eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil (Analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 177	Cis + 5-FU n = 181
Supraviețuire mediană fără progresie a bolii (luni) (Î 95%)	11,4 (10,1-14,0)	8,3 (7,4-9,1)
Riscul relativ ajustat (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,55-0,89) 0,0042	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	18,6 (15,7-24,0)	14,5 (11,6-18,7)
Riscul relativ (Î 95%) ** valoarea p	0,72 (0,56-0,93) 0,0128	
Cel mai bun răspuns global la chimioterapie (%) (Î 95%) *** valoarea p	67,8 (60,4-74,6)	53,6 (46,0-61,0)
0,006		
Cel mai bun răspuns global la tratamentul din studiu [chimioterapie +/- radioterapie] (%) (Î 95%) *** valoarea p	72,3 (65,1-78,8)	58,6 (51,0-65,8)
0,006		
Durata mediană de răspuns la chimioterapie ± radioterapie (luni) (Î 95%)	n = 128 15,7 (13,4-24,6)	n = 106 11,7 (10,2-17,4)
Riscul relativ (Î 95%) ** valoarea p	0,72 (0,52-0,99) 0,0457	

Riscul relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + 5-FU

* Model Cox (ajustare pentru localizarea primară a tumorii, stadii clinice T, N și PSWHO)

** Test log rank

*** Test chi-pătrat

Parametrii calității vieții

Pacienții tratați cu TPF au prezentat o deteriorare semnificativ mai mică a scorului global de sănătate comparativ cu cei tratați cu PF ($p = 0,01$, utilizând scala EORTC QLQ-C30).

Parametrii de beneficiu clinic

Parametrii de beneficiu clinic ai scalei de evaluare a stării fizice PSS-HN, specifice cancerului capului și gâtului, care sunt măsurarea inteligibilității vorbirii, abilitatea de a mânca în public și de a se alimenta normal, au fost semnificativ în favoarea TPF comparativ cu PF.

Timpul median până la prima deteriorare a stării fizice conform scalei WHO a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu brațul de tratament cu PF. Scorul de intensitate a durerii s-a îmbunătățit în timpul tratamentului în ambele grupuri de tratament indicând o abordare terapeutică adecvată a durerii.

- **Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)**

Siguranța și eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local, al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu de fază III, randomizat, multicentric, deschis (TAX 324). În acest studiu, 501 pacienți cu CCSCG avansat local și cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul din cele două brațe. Populația studiului a inclus pacienți cu tumoră tehnic nerezecabilă, pacienți cu probabilitate mică de tratament chirurgical și pacienți la care se țintește păstrarea organului. Evaluarea eficacității și siguranței s-a făcut numai pe baza criteriilor finale de supraviețuire, iar succesul păstrării organului nu a fost luat în considerare în mod oficial. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă din ziua 1, urmată de cisplatină (P) 100 mg/m² administrată în perfuzie intravenoasă cu durata de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit chimioradioterapie (CRT) conform protocolului (TPF/CRT). Pacienții din brațul cu comparator au primit cisplatină (P) 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 30 minute până la trei ore în ziua 1, urmată de perfuzie intravenoasă continuă de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi din ziua 1 până în ziua 5. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit CRT conform protocolului (PF/CRT).

Pacienții din ambele brațe de tratament au primit CRT timp de 7 săptămâni după chimioterapia de inducție cu un interval minim de 3 săptămâni și nu mai târziu de 8 săptămâni după începerea ultimului ciclu (ziua 22 până la ziua 56 ale ultimului ciclu). În timpul radioterapiei, s-a administrat carboplatină (ASC 1,5) în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, maxim 7 doze. Radioterapia a fost aplicată cu echipament de megavoltaj cu fracționare o dată pe zi (2 Gy pe zi și săptămână timp de 7 săptămâni, în doză totală de 70-72 Gy). Tratamentul chirurgical la nivelul localizării principale a bolii și/sau la nivelul gâtului a putut fi luată în considerare la orice moment după încheierea CRT. Toți pacienții din brațul cu docetaxel au primit antibioterapie profilactică. Obiectivul principal de evaluare a eficacității în acest studiu, supraviețuirea globală (SG) a fost semnificativ mai mare (test log rank, $p = 0,0058$) în cazul schemei de tratament cu docetaxel, comparativ cu PF (SG mediană 70,6 versus 30,1 luni respectiv), cu reducerea riscului de mortalitate cu 30% comparativ cu PF (risc relativ (RR) = 0,70, interval de încredere (Î) 95% = 0,54-0,90), cu timp median de urmărire de 41,9 luni. Obiectivul secundar de evaluare a eficacității, SFP (35,5 luni pentru TPF și 13,1 pentru PF). De asemenea, aceasta a fost semnificativă statistic pentru RR de 0,71 Î 95% 0,56 - 0,90; test log rank $p = 0,004$. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție al pacienților cu CCSCG avansat local (analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 255	Cis + 5-FU n = 246
Supraviețuire globală mediană (luni) (Î 95%)	70,6 (49,0-NA)	30,1 (20,9-51,5)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,54-0,90) 0,0058	
FPS mediană (luni) (Î 95%)	35,5 (19,3-NA)	13,1 (10,6 – 20,2)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,71 (0,56 - 0,90) 0,004	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) la chimioterapie (%) (Î 95%) *** valoarea p	71,8 (65,8-77,2)	64,2 (57,9-70,2)
	0,070	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) a tratamentul din studiu [chimioterapie +/- chimioradioterapie] (%) (Î 95%) *** valoarea p	76,5 (70,8-81,5)	71,5 (65,5-77,1)
	0,209	

Un risc relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + fluorouracil

* test log-rank neajustat

** test log-rank neajustat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

*** test chi pătrat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

NA-nu este aplicabil

Copii și adolescenți

Agenția Europeană pentru Medicamente a suspendat obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu TAXOTERE la toate subgrupele de copii și adolescenți în cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Farmacocinetica docetaxelului a fost evaluată la pacienți cu cancer după administrarea a 20-115 mg/m² în studiile de fază I. Profilul cinetic al docetaxelului nu depinde de doză și corespunde unui model farmacocinetic tricompartimental, cu timpi de înjumătățire plasmatică pentru fazele α , β și γ (terminale) de 4 minute, 36 minute, și între 11,1 ore respectiv 17.5 ore, atunci când se recoltează până la 24 de ore. Un studiu suplimentar de evaluare a farmacocineticii docetaxelului în doze similare (75 – 100 mg/m²) la pacienți, dar pe un interval de timp mai lung (peste 22 de zile) a descoperit un timp de înjumătățire mediu terminal mai lung între 91 și 120 de ore. Faza tardivă se datorează, parțial, unui eflux relativ lent al docetaxelului din compartimentul periferic.

Distribuție

După administrarea unei doze de 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, s-a realizat o medie a concentrației plasmatice maxime de 3,7 μ g/ml, cu ASC de 4,6 ore• μ g/ml. Valorile medii ale

clearance-ului total și volumului relativ de distribuție la starea de echilibru au fost 21 l/oră și m², respectiv 113 l. Variațiile interindividuale ale clearance-ului total au fost de aproximativ 50%. Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție de peste 95%.

Eliminare

Un studiu cu docetaxel marcat cu ¹⁴C s-a efectuat la trei pacienți cu cancer. Docetaxelul s-a eliminat prin urină și fecale, după o metabolizare oxidativă mediată de citocromul P-450 la grupul esteric terț-butil, timp de 7 zile, excreția prin urină și fecale reprezentând aproximativ 6%, respectiv 75% din doza administrată marcată radioactiv. Aproximativ 80% din radioactivitatea regăsită în fecale se excretă în primele 48 ore după perfuzia intravenoasă, sub forma unui metabolit principal inactiv, 3 metaboliți inactivi minori și foarte mici cantități de medicament neschimbat.

Grupe speciale de pacienți

Vârstă și sex

Analiza farmacocinetică populațională s-a efectuat cu docetaxel la 577 pacienți. Parametrii farmacocinetici estimați prin model s-au apropiat de cei estimați în studiile de fază I. Farmacocinetica docetaxelului nu a depins de vârsta sau sexul pacientului.

Insuficiență hepatică

La un număr mic de pacienți (n = 23) cu rezultate ale analizelor biochimice sugerând insuficiența hepatică ușoară până la moderată (ASAT și ALAT ≥1,5 ori față de limita superioară a valorilor normale, asociat cu fosfataza alcalină ≥2,5 ori față de limita superioară a valorilor normale), clearance-ul total a fost redus în medie, cu 27% (vezi pct. 4.2).

Retenție de lichide

Clearance-ul docetaxelului nu a fost modificat la pacienții cu retenție de lichide ușoară până la moderată și nu există date disponibile pentru pacienții cu retenție severă de lichide.

Tratament asociat

Doxorubicină

În cazul administrării în asociere cu doxorubicină, acesta nu influențează clearance-ul doxorubicinei și concentrația plasmatică a doxorubicinolului (metabolitul doxorubicinei). Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora.

Capecitabină

Un studiu de fază I care a evaluat efectul capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului și invers nu a arătat niciun efect al capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului (C_{max} și ASC) și niciun efect al docetaxelului asupra farmacocineticii unui metabolit relevant al capecitabinei, 5'-DFUR.

Cisplatină

Clearance-ul docetaxelului în terapie asociată cu cisplatină a fost similar cu cel observat în monoterapie. Profilul farmacocinetic al cisplatinei administrată la scurt timp după perfuzia intravenoasă cu docetaxel este similar cu cel observat în cazul cisplatinei în monoterapie.

Cisplatină și 5-fluorouracil

Administrarea în asociere a docetaxelului cu cisplatină și 5-fluorouracil la 12 pacienți cu tumori solide nu a avut influență asupra farmacocineticii fiecărui medicament.

Prednison și dexametazonă

Efectul prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului administrat cu premedicație standard cu dexametazonă a fost studiat la 42 pacienți.

Prednison

Nu s-a observat un efect al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

5.3 Date preclinice de siguranță

Potențialul carcinogen al docetaxelului nu a fost studiat.

Docetaxelul a dovedit potențial genotoxic printr-un mecanism aneugen în studiile *in vitro* pe micronuclei și în testul aberațiilor cromozomiale efectuat pe celulele CHO-K1, precum și *in vivo* în testul micronucleilor la șoarece. Cu toate acestea, nu s-a dovedit mutagen în testul Ames și în analiza de mutație genică CHO/HGPRT. Aceste rezultate sunt în concordanță cu activitatea farmacologică a docetaxelului.

Reacțiile adverse la nivelul testiculelor, observate în studiile de toxicitate efectuate la rozătoare, sugerează faptul că docetaxelul poate afecta fertilitatea masculină.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Flaconul cu concentrat:

Polisorbat 80

Acid citric

Flaconul cu solvent:

Etanol 95%

Apă pentru preparate injectabile

6.2 Incompatibilități

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

6.3 Perioada de valabilitate

- 2 ani
- Soluția „amestec prealabil”: Soluția „amestec prealabil” conține docetaxel 10 mg/ml și trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea chimică și fizică a soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată pentru 8 ore dacă este păstrată la temperaturi între 2°C și 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).
- Soluția perfuzabilă: soluția perfuzabilă trebuie utilizată în decurs de 4 ore la temperatura camerei (sub 25°C).

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C sau sub 2°C.

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

Pentru condițiile de păstrare ale medicamentului diluat, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Fiecare cutie conține 1 blister cu:

- un flacon unidoză cu concentrat și
- un flacon unidoză cu solvent.

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă în flacon

Flacon din sticlă incoloră de tip I, cu capacitatea nominală de 7 ml, cu capac flip-off verde.

Acest flacon conține 0,5 ml dintr-o soluție de docetaxel 40 mg/ml în polisorbitat 80 (volum de umplere 24,4 mg/0,61 ml). Acest volum de umplere a fost stabilit în timpul dezvoltării TAXOTERE pentru a compensa pierderea de lichid în timpul preparării „amestecului prealabil”, datorită formării spumei, aderării la pereții flaconului și a "volumului mort". Această supraumplere asigură, după diluarea cu întregul conținut al flaconului cu solvent, existența unui volum minim de 2 ml „amestec prealabil”, care poate fi extras, conținând docetaxel 10 mg/ml, care corespunde cantității de 20 mg/0,5 ml per flacon, înscrisă pe etichetă.

Flaconul cu solvent

Flacon din sticlă incoloră de tip I, cu capacitatea nominală de 7 ml, cu un capac flip-off transparent, incolor.

Flaconul cu solvent conține 1,5 ml soluție 13% m/m etanol 95% în apă pentru preparate injectabile (volum de umplere 1,98 ml). Adăugarea întregului conținut al flaconului cu solvent la conținutul flaconului de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă asigură o concentrație a „amestecului prealabil” de docetaxel de 10 mg/ml.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu precauție. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, se recomandă spălarea imediată cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, se recomandă spălarea imediată cu multă apă.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

a) Prepararea soluției „amestec prealabil” de TAXOTERE (docetaxel 10 mg/ml)

Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, se scoate din frigider doar numărul de cutii de TAXOTERE necesare și se păstrează la temperatura camerei (sub 25°C) timp de 5 minute.

Se extrage printr-o tehnică aseptică, cu ajutorul unei seringi cu ac montat, întregul conținut al flaconului cu solvent pentru TAXOTERE, răsturnând parțial flaconul.

Se injectează întregul conținut în flaconul corespunzător de TAXOTERE.

Se scot seringă și acul și se omogenizează manual amestecul prin mișcări repetate de răsturnare timp de minimum 45 de secunde. Nu se agită.

Se lasă flaconul cu „amestec prealabil” în repaus timp de 5 minute la temperatura camerei (sub 25°C) și apoi se verifică dacă soluția este omogenă și limpede (prezența spumei este normală chiar și după 5 minute, datorită prezenței în formulare a polisorbitatului 80).

Soluția „amestec prealabil” conține docetaxel 10 mg/ml și trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată timp de 8 ore dacă se păstrează la temperaturi între 2°C și 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).

b) Prepararea soluției perfuzabile

Pentru obținerea dozei necesare unui pacient, poate fi necesar mai mult decât un flacon cu „amestec prealabil”. Pe baza dozei necesare respectivului pacient, exprimată în mg, se extrage printr-o tehnică

aseptică volumul de „amestec prealabil” care conține docetaxel 10 mg/ml, cu ajutorul unei seringi gradate cu ac atașat, din numărul corespunzător de flacoane cu „amestec prealabil”. De exemplu, o doză de 140 mg docetaxel necesită 14 ml soluție „amestec prealabil”.

Se injectează volumul necesar de „amestec prealabil” într-o pungă sau flacon de perfuzie de 250 ml, conținând fie soluție de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%).

Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 200 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.

Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.

Soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie administrată în decurs de 4 ore de la preparare, în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, printr-o tehnică aseptică, în condiții obișnuite de luminozitate și la temperatura camerei (sub 25°C).

Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția „amestec prealabil” și soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificate vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/001

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 27 noiembrie 1995

Data ultimei reînnoiri a autorizației: 24 ianuarie 2006

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

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

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare flacon unidoză de TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat conține docetaxel (sub formă de trihidrat), echivalent cu docetaxel (anhidru) 80 mg. Soluția vâscoasă conține docetaxel (anhidru) 40 mg/ml.

Excipienți cu efect cunoscut:

Fiecare flacon unidoză cu solvent conține 13% (m/m) etanol 95% v/v în apă pentru preparate injectabile (932 mg etanol 95% v/v).

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

Concentratul este o soluție limpede, vâscoasă, de culoare galbenă până la galben-marونیu.

Solventul este o soluție incoloră.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Cancer mamar

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă, pentru tratamentul adjuvant al pacienților cu:

- cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi
- cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi.

Pentru pacientele cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, tratamentul adjuvant trebuie limitat la pacientele care pot beneficia de chimioterapie, în conformitate cu criteriile stabilite la nivel internațional pentru tratamentul de primă intenție al cancerului mamar precoce (vezi pct. 5.1).

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, care nu au primit anterior tratament citotoxic pentru această afecțiune.

TAXOTERE este indicat în monoterapie pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul tratamentului citotoxic. Chimioterapia anterioară trebuie să fi inclus o antraciclina sau un agent alchilant.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu trastuzumab, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu capecitabina, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei citotoxice. Tratamentul anterior trebuie să fi inclus o antraciclina.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

TAXOTERE este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei sau înainte de aceasta.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină, pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, nerezecabil, avansat loco-regional sau metastazat, la pacienții care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune.

Cancer de prostată

TAXOTERE este indicat, în asociere cu prednison sau prednisolon, pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare.

TAXOTERE în asociere cu terapia de deprivare androgenică (TDA), împreună cu sau fără prednison sau prednisolon, este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil.

Adenocarcinom gastric

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastroesofagiene, care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

Cancer al capului și gâtului

TAXOTERE în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil este indicat pentru tratament de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase, al capului și gâtului, avansat local.

4.2 Doze și mod de administrare

Utilizarea docetaxel trebuie efectuată numai în unități specializate în administrarea chimioterapiei citotoxice și numai sub supravegherea unui medic calificat în administrarea chimioterapiei antineoplazice (vezi pct 6.6).

Doze

Pentru cancerul mamar, cancerul bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancerul gastric și cancerul capului și gâtului, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, dacă nu există contraindicații (vezi pct. 4.4), se poate utiliza o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi), timp de 3 zile.

Pentru cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, datorită utilizării concomitente de prednison sau prednisolon, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, la 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Pentru cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, indiferent de utilizarea concomitentă a prednisonului sau prednisolonului, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, administrată cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Profilactic se pot utiliza G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate.

Docetaxelul se administrează în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, o dată la 3 săptămâni.

Cancer mamar

Pentru tratamentul adjuvant al cancerului mamar operabil, cu și fără interesare ganglionară, doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² administrat la o oră după administrarea de doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² o dată la 3 săptămâni, timp de 6 cicluri (schema de tratament TAC) (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, doza recomandată de docetaxel în monoterapie este de 100 mg/m². Pentru tratamentul de primă linie, docetaxelul în doză de 75 mg/m² se asociază cu doxorubicină (50 mg/m²).

Doza de docetaxel recomandată în asociere cu trastuzumab este de 100 mg/m² o dată la trei săptămâni, cu trastuzumab administrat săptămânal. În studiul pivot, perfuzia intravenoasă inițială cu docetaxel a început în ziua imediat următoare primei doze de trastuzumab. Dozele următoare de docetaxel au fost administrate imediat după terminarea perfuziei intravenoase cu trastuzumab, dacă doza precedentă de trastuzumab a fost bine tolerată. Pentru doze și mod de administrare ale trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu capecitabină, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² o dată la trei săptămâni și capecitabină în doză de 1250 mg/m² de două ori pe zi (în interval de 30 minute după masă) timp de 2 săptămâni, urmate de 1 săptămână pauză. Pentru calculul dozei de capecitabină în funcție de suprafața corporală, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

La pacienții cu cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, netratați anterior cu chimioterapice, regimul de doze recomandat este docetaxel 75 mg/m², urmat imediat de cisplatină 75 mg/m² timp de 30-60 minute. Pentru tratamentul după eșec al chimioterapiei anterioare cu compuși de platină, doza recomandată este de 75 mg/m² în monoterapie.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m². Se administrează continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală (vezi pct. 5.1).

Cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri. Se poate administra continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală.

Adenocarcinom gastric

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 până la 3 ore (ambele numai în prima zi), urmate de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi, administrat în perfuzie intravenoasă continuă cu durata de 24 ore, timp de 5 zile, începând de la sfârșitul perfuziei intravenoase cu cisplatină. Tratamentul se repetă o dată la trei săptămâni. Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată pentru administrarea cisplatină. Trebuie să se utilizeze profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Cancer al capului și gâtului

Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată (înainte și după administrarea de cisplatină). Profilactic, poate fi utilizat G-CSF pentru a diminua riscul toxicității hematologice. Toți pacienții din brațul cu docetaxel al studiilor TAX 323 și TAX 324 au primit antibioterapie profilactică.

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Pentru tratamentul de inducție al carcinomului cu celule scuamoase, avansat local, inoperabil, al capului și gâtului (CCSCG), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² timp de 1 oră, în prima zi, urmate de 5-fluorouracil în perfuzie intravenoasă continuă cu 750 mg/m² și zi, timp de cinci zile. Acest regim terapeutic se administrează la fiecare 3 săptămâni, timp de 4 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să urmeze radioterapie.
- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)
Pentru tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local (tehnic nerezecabil, tratament chirurgical puțin probabil și ținând păstrarea organului), al capului și

gâtului (CCSCG), doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră în ziua 1, urmată de cisplatină 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Această schemă terapeutică se administrează la fiecare 3 săptămâni timp de 3 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să primească chimioradioterapie.

Pentru modificarea dozelor de cisplatină și 5-fluorouracil, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

Ajustarea dozelor în timpul tratamentului

Aspecte generale

Docetaxelul trebuie administrat când numărul neutrofilelor este $\geq 1500/\text{mm}^3$. La pacienții care în timpul tratamentului cu docetaxel au avut neutropenie febrilă, număr de neutrofile $< 500/\text{mm}^3$ timp de mai mult de o săptămână, reacții cutanate severe sau cumulative sau neuropatie periferică severă, doza de docetaxel trebuie redusă de la 100 mg/m² la 75 mg/m² și/sau de la 75 la 60 mg/m². Dacă pacientul continuă să aibă aceste reacții la doza de 60 mg/m², tratamentul trebuie întrerupt definitiv.

Tratament adjuvant pentru cancerul mamar

Trebuie luată în considerare profilaxia primară cu G-CSF în cazul pacientelor la care se administrează tratament adjuvant cu docetaxel, doxorubicină și ciclofosamidă (TAC) pentru cancer mamar. La pacientele care prezintă neutropenie febrilă și/sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă la 60 mg/m² în toate ciclurile următoare (vezi pct. 4.4 și 4.8). La pacientele care au stomatită de gradul 3 sau 4, trebuie redusă doza de docetaxel la 60 mg/m².

În asociere cu cisplatină

La pacienții cărora li se stabilește doza inițială de docetaxel de 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și a căror valoare minimă a numărului de trombocite în timpul ciclului anterior de tratament este de $< 25000/\text{mm}^3$, la pacienții care au avut neutropenie febrilă sau la pacienții cu fenomene toxice non-hematologice grave, doza de docetaxel în ciclurile următoare trebuie redusă la 65 mg/m². Pentru ajustarea dozelor de cisplatină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În asociere cu capecitabină

- Pentru ajustarea dozelor de capecitabină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.
- La pacienții care dezvoltă pentru prima dată toxicitate de grad 2 care persistă până la ciclul următor de docetaxel/capecitabină, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0-1 și se reia cu 100% din doza inițială.
- La pacienții care dezvoltă pentru a doua oară toxicitate de grad 2 sau pentru prima oară toxicitate de grad 3, în orice moment al ciclului terapeutic, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0 - 1 și apoi se reia cu docetaxel 55 mg/m².
- Pentru orice altă toxicitate dezvoltată ulterior sau pentru orice toxicitate de grad 4, tratamentul cu docetaxel se întrerupe definitiv.

Pentru ajustarea dozelor de trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Dacă în pofida utilizării de G-CSF survine un episod de neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Dacă survin episoade ulterioare de neutropenie complicată, doza de docetaxel trebuie redusă de la 60 la 45 mg/m². În caz de trombocitopenie de grad 4, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Pacienții nu trebuie retratați cu cicluri ulterioare de docetaxel până când numărul neutrofilelor nu revine la o valoare $> 1500/\text{mm}^3$, iar plachetele la o valoare $> 100000/\text{mm}^3$. Dacă aceste fenomene toxice persistă, tratamentul se întrerupe definitiv (vezi pct. 4.4).

Modificările de doză recomandate în caz de fenomene toxice la pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (5-FU):

Toxicitate	Ajustarea dozei
Diaree de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: se reduce apoi doza de docetaxel cu 20%.
Diaree de grad 4	Primul episod: se reduc dozele de docetaxel și 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă a tratamentului.
Stomatită/mucozită de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al treilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.
Stomatită/mucozită de grad 4	Primul episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al doilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.

Pentru ajustarea dozelor de cisplatină și 5-FU, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În studiile clinice pivot CCSCG la pacienții care au prezentat neutropenie complicată (incluzând neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), s-a recomandat să se utilizeze G-CSF pentru a furniza o acoperire profilactică (de exemplu ziua 6-15) în toate ciclurile următoare.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență hepatică

Pe baza datelor de farmacocinetică obținute după administrarea de docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, la pacienții care prezintă creșteri, atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât limita superioară a valorilor normale (LSVN), cât și ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² (vezi pct. 4.4 și 5.2). La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN asociat cu fosfatază alcalină >2,5 × LSVN și bilirubină >1 × LSVN; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date despre pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea TAXOTERE în carcinomul nazo-faringian la copii cu vârsta de 1 lună până la mai puțin de 18 ani nu au fost încă stabilite.

Nu există date relevante privind utilizarea TAXOTERE la copii și adolescenți pentru indicațiile de cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III.

Persoane vârstnice

Pe baza unei analize farmacocinetice populaționale, nu există instrucțiuni speciale privind administrarea la persoanele vârstnice.

În cazul asocierii cu capecitabină, la pacienții cu vârsta de 60 ani și peste, se recomandă o reducere a dozei inițiale de capecitabină de 75% (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

Mod de administrare

Pentru instrucțiuni cu privire la prepararea și administrarea medicamentului vezi pct. 6.6.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la docetaxel sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Docetaxelul nu trebuie administrat la pacienții care au anterior inițierii tratamentului un număr de neutrofile $<1500/\text{mm}^3$.

Docetaxelul nu trebuie utilizat la pacienții cu insuficiență hepatică severă, deoarece nu sunt disponibile date (vezi pct. 4.2 și 4.4).

Când sunt utilizate și alte medicamente în asociere cu docetaxel, se respectă, de asemenea, contraindicațiile acestora.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În cazul cancerului mamar și cancerului bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi) timp de 3 zile, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, în absența contraindicațiilor corticoterapiei, poate reduce incidența și severitatea retenției de lichide, precum și severitatea reacțiilor de hipersensibilitate. În cazul cancerului de prostată, premedicația constă în administrarea de dexametazonă 8 mg, oral, cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de administrarea perfuziei intravenoase cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

Hematologie

Neutropenia este cea mai frecventă reacție adversă la docetaxel. Valorile minime ale numărului de neutrofile apar după 7 zile ca valoare mediană, dar acest interval poate fi mai scurt la pacienții tratați anterior cu doze mari. La toți pacienții tratați cu docetaxel trebuie efectuată monitorizarea frecventă a hemogramei complete. Pacienții trebuie să reînceapă tratamentul cu docetaxel atunci când numărul neutrofilelor revine la $\geq 1500/\text{mm}^3$ (vezi pct. 4.2).

În caz de neutropenie severă ($<500/\text{mm}^3$ timp de șapte zile sau mai mult) pe parcursul unui ciclu de tratament cu docetaxel, se recomandă o reducere a dozelor pentru ciclurile ulterioare sau utilizarea măsurilor simptomatice adecvate (vezi pct. 4.2).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (TCF), la cei care au primit G-CSF profilactic, neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut cu frecvență mai mică. Pacienții tratați cu TCF trebuie să primească profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TCF trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă (TAC), neutropenia febrilă și/sau infecția neutropenică au apărut cu frecvențe mai mici atunci când pacienților li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF. Profilaxia primară cu G-CSF trebuie luată în considerare la pacientele care primesc tratament adjuvat cu TAC pentru cancer mamar pentru a reduce riscul de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TAC trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

Reacții gastrointestinale

Se recomandă prudență în cazul pacienților cu neutropenie, la care există un risc semnificativ mai mare de apariție a complicațiilor gastrointestinale. Cu toate că majoritatea cazurilor au survenit în timpul primului sau celui de-al doilea ciclu de tratament care conține docetaxel, enterocolita poate apărea în orice moment și poate duce la deces chiar din prima zi de apariție. Pacienții trebuie atent monitorizați pentru manifestările precoce ale reacțiilor grave de toxicitate gastrointestinală (vezi pct. 4.2, 4.4 Hematologie și 4.8).

Reacții de hipersensibilitate

Pacienții trebuie supravegheați cu atenție pentru apariția reacțiilor de hipersensibilitate, îndeosebi în timpul primei și celei de-a doua perfuzii intravenoase. Reacțiile de hipersensibilitate pot să apară în decurs de câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel, de aceea trebuie să fie disponibile mijloace de tratament al hipotensiunii arteriale și bronhospasmului. În cazul în care apar reacții de hipersensibilitate, simptomele minore, cum sunt eritemul facial tranzitoriu sau reacțiile cutanate localizate, nu necesită întreruperea temporară a tratamentului. Cu toate acestea, reacțiile severe, cum sunt hipotensiunea arterială severă, bronhospasmul sau erupțiile cutanate/eritemul generalizate, necesită întreruperea imediată și definitivă a administrării docetaxelului și instituirea tratamentului adecvat. Pacienții care au avut reacții severe de hipersensibilitate nu mai trebuie tratați cu docetaxel. La pacienții care au dezvoltat anterior o reacție de hipersensibilitate la paclitaxel poate exista riscul să apară reacții de hipersensibilitate, inclusiv unele mai severe. Acești pacienți trebuie atent monitorizați în timpul inițierii tratamentului.

Reacții cutanate

S-a observat eritem cutanat localizat al extremităților (la nivelul palmelor și plantelor) cu edem, urmat de descumare. S-au raportat simptome severe cum sunt erupții cutanate urmate de descumare, care au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

În cadrul tratamentului cu docetaxel, au fost raportate reacții adverse cutanate severe (RACS), cum sunt sindrom Stevens-Johnson (SSJ), necroliză epidermică toxică (NET) și pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG). Pacienții trebuie informați despre semnele și simptomele manifestărilor cutanate grave și monitorizați atent. Dacă apar semne și simptome sugestive pentru aceste reacții adverse, trebuie luată în considerare întreruperea administrării de docetaxel.

Retenție de lichide

Pacienții cu retenție severă de lichide, de exemplu efuziune pleurală, efuziune pericardică și ascită trebuie supravegheați cu atenție.

Tulburări respiratorii

Au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută, pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, care se pot asocia cu evoluție letală. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri de pneumonită de iradiere.

Dacă se instalează simptome pulmonare noi sau cele existente se agravează, pacienții trebuie monitorizați cu atenție, evaluați prompt și tratați în mod adecvat. Se recomandă întreruperea terapiei cu docetaxel până când este stabilit diagnosticul. Aplicarea precoce a tratamentului de susținere poate ajuta la ameliorarea afecțiunii. Beneficiul reluării tratamentului cu docetaxel trebuie evaluat cu atenție.

Pacienți cu insuficiență hepatică

La pacienții tratați cu docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, cu creșteri atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât LSVN, cât și creșteri ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, există un risc mai mare de apariție a unor reacții adverse severe, cum sunt decesele de cauză toxică, incluzând sepsis și hemoragie gastro-intestinală posibil letale, neutropenie febrilă, infecții, trombocitopenie, stomatită și astenie. De aceea, la pacienții cu valori crescute ale testelor funcționale hepatice (TFH), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m², iar TFH trebuie efectuate la începutul și înainte de fiecare ciclu de tratament (vezi pct. 4.2).

La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN, asociat cu

fosfatază alcalină $>2,5 \times \text{LSVN}$ și bilirubină $>1 \times \text{LSVN}$; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date cu privire la pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Pacienți cu insuficiență renală

Nu există date disponibile cu privire la pacienții cu funcție renală sever afectată, tratați cu docetaxel.

Sistem nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe necesită o reducere a dozei (vezi pct. 4.2).

Toxicitate cardiacă

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost observată insuficiență cardiacă, în special după chimioterapia conținând o antraciclină (doxorubicină sau epirubicină). Aceasta poate fi moderată până la severă și a fost asociată cu deces (vezi pct. 4.8).

Când pacienții sunt eligibili pentru tratamentul cu docetaxel în asociere cu trastuzumab, ei trebuie să fie inițial evaluați din punct de vedere cardiac. Funcția cardiacă trebuie monitorizată în continuare în timpul tratamentului (de exemplu, o dată la trei luni) pentru a facilita identificarea pacienților la care este posibil să apară disfuncție cardiacă. Pentru mai multe detalii, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosfamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (uneori letală) (vezi pct. 4.8).

Se recomandă evaluare cardiacă la inițierea tratamentului.

Tulburări oculare

La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid). Pacienții cu afectarea acuității vizuale trebuie să efectueze prompt un examen oftalmologic complet. În cazul în care se diagnostichează EM cistoid, trebuie oprit tratamentul cu docetaxel și trebuie inițiat tratamentul adecvat (vezi pct. 4.8).

Neoplazii primare secundare tratamentului

Au fost raportate neoplazii primare secundare tratamentului, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Neoplaziile primare secundare tratamentului (inclusiv leucemie mieloidă acută, sindrom mielodisplazic și limfom non-Hodgkin) pot apărea la câteva luni sau la câțiva ani după administrarea schemei de tratament care a conținut docetaxel. Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția neoplaziilor primare secundare tratamentului (vezi pct. 4.8)

Sindrom de liză tumorală

La administrarea de docetaxel, a fost raportată apariția sindromului de liză tumorală după primul sau cel de-al doilea ciclu de tratament (vezi pct. 4.8). Pacienții cu risc de apariție a sindromului de liză tumorală (de exemplu cu insuficiență renală, hiperuricemie, tumoră voluminoasă, evoluție rapidă) trebuie monitorizați cu atenție. Înainte de inițierea tratamentului, este recomandată corectarea deshidratării și tratarea valorilor crescute ale acidului uric.

Altele

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.6).

Trebuie evitată utilizarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) (vezi pct. 4.5).

Precauții suplimentare pentru utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Neutropenia complicată

La pacienții care au neutropenie complicată (neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), trebuie luate în considerare administrarea de G-CSF și reducerea dozei (vezi pct. 4.2).

Reacții gastro-intestinale

Simptome cum sunt durere și sensibilitate abdominală precoce, febră, diaree, cu sau fără neutropenie, pot fi manifestări precoce ale toxicității gastro-intestinale grave și trebuie evaluate și tratate prompt.

Insuficiența cardiacă congestivă (ICC)

Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția simptomelor de insuficiență cardiacă congestivă în timpul tratamentului și în perioada de urmărire. La pacienții tratați cu regimul TAC pentru cancer mamar cu ganglioni pozitivi, s-a demonstrat că riscul de apariție a ICC este mai mare în timpul primului an după tratament (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Pacienți cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi

Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind supraviețuirea fără semne de boală (SFB) și supraviețuirea globală (SG), raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale (vezi pct. 5.1).

Vârșnici

Precauții de utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Există date limitate referitoare la pacienții >70 ani tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată rezistent la castrare

Într-un studiu privind cancerul de prostată, din 333 pacienți tratați cu docetaxel, o dată la trei săptămâni, 209 pacienți aveau 65 ani sau peste și 68 pacienți aveau peste 75 ani. La pacienții tratați cu docetaxel o dată la trei săptămâni, incidența modificărilor unghiale atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 65 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența febrei, diareei, anorexiei și edemului periferic atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 75 ani sau peste, față de cei sub 65 ani.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată hormono-sensibil

Din cei 545 pacienți tratați cu docetaxel la interval de 3 săptămâni în cadrul unui studiu asupra cancerului de prostată hormono-sensibil (STAMPEDE), 296 pacienți au avut vârsta de 65 ani sau peste, iar 48 pacienți au avut vârsta de 75 ani sau peste. Mai mulți pacienți cu vârsta ≥ 65 ani din brațul cu docetaxel au raportat reacții de hipersensibilitate, neutropenie, anemie, retenție de lichide, dispnee și modificări ale unghiilor, comparativ cu pacienții cu vârsta mai mică de 65 ani. Niciuna dintre aceste creșteri ale frecvenței nu a atins o diferență de 10% față de brațul de control. La pacienții care au avut vârsta de 75 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri, neutropenia, anemia, diareea și infecțiile tractului respirator superior au fost raportate cu o incidență mai mare (cu cel puțin 10% mai mare).

Precauții de utilizare în adenocarcinomul gastric

În studiul privind cancerul gastric, dintre 300 pacienți (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II a studiului) tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, 74 erau în vârstă de 65 ani sau peste și 4 pacienți erau în vârstă de 75 ani sau peste. Incidența evenimentelor adverse grave a fost mai mare la persoanele vârstnice comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența următoarelor evenimente adverse (de toate gradele): letargie, stomatită, infecție neutropenică, a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții cu vârsta de 65 ani sau peste comparativ cu pacienții mai tineri.

Persoanele vârstnice tratate cu TCF trebuie supravegheate cu atenție.

Excipienți

Acest medicament conține 13% (m/m) etanol 95% v/v (alcool etilic), adică până la 932 mg etanol 95% v/v pe flacon cu solvent, echivalent cu 23 ml bere sau 9,5 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli hepatice sau epilepsie.

Trebuie avute în vedere posibile efecte asupra sistemului nervos central.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Studiile *in vitro* au evidențiat faptul că metabolizarea docetaxelului poate fi modificată prin administrarea concomitentă a unor compuși care induc, inhibă sau sunt metabolizați de citocromul P 450-3A (și astfel inhibă competitiv enzima), cum sunt ciclosporina, ketoconazolul și eritromicina. Ca rezultat, în cazul tratării concomitente a pacienților cu aceste medicamente, este necesară prudență, datorită riscului potențial de interacțiuni semnificative.

În cazul administrării concomitente cu inhibitori ai CYP3A4, poate crește apariția reacțiilor adverse la docetaxel, ca urmare a scăderii metabolizării. Dacă utilizarea concomitentă de inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) nu poate fi evitată, în timpul tratamentului cu un inhibitor puternic al CYP3A4 este necesară supravegherea clinică atentă și poate fi adecvată ajustarea dozei de docetaxel (vezi pct. 4.4). Într-un studiu de farmacocinetică, efectuat la 7 pacienți, administrarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitorul puternic al CYP3A4, ketoconazolul a determinat scăderea semnificativă a clearance-ului docetaxelului, cu 49%.

Farmacocinetica docetaxelului în prezența prednisonului a fost studiată la pacienții cu neoplasm de prostată metastazat. Docetaxelul este metabolizat de către CYP3A4, iar prednisonul este un inductor cunoscut al CYP3A4. Nu a fost observat un efect semnificativ statistic al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatiche în proporție mare (>95%). Cu toate că posibilele interacțiuni *in vivo* ale docetaxelului cu alte medicamente administrate concomitent nu au fost studiate specific, interacțiunile *in vitro* cu medicamente care se leagă în proporție mare de proteine, cum sunt eritromicină, difenhidramină, propranolol, propafenonă, fenitoină, salicilați, sulfametoxazol și valproat de sodiu, nu au influențat legarea de proteine a docetaxelului. În plus, dexametazona nu a influențat legarea de proteine a docetaxelului. Docetaxelul nu influențează legarea de proteine a digitoxinei.

Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora. Date limitate, dintr-un studiu fără grup de control, au fost sugestive pentru o interacțiune între docetaxel și carboplatină. Când s-a asociat cu docetaxel, clearance-ul carboplatinei a fost cu 50% mai mare decât valorile înregistrate anterior pentru carboplatină în monoterapie.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femeile aflate la vârsta fertilă /Contracepția la bărbați și femei

Femeile aflate la vârsta fertilă și bărbații cărora li se administrează docetaxel trebuie sfătuiți să evite sarcina și să nu procreeze și dacă rămân gravide să se adreseze imediat medicului curant.

Din cauza riscului genotoxic al docetaxelului (vezi pct. 5.3), femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel.

Sarcina

Nu există informații privind administrarea docetaxelului la femeile gravide. Docetaxelul s-a dovedit atât embriotoxic cât și fetotoxic la iepure și șobolan. Asemenea altor medicamente citotoxice, docetaxelul poate determina efecte nocive asupra fătului dacă este administrat femeilor gravide. De aceea, docetaxelul nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazului în care prezintă indicație fermă.

Alăptarea

Docetaxelul este o substanță lipofilă, dar nu se cunoaște dacă aceasta se excretă în laptele uman. În consecință, din cauza posibilelor reacții adverse la sugari, alăptarea trebuie întreruptă pe durata tratamentului cu docetaxel.

Fertilitatea

Studiile la animale au arătat că docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați (vezi pct. 5.3). Prin urmare, bărbații tratați cu docetaxel trebuie să ceară sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament.

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

Nu s-au efectuat studii privind efectele asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cantitatea de alcool din acest medicament și reacțiile adverse ale medicamentului pot afecta negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje (vezi pct. 4.4 și 4.8). Prin urmare, pacienții trebuie avertizați asupra posibilului impact pe care cantitatea de alcool și reacțiile adverse ale acestui medicament le pot avea asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje și trebuie sfătuiți să nu conducă vehicule sau să folosească utilaje dacă apar aceste reacții adverse în timpul tratamentului.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță pentru toate indicațiile

Reacțiile adverse posibil sau probabil legate de administrarea de docetaxel au fost obținute de la:

- 1312 și 121 pacienți care au primit docetaxel în monoterapie 100 mg/m², respectiv 75 mg/m².
- 258 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină.
- 406 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină.
- 92 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu trastuzumab.
- 255 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu capecitabină.
- 332 pacienți (TAX327) care au primit docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 1276 pacienți (744 și 532 în TAX 316 și, respectiv, GEICAM 9805) care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).

- 300 pacienți cu adenocarcinom gastric (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II) care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 174 și 251 pacienți cu cancer al capului și gâtului care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 545 pacienți (studiul STAMPEDE) tratați cu docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA.

Aceste reacții au fost descrise utilizând criteriile uzuale de toxicitate ale NCI (gradul 3 = G3; gradul 3-4 = G3/4; gradul 4 = G4), termenii COSTART și MedDRA. Frecvențele sunt definite ca: 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).

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

Cele mai frecvent raportate reacții adverse ale docetaxel în monoterapie sunt: neutropenie (care a fost reversibilă și nu a fost cumulativă; durata mediană de atingere a valorii minime a fost de 7 zile, iar durata mediană a neutropeniei severe ($< 500/\text{mm}^3$) a fost de 7 zile), anemie, alopecie, greață, vărsături, stomatită, diaree și astenie. Severitatea reacțiilor adverse la docetaxel poate fi crescută atunci când docetaxel este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În cazul asocierii cu trastuzumab, sunt prezentate evenimentele adverse (toate gradele) raportate $\geq 10\%$. Față de docetaxel în monoterapie, în brațul cu trastuzumab în asociere s-a observat o creștere a incidenței EAG (40% față de 31%) și a EA de grad 4 (34% față de 23%).

Pentru asocierea cu capecitabină sunt prezentate cele mai frecvente reacții adverse atribuite tratamentului ($\geq 5\%$) raportate într-un studiu de fază III la pacienți cu cancer mamar cu eșec la tratamentul cu antraciclină (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

În cazul asocierii cu TDA și cu prednison sau prednisolon (studiul STAMPEDE), reacțiile adverse care au apărut pe parcursul celor 6 cicluri de tratament cu docetaxel și care au avut o incidență cu cel puțin 2% mai mare în brațul de tratament cu docetaxel, comparativ cu brațul de control, sunt prezentate utilizând gradele conform scalei de criterii comune privind terminologia evenimentelor adverse (*Common Terminology Criteria for Adverse Events* CTCAE).

Următoarele reacții adverse au fost observate frecvent la docetaxel:

Tulburări ale sistemului imunitar

Reacțiile de hipersensibilitate au apărut, în general, la câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel și au fost, de obicei, ușoare până la moderate. Cele mai frecvent raportate simptome au fost eritem facial tranzitoriu, erupții cutanate cu sau fără prurit, senzație de constricție toracică, durere lombară, dispnee și febră sau frisoane. Reacțiile severe au fost caracterizate prin hipotensiune arterială și/sau bronhospasm sau erupții cutanate/eritem generalizate (vezi pct. 4.4).

Tulburări ale sistemului nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe impune o reducere a dozei (vezi pct. 4.2 și 4.4). Semnele neurosenzoriale ușoare până la moderate sunt caracterizate de paretezii, disestezii sau durere inclusiv sub formă de arsură. Evenimentele neuromotorii sunt caracterizate în principal de slăbiciune.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Au fost observate reacții cutanate reversibile, în general considerate ușoare până la moderate. Reacțiile s-au caracterizat prin erupții cutanate, inclusiv erupții localizate, în principal pe picioare și mâini (inclusiv sindrom mână/picior sever), dar și pe brațe, față sau torace, frecvent asociate cu prurit. Erupțiile au apărut în general la o săptămână după perfuzia intravenoasă cu docetaxel. Au fost raportate mai puțin frecvent simptome severe cum sunt erupțiile urmate de descumare, care rareori au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2 și 4.4). Afecțiunile unghiale grave sunt caracterizate de hipo- sau hiperpigmentare și, uneori, durere și onicoliză.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Reacțiile la nivelul locului de perfuzie au fost în general ușoare și au constat în hiperpigmentare, inflamație, eritem sau uscăciune a pielii, flebită sau extravazare și ectazie venoasă. Retenția de lichide include evenimente ca edemul periferic și, mai puțin frecvent, efuziunea pleurală, efuziunea pericardică, ascita și creșterea în greutate. Edemul periferic debutează de obicei la extremitățile declive și poate deveni generalizat cu o creștere în greutate de 3 kg sau peste. Retenția de lichide este cumulativă ca incidență și severitate (vezi pct. 4.4).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5,7%; incluzând sepsis și pneumonie, letale în 1,7%)	Infecții asociate cu neutropenie G4 (G3/4: 4,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 76,4%); Anemie (G3/4: 8,9%); Neutropenie febrilă	Trombocitopenie (G4: 0,2%)	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 5,3%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 4,1%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 4%); Disgeuzie (severă: 0,07%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială; Hipertensiune arterială; Hemoragii	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (severă: 2,7%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 5,3%); Diaree (G3/4: 4%); Greață (G3/4: 4%); Vărsături (G3/4: 3%)	Constipație (severă: 0,2%); Durere abdominală (severă: 1%); Hemoragie gastro-intestinală (severă: 0,3%)	Esofagită (severă: 0,4%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 5,9%); Afectări unghiale (severe: 2,6%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 1,4%)	Artralgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Retenție de lichide (severă: 6,5%); Astenie (severă: 11,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere toracică de etiologie non-cardiacă (severă: 0,4%)	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<4%); Creșterea ASAT de G3/4 (<3%); Creșterea ALAT de G3/4 (<2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Tulburări hematologice și limfatice

Rare: episoade de sângerare asociate cu trombocitopenie de grad 3/4.

Tulburări ale sistemului nervos

Sunt disponibile date privind reversibilitatea la 35,3% din pacienți la care a apărut neurotoxicitate după tratamentul cu docetaxel în doză de 100 mg/m² în monoterapie. Aceste evenimente au fost reversibile spontan în decurs de 3 luni.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Foarte rare: un caz de alopecie ireversibilă până la sfârșitul studiului. 73% din reacțiile cutanate au fost reversibile în decurs de 21 zile.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Doza mediană cumulativă la întreruperea definitivă a tratamentului a fost peste 1000 mg/m², iar perioada mediană de reversibilitate a retenției de lichide a fost de 16,4 săptămâni (interval de 0 până la 42 săptămâni). Debutul retenției moderate și severe este întârziat (doza mediană cumulativă: 818,9 mg/m²) la pacienții cu premedicație comparativ cu pacienții fără premedicație (doza mediană cumulativă: 489,7 mg/m²); cu toate acestea, a fost raportată la câțiva pacienți în timpul primelor cicluri de tratament.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 54,2%); Anemie (G3/4: 10,8%); Trombocitopenie (G4: 1,7%)	Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (fără a fi severă)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 0,8%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2,5%)
Tulburări cardiace		Aritmie (fără a fi severă)
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 3,3%); Stomatită (G3/4: 1,7%); Vărsături (G3/4: 0,8%); Diaree (G3/4: 1,7%)	Constipație
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 0,8%)	Afectări unghiale (severe: 0,8%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 12,4%); Retenție de lichide (severă: 0,8%); Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asocieră cu doxorubicină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 7,8%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 91,7%); Anemie (G3/4: 9,4%); Neutropenie febrilă; Trombocitopenie (G4: 0,8%)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 1,2%)	
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 0,4%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0,4%)	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă; Aritmie (fără a fi severă)	
Tulburări vasculare			Hipotensiune arterială

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5%); Stomatită (G3/4: 7,8%); Diaree (G3/4: 6,2%); Vărsături (G3/4: 5%); Constipație		
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,4%); Reacție cutanată (fără a fi severă)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 8,1%); Retenție de lichide (severă: 1,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<2,5%)	Creșterea ASAT de G3/4 (<1%); Creșterea ALAT de G3/4 (<1%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 5,7%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 51,5%); Anemie (G3/4: 6,9%); Trombocitopenie (G4:0,5%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 2,5%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 3,7%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială (G3/4: 0,7%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 9,6%); Vărsături (G3/4: 7,6%); Diaree (G3/4: 6,4%); Stomatită (G3/4: 2%)	Constipație	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severă: 0,7%); Reacție cutanată (G3/4: 0,2%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 0,5%)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 9,9%); Retenție de lichide (severă: 0,7%); Febră (G3/4: 1,2%)	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (2,1%); Creșterea ALAT de G3/4 (1,3%)	Creșterea ASAT de G3/4 (0,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (0,3%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Neutropenie febrilă (include neutropenia asociată cu febră și utilizare de antibiotice) sau sepsis neutropenic	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări psihice	Insomnie	
Tulburări ale sistemului nervos	Parestezie; Cefalee; Disgeuzie; Hipoestezie	
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală; conjunctivită	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare	Limfedem	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Epistaxis; Durere faringolaringiană; Nazofaringită; Dispnee; Tuse; Rinoree	
Tulburări gastro-intestinale	Greață; Diaree; Vărsături; Constipație; Stomatită; Dispepsie; Durere abdominală	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Eritem; Erupții cutanate; Afectări unghiale	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie; Artralgie; Durere la nivelul extremităților; Durere osoasă; Durere lombară	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie; Edem periferic; Febră; Oboseală; Inflamație a mucoaselor; Durere; Afecțiuni asemănătoare gripei; Durere toracică; Frisoane	Letargie
Investigații diagnostice	Creștere în greutate	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Tulburări cardiace

Insuficiența cardiacă simptomatică a fost raportată la 2,2% dintre pacienții care au primit docetaxel plus trastuzumab comparativ cu 0% pacienți care au primit docetaxel în monoterapie. În brațul cu docetaxel plus trastuzumab, 64% dintre pacienți primiseră anterior o antraciclină ca tratament adjuvant, comparativ cu 55% în brațul cu docetaxel în monoterapie.

Tulburări hematologice și limfatice

Foarte frecvente: Toxicitatea hematologică a fost crescută la pacienții care primeau trastuzumab și docetaxel, comparativ cu docetaxel în monoterapie (32% neutropenie de grad 3/4 față de 22%, conform criteriilor NCI-CUT). Trebuie să se țină cont că aceasta este probabil o subestimare atâta timp cât docetaxelul în monoterapie în doză de 100 mg/m² este cunoscut că determină neutropenie la 97% dintre pacienți, dintre care, 76% de grad 4, pe baza valorilor minime ale numărului de celule. Incidența neutropeniei febrile/sepsisului neutropenic a fost, de asemenea, crescută la pacienții tratați cu Herceptin plus docetaxel (23% față de 17% la pacienții tratați cu docetaxel în monoterapie).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu capecitabină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări		Candidoză orală (G3/4: <1%)
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 63%); Anemia (G3/4: 10%)	Trombocitopenie (G3/4: 3%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1%); Scăderea apetitului alimentar	Deshidratare (G3/4: 2%)
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: <1%); Parestezie (G3/4: <1%)	Amețeli; Cefalee (G3/4: <1%); Neuropatie periferică
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Durere faringolaringiană (G3/4: 2%)	Dispnee (G3/4: 1%); Tuse (G3/4: <1%); Epistaxis (G3/4: <1%)
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 18%); Diaree (G3/4: 14%); Greață (G3/4: 6%); Vărsături (G3/4: 4%); Constipație (G3/4: 1%); Durere abdominală (G3/4: 2%); Dispepsie	Durere în abdomenul superior; Xerostomie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Sindrom mână/picior (G3/4: 24%); Alopecie (G3/4: 6%); Afectări unghiale (G3/4: 2%)	Dermatită; Erupții cutanate eritematoase (G3/4: <1%); Decolorare unghială; Oniciliză (G3/4: 1%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 2%); Artralgie (G3/4: 1%)	Durere la nivelul extremităților (G3/4: <1%); Durere lombară (G3/4: 1%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 3%); Febră (G3/4: 1%); Oboseală/slăbiciune (G3/4: 5%); Edem periferic (G3/4: 1%)	Letargie; Durere
Investigații diagnostice		Scădere în greutate Creșterea bilirubinemiei G3/4 (9%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 3,3%)	
Tulburări hematologice și limfatic	Neutropenie (G3/4: 32%); Anemie (G3/4: 4,9%)	Trombocitopenie (G3/4: 0,6%); Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 0,6%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 1,2%); Disgeuzie (G3/4: 0%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0,6%)
Tulburări cardiace		Disfuncție ventriculară stângă (G3/4: 0,3%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Epistaxis (G3/4: 0%); Dispnee (G3/4: 0,6%); Tuse (G3/4: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 2,4%); Diaree (G3/4: 1,2%); Stomatită/Faringită (G3/4: 0,9%); Vărsături (G3/4: 1,2%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (fără a fi severe)	Erupții cutanate exfoliative (G3/4: 0,3%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Artralgie (G3/4: 0,3%); Mialgie (G3/4: 0,3%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Oboseală (G3/4: 3,9%); Retenție de lichide (severă 0,6%)	

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA (studiul STAMPEDE)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3-4: 12 %) Anemie Neutropenie febrilă (G3-4: 15%)	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3-4: 1%)
Tulburări endocrine		Diabet (G3-4: 1%)
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie
Tulburări psihice	Insomnie (G3: 1%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (≥G3: 2%) ^a Cefalee	Amețeli
Tulburări oculare		Vedere încețoșată
Cardiac disorders		Hipotensiune arterială (G3: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (G3: 1%) Tuse (G3: 0%) Infecții ale tractului respirator superior (G3: 1%)	Faringită (G3: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3: 3%) Stomatită (G3: 0%) Constipație (G3: 0%) Greață (G3: 1%) Dispepsie Dureri abdominale (G3: 0%) Flatulență	Vărsături (G3: 1%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3: 3%) ^a Modificări la nivelul unghiilor (G3: 1%)	Erupție cutanată tranzitorie
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3-4: 2%) Simptome pseudogripale (G3: 0%) Astenie (G3: 0%) Retenție de lichide	Febră (G3: 1%) Candidoză orală Hipocalcemie (G3: 0%) Hipofosfatemie (G3-4: 1%) Hipopotasemie (G3: 0%)

^a Provenite din studiul GETUG AFU15

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805) – date limitate

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 2,4%); Infecție neutropenică (G3/4: 2,6%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Anemie (G3/4: 3%); Neutropenie (G3/4: 59,2%); Trombocitopenie (G3/4: 1,6%); Neutropenie febrilă (G3/4: NA)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3/4: 0,6%)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1,5%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: 0,6%); Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: <0,1%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)	Sincopă (G3/4: 0%); Neurotoxicitate (G3/4: 0%); Somnolență (G3/4: 0%)
Tulburări oculare	Conjunctivită (G3/4: <0,1%)	Tulburare de lacrimație (G3/4: <0,1%)	
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,2%)	
Tulburări vasculare	Bufeuri (G3/4: 0,5%)	Hipotensiune arterială (G3/4: 0%); Flebită (G3/4: 0%)	Limfedem (G3/4: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Tuse (G3/4: 0%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5,0%); Stomatită (G3/4: 6,0%); Vărsături (G3/4: 4,2%); Diaree (G3/4: 3,4%); Constipație (G3/4: 0,5%)	Durere abdominală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (persistentă: <3%); Afecțiuni cutanate (G3/4: 0,6%); Afectări unghiale (G3/4: 0,4%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 0,7%); Artralgie (G3/4: 0,2%)		
Tulburări ale aparatului genital și sânului	Amenoree (G3/4: NA)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 10,0%); Febră (G3/4: NA); Edem periferic (G3/4: 0,2%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Investigații diagnostice		Creștere în greutate (G3/4: 0%); Scădere în greutate (G3/4: 0,2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805)

Tulburări ale sistemului nervos

În studiul TAX316 s-a observat că neuropatia senzitivă periferică a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire la 84 de pacienți (11,3%) din brațul TAC și la 15 pacienți (2%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) s-a observat că neuropatia senzitivă periferică este în evoluție la 10 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,3%) din brațul FAC. În studiul GEICAM 9805, neuropatia senzitivă periferică cu debut în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 10 pacienți (1,9%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8 %) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a constatat neuropatie senzitivă periferică evolutivă la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări cardiace

În studiul TAX 316, 26 de pacienți (3,5%) din brațul TAC și 17 pacienți (2,3%) din brațul FAC au prezentat insuficiență cardiacă congestivă. Toți, cu excepția a câte un pacient din fiecare braț, au fost diagnosticați cu ICC la mai mult de 30 de zile după perioada de tratament. Doi pacienți din brațul TAC și 4 pacienți din brațul FAC au decedat din cauza insuficienței cardiace. În studiul GEICAM 9805, 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și 3 pacienți (0,6%) din brațul FAC au dezvoltat insuficiență cardiacă congestivă în timpul perioadei de urmărire. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient din brațul TAC nu avea ICC și 1 pacient din brațul TAC a decedat din cauza cardiomiopatiei dilatative, iar în brațul FAC 1 pacient (0,2%) avea ICC..

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

În studiul TAX 316, persistența alopeciei pe parcursul perioadei de urmărire, după sfârșitul chimioterapiei, a fost raportată la 687 din 744 de pacienți (92,3%) tratați cu TAC și la 645 din 736 de pacienți (87,6%) tratați cu FAC.

La sfârșitul perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), s-a observat că alopecia este în evoluție la 29 de pacienți (3,9%) tratați cu TAC și 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC. În studiul GEICAM 9805 alopecia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 49 de pacienți (9,2%) din brațul TAC și la 35 de pacienți (6,7%) din brațul FAC. Alopecia legată de medicamentul de investigat a apărut sau s-a agravat în timpul perioadei de urmărire la 42 de pacienți (7,9%) din brațul TAC și la 30 de pacienți (5,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), alopecia a fost observată ca fiind în evoluție la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări ale aparatului genital și sâmului

În studiul TAX 316, amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 202 din 744 pacienți (27,2%) din brațul TAC și la 125 din 736 pacienți (17%) din brațul FAC. S-a observat că amenoreea a persistat la încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) la 121 din 744 pacienți (16,3%) tratate cu TAC și la 86 de pacienți (11,7%) tratate cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 18 pacienți (3,4%) din brațul TAC și la 5 pacienți (1,0%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire

de 10 ani și 5 luni), s-a observat persistența amenoreei la 7 paciente (1,3%) din brațul TAC și la 4 paciente (0,8%) din brațul FAC.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

În studiul TAX 316 edemul periferic, care a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost observat la 119 pacienți din 744 (16%) în brațul TAC și la 23 pacienți din 736 (3,1%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), edemul periferic persista la 19 pacienți (2,6%) tratați cu TAC și la 4 pacienți (0,5%) tratați cu FAC.

În studiul TAX316 limfedemul care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportat la 11 din 744 pacienți (1,5%) tratați cu TAC și la 1 pacient din 736 (0,1%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența limfedemului la 6 pacienți (0,8%) tratați cu TAC și la 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC.

În studiul TAX316 astenia care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 236 din 744 pacienți (31,7%) tratați cu TAC și la 180 din 736 pacienți (24,5%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența asteniei la 29 pacienți (3,9%) tratați cu TAC și la 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 edemul periferic care a debutat în timpul tratamentului, s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 4 pacienți (0,8%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient (0%) din brațul TAC nu mai avea edem periferic, iar în brațul FAC acesta a persistat la 1 pacient (0,2%).

Limfedemul care a debutat în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 5 pacienți (0,9%) în brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire, s-a observat persistența limfedemului la 4 pacienți (0,8%) în brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) în brațul FAC.

Astenia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 12 pacienți (2,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire s-a observat persistența asteniei la 2 pacienți (0,4%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC.

Leucemie acută / sindrom mielodisplazic

După o perioadă de urmărire de 10 ani în studiul TAX 316, leucemia acută a fost raportată la 3 din 744 de pacienți (0,4%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC. Un pacient (0,1%) tratat cu TAC și 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC au decedat din cauza leucemiei acute în timpul perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani). Sindromul mielodisplazic a fost raportat la 2 din 744 de pacienți (0,3%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC.

După 10 ani de urmărire în cadrul studiului GEICAM 9805, leucemia acută a apărut la 1 din 532 (0,2%) pacienți din brațul TAC. Nu au fost raportate cazuri la pacienți din brațul FAC. Niciun pacient nu a fost diagnosticat cu sindrom mielodisplazic în oricare dintre grupurile de tratament.

Complicații neutropenice

Tabelul de mai jos arată că incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a fost mai mică la pacienții cărora li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF după ce aceasta a devenit obligatorie în brațul TAC – studiul GEICAM.

Complicațiile neutropenice la pacienți în tratament cu TAC cu sau fără profilaxie primară cu G-CSF GEICAM (9805)

	Fără profilaxie primară cu G-CSF (n = 111) n (%)	Cu profilaxie primară cu G-CSF (n = 421) n (%)
Neutropenie (grad 4)	104 (93,7)	135 (32,1)
Neutropenie febrilă	28 (25,2)	23 (5,5)
Infecție neutropenică	14 (12,6)	21 (5,0)
Infecție neutropenică (grad 3-4)	2 (1,8)	5 (1,2)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție neutropenică; Infecție (G3/4: 11,7%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Anemia (G3/4: 20,9%); Neutropenie (G3/4: 83,2%); Trombocitopenie (G3/4: 8,8%); Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 1,7)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 11,7%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 8,7%)	Amețeli (G3/4: 2,3%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 1,3%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0%)
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului (G3/4: 0%)
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 1,0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3/4: 19,7%); Greață (G3/4: 16%); Stomatită (G3/4: 23,7%); Vărsături (G3/4: 14,3%)	Constipație (G3/4: 1,0 %); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,0%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G3/4: 0,7%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%)	Erupții cutanate pruriginoase (G3/4: 0,7%); Afectări unghiale (G3/4: 0,7%); Exfoliere cutanată (G3/4: 0%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 19,0%); Febră (G3/4: 2,3%); Retenție de lichide (severă/care amenință viața: 1%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Tulburări hematologice și limfatice

Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 17,2%, respectiv 13,5% dintre pacienți, indiferent de utilizarea G-CSF. G-CSF a fost utilizat pentru profilaxia secundară la 19,3% dintre pacienți (10,7% din cicluri). Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 12,1%, respectiv 3,4% dintre pacienți care au primit G-CSF profilactic și la 15,6% și 12,9% dintre pacienți fără profilaxie cu G-CSF (vezi pct. 4.2).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul capului și gâtului la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 6,3%); Infecție neutropenică		
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 0,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 76,3%); Anemie (G3/4: 9,2%); Trombocitopenie (G3/4: 5,2%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (care nu este severă)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie; Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 0,6%)	Amețeli	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului	
Tulburări cardiace		Ischemie miocardică (G3/4: 1,7%)	Aritmie (G3/4: 0,6%)
Tulburări vasculare		Tulburări venoase (G3/4: 0,6%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 0,6%); Stomatită (G3/4: 4,0%); Diaree (G3/4: 2,9%); Vărsături (G3/4: 0,6%)	Constipație; Esofagită / Disfagie / Odinofagie (G3/4: 0,6%); Durere abdominală; Dispepsie; Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,6%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 10,9%)	Erupție cutanată pruriginoasă; Piele uscată; Exfoliere cutanată (G3/4: 0,6%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 3,4%); Pirexie (G3/4: 0,6%); Retenție de fluide; Edeme		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate	

- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 3,6%)	Infecție neutropenică	
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 1,2%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 83,5%); Anemie (G3/4: 12,4%); Trombocitopenie (G3/4: 4,0%) Neutropenie febrilă		
Tulburări ale sistemului imunitar			Hipersensibilizare
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 12,0%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie (G3/4: 0,4%) Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 1,2%)	Amețeli (G3/4: 2,0%); Neuropatie periferică motorie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală	Conjunctivită
Tulburări acustice și vestibulare	Tulburări ale auzului (G3/4: 1,2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 2,0%)	Ischemie miocardică
Tulburări vasculare			Tulburări venoase
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 13,9%); Stomatită (G3/4: 20,7%); Vărsături (G3/4: 8,4%) Diaree (G3/4: 6,8%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G 3/4: 12,0%); Constipație (G 3/4: 0,4%)	Dispepsie (G3/4: 0,8%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,2%); Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%); Erupție cutanată pruriginoasă	Piele uscată; Exfoliere cutanată	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 4,0%); Pirexie (G3/4: 3,6%); Retenție de fluide (G3/4: 1,2%); Edeme (G3/4: 1,2%)		
Investigații diagnostice	Scădere în greutate		Creștere în greutate

Experiența după punerea pe piață

Tumori benigne, maligne și nespecificate (incluzând chisturi și polipi)

Au fost raportate (cu frecvență necunoscută) neoplazii primare secundare tratamentului, inclusiv limfom non-Hodgkin, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Au fost raportate (mai puțin frecvent) cazuri de leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic în studii clinice pivot efectuate la pacienți cu neoplasm mamar tratate cu TAC.

Tulburări hematologice și limfatice

La docetaxel au fost raportate supresie medulară și alte reacții adverse hematologice. A fost raportată coagulare intravasculară diseminată (CID), deseori asociată cu sepsis sau insuficiență multiplă de organ.

Tulburări ale sistemului imunitar

Au fost raportate câteva cazuri de șoc anafilactic, uneori letal.

La pacienții care au dezvoltat anterior reacții de hipersensibilitate la paclitaxel au fost raportate reacții de hipersensibilitate la docetaxel (cu frecvență necunoscută).

Tulburări ale sistemului nervos

În cazul administrării de docetaxel, au fost observate cazuri rare de convulsii sau pierdere tranzitorie a conștienței. Aceste reacții apar uneori în timpul perfuzării medicamentului.

Tulburări oculare

Au fost raportate cazuri foarte rare de tulburări vizuale tranzitorii (flash-uri, fosfene, scotoame) care apar tipic în timpul perfuziei intravenoase a medicamentului și în asociere cu reacțiile de hipersensibilitate. Acestea au fost reversibile la întreruperea definitivă a perfuziei intravenoase. Au fost raportate cazuri rare de lăcrimare cu sau fără conjunctivită, în urma obstrucției canalului nazo-lacrimonar, care determină secreție lacrimală excesivă. La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid).

Tulburări acustice și vestibulare

Au fost raportate cazuri rare de ototoxicitate, tulburări ale auzului și/sau pierderea auzului.

Tulburări cardiace

Au fost raportate cazuri rare de infarct miocardic.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosfamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (cu frecvență necunoscută), uneori letală.

Tulburări vasculare

Rare, au fost raportate evenimente tromboembolice venoase.

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Rar, au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută și cazuri de pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, uneori letale. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri rare de pneumonită de iradiere.

Tulburări gastro-intestinale

Au fost raportate cazuri rare de enterocolită, inclusiv colită, colită ischemică și enterocolită neutropenică, care pot duce la deces (cu frecvență necunoscută).

Au fost raportate rare cazuri de deshidratare ca o consecință a evenimentelor gastro-intestinale, inclusiv enterocolită și perforație gastro-intestinală. Au fost raportate cazuri rare de ileus și obstrucție intestinală.

Tulburări hepatobiliare

Foarte rar au fost raportate cazuri de hepatită, uneori letală, în principal la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

La administrarea de docetaxel, au fost raportate cazuri de lupus eritematos cutanat, erupții buloase, cum este eritemul polimorf, și reacții adverse cutanate severe, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG). La docetaxel au fost raportate modificări asemănătoare sclerodermiei, precedate, de obicei, de limfedem periferic. Au fost raportate cazuri de alopecie permanentă (cu frecvență necunoscută).

Tulburări renale și ale căilor urinare

Au fost raportate afectarea funcției renale și insuficiență renală. La aproximativ 20% din aceste cazuri nu au existat factori de risc pentru insuficiență renală acută, precum asocierea cu medicamente nefrotoxice și tulburări gastro-intestinale.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Rar a fost raportată reactivarea fenomenelor post-iradiere.

Reactivarea reacțiilor la nivelul locului de injectare (recurența reacțiilor cutanate la locul unde s-a produs anterior o extravazare, după administrarea de docetaxel într-un loc diferit) a fost observată la locul unde a avut loc anterior o extravazare (cu frecvență necunoscută).

Retenția de lichide nu a fost însoțită de episoade acute de oligurie sau hipotensiune arterială. Rar, au fost raportate deshidratare și edem pulmonar.

Tulburări metabolice și de nutriție

Au fost raportate cazuri de dezechilibre ale electrolitemiei. Au fost raportate cazuri de hiponatremie, asociate mai ales cu deshidratarea, vărsăturile și pneumonia. Au fost observate hipopotasemie, hipomagneziemie și hipocalcemie, de regulă în asociere cu tulburări gastrointestinale și, în special, cu diaree. A fost raportată apariția sindromului de liză tumorală, posibil letal (cu frecvență necunoscută).

Tulburări musculo-scheletice

În cazul administrării de docetaxel, a fost raportată apariția miozitei (cu frecvență necunoscută).

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii 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

S-au raportat câteva cazuri de supradozaj. Nu se cunoaște antidotul pentru supradozajul cu docetaxel. În caz de supradozaj, pacientul trebuie internat într-o unitate specializată, iar funcțiile vitale trebuie monitorizate atent. În caz de supradozaj este de așteptat exacerbarea evenimentelor adverse.

Complicațiile principale posibile ale supradozajului sunt supresia măduvei osoase, neurotoxicitate periferică și inflamații ale mucoaselor. Pacienții trebuie să primească G-CSF în doze terapeutice cât mai curând posibil după descoperirea supradozajului. În funcție de necesități, se vor institui alte măsuri terapeutice simptomatice adecvate.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: taxani, codul ATC: L01CD 02

Mecanism de acțiune

Docetaxelul este un antineoplazic care acționează prin facilitarea asamblării tubulinei în microtubuli stabili și inhibă dezasamblarea lor, ceea ce duce la o scădere marcată a tubulinei libere. Legarea docetaxelului de microtubuli nu modifică numărul de protofilamente.

S-a dovedit că *in vitro* docetaxelul dezorganizează rețeaua microtubulară a celulelor, care este esențială pentru funcțiile celulare vitale din timpul mitozei și interfazei.

Efecte farmacodinamice

S-a observat că docetaxelul este citotoxic *in vitro* împotriva unor variate linii celulare tumorale murine și umane, precum și asupra unor celule proaspăt excizate din tumori umane, în studiile clonogenice. Docetaxelul atinge concentrații intracelulare mari, cu un timp de remanență prelungit. În plus, s-a observat că docetaxelul este activ pe anumite linii celulare, dar nu pe toate, cu exprimare în exces a glicoproteinei P, care este codificată de gena rezistenței plurimedicaționale. *In vivo*, acțiunea docetaxelului nu depinde de schema de administrare și are un spectru larg de acțiune antitumorală experimentală împotriva metastazelor avansate, murine și umane.

Eficacitate și siguranță clinică

Cancer mamar

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă: tratament adjuvant

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi (TAX 316)

Datele dintr-un studiu clinic multicentric deschis, randomizat, susțin utilizarea docetaxel pentru tratamentul adjuvant al pacientelor cu cancer mamar operabil cu ganglioni pozitivi și SPK $\geq 80\%$, cu vârste între 18 și 70 ani. După stratificarea în funcție de numărul de ganglioni limfatici pozitivi (1-3, 4+), 1491 paciente au fost randomizate pentru a li se administra fie docetaxel 75 mg/m² la 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (brațul TAC), fie doxorubicină 50 mg/m², urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (brațul FAC). Ambele regimuri s-au administrat o dată la 3 săptămâni, 6 cicluri. Docetaxel a fost administrat în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, iar toate celelalte medicamente au fost administrate intravenos *in bolus*, în ziua 1. G-CSF s-a administrat ca profilaxie secundară la pacientele care au avut neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție). Pacientele din brațul TAC au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg oral, de două ori pe zi, timp de 10 zile, începând cu ziua 5 a fiecărui ciclu sau echivalent. În ambele brațe, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu receptori estrogenici și/sau progesteronici pozitivi au primit tamoxifen 20 mg/zi, timp de 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost prescrisă în funcție de ghidurile în vigoare în instituțiile respective, la 69% din pacientele care au primit TAC și la 72% din pacientele care au primit FAC. Au fost realizate două analize interimare și o analiză finală. Prima analiză interimară a fost planificată la 3 ani după data la care s-a realizat jumătate din înrolarea în studiu. A doua analiză interimară a fost făcută după ce au fost înregistrate global 400 de evenimente SFB, ceea ce a condus la o perioadă de urmărire cu mediana

de 55 de luni. Analiza finală a fost realizată atunci când toți pacienții au atins vizita din al 10-lea an de urmărire (cu excepția cazului în care au avut un eveniment SFB sau au fost pierduți din urmărire înainte de această vizită). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost obiectivul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost obiectivul secundar de evaluare a eficacității.

S-a realizat o analiză finală cu o perioadă de urmărire cu mediana efectivă de 96 de luni. S-a demonstrat o supraviețuire fără semne de boală semnificativ mai mare la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC. Incidența recăderilor după 10 ani a fost redusă la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC (39% față de 45%), adică o reducere a riscului absolut cu 6% ($p = 0,0043$). De asemenea, supraviețuirea globală după 10 ani a fost crescută semnificativ în cazul TAC, față de FAC (76% față de 69%), adică o reducere absolută a riscului de deces cu 7% ($p = 0,002$). Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind SFB și SG, raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale.

În general, rezultatele studiului demonstrează un raport pozitiv beneficiu/risc al TAC, comparativ cu FAC.

Subseturile de paciente tratate cu TAC au fost analizate din punct de vedere al factorilor majori de prognostic, definiți prospectiv:

Subset de paciente	Număr de paciente	Supraviețuire fără semne de boală			Supraviețuire totală		
		Risc relativ*	ÎI 95%	p =	Risc relativ*	ÎI 95%	p =
Nr. de ganglioni pozitivi							
Total	745	0,80	0,68-0,93	0,0043	0,74	0,61-0,90	0,0020
1-3	467	0,72	0,58-0,91	0,0047	0,62	0,46-0,82	0,0008
4+	278	0,87	0,70-1,09	0,2290	0,87	0,67-1,12	0,2746

*un risc relativ sub 1 indică faptul că TAC se asociază cu o mai mare supraviețuire fără semne de boală și supraviețuire totală comparativ cu FAC.

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie (GEICAM 9805)

Date dintr-un studiu clinic multicentric, deschis, randomizat susțin utilizarea TAXOTERE în tratamentul adjuvant la paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie.

1060 paciente au fost randomizate să primească TAXOTERE 75 mg/m² administrat timp de 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (539 paciente în brațul TAC), sau doxorubicină 50 mg/m² urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (521 paciente în brațul FAC), ca tratament adjuvant al cancerului mamar operabil, cu ganglioni negativi, la paciente cu risc crescut de recidivă, conform criteriilor St. Gallen 1998 (dimensiunea tumorii >2 cm și/sau ER și PR negativi și/sau grad histologic/nuclear crescut (grad 2 până la 3) și/sau vârsta <35 ani). Ambele scheme de tratament au fost administrate o dată la 3 săptămâni timp de 6 cicluri. TAXOTERE a fost administrat sub formă de perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, toate celelalte medicamente au fost administrate pe cale intravenoasă în ziua 1 la fiecare trei săptămâni. Profilaxia primară cu G-CSF a devenit obligatorie după ce au fost randomizate 230 paciente în brațul TAC. Incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a scăzut la pacientele care au primit profilaxie primară cu G-CSF (vezi pct. 4.8). În ambele brațe de tratament, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu tumori ER+ și/sau PgR+ au fost tratate cu tamoxifen 20 mg o dată pe zi timp de până la 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost administrată în conformitate cu ghidurile în vigoare în clinicile

participante și a fost administrată la 57,3% dintre pacientele care au primit tratament cu TAC și 51,2% dintre pacientele care au primit tratament cu FAC.

Au fost efectuate o analiză primară și o analiză actualizată. Analiza primară a fost efectuată atunci când toți pacienții aveau o durată a perioadei de urmărire mai mare de 5 ani (durata mediană a perioadei de urmărire de 77 luni). Analiza actualizată a fost efectuată atunci când toți pacienții au ajuns la vizita din al 10-lea an al perioadei de urmărire (durata mediană a perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni) (cu excepția cazului în care au prezentat supraviețuire fără semne de boală sau au fost pierduți anterior din urmărire). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost criteriul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost criteriul secundar de evaluare a eficacității.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, s-a demonstrat supraviețuirea fără semne de boală semnificativ mai lungă pentru brațul TAC, comparativ cu brațul FAC. Pacientele tratate cu TAC au avut o reducere cu 32% a riscului de recidivă comparativ cu cele tratate cu FAC (risc relativ = 0,68, ÎI 95% (0,49-0,93), $p = 0,01$). După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 16,5% a riscului de recidivă, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,84, ÎI 95% (0,65-1,08), $p=0,1646$). Datele privind SFB nu au fost semnificative statistic, dar s-au asociat totuși cu o tendință pozitivă în favoarea TAC.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, supraviețuirea globală (SG) a fost mai mare în brațul TAC, pacientele tratate cu TAC având o scădere cu 24% a riscului de deces comparativ cu FAC (risc relativ = 0,76, ÎI 95% (0,46-1,26), $p = 0,29$). Cu toate acestea, distribuția SG nu a fost semnificativ diferită între cele 2 grupuri.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 9% a riscului de deces, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,91, ÎI 95% (0,63-1,32)).

Rata de supraviețuire după o perioadă de urmărire de 8 ani a fost de 93,7% în brațul TAC și de 91,4% în brațul FAC, iar după o perioadă de urmărire de 10 ani a fost de 91,3% în brațul TAC și de 89% în brațul FAC.

Raportul beneficiu/risc pozitiv pentru TAC, comparativ cu FAC a rămas nemodificat.

Subseturile de pacienți tratați cu TAC au fost analizate în analiza primară (după o perioadă mediană de urmărire de 77 luni) în conformitate cu principalii factori de prognostic definiți prospectiv (vezi tabelul de mai jos):

Analize subset-studiu cu tratament adjuvant la paciente cu cancer mamar cu ganglioni negativi (analiză în intenție de tratament)

Subset pacientă	Număr de paciente în grupul TAC	Supraviețuire fără semne de boală	
		Risc relativ*	ÎI 95%
Total	539	0,68	0,49-0,93
Vârstă categoria 1			
<50 ani	260	0,67	0,43-1,05
≥50 ani	279	0,67	0,43-1,05
Vârstă categoria 2			
<35 ani	42	0,31	0,11-0,89
≥35 ani	497	0,73	0,52-1,01
Status receptor hormonal			
Negativ	195	0,7	0,45-1,1
Pozitiv	344	0,62	0,4-0,97
Dimensiunea tumorii			
≤2 cm	285	0,69	0,43-1,1
>2 cm	254	0,68	0,45-1,04
Grad histologic			
Grad 1 (include grad neevaluat)	64	0,79	0,24-2,6
Grad 2	216	0,77	0,46-1,3
Grad 3	259	0,59	0,39-0,9
Status de menopauză			
Pre-menopauză	285	0,64	0,40-1
Post- menopauză	254	0,72	0,47-1,12

*un risc relativ (TAC/FAC) mai mic de 1 indică faptul că TAC este asociat cu o supraviețuire fără semne de boală mai mare comparativ cu FAC.

Analize subgrup experimental pentru supraviețuirea fără semne de boală la paciente care întrunesc criteriile St. Gallen 2009 pentru chimioterapie – (populație ITT) au fost efectuate și prezentate mai jos:

	TAC (n=539)	FAC (n=521)	Risc relativ (TAC/FAC) (ÎI 95%)	valoare p
Subgrupuri				
Întrunind indicația relativă pentru chimioterapie ^a				
Nu	18/214 (8,4%)	26/227 (11,5%)	0,796 (0,434 – 1,459)	0,4593
Da	48/325 (14,8%)	69/294 (23,5%)	0,606 (0,42 – 0,877)	0,0072

TAC = docetaxel, doxorubicină și ciclofosfamidă

FAC = 5-fluorouracil, doxorubicină și ciclofosfamidă

ÎI = interval de încredere; ER = receptor pentru estrogen

PR = receptor pentru progesteron

^a ER/PR-negativ sau grad 3 sau dimensiune a tumorii >5 cm

Riscul relativ a fost estimat utilizând modelul Cox de risc proporțional cu grupul de tratament ca factor.

TAXOTERE în monoterapie

Două studii randomizate comparative de fază III, efectuate cu docetaxel în doză și regimul recomandat, de 100 mg/m² administrate o dată la 3 săptămâni, au inclus un total de 326 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, respectiv 392 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu antracicline.

La pacienții cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, docetaxelul (75 mg/m² o dată la 3 săptămâni) a fost comparat cu doxorubicina. Docetaxelul a crescut rata de răspuns (52% față de 37%, p = 0,01) și a scăzut timpul de răspuns (12 săptămâni față de 23 săptămâni, p = 0,007), fără a modifica timpul de supraviețuire totală (docetaxel 15 luni față de doxorubicină 14 luni, p = 0,38) sau timpul până la progresie (docetaxel 27 săptămâni față de doxorubicină 23 săptămâni, p = 0,54). Dintre pacienții tratați cu docetaxel, 3 (2%) au întrerupt definitiv tratamentul datorită retenției de lichide, în comparație cu 15 pacienți tratați cu doxorubicină (9%), care au întrerupt definitiv tratamentul datorită toxicității cardiace (3 cazuri de insuficiență cardiacă congestivă letală).

La pacienții cu eșec la terapia cu antracicline, docetaxelul a fost comparat cu asocierea mitomicină C și vinblastină (12 mg/m² o dată la 6 săptămâni și 6 mg/m² o dată la 3 săptămâni). Docetaxelul crește rata de răspuns (33% față de 12%, p < 0,0001), prelungeste timpul până la progresie (19 săptămâni față de 11 săptămâni, p = 0,0004) și a prelungit supraviețuirea totală (11 luni față de 9 luni, p = 0,01).

În timpul acestor studii de fază III, profilul de siguranță al docetaxelului a fost în concordanță cu cel observat în studiile de fază II (vezi pct. 4.8).

S-a efectuat un studiu deschis, multicentric, randomizat, de fază III, pentru a compara docetaxel în monoterapie cu paclitaxel, în tratamentul cancerului mamar avansat, la pacienți a căror terapie anterioară a inclus o antraciclină. Un total de 449 pacienți au fost randomizate pentru a primi fie docetaxel în monoterapie 100 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, fie paclitaxel 175 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 3 ore. Ambele regimuri au fost administrate o dată la 3 săptămâni.

Fără a influența obiectivul final principal sau rata de răspuns global (32% față de 25%, p = 0,10), docetaxelul a prelungit timpul median până la progresie (24,6 săptămâni față de 15,6 săptămâni; p < 0,01) și supraviețuirea mediană (15,3 luni față de 12,7 luni; p = 0,03).

La docetaxel în monoterapie au fost observate mai multe evenimente adverse de grad 3/4 (55,4%), comparativ cu paclitaxel (23,0%).

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină

Un studiu amplu, randomizat, comparativ de fază III, care a cuprins 429 pacienți cu cancer mamar metastazat netratat anterior, a fost realizat cu doxorubicină 50 mg/m² în asociere cu docetaxel 75 mg/m² (brațul AT) comparativ cu doxorubicină 60 mg/m² în asociere cu ciclofosamidă 600 mg/m² (brațul AC). Ambele regimuri s-au administrat în ziua 1 o dată la 3 săptămâni.

- Timpul până la progresie (TPP) a fost semnificativ mai lung în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,0138). TPP median a fost 37,3 săptămâni (ÎI 95%: 33,4 - 42,1) în brațul AT și 31,9 săptămâni (ÎI 95%: 27,4 - 36,0) în brațul AC.
- Rata de răspuns global (RRG) a fost semnificativ mai mare în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,009). RRG a fost de 59,3% (ÎI 95%: 52,8 - 65,9) în brațul AT comparativ cu 46,5% (ÎI 95%: 39,8 - 53,2) în brațul AC.

În acest studiu, în brațul AT a existat o incidență mai mare a neutropeniei severe (90% față de 68,6%), neutropeniei febrile (33,3% față de 10%), infecțiilor (8% față de 2,4%), diareei (7,5% față de 1,4%), asteniei (8,5% față de 2,4%) și a durerii (2,8% față de 0%), comparativ cu brațul AC. Pe de altă parte, în brațul AC a existat o incidență crescută a anemiei severe (15,8% față de 8,5%) comparativ cu brațul

AT și, în plus, o incidență crescută a toxicității cardiace severe: insuficiență cardiacă congestivă (3,8% față de 2,8%), scădere absolută a FEVS $\geq 20\%$ (13,1% față de 6,1%), scădere absolută a FEVS $\geq 30\%$ (6,2% față de 1,1%). Decesul datorită reacțiilor adverse a survenit la 1 pacient din brațul AT (insuficiență cardiacă congestivă) și la 4 pacienți din brațul AC (1 prin șoc septic și 3 prin insuficiență cardiacă congestivă).

În ambele brațe, calitatea vieții, măsurată prin chestionarul EORTC, a fost comparabilă și stabilă în timpul tratamentului și ulterior.

TAXOTERE în asociere cu trastuzumab

Docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost studiat pentru tratamentul pacientelor cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. O sută optzeci și șase paciente au fost randomizate pentru a primi docetaxel (100 mg/m²), cu sau fără trastuzumab, dintre care 60% paciente au primit anterior chimioterapie adjuvantă pe bază de antraciline. Docetaxel plus trastuzumab a fost eficient la paciente, indiferent dacă au primit sau nu terapie adjuvantă cu antraciline. În acest studiu pivot, principala metodă de testare utilizată pentru a determina prezența HER2 a fost imunohistochimia (IHC). O mică parte din paciente au fost testate utilizând hibridizarea *in situ* cu fluorescență (HISF). În acest studiu, 87% din paciente au avut boală IHC 3+ și 95% din paciențele incluse au avut boală IHC 3+ și/sau pozitivă la testul HISF. Rezultatele de eficacitate sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Parametru	Docetaxel plus trastuzumab ¹ n = 92	Docetaxel ¹ n = 94
Rata de răspuns (95% ÎI 95%)	61% (50-71)	34% (25-45)
Durata mediană a răspunsului (luni) (ÎI 95%)	11,4 (9,2-15,0)	5,1 (4,4-6,2)
TPP median (luni) (ÎI 95%)	10,6 (7,6-12,9)	5,7 (5,0-6,5)
Supraviețuirea mediană (luni) (ÎI 95%)	30,5 ² (26,8-ne)	22,1 ² (17,6-28,9)

TPP = timpul până la progresie; "ne" indică faptul că nu a putut fi estimat sau nu a fost încă atins.

¹ Set complet de analiză (în intenția de tratament)

² Supraviețuirea mediană estimată

TAXOTERE în asociere cu capecitabină

Datele unui studiu de fază III, multicentric, randomizat, susțin utilizarea docetaxel în asociere cu capecitabină în tratamentul pacientelor cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul terapiei citotoxice care a inclus o antracilină. În acest studiu, 255 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel (75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, la fiecare 3 săptămâni) și capecitabină (1250 mg/m² de două ori pe zi timp de 2 săptămâni, urmat de 1 săptămână pauză). 256 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel în monoterapie (100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, o dată la 3 săptămâni). Supraviețuirea a fost superioară în brațul docetaxel + capecitabină (p = 0,0126). Supraviețuirea mediană a fost de 442 zile (docetaxel + capecitabină) față de 352 zile (docetaxel în monoterapie). Ratele globale de răspuns obiectiv în toată populația randomizată (evaluarea investigatorului) a fost de 41,6% (docetaxel + capecitabină) față de 29,7% (docetaxel în monoterapie); p = 0,0058. Timpul până la progresia bolii fost superior în brațul docetaxel + capecitabină (p < 0,0001). Timpul median până la progresie a fost de 186 zile (docetaxel + capecitabină) față de 128 zile (docetaxel în monoterapie).

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

Pacienți tratați anterior cu chimioterapie, cu sau fără radioterapie

Într-un studiu de fază III, care a cuprins pacienți tratați anterior, timpul până la progresie (12,3 săptămâni față de 7 săptămâni) a fost semnificativ mai lung pentru docetaxel în doză de 75 mg/m² comparativ cu Cea mai Bună Terapie de Susținere. Supraviețuirea la 1 an a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă în brațul cu docetaxel (40%) față de CBTS (16%).

La pacienții tratați cu docetaxel 75 mg/m² s-a redus necesarul de analgezice opioide (p < 0,01), analgezice non-opioide (p < 0,01), alte medicamente pentru boală (p = 0,06) și de radioterapie (p < 0,01) comparativ cu CBTS.

Rata de răspuns global a fost de 6,8% la pacienții evaluabili, iar durata medie a răspunsului a fost de 26,1 săptămâni.

TAXOTERE în asociere cu derivați de platină la pacienții care nu au mai primit chimioterapie

Într-un studiu de fază III, 1218 pacienți cu CBPACDM nerezecabil, stadiul IIIB sau IV, cu SPK de 70% sau peste și care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune, au fost randomizați pentru docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmat imediat de cisplatină (Cis) 75 mg/m² timp de 30-60 minute, o dată la 3 săptămâni (TCis), docetaxel 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră în asociere cu carboplatină (ASC 6 mg/ml minut) timp de 30-60 minute o dată la 3 săptămâni, sau vinorelbina (V) 25 mg/m² administrată în 6-10 minute în zilele 1, 8, 15, 22, urmată de cisplatină 100 mg/m² administrată în zilele 1 ale ciclurilor o dată la 4 săptămâni (VCis).

Datele despre supraviețuire, timpul median până la progresie și ratele de răspuns pentru două din brațele studiului sunt prezentate în tabelul următor:

	TCis n = 408	VCis n = 404	Analiză statistică
Supraviețuirea globală (Obiectivul final principal): Supraviețuirea mediană (luni)	11,3	10,1	Risc relativ: 1,122 [Î 97,2%: 0,937; 1,342]*
Supraviețuirea la 1 an (%)	46	41	Diferență de tratament: 5,4% [Î 95%: -1,1; 12,0]
Supraviețuirea la 2 ani (%)	21	14	Diferență de tratament: 6,2% [Î 95%: 0,2; 12,3]
Timpul median până la progresie (săptămâni):	22,0	23,0	Risc relativ: 1,032 [Î 95%: 0,876; 1,216]
Rata de răspuns global (%):	31,6	24,5	Diferență de tratament: 7,1% [Î 95%: 0,7; 13,5]

*: Corectat pentru comparații multiple și ajustat pentru factorii de stratificare (stadiul bolii și regiunea tratamentului), pe baza populației de pacienți evaluabili.

Obiectivele finale secundare au inclus modificarea durerii, evaluarea globală a calității vieții prin EuroQoL-5D, Scala Simptomelor Cancerului Bronhopulmonar și modificările indicelui de performanță Karnofsky. Rezultatele pentru aceste obiective finale au susținut rezultatele pentru obiectivele finale principale.

Pentru asocierea docetaxel / carboplatină, nu a putut fi demonstrată eficacitate echivalentă sau non-inferioară față de tratamentul de referință, asocierea VCis.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Siguranța și eficacitatea docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon la pacienții cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare, au fost evaluate într-un studiu de fază III, multicentric, randomizat (TAX 327). Un total de 1006 pacienți cu SPK >60 au fost randomizați în următoarele grupuri:

- Docetaxel 75 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.
- Docetaxel 30 mg/m², administrat săptămânal în primele 5 săptămâni dintr-un ciclu de 6 săptămâni, 5 cicluri.
- Mitoxantronă 12 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.

Toate cele trei regimuri au fost administrate în asociere cu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, continuu.

Pacienții care au primit docetaxel o dată la 3 săptămâni au demonstrat o supraviețuire globală semnificativ mai lungă decât cei tratați cu mitoxantronă. Prelungirea supraviețuirii observată în grupul care a primit docetaxel săptămânal, nu a fost semnificativă statistic față de grupul martor cu mitoxantronă. Obiectivele finale privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul martor, sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Obiectiv final	Docetaxel o dată la 3 săptămâni	Docetaxel în fiecare săptămână	Mitoxantronă o dată la 3 săptămâni
Număr de pacienți	335	334	337
Supraviețuire mediană (luni)	18,9	17,4	16,5
Î 95%	(17,0-21,2)	(15,7-19,0)	(14,4-18,6)
Risc relativ	0,761	0,912	--
Î 95%	(0,619-0,936)	(0,747-1,113)	--
valoare p †*	0,0094	0,3624	--
Număr de pacienți	291	282	300
Rata de răspuns a ASP** (%)	45,4	47,9	31,7
Î 95%	(39,5-51,3)	(41,9-53,9)	(26,4-37,3)
valoare p *	0,0005	<0,0001	--
Număr de pacienți	153	154	157
Rata de răspuns a durerii (%)	34,6	31,2	21,7
Î 95%	(27,1-42,7)	(24,0-39,1)	(15,5-28,9)
valoare p*	0,0107	0,0798	--
Număr de pacienți	141	134	137
Rata de răspuns a tumorii (%)	12,1	8,2	6,6
Î 95%	(7,2-18,6)	(4,2-14,2)	(3,0-12,1)
valoare p*	0,1112	0,5853	--

† Test log rank stratificat

*Minim pentru semnificație statistic = 0,0175

**ASP: Antigen specific prostatic

Având în vedere că docetaxel administrat săptămânal a avut un profil de siguranță ușor mai bun decât docetaxel administrat o dată la 3 săptămâni, este posibil ca anumiți pacienți să beneficieze de docetaxel administrat săptămânal.

Nu au fost observate diferențe statistice între grupurile de tratament în ceea ce privește Calitatea Globală a Vieții.

Cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil

Studiul STAMPEDE

Siguranța și eficacitatea docetaxelului administrat concomitent cu standardul de tratament (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, au fost evaluate în cadrul unui studiu randomizat, multicentric, cu multiple stadii și brațe de tratament (*multi-arm multi-stage* MAMS), cu un design adaptat combinat de fază II/III (STAMPEDE - MRC PR08). Un total de 1776 pacienți de sex masculin au fost repartizați în brațele de tratament de interes:

- Standard de tratament + docetaxel 75 mg/m², administrat la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- Numai standardul de tratament

Schema de tratament cu docetaxel a fost administrată în asociere cu prednison sau prednisolon în doză de 5 mg, administrată de două ori pe zi, continuu.

Dintre cei 1776 pacienți randomizați, 1086 (61%) au avut boală metastatică, 362 au fost randomizați pentru administrarea de docetaxel în asociere cu standardul de tratament, 724 pentru administrarea numai a standardului de tratament.

La acești pacienți cu cancer de prostată metastazat, valoarea mediană a supraviețuirii globale a fost semnificativ mai mare în grupurile de tratament cu docetaxel, decât în grupul în care s-a administrat numai standardul de tratament, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 19 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la standardul de tratament (RR = 0,76, ÎI 95% = 0,62-0,92, p=0,005).

Rezultatele privind eficacitatea la pacienții cu cancer de prostată metastazat pentru brațul cu docetaxel, față de brațul de control, sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului în asociere cu prednison sau prednisolon și standardul de tratament în terapia pacienților cu cancer de prostate metastazat, hormono-sensibil (STAMPEDE)

Criteriu final de evaluare	Docetaxel + standardul de tratament	Numai standardul de tratament
Număr de pacienți cu cancer de prostată metastazat	362	724
Valoarea mediană a supraviețuirii globale (luni)	62	43
ÎI 95%	51-73	40-48
Risc relativ ajustat		0,76
ÎI 95%		(0,62-0,92)
valoarea p ^a		0,005
Supraviețuire fără eșecul tratamentului ^b		
Mediană (luni)	20,4	12
ÎI 95%	16,8-25,2	9,6-12
Risc relativ ajustat		0,66
ÎI 95%		(0,57-0,76)
Valoarea p ^a		< 0,001

^a valoarea p calculată prin testul raportului de probabilitate și ajustată pentru toți factorii de stratificare (cu excepția terapiei hormonale centrate și planificate) și stratificată în funcție de perioada din studiu

^b Supraviețuire fără eșec al tratamentului: perioada de timp de la randomizare până la prima dovadă a cel puțin uneia dintre: eșec din punct de vedere biochimic (definit ca o creștere a valorii PSA cu 50% mai mult decât valoarea minimă (nadir) din săptămâna 24 și peste 4 ng/ml și confirmată prin retestare sau tratament); progresie fie locală, în ganglionii limfatici, sau prin metastaze la distanță; eveniment la nivel scheletic; sau deces din cauza cancerului de prostată.

Studiul CHAARTED

Siguranța și eficacitatea administrării docetaxelului la începutul terapiei de deprivare androgenică (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, au fost evaluate într-un studiu randomizat, multicentric, de fază III (CHAARTED). Un total de 790 pacienți de sex masculin au fost repartizați în cele 2 grupuri de tratament.

- TDA + docetaxel 75 mg/m² cu administrare la începutul TDA, la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- TDA singur

Supraviețuirea globală mediană a fost semnificativ mai lungă în grupul de tratament cu docetaxel, decât în grupul cu numai cu TDA, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 13,6 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la TDA (risc relativ (RR) = 0,61, interval de încredere (ÎI) 95% = 0,47-0,80, p=0,0003).

Rezultatele privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul de control sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului și TDA în tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil (CHAARTED)

Criteria final de evaluare	Docetaxel +TDA	Numai TDA
Număr de pacienți	397	393
Supraviețuirea globală mediană (luni)		
Toți pacienții	57,6	44,0
Î 95%	49,1-72,8	34,4-49,1
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,47-0,80)	--
Valoarea p ^a	0,0003	--
Supraviețuire fără progresia bolii		
Mediană (luni)	19,8	11,6
Î 95%	16,7-22,8	10,8-14,3
Risc relativ ajustat	0,60	--
Î 95%	0,51-0,72	--
Valoarea p*	P<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 6 luni – N(%)	127 (32,0)	77 (19,6)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 12 luni – N(%)	110 (27,7)	66 (16,8)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare ^b		
Mediană (luni)	20,2	11,7
Î 95%	(17,2-23,6)	(10,8-14,7)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,51-0,72)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic ^c		
Mediană (luni)	33,0	19,8
Î 95%	(27,3-41,2)	(17,9-22,8)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,50-0,75)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--

^a Variabile timp până la eveniment: test log-rank stratificat.

Variabile privind rata de răspuns: testul exact Fisher

* valoarea p pentru scop descriptiv.

** răspunsul privind PSA: răspunsul privind *Prostate-Specific Antigen*: valoarea PSA <0,2 ng/ml determinată prin două analize consecutive, la cel puțin 4 săptămâni distanță.

^b Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare = perioada de timp de la randomizare până la progresia PSA sau progresia clinică (adică creșterea metastazelor osoase simptomatice, progresie conform criteriilor *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (RECIST), sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului), oricare se instalează mai întâi.

^c Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic = perioada de timp de la randomizare până la progresia clinică (adică creșterea simptomelor metastazelor osoase; progresie conform criteriilor RECIST; sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului).

Adenocarcinom gastric

A fost efectuat un studiu multicentric, deschis, randomizat, pentru a se evalua siguranța și eficacitatea docetaxel în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastro-esofagiene, care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. Un total de 445 pacienți cu SPK >70 au fost tratați fie cu docetaxel (T) (75 mg/m² în ziua 1) în asociere cu cisplatină (C) (75 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (F) (750 mg/m² și zi, timp de 5 zile) sau cisplatină (100 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (1000 mg/m² și zi, timp de 5 zile). Durata unui ciclu de tratament a fost de 3 săptămâni pentru brațul TCF și de 4 săptămâni pentru brațul CF. Numărul median de cicluri administrate unui pacient a fost de 6 (interval de 1-16) pentru brațul TCF, comparativ cu 4 (interval de 1-12) pentru brațul CF. Timpul până la progresie (TPP) a fost obiectivul final principal. Reducerea riscului de progresie a fost de 32,1% și a fost asociat cu un TPP semnificativ mai lung (p = 0,0004) în favoarea brațului TCF. Supraviețuirea globală a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă (p = 0,0201) în favoarea brațului TCF, cu o reducere a riscului de mortalitate de 22,7%. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric

Obiectiv final	TCF n = 221	CF n = 224
TPP median (luni) (Î 95%)	5,6 (4,86-5,91)	3,7 (3,45-4,47)
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,473 (1,189-1,825) 0,0004	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	9,2 (8,38-10,58)	8,6 (7,16-9,46)
Estimat la 2 ani (%)	18,4	8,8
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,293 (1,041-1,606) 0,0201	
Rata de răspuns global (RC+RP) (%)	36,7	25,4
valoare p	0,0106	
Boală progresivă ca cel mai bun răspuns global (%)	16,7	25,9

* Test log rank nestratificat

Analizele subgrupurilor în funcție de vârstă, sex și rasă au favorizat sistematic brațul TCF comparativ cu brațul CF.

O analiză actualizată a supraviețuirii efectuată cu o durată mediană de urmărire de 41,6 luni, nu a mai arătat o diferență semnificativă statistic, deși întotdeauna în favoarea regimului TCF și a arătat că beneficiul TCF față de CF se observă clar între 18 și 30 luni de urmărire.

Per ansamblu, calitatea vieții (CV) și rezultatele privind beneficiul clinic au indicat sistematic o îmbunătățire în favoarea brațului TCF. Pacienții tratați cu TCF au avut un timp mai lung până la deteriorarea definitivă cu 5% a indicelui global al sănătății conform chestionarului QLQ-C30 (p = 0,0121) și au avut un timp mai lung până la agravarea definitivă a indicelui de performanță Karnofsky (p = 0,0088) comparativ cu pacienții tratați cu CF.

Cancer al capului și gâtului

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Siguranța și eficacitatea docetaxelului pentru tratamentul de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu clinic de fază III, randomizat, deschis, multicentric (TAX 323). În acest studiu, 358 pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil cu

status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul dintre cele două brațe de tratament. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² urmat de cisplatină 75 mg/m² urmată de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi în perfuzie intravenoasă continuă timp de 5 zile. Această schemă de tratament a fost administrată la fiecare trei săptămâni timp de 4 cicluri în cazul în care cel puțin un răspuns minor ($\geq 25\%$ reducere în dimensiunea tumorii măsurată bidimensional) a fost observat după 2 cicluri. La sfârșitul chimioterapiei, într-un interval minim de 4 săptămâni și într-un interval maxim de 7 săptămâni, pacienții a căror boală nu a progresat au primit radioterapie (RT) conform ghidurilor în vigoare timp de 7 săptămâni (TPF/RT). Radioterapia locoregională s-a efectuat în formă convențională (1,8 Gy - 2,0 Gy o dată pe zi, 5 zile pe săptămână cu o doză totală de 66 până la 70 Gy) sau în regim accelerat/hiperfracționat (de două ori pe zi, cu un interval de minim 6 ore între ședințe, timp de 5 zile pe săptămână. Pentru formele de radioterapie accelerată s-a recomandat o doză totală de 70 Gy iar pentru formele de radioterapie hiperfracționată, 74 Gy. Rezecția chirurgicală a fost permisă după chimioterapie, înainte sau după radioterapie. Pacienții din brațul de tratament TPF au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg de două ori pe zi, oral, timp de 10 zile începând din a 5-a zi a fiecărui ciclu sau un echivalent. Obiectivul final principal în acest studiu, supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP), a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu PF, $p = 0,0042$ (SFP mediană: 11,4 luni versus 8,3 luni) cu un timp de supraveghere median global de 33,7 luni. De asemenea, supraviețuirea mediană globală a fost semnificativ mai mare în favoarea brațului TPF comparativ cu PF (SG mediană: 18,6 luni versus 14,5 luni) cu o scădere a mortalității de 28%, $p = 0,0128$. Rezultatele în ceea ce privește eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil (Analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 177	Cis + 5-FU n = 181
Supraviețuire mediană fără progresie a bolii (luni) (Î 95%)	11,4 (10,1-14,0)	8,3 (7,4-9,1)
Riscul relativ ajustat (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,55-0,89) 0,0042	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	18,6 (15,7-24,0)	14,5 (11,6-18,7)
Riscul relativ (Î 95%) ** valoarea p	0,72 (0,56-0,93) 0,0128	
Cel mai bun răspuns global la chimioterapie (%) (Î 95%) *** valoarea p	67,8 (60,4-74,6)	53,6 (46,0-61,0)
0,006		
Cel mai bun răspuns global la tratamentul din studiu [chimioterapie +/- radioterapie] (%) (Î 95%) *** valoarea p	72,3 (65,1-78,8)	58,6 (51,0-65,8)
0,006		
Durata mediană de răspuns la chimioterapie ± radioterapie (luni) (Î 95%)	n = 128 15,7 (13,4-24,6)	n = 106 11,7 (10,2-17,4)
Riscul relativ (Î 95%) ** valoarea p	0,72 (0,52-0,99) 0,0457	

Riscul relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + 5-FU

* Model Cox (ajustare pentru localizarea primară a tumorii, stadii clinice T, N și PSWHO)

** Test log rank

*** Test chi-pătrat

Parametrii calității vieții

Pacienții tratați cu TPF au prezentat o deteriorare semnificativ mai mică a scorului global de sănătate comparativ cu cei tratați cu PF ($p = 0,01$, utilizând scala EORTC QLQ-C30).

Parametrii de beneficiu clinic

Parametrii de beneficiu clinic ai scalei de evaluare a stării fizice PSS-HN, specifice cancerului capului și gâtului, care sunt măsurarea inteligibilității vorbirii, abilitatea de a mânca în public și de a se alimenta normal, au fost semnificativ în favoarea TPF comparativ cu PF.

Timpul median până la prima deteriorare a stării fizice conform scalei WHO a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu brațul de tratament cu PF. Scorul de intensitate a durerii s-a îmbunătățit în timpul tratamentului în ambele grupuri de tratament indicând o abordare terapeutică adecvată a durerii.

- **Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)**

Siguranța și eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local, al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu de fază III, randomizat, multicentric, deschis (TAX 324). În acest studiu, 501 pacienți cu CCSCG avansat local și cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul din cele două brațe. Populația studiului a inclus pacienți cu tumoră tehnic nerezecabilă, pacienți cu probabilitate mică de tratament chirurgical și pacienți la care se întinde păstrarea organului. Evaluarea eficacității și siguranței s-a făcut numai pe baza criteriilor finale de supraviețuire, iar succesul păstrării organului nu a fost luat în considerare în mod oficial. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă din ziua 1, urmată de cisplatină (P) 100 mg/m² administrată în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit chimioradioterapie (CRT) conform protocolului (TPF/CRT). Pacienții din brațul cu comparator au primit cisplatină (P) 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la trei ore în ziua 1, urmată de perfuzie intravenoasă continuă de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi din ziua 1 până în ziua 5. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit CRT conform protocolului (PF/CRT).

Pacienții din ambele brațe de tratament au primit CRT timp de 7 săptămâni după chimioterapia de inducție cu un interval minim de 3 săptămâni și nu mai târziu de 8 săptămâni după începerea ultimului ciclu (ziua 22 până la ziua 56 ale ultimului ciclu). În timpul radioterapiei, s-a administrat carboplatină (ASC 1,5) în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, maxim 7 doze. Radioterapia a fost aplicată cu echipament de megavoltaj cu fracționare o dată pe zi (2 Gy pe zi și săptămână timp de 7 săptămâni, în doză totală de 70-72 Gy). Tratamentul chirurgical la nivelul localizării principale a bolii și/sau la nivelul gâtului a putut fi luat în considerare la orice moment după încheierea CRT. Toți pacienții din brațul cu docetaxel au primit antibioterapie profilactică. Obiectivul principal de evaluare a eficacității în acest studiu, supraviețuirea globală (SG) a fost semnificativ mai mare (test log rank, $p = 0,0058$) în cazul schemei de tratament cu docetaxel, comparativ cu PF (SG mediană 70,6 versus 30,1 luni respectiv), cu reducerea riscului de mortalitate cu 30% comparativ cu PF (risc relativ (RR) = 0,70, interval de încredere (Î) 95% = 0,54-0,90), cu timp median de urmărire de 41,9 luni. Obiectivul secundar de evaluare a eficacității, SFP (35,5 luni pentru TPF și 13,1 pentru PF). De asemenea, aceasta a fost semnificativă statistic pentru RR de 0,71 Î 95% 0,56 - 0,90; test log rank $p = 0,004$. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție al pacienților cu CCSCG avansat local (analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 255	Cis + 5-FU n = 246
Supraviețuire globală mediană (luni) (Î 95%)	70,6 (49,0-NA)	30,1 (20,9-51,5)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,54-0,90) 0,0058	
FPS mediană (luni) (Î 95%)	35,5 (19,3-NA)	13,1 (10,6-20,2)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,71 (0,56 - 0,90) 0,004	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) la chimioterapie (%) (Î 95%) *** valoarea p	71,8 (65,8-77,2)	64,2 (57,9-70,2)
	0,070	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) a tratamentul din studiu [chimioterapie +/- chimioradioterapie] (%) (Î 95%) *** valoarea p	76,5 (70,8-81,5)	71,5 (65,5-77,1)
	0,209	

Un risc relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + fluorouracil

* test log-rank neajustat

** test log-rank neajustat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

*** test chi pătrat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

NA-nu este aplicabil

Copii și adolescenți

Agenția Europeană pentru Medicamente a suspendat obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu TAXOTERE la toate subgrupele de copii și adolescenți în cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Farmacocinetica docetaxelului a fost evaluată la pacienți cu cancer după administrarea a 20-115 mg/m² în studiile de fază I. Profilul cinetic al docetaxelului nu depinde de doză și corespunde unui model farmacocinetic tricompartimental, cu timpi de înjumătățire plasmatică pentru fazele α , β și γ (terminale) de 4 minute, 36 minute, și între 11,1 ore respectiv 17.5 ore, atunci când se recoltează până la 24 de ore. Un studiu suplimentar de evaluare a farmacocineticii docetaxelului în doze similare (75 – 100 mg/m²) la pacienți, dar pe un interval de timp mai lung (peste 22 de zile) a descoperit un timp de înjumătățire mediu terminal mai lung între 91 și 120 de ore. Faza tardivă se datorează, parțial, unui eflux relativ lent al docetaxelului din compartimentul periferic.

Distribuție

După administrarea unei doze de 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, s-a realizat o medie a concentrației plasmatice maxime de 3,7 μ g/ml, cu ASC de 4,6 ore• μ g/ml. Valorile medii ale

clearance-ului total și volumului relativ de distribuție la starea de echilibru au fost 21 l/oră și m², respectiv 113 l. Variațiile interindividuale ale clearance-ului total au fost de aproximativ 50%. Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție de peste 95%.

Eliminare

Un studiu cu docetaxel marcat cu ¹⁴C s-a efectuat la trei pacienți cu cancer. Docetaxelul s-a eliminat prin urină și fecale, după o metabolizare oxidativă mediată de citocromul P-450 la grupul esteric terț-butil, timp de 7 zile, excreția prin urină și fecale reprezentând aproximativ 6%, respectiv 75% din doza administrată marcată radioactiv. Aproximativ 80% din radioactivitatea regăsită în fecale se excretă în primele 48 ore după perfuzia intravenoasă, sub forma unui metabolit principal inactiv, 3 metaboliți inactivi minori și foarte mici cantități de medicament neschimbat.

Grupe speciale de pacienți

Vârsta și sex

Analiza farmacocinetică populațională s-a efectuat cu docetaxel la 577 pacienți. Parametrii farmacocinetici estimați prin model s-au apropiat de cei estimați în studiile de fază I. Farmacocinetica docetaxelului nu a depins de vârsta sau sexul pacientului.

Insuficiență hepatică

La un număr mic de pacienți (n = 23) cu rezultate ale analizelor biochimice sugerând insuficiența hepatică ușoară până la moderată (ASAT și ALAT ≥1,5 ori față de limita superioară a valorilor normale, asociat cu fosfataza alcalină ≥2,5 ori față de limita superioară a valorilor normale), clearance-ul total a fost redus în medie, cu 27% (vezi pct. 4.2).

Retenție de lichide

Clearance-ul docetaxelului nu a fost modificat la pacienții cu retenție de lichide ușoară până la moderată și nu există date disponibile pentru pacienții cu retenție severă de lichide.

Tratament asociat

Doxorubicină

În cazul administrării în asociere cu doxorubicină, acesta nu influențează clearance-ul doxorubicinei și concentrația plasmatică a doxorubicinolului (metabolitul doxorubicinei). Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora.

Capecitabină

Un studiu de fază I care a evaluat efectul capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului și invers nu a arătat niciun efect al capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului (C_{max} și ASC) și niciun efect al docetaxelului asupra farmacocineticii unui metabolit relevant al capecitabinei, 5'-DFUR.

Cisplatină

Clearance-ul docetaxelului în terapie asociată cu cisplatină a fost similar cu cel observat în monoterapie. Profilul farmacocinetic al cisplatinei administrată la scurt timp după perfuzia intravenoasă cu docetaxel este similar cu cel observat în cazul cisplatinei în monoterapie.

Cisplatină și 5-fluorouracil

Administrarea în asociere a docetaxelului cu cisplatină și 5-fluorouracil la 12 pacienți cu tumori solide nu a avut influență asupra farmacocineticii fiecărui medicament.

Prednison și dexametazonă

Efectul prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului administrat cu premedicație standard cu dexametazonă a fost studiat la 42 pacienți.

Prednison

Nu s-a observat un efect al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

5.3 Date preclinice de siguranță

Potențialul carcinogen al docetaxelului nu a fost studiat.

Docetaxelul a dovedit potențial genotoxic printr-un mecanism aneugen în studiile *in vitro* pe micronuclei și în testul aberațiilor cromozomiale efectuat pe celulele CHO-K1, precum și *in vivo* în testul micronucleilor la șoarece. Cu toate acestea, nu s-a dovedit mutagen în testul Ames și în analiza de mutație genică CHO/HGPRT. Aceste rezultate sunt în concordanță cu activitatea farmacologică a docetaxelului.

Reacțiile adverse la nivelul testiculelor, observate în studiile de toxicitate efectuate la rozătoare, sugerează faptul că docetaxelul poate afecta fertilitatea masculină.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Flaconul cu concentrat:

Polisorbat 80

Acid citric

Flaconul cu solvent:

Etanol 95%

Apă pentru preparate injectabile

6.2 Incompatibilități

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

6.3 Perioada de valabilitate

- 3 ani
- Soluția „amestec prealabil”: Soluția „amestec prealabil” conține docetaxel 10 mg/ml și trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea chimică și fizică a soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată pentru 8 ore dacă este păstrată la temperaturi între 2°C și 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).
- Soluția perfuzabilă: soluția perfuzabilă trebuie utilizată în decurs de 4 ore la temperatura camerei (sub 25°C).

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C sau sub 2°C.

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

Pentru condițiile de păstrare ale medicamentului diluat, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Fiecare cutie conține 1 blister cu:

- un flacon unidoză cu concentrat și
- un flacon unidoză cu solvent.

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă în flacon

Flacon din sticlă incoloră de tip I, cu capacitatea nominală de 15 ml, cu capac flip-off roșu.

Acest flacon conține 2 ml dintr-o soluție de docetaxel 40 mg/ml în polisorbitat 80 (volum de umplere 94,4 mg/2,36 ml). Acest volum de umplere a fost stabilit în timpul dezvoltării TAXOTERE pentru a compensa pierderea de lichid în timpul preparării „amestecului prealabil”, datorită formării spumei, aderării la pereții flaconului și a "volumului mort". Această supraumplere asigură, după diluarea cu întregul conținut al flaconului cu solvent, existența unui volum minim de 8 ml „amestec prealabil”, care poate fi extras, conținând docetaxel 10 mg/ml, care corespunde cantității de 80 mg/2 ml per flacon, înscrisă pe etichetă.

Flaconul cu solvent

Flacon din sticlă incoloră de tip I, cu capacitatea nominală de 15 ml, cu un capac flip-off transparent, incolor.

Flaconul cu solvent conține 6 ml soluție 13% m/m etanol 95% în apă pentru preparate injectabile (volum de umplere 7,33 ml). Adăugarea întregului conținut al flaconului cu solvent la conținutul flaconului de TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă asigură o concentrație a „amestecului prealabil” de docetaxel de 10 mg/ml.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu precauție. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, se recomandă spălarea imediată cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, se recomandă spălarea imediată cu multă apă.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

a) Prepararea soluției „amestec prealabil” de TAXOTERE (docetaxel 10 mg/ml)

Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, se scoate din frigider doar numărul de cutii de TAXOTERE necesare și se păstrează la temperatura camerei (sub 25°C) timp de 5 minute.

Se extrage printr-o tehnică aseptică, cu ajutorul unei seringi cu ac montat, întregul conținut al flaconului cu solvent pentru TAXOTERE, răsturnând parțial flaconul.

Se injectează întregul conținut în flaconul corespunzător de TAXOTERE.

Se scot seringă și acul și se omogenizează manual amestecul prin mișcări repetate de răsturnare timp de minimum 45 de secunde. Nu se agită.

Se lasă flaconul cu „amestec prealabil” în repaus timp de 5 minute la temperatura camerei (sub 25°C) și apoi se verifică dacă soluția este omogenă și limpede (prezența spumei este normală chiar și după 5 minute, datorită prezenței în formulare a polisorbitatului 80).

Soluția „amestec prealabil” conține docetaxel 10 mg/ml și trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată timp de 8 ore dacă se păstrează la temperaturi între 2°C și 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).

b) Prepararea soluției perfuzabile

Pentru obținerea dozei necesare unui pacient, poate fi necesar mai mult decât un flacon cu „amestec prealabil”. Pe baza dozei necesare respectivului pacient, exprimată în mg, se extrage printr-o tehnică aseptică volumul de „amestec prealabil” care conține docetaxel 10 mg/ml, cu ajutorul unei seringi gradate cu ac atașat, din numărul corespunzător de flacoane cu „amestec prealabil”. De exemplu, o doză de 140 mg docetaxel necesită 14 ml soluție „amestec prealabil”.

Se injectează volumul necesar de „amestec prealabil” într-o pungă sau flacon de perfuzie de 250 ml, conținând fie soluție de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%).

Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 200 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.

Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.

Soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie administrată în decurs de 4 ore de la preparare, în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, printr-o tehnică aseptică, în condiții obișnuite de luminozitate și la temperatura camerei (sub 25°C).

Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția „amestec prealabil” și soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificate vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/002

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 27 noiembrie 1995

Data ultimei reînnoiri a autorizației: 24 ianuarie 2006

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

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

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare ml de concentrat pentru soluție perfuzabilă conține 20 mg docetaxel (sub formă de trihidrat).

Un flacon a 1 ml concentrat conține docetaxel 20 mg.

Excipienți cu efect cunoscut:

Fiecare flacon cu concentrat pentru soluție perfuzabilă conține etanol anhidru 0,5 ml (395 mg).

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Concentrat pentru soluție perfuzabilă (concentrat steril)

Concentratul este o soluție de culoare galben-pal până la galben-marونیu.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Cancer mamar

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă, pentru tratamentul adjuvant al pacienților cu:

- cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi
- cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi.

Pentru pacientele cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, tratamentul adjuvant trebuie limitat la pacientele care pot beneficia de chimioterapie, în conformitate cu criteriile stabilite la nivel internațional pentru tratamentul de primă intenție al cancerului mamar precoce (vezi pct. 5.1).

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, care nu au primit anterior tratament citotoxic pentru această afecțiune.

TAXOTERE este indicat în monoterapie pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul tratamentului citotoxic. Chimioterapia anterioară trebuie să fi inclus o antraciclină sau un agent alchilant.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu trastuzumab, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu capecitabină, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei citotoxice. Tratamentul anterior trebuie să fi inclus o antraciclină.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

TAXOTERE este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei sau înainte de aceasta.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină, pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, nerezecabil, avansat loco-regional sau metastazat, la pacienții care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune.

Cancer de prostată

TAXOTERE este indicat, în asociere cu prednison sau prednisolon, pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare.

TAXOTERE în asociere cu terapia de deprivare androgenică (TDA), împreună cu sau fără prednison sau prednisolon, este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil.

Adenocarcinom gastric

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastroesofagiene, care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

Cancer al capului și gâtului

TAXOTERE în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil este indicat pentru tratament de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase, al capului și gâtului, avansat local.

4.2 Doze și mod de administrare

Utilizarea docetaxel trebuie efectuată numai în unități specializate în administrarea chimioterapiei citotoxice și numai sub supravegherea unui medic calificat în administrarea chimioterapiei antineoplazice (vezi pct. 6.6).

Doze

Pentru cancerul mamar, cancerul bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancerul gastric și cancerul capului și gâtului, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, dacă nu există contraindicații (vezi pct. 4.4), se poate utiliza o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi), timp de 3 zile.

Pentru cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, datorită utilizării concomitente de prednison sau prednisolon, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, la 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Pentru cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, indiferent de utilizarea concomitentă a prednisonului sau prednisolonului, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, administrată cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Profilactic se pot utiliza G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate.

Docetaxelul se administrează în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, o dată la 3 săptămâni.

Cancer mamar

Pentru tratamentul adjuvant al cancerului mamar operabil, cu și fără interesare ganglionară, doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² administrat la o oră după administrarea de doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² o dată la 3 săptămâni, timp de 6 cicluri (schema de tratament TAC) (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, doza recomandată de docetaxel în monoterapie este de 100 mg/m². Pentru tratamentul de primă linie, docetaxelul în doză de 75 mg/m² se asociază cu doxorubicină (50 mg/m²).

Doza de docetaxel recomandată în asociere cu trastuzumab este de 100 mg/m² o dată la trei săptămâni, cu trastuzumab administrat săptămânal. În studiul pivot, perfuzia intravenoasă inițială cu docetaxel a început în ziua imediat următoare primei doze de trastuzumab. Dozele următoare de docetaxel au fost administrate imediat după terminarea perfuziei intravenoase cu trastuzumab, dacă doza precedentă de trastuzumab a fost bine tolerată. Pentru doze și mod de administrare ale trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu capecitabină, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² o dată la trei săptămâni și capecitabină în doză de 1250 mg/m² de două ori pe zi (în interval de 30 minute după masă) timp de 2 săptămâni, urmate de 1 săptămână pauză. Pentru calculul dozei de capecitabină în funcție de suprafața corporală, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

La pacienții cu cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, netratați anterior cu chimioterapice, regimul de doze recomandat este docetaxel 75 mg/m², urmat imediat de cisplatină 75 mg/m² timp de 30-60 minute. Pentru tratamentul după eșec al chimioterapiei anterioare cu compuși de platină, doza recomandată este de 75 mg/m² în monoterapie.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m². Se administrează continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală (vezi pct. 5.1).

Cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri. Se poate administra continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală.

Adenocarcinom gastric

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 până la 3 ore (ambele numai în prima zi), urmate de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi, administrat în perfuzie intravenoasă continuă cu durata de 24 ore, timp de 5 zile, începând de la sfârșitul perfuziei intravenoase cu cisplatină. Tratamentul se repetă o dată la trei săptămâni. Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată pentru administrarea cisplatină. Trebuie să se utilizeze profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Cancer al capului și gâtului

Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată (înainte și după administrarea de cisplatină). Profilactic, poate fi utilizat G-CSF pentru a diminua riscul toxicității hematologice. Toți pacienții din brațul cu docetaxel al studiilor TAX 323 și TAX 324 au primit antibioterapie profilactică.

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Pentru tratamentul de inducție al carcinomului cu celule scuamoase, avansat local, inoperabil, al capului și gâtului (CCSCG), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² timp de 1 oră, în prima zi, urmate de 5-fluorouracil în perfuzie intravenoasă continuă cu 750 mg/m² și zi, timp de cinci zile. Acest regim terapeutic se administrează la fiecare 3 săptămâni, timp de 4 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să urmeze radioterapie.
- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)
Pentru tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local (tehnic nerezecabil, tratament chirurgical puțin probabil și ținând păstrarea organului), al capului și

gâtului (CCSCG), doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră în ziua 1, urmată de cisplatină 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Această schemă terapeutică se administrează la fiecare 3 săptămâni timp de 3 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să primească chimioradioterapie.

Pentru modificarea dozelor de cisplatină și 5-fluorouracil, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

Ajustarea dozelor în timpul tratamentului

Aspecte generale

Docetaxelul trebuie administrat când numărul neutrofilelor este $\geq 1500/\text{mm}^3$. La pacienții care în timpul tratamentului cu docetaxel au avut neutropenie febrilă, număr de neutrofile $< 500/\text{mm}^3$ timp de mai mult de o săptămână, reacții cutanate severe sau cumulative sau neuropatie periferică severă, doza de docetaxel trebuie redusă de la 100 mg/m² la 75 mg/m² și/sau de la 75 la 60 mg/m². Dacă pacientul continuă să aibă aceste reacții la doza de 60 mg/m², tratamentul trebuie întrerupt definitiv.

Tratament adjuvant pentru cancerul mamar

Trebuie luată în considerare profilaxia primară cu G-CSF în cazul pacientelor la care se administrează tratament adjuvant cu docetaxel, doxorubicină și ciclofosamidă (TAC) pentru cancer mamar. La pacientele care prezintă neutropenie febrilă și/sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă la 60 mg/m² în toate ciclurile următoare (vezi pct. 4.4 și 4.8). La pacientele care au stomatită de gradul 3 sau 4, trebuie redusă doza de docetaxel la 60 mg/m².

În asociere cu cisplatină

La pacienții cărora li se stabilește doza inițială de docetaxel de 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și a căror valoare minimă a numărului de trombocite în timpul ciclului anterior de tratament este de $< 25000/\text{mm}^3$, la pacienții care au avut neutropenie febrilă sau la pacienții cu fenomene toxice non-hematologice grave, doza de docetaxel în ciclurile următoare trebuie redusă la 65 mg/m². Pentru ajustarea dozelor de cisplatină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În asociere cu capecitabină

- Pentru ajustarea dozelor de capecitabină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.
- La pacienții care dezvoltă pentru prima dată toxicitate de grad 2 care persistă până la ciclul următor de docetaxel/capecitabină, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0-1 și se reia cu 100% din doza inițială.
- La pacienții care dezvoltă pentru a doua oară toxicitate de grad 2 sau pentru prima oară toxicitate de grad 3, în orice moment al ciclului terapeutic, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0 - 1 și apoi se reia cu docetaxel 55 mg/m².
- Pentru orice altă toxicitate dezvoltată ulterior sau pentru orice toxicitate de grad 4, tratamentul cu docetaxel se întrerupe definitiv.

Pentru ajustarea dozelor de trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Dacă în pofida utilizării de G-CSF survine un episod de neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Dacă survin episoade ulterioare de neutropenie complicată, doza de docetaxel trebuie redusă de la 60 la 45 mg/m². În caz de trombocitopenie de grad 4, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Pacienții nu trebuie retratați cu cicluri ulterioare de docetaxel până când numărul neutrofilelor nu revine la o valoare $> 1500/\text{mm}^3$, iar plachetele la o valoare $> 100000/\text{mm}^3$. Dacă aceste fenomene toxice persistă, tratamentul se întrerupe definitiv (vezi pct. 4.4).

Modificările de doză recomandate în caz de fenomene toxice la pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (5-FU):

Toxicitate	Ajustarea dozei
Diaree de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: se reduce apoi doza de docetaxel cu 20%.
Diaree de grad 4	Primul episod: se reduc dozele de docetaxel și 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă a tratamentului.
Stomatită/mucozită de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al treilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.
Stomatită/mucozită de grad 4	Primul episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al doilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.

Pentru ajustarea dozelor de cisplatină și 5-FU, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În studiile clinice pivot CCSCG la pacienții care au prezentat neutropenie complicată (incluzând neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), s-a recomandat să se utilizeze G-CSF pentru a furniza o acoperire profilactică (de exemplu ziua 6-15) în toate ciclurile următoare.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență hepatică

Pe baza datelor de farmacocinetică obținute după administrarea de docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, la pacienții care prezintă creșteri, atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât limita superioară a valorilor normale (LSVN), cât și ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² (vezi pct. 4.4 și 5.2). La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN asociat cu fosfatază alcalină >2,5 × LSVN și bilirubină >1 × LSVN; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date despre pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea TAXOTERE în carcinomul nazo-faringian la copii cu vârsta de 1 lună până la mai puțin de 18 ani nu au fost încă stabilite.

Nu există date relevante privind utilizarea TAXOTERE la copii și adolescenți pentru indicațiile de cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III.

Persoane vârstnice

Pe baza unei analize farmacocinetice populaționale, nu există instrucțiuni speciale privind administrarea la persoanele vârstnice.

În cazul asocierii cu capecitabină, la pacienții cu vârsta de 60 ani și peste, se recomandă o reducere a dozei inițiale de capecitabină de 75% (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

Mod de administrare

Pentru instrucțiuni cu privire la prepararea și administrarea medicamentului vezi pct. 6.6.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la docetaxel sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Pacienți care au anterior inițierii tratamentului un număr de neutrofile $<1500/\text{mm}^3$.

Pacienți cu insuficiență hepatică severă (vezi pct. 4.2 și 4.4).

Când sunt utilizate și alte medicamente în asociere cu docetaxel, se respectă, de asemenea, contraindicațiile acestora.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În cazul cancerului mamar și cancerului bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi) timp de 3 zile, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, în absența contraindicațiilor corticoterapiei, poate reduce incidența și severitatea retenției de lichide, precum și severitatea reacțiilor de hipersensibilitate. În cazul cancerului de prostată, premedicația constă în administrarea de dexametazonă 8 mg, oral, cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de administrarea perfuziei intravenoase cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

Hematologie

Neutropenia este cea mai frecventă reacție adversă la docetaxel. Valorile minime ale numărului de neutrofile apar după 7 zile ca valoare mediană, dar acest interval poate fi mai scurt la pacienții tratați anterior cu doze mari. La toți pacienții tratați cu docetaxel trebuie efectuată monitorizarea frecventă a hemogramei complete. Pacienții trebuie să reînceapă tratamentul cu docetaxel atunci când numărul neutrofilelor revine la $\geq 1500/\text{mm}^3$ (vezi pct. 4.2).

În caz de neutropenie severă ($<500/\text{mm}^3$ timp de șapte zile sau mai mult) pe parcursul unui ciclu de tratament cu docetaxel, se recomandă o reducere a dozelor pentru ciclurile ulterioare sau utilizarea măsurilor simptomatice adecvate (vezi pct. 4.2).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (TCF), la cei care au primit G-CSF profilactic, neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut cu frecvență mai mică. Pacienții tratați cu TCF trebuie să primească profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TCF trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă (TAC), neutropenia febrilă și/sau infecția neutropenică au apărut cu frecvențe mai mici atunci când pacienților li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF. Profilaxia primară cu G-CSF trebuie luată în considerare la pacientele care primesc tratament adjuvat cu TAC pentru cancer mamar pentru a reduce riscul de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TAC trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

Reacții gastrointestinale

Se recomandă prudență în cazul pacienților cu neutropenie, la care există un risc semnificativ mai mare de apariție a complicațiilor gastrointestinale. Cu toate că majoritatea cazurilor au survenit în timpul primului sau celui de-al doilea ciclu de tratament care conține docetaxel, enterocolita poate apărea în orice moment și poate duce la deces chiar din prima zi de apariție. Pacienții trebuie atent monitorizați pentru manifestările precoce ale reacțiilor grave de toxicitate gastrointestinală (vezi pct. 4.2, 4.4 Hematologie și 4.8).

Reacții de hipersensibilitate

Pacienții trebuie supravegheați cu atenție pentru apariția reacțiilor de hipersensibilitate, îndeosebi în timpul primei și celei de-a doua perfuzii intravenoase. Reacțiile de hipersensibilitate pot să apară în decurs de câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel, de aceea trebuie să fie disponibile mijloace de tratament al hipotensiunii arteriale și bronhospasmului. În cazul în care apar reacții de hipersensibilitate, simptomele minore, cum sunt eritemul facial tranzitoriu sau reacțiile cutanate localizate, nu necesită întreruperea temporară a tratamentului. Cu toate acestea, reacțiile severe, cum sunt hipotensiunea arterială severă, bronhospasmul sau erupțiile cutanate/eritemul generalizate, necesită întreruperea imediată și definitivă a administrării docetaxelului și instituirea tratamentului adecvat. Pacienții care au avut reacții severe de hipersensibilitate nu mai trebuie tratați cu docetaxel. La pacienții care au dezvoltat anterior o reacție de hipersensibilitate la paclitaxel poate exista riscul să apară reacții de hipersensibilitate, inclusiv unele mai severe. Acești pacienți trebuie atent monitorizați în timpul inițierii tratamentului.

Reacții cutanate

S-a observat eritem cutanat localizat al extremităților (la nivelul palmelor și plantelor) cu edem, urmat de descumare. S-au raportat simptome severe cum sunt erupții cutanate urmate de descumare, care au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

În cadrul tratamentului cu docetaxel, au fost raportate reacții adverse cutanate severe (RACS), cum sunt sindrom Stevens-Johnson (SSJ), necroliză epidermică toxică (NET) și pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG). Pacienții trebuie informați despre semnele și simptomele manifestărilor cutanate grave și monitorizați atent. Dacă apar semne și simptome sugestive pentru aceste reacții adverse, trebuie luată în considerare întreruperea administrării de docetaxel.

Retenție de lichide

Pacienții cu retenție severă de lichide, de exemplu efuziune pleurală, efuziune pericardică și ascită trebuie supravegheați cu atenție.

Tulburări respiratorii

Au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută, pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, care se pot asocia cu evoluție letală. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri de pneumonită de iradiere.

Dacă se instalează simptome pulmonare noi sau cele existente se agravează, pacienții trebuie monitorizați cu atenție, evaluați prompt și tratați în mod adecvat. Se recomandă întreruperea terapiei cu docetaxel până când este stabilit diagnosticul. Aplicarea precoce a tratamentului de susținere poate ajuta la ameliorarea afecțiunii. Beneficiul reluării tratamentului cu docetaxel trebuie evaluat cu atenție.

Pacienți cu insuficiență hepatică

La pacienții tratați cu docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, cu creșteri atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât LSVN, cât și creșteri ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, există un risc mai mare de apariție a unor reacții adverse severe, cum sunt decesele de cauză toxică, incluzând sepsis și hemoragie gastro-intestinală posibil letale, neutropenie febrilă, infecții, trombocitopenie, stomatită și astenie. De aceea, la pacienții cu valori crescute ale testelor funcționale hepatice (TFH), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m², iar TFH trebuie efectuate la începutul și înainte de fiecare ciclu de tratament (vezi pct. 4.2).

La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN, asociat cu

fosfatază alcalină $>2,5 \times \text{LSVN}$ și bilirubină $>1 \times \text{LSVN}$; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date cu privire la pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Pacienți cu insuficiență renală

Nu există date disponibile cu privire la pacienții cu funcție renală sever afectată, tratați cu docetaxel.

Sistem nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe necesită o reducere a dozei (vezi pct. 4.2).

Toxicitate cardiacă

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost observată insuficiență cardiacă, în special după chimioterapia conținând o antraciclină (doxorubicină sau epirubicină). Aceasta poate fi moderată până la severă și a fost asociată cu deces (vezi pct. 4.8).

Când pacienții sunt eligibili pentru tratamentul cu docetaxel în asociere cu trastuzumab, ei trebuie să fie inițial evaluați din punct de vedere cardiac. Funcția cardiacă trebuie monitorizată în continuare în timpul tratamentului (de exemplu, o dată la trei luni) pentru a facilita identificarea pacienților la care este posibil să apară disfuncție cardiacă. Pentru mai multe detalii, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (uneori letală) (vezi pct. 4.8).

Se recomandă evaluare cardiacă la inițierea tratamentului.

Tulburări oculare

La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid). Pacienții cu afectarea acuității vizuale trebuie să efectueze prompt un examen oftalmologic complet. În cazul în care se diagnostichează EM cistoid, trebuie oprit tratamentul cu docetaxel și trebuie inițiat tratamentul adecvat (vezi pct. 4.8).

Neoplazii primare secundare tratamentului

Au fost raportate neoplazii primare secundare tratamentului, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Neoplaziile primare secundare tratamentului (inclusiv leucemie mieloidă acută, sindrom mielodisplazic și limfom non-Hodgkin) pot apărea la câteva luni sau la câțiva ani după administrarea schemei de tratament care a conținut docetaxel. Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția neoplaziilor primare secundare tratamentului (vezi pct. 4.8)

Sindrom de liză tumorală

La administrarea de docetaxel, a fost raportată apariția sindromului de liză tumorală după primul sau cel de-al doilea ciclu de tratament (vezi pct. 4.8). Pacienții cu risc de apariție a sindromului de liză tumorală (de exemplu cu insuficiență renală, hiperuricemie, tumoră voluminoasă, evoluție rapidă) trebuie monitorizați cu atenție. Înainte de inițierea tratamentului, este recomandată corectarea deshidratării și tratarea valorilor crescute ale acidului uric.

Altele

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.6).

Trebuie evitată utilizarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) (vezi pct. 4.5).

Precauții suplimentare pentru utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Neutropenia complicată

La pacienții care au neutropenie complicată (neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), trebuie luate în considerare administrarea de G-CSF și reducerea dozei (vezi pct. 4.2).

Reacții gastro-intestinale

Simptome cum sunt durere și sensibilitate abdominală precoce, febră, diaree, cu sau fără neutropenie, pot fi manifestări precoce ale toxicității gastro-intestinale grave și trebuie evaluate și tratate prompt.

Insuficiența cardiacă congestivă (ICC)

Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția simptomelor de insuficiență cardiacă congestivă în timpul tratamentului și în perioada de urmărire. La pacienții tratați cu regimul TAC pentru cancer mamar cu ganglioni pozitivi, s-a demonstrat că riscul de apariție a ICC este mai mare în timpul primului an după tratament (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Pacienți cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi

Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind supraviețuirea fără semne de boală (SFB) și supraviețuirea globală (SG), raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale (vezi pct. 5.1).

Vârșnici

Precauții de utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Există date limitate referitoare la pacienții >70 ani tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată rezistent la castrare

Într-un studiu privind cancerul de prostată, din 333 pacienți tratați cu docetaxel, o dată la trei săptămâni, 209 pacienți aveau 65 ani sau peste și 68 pacienți aveau peste 75 ani. La pacienții tratați cu docetaxel o dată la trei săptămâni, incidența modificărilor unghiale atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 65 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența febrei, diareei, anorexiei și edemului periferic atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 75 ani sau peste, față de cei sub 65 ani.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată hormono-sensibil

Din cei 545 pacienți tratați cu docetaxel la interval de 3 săptămâni în cadrul unui studiu asupra cancerului de prostată hormono-sensibil (STAMPEDE), 296 pacienți au avut vârsta de 65 ani sau peste, iar 48 pacienți au avut vârsta de 75 ani sau peste. Mai mulți pacienți cu vârsta ≥ 65 ani din brațul cu docetaxel au raportat reacții de hipersensibilitate, neutropenie, anemie, retenție de lichide, dispnee și modificări ale unghiilor, comparativ cu pacienții cu vârsta mai mică de 65 ani. Niciuna dintre aceste creșteri ale frecvenței nu a atins o diferență de 10% față de brațul de control. La pacienții care au avut vârsta de 75 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri, neutropenia, anemia, diareea și infecțiile tractului respirator superior au fost raportate cu o incidență mai mare (cu cel puțin 10% mai mare).

Precauții de utilizare în adenocarcinomul gastric

În studiul privind cancerul gastric, dintre 300 pacienți (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II a studiului) tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, 74 erau în vârstă de 65 ani sau peste și 4 pacienți erau în vârstă de 75 ani sau peste. Incidența evenimentelor adverse grave a fost mai mare la persoanele vârstnice comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența următoarelor evenimente adverse (de toate gradele): letargie, stomatită, infecție neutropenică, a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții cu vârsta de 65 ani sau peste comparativ cu pacienții mai tineri.

Persoanele vârstnice tratate cu TCF trebuie supravegheate cu atenție.

Excipienți

Acest medicament conține etanol anhidru (alcool etilic) 50% din volum, adică până la 395 mg etanol anhidru pe flacon, echivalent cu 10 ml bere sau 4 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli hepatice sau epilepsie.

Trebuie avute în vedere posibile efecte asupra sistemului nervos central.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Studiile *in vitro* au evidențiat faptul că metabolizarea docetaxelului poate fi modificată prin administrarea concomitentă a unor compuși care induc, inhibă sau sunt metabolizați de citocromul P 450-3A (și astfel inhibă competitiv enzima), cum sunt ciclosporina, ketoconazolul și eritromicina. Ca rezultat, în cazul tratării concomitente a pacienților cu aceste medicamente, este necesară prudență, datorită riscului potențial de interacțiuni semnificative.

În cazul administrării concomitente cu inhibitori ai CYP3A4, poate crește apariția reacțiilor adverse la docetaxel, ca urmare a scăderii metabolizării. Dacă utilizarea concomitentă de inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) nu poate fi evitată, în timpul tratamentului cu un inhibitor puternic al CYP3A4 este necesară supravegherea clinică atentă și poate fi adecvată ajustarea dozei de docetaxel (vezi pct. 4.4). Într-un studiu de farmacocinetică, efectuat la 7 pacienți, administrarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitorul puternic al CYP3A4, ketoconazolul a determinat scăderea semnificativă a clearance-ului docetaxelului, cu 49%.

Farmacocinetica docetaxelului în prezența prednisonului a fost studiată la pacienții cu neoplasm de prostată metastazat. Docetaxelul este metabolizat de către CYP3A4, iar prednisonul este un inductor cunoscut al CYP3A4. Nu a fost observat un efect semnificativ statistic al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție mare (>95%). Cu toate că posibilele interacțiuni *in vivo* ale docetaxelului cu alte medicamente administrate concomitent nu au fost studiate specific, interacțiunile *in vitro* cu medicamente care se leagă în proporție mare de proteine, cum sunt eritromicină, difenhidramină, propranolol, propafenonă, fenitoină, salicilați, sulfametoxazol și valproat de sodiu, nu au influențat legarea de proteine a docetaxelului. În plus, dexametazona nu a influențat legarea de proteine a docetaxelului. Docetaxelul nu influențează legarea de proteine a digitoxinei.

Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora. Date limitate, dintr-un studiu fără grup de control, au fost sugestive pentru o interacțiune între docetaxel și carboplatină. Când s-a asociat cu docetaxel, clearance-ul carboplatinei a fost cu 50% mai mare decât valorile înregistrate anterior pentru carboplatină în monoterapie.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femeile aflate la vârsta fertilă /Contracepția la bărbați și femei

Femeile aflate la vârsta fertilă și bărbații cărora li se administrează docetaxel trebuie sfătuiți să evite sarcina și să nu procreeze și dacă rămân gravide să se adreseze imediat medicului curant.

Din cauza riscului genotoxic al docetaxelului (vezi pct. 5.3), femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel.

Sarcina

Nu există informații privind administrarea docetaxelului la femeile gravide. Docetaxelul s-a dovedit atât embriotoxic cât și fetotoxic la iepure și șobolan. Asemenea altor medicamente citotoxice, docetaxelul poate determina efecte nocive asupra fătului dacă este administrat femeilor gravide. De aceea, docetaxelul nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazului în care prezintă indicație fermă.

Alăptarea

Docetaxelul este o substanță lipofilă, dar nu se cunoaște dacă aceasta se excretă în laptele uman. În consecință, din cauza posibilelor reacții adverse la sugari, alăptarea trebuie întreruptă pe durata tratamentului cu docetaxel.

Fertilitatea

Studiile la animale au arătat că docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați (vezi pct. 5.3). Prin urmare, bărbații tratați cu docetaxel trebuie să ceară sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament.

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

Nu s-au efectuat studii privind efectele asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cantitatea de alcool din acest medicament și reacțiile adverse ale medicamentului pot afecta negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje (vezi pct. 4.4 și 4.8). Prin urmare, pacienții trebuie avertizați asupra posibilului impact pe care cantitatea de alcool și reacțiile adverse ale acestui medicament le pot avea asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje și trebuie sfătuiți să nu conducă vehicule sau să folosească utilaje dacă apar aceste reacții adverse în timpul tratamentului.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță pentru toate indicațiile

Reacțiile adverse posibil sau probabil legate de administrarea de docetaxel au fost obținute de la:

- 1312 și 121 pacienți care au primit docetaxel în monoterapie 100 mg/m², respectiv 75 mg/m².
- 258 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină.
- 406 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină.
- 92 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu trastuzumab.
- 255 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu capecitabină.
- 332 pacienți (TAX327) care au primit docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 1276 pacienți (744 și 532 în TAX 316 și, respectiv, GEICAM 9805) care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).

- 300 pacienți cu adenocarcinom gastric (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II) care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 174 și 251 pacienți cu cancer al capului și gâtului care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 545 pacienți (studiul STAMPEDE) tratați cu docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA.

Aceste reacții au fost descrise utilizând criteriile uzuale de toxicitate ale NCI (gradul 3 = G3; gradul 3-4 = G3/4; gradul 4 = G4), termenii COSTART și MedDRA. Frecvențele sunt definite ca: 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).

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

Cele mai frecvent raportate reacții adverse ale docetaxel în monoterapie sunt: neutropenie (care a fost reversibilă și nu a fost cumulativă; durata mediană de atingere a valorii minime a fost de 7 zile, iar durata mediană a neutropeniei severe ($< 500/\text{mm}^3$) a fost de 7 zile), anemie, alopecie, greață, vărsături, stomatită, diaree și astenie. Severitatea reacțiilor adverse la docetaxel poate fi crescută atunci când docetaxel este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În cazul asocierii cu trastuzumab, sunt prezentate evenimentele adverse (toate gradele) raportate $\geq 10\%$. Față de docetaxel în monoterapie, în brațul cu trastuzumab în asociere s-a observat o creștere a incidenței EAG (40% față de 31%) și a EA de grad 4 (34% față de 23%).

Pentru asocierea cu capecitabină sunt prezentate cele mai frecvente reacții adverse atribuite tratamentului ($\geq 5\%$) raportate într-un studiu de fază III la pacienți cu cancer mamar cu eșec la tratamentul cu antraciclină (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

În cazul asocierii cu TDA și cu prednison sau prednisolon (studiul STAMPEDE), reacțiile adverse care au apărut pe parcursul celor 6 cicluri de tratament cu docetaxel și care au avut o incidență cu cel puțin 2% mai mare în brațul de tratament cu docetaxel, comparativ cu brațul de control, sunt prezentate utilizând gradele conform scalei de criterii comune privind terminologia evenimentelor adverse (*Common Terminology Criteria for Adverse Events CTCAE*).

Următoarele reacții adverse au fost observate frecvent la docetaxel:

Tulburări ale sistemului imunitar

Reacțiile de hipersensibilitate au apărut, în general, la câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel și au fost, de obicei, ușoare până la moderate. Cele mai frecvent raportate simptome au fost eritem facial tranzitoriu, erupții cutanate cu sau fără prurit, senzație de constricție toracică, durere lombară, dispnee și febră sau frisoane. Reacțiile severe au fost caracterizate prin hipotensiune arterială și/sau bronhospasm sau erupții cutanate/eritem generalizate (vezi pct. 4.4).

Tulburări ale sistemului nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe impune o reducere a dozei (vezi pct. 4.2 și 4.4). Semnele neurosenzoriale ușoare până la moderate sunt caracterizate de paretezii, disestezii sau durere inclusiv sub formă de arsură. Evenimentele neuromotorii sunt caracterizate în principal de slăbiciune.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Au fost observate reacții cutanate reversibile, în general considerate ușoare până la moderate. Reacțiile s-au caracterizat prin erupții cutanate, inclusiv erupții localizate, în principal pe picioare și mâini (inclusiv sindrom mână/picior sever), dar și pe brațe, față sau torace, frecvent asociate cu prurit. Erupțiile au apărut în general la o săptămână după perfuzia intravenoasă cu docetaxel. Au fost raportate mai puțin frecvent simptome severe cum sunt erupțiile urmate de descumare, care rareori au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2 și 4.4). Afectările unghiale grave sunt caracterizate de hipo- sau hiperpigmentare și, uneori, durere și onicoliză.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Reacțiile la nivelul locului de perfuzie au fost în general ușoare și au constat în hiperpigmentare, inflamație, eritem sau uscăciune a pielii, flebită sau extravazare și ectazie venoasă. Retenția de lichide include evenimente ca edemul periferic și, mai puțin frecvent, efuziunea pleurală, efuziunea pericardică, ascita și creșterea în greutate. Edemul periferic debutează de obicei la extremitățile declive și poate deveni generalizat cu o creștere în greutate de 3 kg sau peste. Retenția de lichide este cumulativă ca incidență și severitate (vezi pct. 4.4).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5,7%; incluzând sepsis și pneumonie, letale în 1,7%)	Infecții asociate cu neutropenie G4 (G3/4: 4,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 76,4%); Anemie (G3/4: 8,9%); Neutropenie febrilă	Trombocitopenie (G4: 0,2%)	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 5,3%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 4,1%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 4%); Disgeuzie (severă: 0,07%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială; Hipertensiune arterială; Hemoragii	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (severă: 2,7%)		
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 5,3%); Diaree (G3/4: 4%); Greață (G3/4: 4%); Vărsături (G3/4: 3%)	Constipație (severă: 0,2%); Durere abdominală (severă: 1%); Hemoragie gastro-intestinală (severă: 0,3%)	Esofagită (severă: 0,4%)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 5,9%); Afectări unghiale (severe: 2,6%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 1,4%)	Artralgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Retenție de lichide (severă: 6,5%); Astenie (severă: 11,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere toracică de etiologie non-cardiacă (severă: 0,4%)	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<4%); Creșterea ASAT de G3/4 (<3%); Creșterea ALAT de G3/4 (<2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Tulburări hematologice și limfatice

Rare: episoade de sângerare asociate cu trombocitopenie de grad 3/4.

Tulburări ale sistemului nervos

Sunt disponibile date privind reversibilitatea la 35,3% din pacienți la care a apărut neurotoxicitate după tratamentul cu docetaxel administrat în doză de 100 mg/m² în monoterapie. Aceste evenimente au fost reversibile spontan în decurs de 3 luni.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Foarte rare: un caz de alopecie ireversibilă până la sfârșitul studiului. 73% din reacțiile cutanate au fost reversibile în decurs de 21 zile.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Doza mediană cumulativă la întreruperea definitivă a tratamentului a fost peste 1000 mg/m², iar perioada mediană de reversibilitate a retenției de lichide a fost de 16,4 săptămâni (interval de 0 până la 42 săptămâni). Debutul retenției moderate și severe este întârziat (doza mediană cumulativă: 818,9 mg/m²) la pacienții cu premedicație comparativ cu pacienții fără premedicație (doza mediană cumulativă: 489,7 mg/m²); cu toate acestea, a fost raportată la câțiva pacienți în timpul primelor cicluri de tratament.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 54,2%); Anemie (G3/4: 10,8%); Trombocitopenie (G4: 1,7%)	Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (fără a fi severă)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 0,8%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2,5%)
Tulburări cardiace		Aritmie (fără a fi severă)
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 3,3%); Stomatită (G3/4: 1,7%); Vărsături (G3/4: 0,8%); Diaree (G3/4: 1,7%)	Constipație
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 0,8%)	Afectări unghiale (severe: 0,8%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 12,4%); Retenție de lichide (severă: 0,8%); Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 7,8%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 91,7%); Anemie (G3/4: 9,4%); Neutropenie febrilă; Trombocitopenie (G4: 0,8%)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 1,2%)	
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 0,4%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0,4%)	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă; Aritmie (fără a fi severă)	
Tulburări vasculare			Hipotensiune arterială

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5%); Stomatită (G3/4: 7,8%); Diaree (G3/4: 6,2%); Vărsături (G3/4: 5%); Constipație		
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,4%); Reacție cutanată (fără a fi severă)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 8,1%); Retenție de lichide (severă: 1,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<2,5%)	Creșterea ASAT de G3/4 (<1%); Creșterea ALAT de G3/4 (<1%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 5,7%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 51,5%); Anemie (G3/4: 6,9%); Trombocitopenie (G4:0,5%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 2,5%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 3,7%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială (G3/4: 0,7%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 9,6%); Vărsături (G3/4: 7,6%); Diaree (G3/4: 6,4%); Stomatită (G3/4: 2%)	Constipație	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,7%); Reacție cutanată (G3/4: 0,2%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 0,5%)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 9,9%); Retenție de lichide (severă: 0,7%); Febră (G3/4: 1,2%)	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (2,1%); Creșterea ALAT de G3/4 (1,3%)	Creșterea ASAT de G3/4 (0,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (0,3%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Neutropenie febrilă (include neutropenia asociată cu febră și utilizare de antibiotice) sau sepsis neutropenic	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări psihice	Insomnie	
Tulburări ale sistemului nervos	Parestezie; Cefalee; Disgeuzie; Hipoestezie	
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare	Limfedem	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Epistaxis; Durere faringolaringiană; Nazofaringită; Dispnee; Tuse; Rinoree	
Tulburări gastro-intestinale	Greață; Diaree; Vărsături; Constipație; Stomatită; Dispepsie; Durere abdominală	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Eritem; Erupecțiuni cutanate; Afectări unghiale	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie; Artralgie; Durere la nivelul extremităților; Durere osoasă; Durere lombară	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie; Edem periferic; Febră; Oboseală; Inflamație a mucoaselor; Durere; Afecțiune asemănătoare gripei; Durere toracică; Frisoane	Letargie
Investigații diagnostice	Creștere în greutate	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Tulburări hematologice și limfatice

Foarte frecvente: Toxicitatea hematologică a fost crescută la pacienții care primeau trastuzumab și docetaxel, comparativ cu docetaxel în monoterapie (32% neutropenie de grad 3/4 față de 22%, conform criteriilor NCI-CUT). Trebuie să se țină cont că aceasta este probabil o subestimare atâta timp cât docetaxelul în monoterapie în doză de 100 mg/m² este cunoscut că determină neutropenie la 97% dintre pacienți, dintre care, 76% de grad 4, pe baza valorilor minime ale numărului de celule. Incidența neutropeniei febrile/sepsisului neutropenic a fost, de asemenea, crescută la pacienții tratați cu Herceptin plus docetaxel (23% față de 17% la pacienții tratați cu docetaxel în monoterapie).

Tulburări cardiace

Insuficiența cardiacă simptomatică a fost raportată la 2,2% dintre pacienții tratați cu docetaxel plus trastuzumab comparativ cu 0% pacienți la care s-a administrat docetaxel în monoterapie. În brațul de tratament cu docetaxel plus trastuzumab, la 64% dintre pacienți se administrase anterior o antraciclină ca tratament adjuvant, comparativ cu 55% în brațul de tratament cu docetaxel în monoterapie.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu capecitabină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări		Candidoză orală (G3/4: <1%)
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 63%); Anemia (G3/4: 10%)	Trombocitopenie (G3/4: 3%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1%); Scăderea apetitului alimentar	Deshidratare (G3/4: 2%)
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: <1%); Parestezie (G3/4: <1%)	Amețeli; Cefalee (G3/4: <1%); Neuropatie periferică
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Durere faringolaringiană (G3/4: 2%)	Dispnee (G3/4: 1%); Tuse (G3/4: <1%); Epistaxis (G3/4: <1%)
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 18%); Diaree (G3/4: 14%); Greață (G3/4: 6%); Vărsături (G3/4: 4%); Constipație (G3/4: 1%); Durere abdominală (G3/4: 2%); Dispepsie	Durere în abdomenul superior; Xerostomie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Sindrom mână/picior (G3/4: 24%); Alopecie (G3/4: 6%); Afectări unghiale (G3/4: 2%)	Dermatită; Erupții cutanate eritematoase (G3/4: <1%); Decolorare unghială; Oniciliză (G3/4: 1%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 2%); Artralgie (G3/4: 1%)	Durere la nivelul extremităților (G3/4: <1%); Durere lombară (G3/4: 1%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 3%); Febră (G3/4: 1%); Oboseală/slăbiciune (G3/4: 5%); Edem periferic (G3/4: 1%)	Letargie; Durere
Investigații diagnostice		Scădere în greutate Creșterea bilirubinemiei G3/4 (9%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 3,3%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Anemie (G3/4: 4,9%)	Trombocitopenie (G3/4: 0,6%); Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 0,6%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 1,2%); Disgeuzie (G3/4: 0%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0,6%)
Tulburări cardiace		Disfuncție ventriculară stângă (G3/4: 0,3%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Epistaxis (G3/4: 0%); Dispnee (G3/4: 0,6%); Tuse (G3/4: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 2,4%); Diaree (G3/4: 1,2%); Stomatită/Faringită (G3/4: 0,9%); Vărsături (G3/4: 1,2%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (fără a fi severe)	Erupții cutanate exfoliative (G3/4: 0,3%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Artralgie (G3/4: 0,3%); Mialgie (G3/4: 0,3%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Oboseală (G3/4: 3,9%); Retenție de lichide (severă: 0,6%)	

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA (studiul STAMPEDE)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3-4: 12 %) Anemie Neutropenie febrilă (G3-4: 15%)	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3-4: 1%)
Tulburări endocrine		Diabet (G3-4: 1%)
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie
Tulburări psihice	Insomnie (G3: 1%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (≥G3: 2%) ^a Cefalee	Amețeli
Tulburări oculare		Vedere încețoșată
Cardiac disorders		Hipotensiune arterială (G3: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (G3: 1%) Tuse (G3: 0%) Infecții ale tractului respirator superior (G3: 1%)	Faringită (G3: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3: 3%) Stomatită (G3: 0%) Constipație (G3: 0%) Greață (G3: 1%) Dispepsie Dureri abdominale (G3: 0%) Flatulență	Vărsături (G3: 1%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3: 3%) ^a Modificări la nivelul unghiilor (G3: 1%)	Erupție cutanată tranzitorie
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3-4: 2%) Simptome pseudogripale (G3: 0%) Astenie (G3: 0%) Retenție de lichide	Febră (G3: 1%) Candidoză orală Hipocalcemie (G3: 0%) Hipofosfatemie (G3-4: 1%) Hipopotasemie (G3: 0%)

^a Provenite din studiul GETUG AFU15

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805) – date limitate

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 2,4%); Infecție neutropenică (G3/4: 2,6%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Anemie (G3/4: 3%); Neutropenie (G3/4: 59,2%); Trombocitopenie (G3/4: 1,6%); Neutropenie febrilă (G3/4: NA)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3/4: 0,6%)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1,5%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: 0,6%); Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: <0,1%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)	Sincopă (G3/4: 0%); Neurotoxicitate (G3/4: 0%); Somnolență (G3/4: 0%)
Tulburări oculare	Conjunctivită (G3/4: <0,1%)	Tulburare de lacrimație (G3/4: <0,1%)	
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,2%)	
Tulburări vasculare	Bufeuri (G3/4: 0,5%)	Hipotensiune arterială (G3/4: 0%); Flebită (G3/4: 0%)	Limfedem (G3/4: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Tuse (G3/4: 0%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5,0%); Stomatită (G3/4: 6,0%); Vărsături (G3/4: 4,2%); Diaree (G3/4: 3,4%); Constipație (G3/4: 0,5%)	Durere abdominală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (persistentă: <3%); Afecțiuni cutanate (G3/4: 0,6%); Afectări unghiale (G3/4: 0,4%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 0,7%); Artralgie (G3/4: 0,2%)		
Tulburări ale aparatului genital și sânelui	Amenoree (G3/4: NA)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 10,0%); Febră (G3/4: NA); Edem periferic (G3/4: 0,2%)		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate (G3/4: 0%); Scădere în greutate (G3/4: 0,2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805)

Tulburări ale sistemului nervos

În studiul TAX316 s-a observat că neuropatia senzitivă periferică a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire la 84 de pacienți (11,3%) din brațul TAC și la 15 pacienți (2%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) s-a observat că neuropatia senzitivă periferică este în evoluție la 10 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,3%) din brațul FAC. În studiul GEICAM 9805, neuropatia senzitivă periferică cu debut în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 10 pacienți (1,9%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8 %) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a constatat neuropatie senzitivă periferică evolutivă la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări cardiace

În studiul TAX 316, 26 de pacienți (3,5%) din brațul TAC și 17 pacienți (2,3%) din brațul FAC au prezentat insuficiență cardiacă congestivă. Toți, cu excepția a câte un pacient din fiecare braț, au fost diagnosticați cu ICC la mai mult de 30 de zile după perioada de tratament. Doi pacienți din brațul TAC și 4 pacienți din brațul FAC au decedat din cauza insuficienței cardiace.

În studiul GEICAM 9805, 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și 3 pacienți (0,6%) din brațul FAC au dezvoltat insuficiență cardiacă congestivă în timpul perioadei de urmărire. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient din brațul TAC nu avea ICC și 1 pacient din brațul TAC a decedat din cauza cardiomiopatiei dilatative, iar în brațul FAC 1 pacient (0,2%) avea ICC.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

În studiul TAX 316 persistența alopeciei pe parcursul perioadei de urmărire, după sfârșitul chimioterapiei, a fost raportată la 687 din 744 de pacienți (92,3%) tratați cu TAC și la 645 din 736 de pacienți (87,6%) tratați cu FAC.

La sfârșitul perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), s-a observat că alopecia este în evoluție la 29 de pacienți (3,9%) tratați cu TAC și 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC. În studiul GEICAM 9805, alopecia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 49 de pacienți (9,2%) din brațul TAC și la 35 de pacienți (6,7%) din brațul FAC. Alopecia legată de medicamentul de investigat a apărut sau s-a agravat în timpul perioadei de urmărire la 42 de pacienți (7,9%) din brațul TAC și la 30 de pacienți (5,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), alopecia a fost observată ca fiind în evoluție la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări ale aparatului genital și sânului

În studiul TAX 316, amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 202 din 744 pacienți (27,2%) din brațul TAC și la 125 din 736 pacienți (17%) din brațul FAC. S-a observat că amenoreea a persistat la încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) la 121 din 744 pacienți (16,3%) tratate cu TAC și la 86 de pacienți (11,7%) tratate cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 18 pacienți (3,4%) din brațul TAC și la 5 pacienți (1,0%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a observat persistența amenoreei la 7 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

În studiul TAX 316 edemul periferic, care a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost observat la 119 pacienți din 744 (16%) în brațul TAC și la 23 pacienți din 736 (3,1%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire

(mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), edemul periferic persista la 19 pacienți (2,6%) tratați cu TAC și la 4 pacienți (0,5%) tratați cu FAC.

În studiul TAX316 limfedemul care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportat la 11 din 744 pacienți (1,5%) tratați cu TAC și la 1 pacient din 736 (0,1%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența limfedemului la 6 pacienți (0,8%) tratați cu TAC și la 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC.

În studiul TAX316 astenia care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 236 din 744 pacienți (31,7%) tratați cu TAC și la 180 din 736 pacienți (24,5%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența asteniei la 29 pacienți (3,9%) tratați cu TAC și la 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 edemul periferic care a debutat în timpul tratamentului, s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 4 pacienți (0,8%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient (0%) din brațul TAC nu mai avea edem periferic, iar în brațul FAC acesta a persistat la 1 pacient (0,2%).

Limfedemul care a debutat în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 5 pacienți (0,9%) în brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire, s-a observat persistența limfedemului la 4 pacienți (0,8%) în brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) în brațul FAC.

Astenia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 12 pacienți (2,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire s-a observat persistența asteniei la 2 pacienți (0,4%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC.

Leucemie acută / sindrom mielodisplazic

După o perioadă de urmărire de 10 ani în studiul TAX 316, leucemia acută a fost raportată la 3 din 744 de pacienți (0,4%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC. Un pacient (0,1%) tratat cu TAC și 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC au decedat din cauza leucemiei acute în timpul perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani). Sindromul mielodisplazic a fost raportat la 2 din 744 de pacienți (0,3%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC.

După 10 ani de urmărire în cadrul studiului GEICAM 9805, leucemia acută a apărut la 1 din 532 (0,2%) pacienți din brațul TAC. Nu au fost raportate cazuri la pacienți din brațul FAC. Niciun pacient nu a fost diagnosticat cu sindrom mielodisplazic în oricare dintre grupurile de tratament.

Complicații neutropenice

Tabelul de mai jos arată că incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a fost mai mică la pacienții cărora li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF după ce aceasta a devenit obligatorie în brațul TAC – studiul GEICAM.

Complicațiile neutropenice la pacienți în tratament cu TAC cu sau fără profilaxie primară cu G-CSF GEICAM (9805)

	Fără profilaxie primară cu G-CSF (n = 111) n (%)	Cu profilaxie primară cu G-CSF (n = 421) n (%)
Neutropenie (grad 4)	104 (93,7)	135 (32,1)
Neutropenie febrilă	28 (25,2)	23 (5,5)
Infecție neutropenică	14 (12,6)	21 (5,0)
Infecție neutropenică (grad 3-4)	2 (1,8)	5 (1,2)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție neutropenică; Infecție (G3/4: 11,7%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Anemia (G3/4: 20,9%); Neutropenie (G3/4: 83,2%); Trombocitopenie (G3/4: 8,8%); Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 1,7)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 11,7%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 8,7%)	Amețeli (G3/4: 2,3%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 1,3%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0%)
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului (G3/4: 0%)
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 1,0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3/4: 19,7%); Greață (G3/4: 16%); Stomatită (G3/4: 23,7%); Vărsături (G3/4: 14,3%)	Constipație (G3/4: 1,0%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,0%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G3/4: 0,7%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%)	Eruptions cutanate pruriginoase (G3/4: 0,7%); Afectări unghiale (G3/4: 0,7%); Exfoliere cutanată (G3/4: 0%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 19,0%); Febră (G3/4: 2,3%); Retenție de lichide (severă/care amenință viața: 1%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Tulburări hematologice și limfatice

Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 17,2%, respectiv 13,5% dintre pacienți, indiferent de utilizarea G-CSF. G-CSF a fost utilizat pentru profilaxia secundară la 19,3% dintre pacienți (10,7% din cicluri). Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 12,1%, respectiv 3,4% dintre pacienți care au primit G-CSF profilactic și la 15,6% și 12,9% dintre pacienți fără profilaxie cu G-CSF (vezi pct. 4.2).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul capului și gâtului la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 6,3%); Infecție neutropenică		
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 0,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 76,3%); Anemie (G3/4: 9,2%); Trombocitopenie (G3/4: 5,2%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (care nu este severă)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie; Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 0,6%)	Amețeli	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului	
Tulburări cardiace		Ischemie miocardică (G3/4: 1,7%)	Aritmie (G3/4: 0,6%)
Tulburări vasculare		Tulburări venoase (G3/4: 0,6%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 0,6%); Stomatită (G3/4: 4,0%); Diaree (G3/4: 2,9%); Vărsături (G3/4: 0,6%)	Constipație; Esofagită / Disfagie / Odinofagie (G3/4: 0,6%); Durere abdominală; Dispepsie; Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,6%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 10,9%)	Erupție cutanată pruriginoasă; Piele uscată; Exfoliere cutanată (G3/4: 0,6%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 3,4%); Pirexie (G3/4: 0,6%); Retenție de fluide; Edeme		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate	

- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 3,6%)	Infecție neutropenică	
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 1,2%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 83,5%); Anemie (G3/4: 12,4%); Trombocitopenie (G3/4: 4,0%); Neutropenie febrilă		
Tulburări ale sistemului imunitar			Hipersensibilizare
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 12,0%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie (G3/4: 0,4%); Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 1,2%)	Amețeli (G3/4: 2,0%); Neuropatie periferică motorie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală	Conjunctivită
Tulburări acustice și vestibulare	Tulburări ale auzului (G3/4: 1,2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 2,0%)	Ischemie miocardică
Tulburări vasculare			Tulburări venoase
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 13,9%); Stomatită (G3/4: 20,7%); Vărsături (G3/4: 8,4%); Diaree (G3/4: 6,8%); Esofagită/disfagie/odinofagie (G 3/4: 12,0%); Constipație (G 3/4: 0,4%)	Dispepsie (G3/4: 0,8%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,2%); Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,4%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%); Erupție cutanată pruriginoasă	Piele uscată; Exfoliere cutanată	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 4,0%); Pirexie (G3/4: 3,6%); Retenție de fluide (G3/4: 1,2%); Edeme (G3/4: 1,2%)		
Investigații diagnostice	Scădere în greutate		Creștere în greutate

Experiența după punerea pe piață

Tumori benigne, maligne și nespecificate (incluzând chisturi și polipi)

Au fost raportate (cu frecvență necunoscută) neoplazii primare secundare tratamentului, inclusiv limfom non-Hodgkin, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Au fost raportate (mai puțin frecvent) cazuri de leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic în studii clinice pivot efectuate la pacienți cu neoplasm mamar tratate cu TAC.

Tulburări hematologice și limfatice

La docetaxel au fost raportate supresie medulară și alte reacții adverse hematologice. A fost raportată coagulare intravasculară diseminată (CID), deseori asociată cu sepsis sau insuficiență multiplă de organ.

Tulburări ale sistemului imunitar

Au fost raportate câteva cazuri de șoc anafilactic, uneori letal.

La pacienții care au dezvoltat anterior reacții de hipersensibilitate la paclitaxel au fost raportate reacții de hipersensibilitate la docetaxel (cu frecvență necunoscută).

Tulburări ale sistemului nervos

În cazul administrării de docetaxel, au fost observate cazuri rare de convulsii sau pierdere tranzitorie a conștienței. Aceste reacții apar uneori în timpul perfuzării medicamentului.

Tulburări oculare

Au fost raportate cazuri foarte rare de tulburări de vedere tranzitorii (flash-uri, fosfene, scotoame) care apar tipic în timpul perfuziei intravenoase a medicamentului și în asociere cu reacțiile de hipersensibilitate. Acestea au fost reversibile la întreruperea definitivă a perfuziei intravenoase. Au fost raportate cazuri rare de lăcrimare cu sau fără conjunctivită, în urma obstrucției canalului nazo-lacrimonar, care determină secreție lacrimală excesivă. La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid).

Tulburări acustice și vestibulare

Au fost raportate cazuri rare de ototoxicitate, tulburări ale auzului și/sau pierderea auzului.

Tulburări cardiace

Au fost raportate cazuri rare de infarct miocardic.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosfamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (cu frecvență necunoscută), uneori letală.

Tulburări vasculare

Rar, au fost raportate evenimente tromboembolice venoase.

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Rar, au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută și cazuri de pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, uneori letale. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri rare de pneumonită de iradiere.

Tulburări gastro-intestinale

Au fost raportate cazuri rare de enterocolită, inclusiv colită, colită ischemică și enterocolită neutropenică, care pot duce la deces (cu frecvență necunoscută).

Au fost raportate rare cazuri de deshidratare ca o consecință a evenimentelor gastro-intestinale, inclusiv enterocolită și perforație gastro-intestinală. Au fost raportate cazuri rare de ileus și obstrucție intestinală.

Tulburări hepatobiliare

Foarte rar au fost raportate cazuri de hepatită, uneori letală, în principal la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

La administrarea de docetaxel, au fost raportate cazuri de lupus eritematos cutanat, erupții buloase, cum este eritemul polimorf, și reacții adverse cutanate severe, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG). La docetaxel au fost raportate modificări asemănătoare sclerodermiei, precedate, de obicei, de limfedem periferic. Au fost raportate cazuri de alopecie permanentă (cu frecvență necunoscută).

Tulburări renale și ale căilor urinare

Au fost raportate afectarea funcției renale și insuficiență renală. La aproximativ 20% din aceste cazuri nu au existat factori de risc pentru insuficiență renală acută, precum asocierea cu medicamente nefrotoxice și tulburări gastro-intestinale.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Rar a fost raportată reactivarea fenomenelor post-iradiere.

Reactivarea reacțiilor la nivelul locului de injectare (recurența reacțiilor cutanate la locul unde s-a produs anterior o extravazare, după administrarea de docetaxel într-un loc diferit) a fost observată la locul unde a avut loc anterior o extravazare (cu frecvență necunoscută).

Retenția de lichide nu a fost însoțită de episoade acute de oligurie sau hipotensiune arterială. Rar, au fost raportate deshidratare și edem pulmonar.

Tulburări metabolice și de nutriție

Au fost raportate cazuri de dezechilibre ale electrolitemiei. Au fost raportate cazuri de hiponatremie, asociate mai ales cu deshidratarea, vărsăturile și pneumonia. Au fost observate hipopotasemie, hipomagneziemie și hipocalcemie, de regulă în asociere cu tulburări gastrointestinale și, în special, cu diaree. A fost raportată apariția sindromului de liză tumorală, posibil letal (cu frecvență necunoscută).

Tulburări musculo-scheletice

În cazul administrării de docetaxel, a fost raportată apariția miozitei (cu frecvență necunoscută).

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii 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

S-au raportat câteva cazuri de supradozaj. Nu se cunoaște antidotul pentru supradozajul cu docetaxel. În caz de supradozaj, pacientul trebuie internat într-o unitate specializată, iar funcțiile vitale trebuie monitorizate atent. În caz de supradozaj este de așteptat exacerbarea evenimentelor adverse. Complicațiile principale posibile ale supradozajului sunt supresia măduvei osoase, neurotoxicitate periferică și inflamații ale mucoaselor. Pacienții trebuie să primească G-CSF în doze terapeutice cât mai curând posibil după descoperirea supradozajului. În funcție de necesități, se vor institui alte măsuri terapeutice simptomatice adecvate.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: taxani, codul ATC: L01CD 02

Mecanism de acțiune

Docetaxelul este un antineoplazic care acționează prin facilitarea asamblării tubulinei în microtubuli stabili și inhibă dezasamblarea lor, ceea ce duce la o scădere marcată a tubulinei libere. Legarea docetaxelului de microtubuli nu modifică numărul de protofilamente.

S-a dovedit că *in vitro* docetaxelul dezorganizează rețeaua microtubulară a celulelor, care este esențială pentru funcțiile celulare vitale din timpul mitozei și interfazei.

Efecte farmacodinamice

S-a observat că docetaxelul este citotoxic *in vitro* împotriva unor variate linii celulare tumorale murine și umane, precum și asupra unor celule proaspăt excizate din tumori umane, în studiile clonogenice. Docetaxelul atinge concentrații intracelulare mari, cu un timp de remanență prelungit. În plus, s-a observat că docetaxelul este activ pe anumite linii celulare, dar nu pe toate, cu exprimare în exces a glicoproteinei P, care este codificată de gena rezistenței plurimedicamentease. *In vivo*, acțiunea docetaxelului nu depinde de schema de administrare și are un spectru larg de acțiune antitumorală experimentală împotriva metastazelor avansate, murine și umane.

Eficacitate și siguranță clinică

Cancer mamar

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă: tratament adjuvant

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi (TAX 316)

Datele dintr-un studiu clinic multicentric deschis, randomizat, susțin utilizarea docetaxel pentru tratamentul adjuvant al pacientelor cu cancer mamar operabil cu ganglioni pozitivi și SPK $\geq 80\%$, cu vârste între 18 și 70 ani. După stratificarea în funcție de numărul de ganglioni limfatici pozitivi (1-3, 4+), 1491 paciente au fost randomizate pentru a li se administra fie docetaxel 75 mg/m² la 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (brațul TAC), fie doxorubicină 50 mg/m², urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (brațul FAC). Ambele regimuri s-au administrat o dată la 3 săptămâni, 6 cicluri. Docetaxel a fost administrat în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, iar toate celelalte medicamente au fost administrate intravenos *in bolus*, în ziua 1. G-CSF s-a administrat ca profilaxie secundară la pacientele care au avut neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție). Pacientele din brațul TAC au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg oral, de două ori pe zi, timp de 10 zile, începând cu ziua 5 a fiecărui ciclu sau echivalent. În ambele brațe, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu receptori estrogenici și/sau progesteronici pozitivi au primit tamoxifen 20 mg/zi, timp de 5 ani.

Radioterapia adjuvantă a fost prescrisă în funcție de ghidurile în vigoare în instituțiile respective, la 69% din pacientele care au primit TAC și la 72% din pacientele care au primit FAC. Au fost realizate două analize interimare și o analiză finală. Prima analiză interimară a fost planificată la 3 ani după data la care s-a realizat jumătate din înrolarea în studiu. A doua analiză interimară a fost făcută după ce au fost înregistrate global 400 de evenimente SFB, ceea ce a condus la o perioadă de urmărire cu mediana de 55 de luni. Analiza finală a fost realizată atunci când toți pacienții au atins vizita din al 10-lea an de urmărire (cu excepția cazului în care au avut un eveniment SFB sau au fost pierduți din urmărire înainte de această vizită). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost obiectivul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost obiectivul secundar de evaluare a eficacității.

S-a realizat o analiză finală cu o perioadă de urmărire cu mediana efectivă de 96 de luni. S-a demonstrat o supraviețuire fără semne de boală semnificativ mai mare la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC. Incidența recăderilor după 10 ani a fost redusă la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC (39% față de 45%), adică o reducere a riscului absolut cu 6% ($p = 0,0043$). De asemenea, supraviețuirea globală după 10 ani a fost crescută semnificativ în cazul TAC, față de FAC (76% față de 69%), adică o reducere absolută a riscului de deces cu 7% ($p = 0,002$). Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind SFB și SG, raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale.

În general, rezultatele studiului demonstrează un raport pozitiv beneficiu/risc al TAC, comparativ cu FAC.

Subseturile de paciente tratate cu TAC au fost analizate din punct de vedere al factorilor majori de prognostic, definiți prospectiv:

Subset de paciente	Număr de paciente	Supraviețuire fără semne de boală			Supraviețuire totală		
		Risc relativ*	ÎI 95%	p =	Risc relativ*	ÎI 95%	p =
Nr. de ganglioni pozitivi							
Total	745	0,80	0,68-0,93	0,0043	0,74	0,61-0,90	0,0020
1-3	467	0,72	0,58-0,91	0,0047	0,62	0,46-0,82	0,0008
4+	278	0,87	0,70-1,09	0,2290	0,87	0,67-1,12	0,2746

*un risc relativ sub 1 indică faptul că TAC se asociază cu o mai mare supraviețuire fără semne de boală și supraviețuire totală comparativ cu FAC.

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie (GEICAM 9805)

Date dintr-un studiu clinic multicentric, deschis, randomizat susțin utilizarea TAXOTERE în tratamentul adjuvant la paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie.

1060 paciente au fost randomizate să primească TAXOTERE 75 mg/m² administrat timp de 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (539 paciente în brațul TAC), sau doxorubicină 50 mg/m² urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (521 paciente în brațul FAC), ca tratament adjuvant al cancerului mamar operabil, cu ganglioni negativi, la paciente cu risc crescut de recidivă, conform criteriilor St. Gallen 1998 (dimensiunea tumorii >2 cm și/sau ER și PR negativi și/sau grad histologic/nuclear crescut (grad 2 până la 3) și/sau vârsta <35 ani). Ambele scheme de tratament au fost administrate o dată la 3 săptămâni timp de 6 cicluri. TAXOTERE a fost administrat sub formă de perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, toate celelalte medicamente au fost administrate pe cale intravenoasă în ziua 1 la fiecare trei săptămâni. Profilaxia primară cu G-CSF a

devenit obligatorie după ce au fost randomizate 230 paciente în brațul TAC. Incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a scăzut la pacientele care au primit profilaxie primară cu G-CSF (vezi pct. 4.8). În ambele brațe de tratament, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu tumori ER+ și/sau PgR+ au fost tratate cu tamoxifen 20 mg o dată pe zi timp de până la 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost administrată în conformitate cu ghidurile în vigoare în clinicile participante și a fost administrată la 57,3% dintre pacientele care au primit tratament cu TAC și 51,2% dintre pacientele care au primit tratament cu FAC.

Au fost efectuate o analiză primară și o analiză actualizată. Analiza primară a fost efectuată atunci când toți pacienții aveau o durată a perioadei de urmărire mai mare de 5 ani (durata mediană a perioadei de urmărire de 77 luni). Analiza actualizată a fost efectuată atunci când toți pacienții au ajuns la vizita din al 10-lea an al perioadei de urmărire (durata mediană a perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni) (cu excepția cazului în care au prezentat supraviețuire fără semne de boală sau au fost pierduți anterior din urmărire). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost criteriul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost criteriul secundar de evaluare a eficacității.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, s-a demonstrat supraviețuirea fără semne de boală semnificativ mai lungă pentru brațul TAC, comparativ cu brațul FAC. Pacientele tratate cu TAC au avut o reducere cu 32% a riscului de recidivă comparativ cu cele tratate cu FAC (risc relativ = 0,68, ÎI 95% (0,49-0,93), $p = 0,01$). După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 16,5% a riscului de recidivă, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,84, ÎI 95% (0,65-1,08), $p=0,1646$). Datele privind SFB nu au fost semnificative statistic, dar s-au asociat totuși cu o tendință pozitivă în favoarea TAC.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, supraviețuirea globală (SG) a fost mai mare în brațul TAC, pacientele tratate cu TAC având o scădere cu 24% a riscului de deces comparativ cu FAC (risc relativ = 0,76, ÎI 95% (0,46-1,26), $p = 0,29$). Cu toate acestea, distribuția SG nu a fost semnificativ diferită între cele 2 grupuri.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 9% a riscului de deces, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,91, ÎI 95% (0,63-1,32)).

Rata de supraviețuire după o perioadă de urmărire de 8 ani a fost de 93,7% în brațul TAC și de 91,4% în brațul FAC, iar după o perioadă de urmărire de 10 ani a fost de 91,3% în brațul TAC și de 89% în brațul FAC.

Raportul beneficiu/risc pozitiv pentru TAC, comparativ cu FAC a rămas nemodificat.

Subseturile de pacienți tratați cu TAC au fost analizate în analiza primară (după o perioadă mediană de urmărire de 77 luni) în conformitate cu principalii factori de prognostic definiți prospectiv (vezi tabelul de mai jos):

Analize subset-studiu cu tratament adjuvant la paciente cu cancer mamar cu ganglioni negativi (analiză în intenție de tratament)

Subset pacientă	Număr de paciente în grupul TAC	Supraviețuire fără semne de boală	
		Risc relativ*	ÎI 95%
Total	539	0,68	0,49-0,93
Vârstă categoria 1			
<50 ani	260	0,67	0,43-1,05
≥50 ani	279	0,67	0,43-1,05
Vârstă categoria 2			
<35 ani	42	0,31	0,11-0,89
≥35 ani	497	0,73	0,52-1,01
Status receptor hormonal			
Negativ	195	0,7	0,45-1,1
Pozitiv	344	0,62	0,4-0,97
Dimensiunea tumorii			
≤2 cm	285	0,69	0,43-1,1
>2 cm	254	0,68	0,45-1,04
Grad histologic			
Grad 1 (include grad neevaluat)	64	0,79	0,24-2,6
Grad 2	216	0,77	0,46-1,3
Grad 3	259	0,59	0,39-0,9
Status de menopauză			
Pre-menopauză	285	0,64	0,40-1
Post- menopauză	254	0,72	0,47-1,12

*un risc relativ (TAC/FAC) mai mic de 1 indică faptul că TAC este asociat cu o supraviețuire fără semne de boală mai mare comparativ cu FAC.

Analize subgrup experimental pentru supraviețuirea fără semne de boală la paciente care întrunesc criteriile St. Gallen 2009 pentru chimioterapie – (populație ITT) au fost efectuate și prezentate mai jos:

	TAC (n=539)	FAC (n=521)	Risc relativ (TAC/FAC) (ÎI 95%)	valoare p
Subgrupuri				
Întrunind indicația relativă pentru chimioterapie ^a				
Nu	18/214 (8,4%)	26/227 (11,5%)	0,796 (0,434 – 1,459)	0,4593
Da	48/325 (14,8%)	69/294 (23,5%)	0,606 (0,42 – 0,877)	0,0072

TAC = docetaxel, doxorubicină și ciclofosfamidă

FAC = 5-fluorouracil, doxorubicină și ciclofosfamidă

ÎI = interval de încredere; ER = receptor pentru estrogen

PR = receptor pentru progesteron

^a ER/PR-negativ sau grad 3 sau dimensiune a tumorii >5 cm

Riscul relativ a fost estimat utilizând modelul Cox de risc proporțional cu grupul de tratament ca factor.

TAXOTERE în monoterapie

Două studii randomizate comparative de fază III, efectuate cu docetaxel în doză și regimul recomandat, de 100 mg/m² administrate o dată la 3 săptămâni, au inclus un total de 326 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, respectiv 392 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu antracicline.

La pacienții cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, docetaxelul (75 mg/m² o dată la 3 săptămâni) a fost comparat cu doxorubicina. Docetaxelul a crescut rata de răspuns (52% față de 37%, p = 0,01) și a scăzut timpul de răspuns (12 săptămâni față de 23 săptămâni, p = 0,007), fără a modifica timpul de supraviețuire totală (docetaxel 15 luni față de doxorubicină 14 luni, p = 0,38) sau timpul până la progresie (docetaxel 27 săptămâni față de doxorubicină 23 săptămâni, p = 0,54). Dintre pacienții tratați cu docetaxel, 3 (2%) au întrerupt definitiv tratamentul datorită retenției de lichide, în comparație cu 15 pacienți tratați cu doxorubicină (9%), care au întrerupt definitiv tratamentul datorită toxicității cardiace (3 cazuri de insuficiență cardiacă congestivă letală).

La pacienții cu eșec la terapia cu antracicline, docetaxelul a fost comparat cu asocierea mitomicină C și vinblastină (12 mg/m² o dată la 6 săptămâni și 6 mg/m² o dată la 3 săptămâni). Docetaxelul crește rata de răspuns (33% față de 12%, p < 0,0001), prelungeste timpul până la progresie (19 săptămâni față de 11 săptămâni, p = 0,0004) și a prelungit supraviețuirea totală (11 luni față de 9 luni, p = 0,01).

În timpul acestor studii de fază III, profilul de siguranță al docetaxelului a fost în concordanță cu cel observat în studiile de fază II (vezi pct. 4.8).

S-a efectuat un studiu deschis, multicentric, randomizat, de fază III, pentru a compara docetaxel în monoterapie cu paclitaxel, în tratamentul cancerului mamar avansat, la pacienți a căror terapie anterioară a inclus o antraciclină. Un total de 449 pacienți au fost randomizate pentru a primi fie docetaxel în monoterapie 100 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, fie paclitaxel 175 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 3 ore. Ambele regimuri au fost administrate o dată la 3 săptămâni.

Fără a influența obiectivul final principal sau rata de răspuns global (32% față de 25%, p = 0,10), docetaxelul a prelungit timpul median până la progresie (24,6 săptămâni față de 15,6 săptămâni; p < 0,01) și supraviețuirea mediană (15,3 luni față de 12,7 luni; p = 0,03).

La docetaxel în monoterapie au fost observate mai multe evenimente adverse de grad 3/4 (55,4%), comparativ cu paclitaxel (23,0%).

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină

Un studiu amplu, randomizat, comparativ de fază III, care a cuprins 429 pacienți cu cancer mamar metastazat netratat anterior, a fost realizat cu doxorubicină 50 mg/m² în asociere cu docetaxel 75 mg/m² (brațul AT) comparativ cu doxorubicină 60 mg/m² în asociere cu ciclofosamidă 600 mg/m² (brațul AC). Ambele regimuri s-au administrat în ziua 1 o dată la 3 săptămâni.

- Timpul până la progresie (TPP) a fost semnificativ mai lung în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,0138). TPP median a fost 37,3 săptămâni (ÎI 95%: 33,4 - 42,1) în brațul AT și 31,9 săptămâni (ÎI 95%: 27,4 - 36,0) în brațul AC.
- Rata de răspuns global (RRG) a fost semnificativ mai mare în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,009). RRG a fost de 59,3% (ÎI 95%: 52,8 - 65,9) în brațul AT comparativ cu 46,5% (ÎI 95%: 39,8 - 53,2) în brațul AC.

În acest studiu, în brațul AT a existat o incidență mai mare a neutropeniei severe (90% față de 68,6%), neutropeniei febrile (33,3% față de 10%), infecțiilor (8% față de 2,4%), diareei (7,5% față de 1,4%), asteniei (8,5% față de 2,4%) și a durerii (2,8% față de 0%), comparativ cu brațul AC. Pe de altă parte, în brațul AC a existat o incidență crescută a anemiei severe (15,8% față de 8,5%) comparativ cu brațul

AT și, în plus, o incidență crescută a toxicității cardiace severe: insuficiență cardiacă congestivă (3,8% față de 2,8%), scădere absolută a FEVS $\geq 20\%$ (13,1% față de 6,1%), scădere absolută a FEVS $\geq 30\%$ (6,2% față de 1,1%). Decesul datorită reacțiilor adverse a survenit la 1 pacient din brațul AT (insuficiență cardiacă congestivă) și la 4 pacienți din brațul AC (1 prin șoc septic și 3 prin insuficiență cardiacă congestivă).

În ambele brațe, calitatea vieții, măsurată prin chestionarul EORTC, a fost comparabilă și stabilă în timpul tratamentului și ulterior.

TAXOTERE în asociere cu trastuzumab

Docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost studiat pentru tratamentul pacientelor cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. O sută optzeci și șase paciente au fost randomizate pentru a primi docetaxel (100 mg/m²), cu sau fără trastuzumab, dintre care 60% paciente au primit anterior chimioterapie adjuvantă pe bază de antraciline. Docetaxel plus trastuzumab a fost eficient la paciente, indiferent dacă au primit sau nu terapie adjuvantă cu antraciline. În acest studiu pivot, principala metodă de testare utilizată pentru a determina prezența HER2 a fost imunohistochimia (IHC). O mică parte din paciente au fost testate utilizând hibridizarea *in situ* cu fluorescență (HISF). În acest studiu, 87% din paciente au avut boală IHC 3+ și 95% din paciențele incluse au avut boală IHC 3+ și/sau pozitivă la testul HISF. Rezultatele de eficacitate sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Parametru	Docetaxel plus trastuzumab ¹ n = 92	Docetaxel ¹ n = 94
Rata de răspuns (95% ÎI 95%)	61% (50-71)	34% (25-45)
Durata mediană a răspunsului (luni) (ÎI 95%)	11,4 (9,2-15,0)	5,1 (4,4-6,2)
TPP median (luni) (ÎI 95%)	10,6 (7,6-12,9)	5,7 (5,0-6,5)
Supraviețuirea mediană (luni) (ÎI 95%)	30,5 ² (26,8-ne)	22,1 ² (17,6-28,9)

TPP = timpul până la progresie; "ne" indică faptul că nu a putut fi estimat sau nu a fost încă atins.

¹ Set complet de analiză (în intenția de tratament)

² Supraviețuirea mediană estimată

TAXOTERE în asociere cu capecitabină

Datele unui studiu de fază III, multicentric, randomizat, susțin utilizarea docetaxel în asociere cu capecitabină în tratamentul pacientelor cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul terapiei citotoxice care a inclus o antracilină. În acest studiu, 255 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel (75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, la fiecare 3 săptămâni) și capecitabină (1250 mg/m² de două ori pe zi timp de 2 săptămâni, urmat de 1 săptămână pauză). 256 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel în monoterapie (100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, o dată la 3 săptămâni). Supraviețuirea a fost superioară în brațul docetaxel + capecitabină (p = 0,0126). Supraviețuirea mediană a fost de 442 zile (docetaxel + capecitabină) față de 352 zile (docetaxel în monoterapie). Ratele globale de răspuns obiectiv în toată populația randomizată (evaluarea investigatorului) a fost de 41,6% (docetaxel + capecitabină) față de 29,7% (docetaxel în monoterapie); p = 0,0058. Timpul până la progresia bolii fost superior în brațul docetaxel + capecitabină (p < 0,0001). Timpul median până la progresie a fost de 186 zile (docetaxel + capecitabină) față de 128 zile (docetaxel în monoterapie).

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

Pacienți tratați anterior cu chimioterapie, cu sau fără radioterapie

Într-un studiu de fază III, care a cuprins pacienți tratați anterior, timpul până la progresie (12,3 săptămâni față de 7 săptămâni) a fost semnificativ mai lung pentru docetaxel în doză de 75 mg/m² comparativ cu Cea mai Bună Terapie de Susținere. Supraviețuirea la 1 an a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă în brațul cu docetaxel (40%) față de CBTS (16%).

La pacienții tratați cu docetaxel 75 mg/m² s-a redus necesarul de analgezice opioide (p <0,01), analgezice non-opioide (p <0,01), alte medicamente pentru boală (p = 0,06) și de radioterapie (p <0,01) comparativ cu CBTS.

Rata de răspuns global a fost de 6,8% la pacienții evaluabili, iar durata medie a răspunsului a fost de 26,1 săptămâni.

TAXOTERE în asociere cu derivați de platină la pacienții care nu au mai primit chimioterapie

Într-un studiu de fază III, 1218 pacienți cu CBPADCM nerezecabil, stadiul IIIB sau IV, cu SPK de 70% sau peste și care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune, au fost randomizați pentru docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmat imediat de cisplatină (Cis) 75 mg/m² timp de 30-60 minute, o dată la 3 săptămâni (TCis), docetaxel 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră în asociere cu carboplatină (ASC 6 mg/ml minut) timp de 30-60 minute o dată la 3 săptămâni, sau vinorelbina (V) 25 mg/m² administrată în 6-10 minute în zilele 1, 8, 15, 22, urmată de cisplatină 100 mg/m² administrată în zilele 1 ale ciclurilor o dată la 4 săptămâni (VCis).

Datele despre supraviețuire, timpul median până la progresie și ratele de răspuns pentru două din brațele studiului sunt prezentate în tabelul următor:

	TCis n = 408	VCis n = 404	Analiză statistică
Supraviețuirea globală (Obiectivul final principal):			
Supraviețuirea mediană (luni)	11,3	10,1	Risc relativ: 1,122 [Î 97,2%: 0,937; 1,342]*
Supraviețuirea la 1 an (%)	46	41	Diferență de tratament: 5,4% [Î 95%: -1,1; 12,0]
Supraviețuirea la 2 ani (%)	21	14	Diferență de tratament: 6,2% [Î 95%: 0,2; 12,3]
Timpul median până la progresie (săptămâni):	22,0	23,0	Risc relativ: 1,032 [Î 95%: 0,876; 1,216]
Rata de răspuns global (%):	31,6	24,5	Diferență de tratament: 7,1% [Î 95%: 0,7; 13,5]

*: Corectat pentru comparații multiple și ajustat pentru factorii de stratificare (stadiul bolii și regiunea tratamentului), pe baza populației de pacienți evaluabili.

Obiectivele finale secundare au inclus modificarea durerii, evaluarea globală a calității vieții prin EuroQoL-5D, Scala Simptomelor Cancerului Bronhopulmonar și modificările indicelui de performanță Karnofsky. Rezultatele pentru aceste obiective finale au susținut rezultatele pentru obiectivele finale principale.

Pentru asocierea docetaxel / carboplatină, nu a putut fi demonstrată eficacitate echivalentă sau non-inferioară față de tratamentul de referință, asocierea VCis.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Siguranța și eficacitatea docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon la pacienții cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare, au fost evaluate într-un studiu de fază III, multicentric, randomizat (TAX 327). Un total de 1006 pacienți cu SPK >60 au fost randomizați în următoarele grupuri:

- Docetaxel 75 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.
- Docetaxel 30 mg/m², administrat săptămânal în primele 5 săptămâni dintr-un ciclu de 6 săptămâni, 5 cicluri.
- Mitoxantronă 12 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.

Toate cele trei regimuri au fost administrate în asociere cu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, continuu.

Pacienții care au primit docetaxel o dată la 3 săptămâni au demonstrat o supraviețuire globală semnificativ mai lungă decât cei tratați cu mitoxantronă. Prolungirea supraviețuirii observată în grupul care a primit docetaxel săptămânal, nu a fost semnificativă statistic față de grupul martor cu mitoxantronă. Obiectivele finale privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul martor, sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Obiectiv final	Docetaxel o dată la 3 săptămâni	Docetaxel în fiecare săptămână	Mitoxantronă o dată la 3 săptămâni
Număr de pacienți	335	334	337
Supraviețuire mediană (luni)	18,9	17,4	16,5
Î 95%	(17,0-21,2)	(15,7-19,0)	(14,4-18,6)
Risc relativ	0,761	0,912	--
Î 95%	(0,619-0,936)	(0,747-1,113)	--
valoare p †*	0,0094	0,3624	--
Număr de pacienți	291	282	300
Rata de răspuns a ASP** (%)	45,4	47,9	31,7
Î 95%	(39,5-51,3)	(41,9-53,9)	(26,4-37,3)
valoare p *	0,0005	<0,0001	--
Număr de pacienți	153	154	157
Rata de răspuns a durerii (%)	34,6	31,2	21,7
Î 95%	(27,1-42,7)	(24,0-39,1)	(15,5-28,9)
valoare p*	0,0107	0,0798	--
Număr de pacienți	141	134	137
Rata de răspuns a tumorii (%)	12,1	8,2	6,6
Î 95%	(7,2-18,6)	(4,2-14,2)	(3,0-12,1)
valoare p*	0,1112	0,5853	--

† Test log rank stratificat

*Minim pentru semnificație statistic = 0,0175

**ASP: Antigen specific prostatic

Având în vedere că docetaxel administrat săptămânal a avut un profil de siguranță ușor mai bun decât docetaxel administrat o dată la 3 săptămâni, este posibil ca anumiți pacienți să beneficieze de docetaxel administrat săptămânal.

Nu au fost observate diferențe statistice între grupurile de tratament în ceea ce privește Calitatea Globală a Vieții.

Cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil

Studiul STAMPEDE

Siguranța și eficacitatea docetaxelului administrat concomitent cu standardul de tratament (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, au fost evaluate în cadrul unui studiu randomizat, multicentric, cu multiple stadii și brațe de tratament (*multi-arm multi-stage* MAMS), cu un design adaptat combinat de fază II/III (STAMPEDE - MRC PR08). Un total de 1776 pacienți de sex masculin au fost repartizați în brațele de tratament de interes:

- Standard de tratament + docetaxel 75 mg/m², administrat la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- Numai standardul de tratament

Schema de tratament cu docetaxel a fost administrată în asociere cu prednison sau prednisolon în doză de 5 mg, administrată de două ori pe zi, continuu.

Dintre cei 1776 pacienți randomizați, 1086 (61%) au avut boală metastatică, 362 au fost randomizați pentru administrarea de docetaxel în asociere cu standardul de tratament, 724 pentru administrarea numai a standardului de tratament.

La acești pacienți cu cancer de prostată metastazat, valoarea mediană a supraviețuirii globale a fost semnificativ mai mare în grupurile de tratament cu docetaxel, decât în grupul în care s-a administrat numai standardul de tratament, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 19 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la standardul de tratament (RR = 0,76, ÎI 95% = 0,62-0,92, p=0,005).

Rezultatele privind eficacitatea la pacienții cu cancer de prostată metastazat pentru brațul cu docetaxel, față de brațul de control, sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului în asociere cu prednison sau prednisolon și standardul de tratament în terapia pacienților cu cancer de prostate metastazat, hormono-sensibil (STAMPEDE)

Criteriu final de evaluare	Docetaxel + standardul de tratament	Numai standardul de tratament
Număr de pacienți cu cancer de prostată metastazat	362	724
Valoarea mediană a supraviețuirii globale (luni)	62	43
ÎI 95%	51-73	40-48
Risc relativ ajustat		0,76
ÎI 95%		(0,62-0,92)
valoarea p ^a		0,005
Supraviețuire fără eșecul tratamentului ^b		
Mediană (luni)	20,4	12
ÎI 95%	16,8-25,2	9,6-12
Risc relativ ajustat		0,66
ÎI 95%		(0,57-0,76)
Valoarea p ^a		< 0,001

^a valoarea p calculată prin testul raportului de probabilitate și ajustată pentru toți factorii de stratificare (cu excepția terapiei hormonale centrate și planificate) și stratificată în funcție de perioada din studiu

^b Supraviețuire fără eșec al tratamentului: perioada de timp de la randomizare până la prima dovadă a cel puțin uneia dintre: eșec din punct de vedere biochimic (definit ca o creștere a valorii PSA cu 50% mai mult decât valoarea minimă (nadir) din săptămâna 24 și peste 4 ng/ml și confirmată prin retestare sau tratament); progresie fie locală, în ganglionii limfatici, sau prin metastaze la distanță; eveniment la nivel scheletic; sau deces din cauza cancerului de prostată.

Studiul CHAARTED

Siguranța și eficacitatea administrării docetaxelului la începutul terapiei de deprivare androgenică (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, au fost evaluate într-un studiu randomizat, multicentric, de fază III (CHAARTED). Un total de 790 pacienți de sex masculin au fost repartizați în cele 2 grupuri de tratament.

- TDA + docetaxel 75 mg/m² cu administrare la începutul TDA, la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- TDA singur

Supraviețuirea globală mediană a fost semnificativ mai lungă în grupul de tratament cu docetaxel, decât în grupul cu numai cu TDA, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 13,6 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la TDA (risc relativ (RR) = 0,61, interval de încredere (ÎI) 95% = 0,47-0,80, p=0,0003).

Rezultatele privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul de control sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului și TDA în tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil (CHAARTED)

Criteria final de evaluare	Docetaxel +TDA	Numai TDA
Număr de pacienți	397	393
Supraviețuirea globală mediană (luni)		
Toți pacienții	57,6	44,0
Î 95%	49,1-72,8	34,4-49,1
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,47-0,80)	--
Valoarea p ^a	0,0003	--
Supraviețuire fără progresia bolii		
Mediană (luni)	19,8	11,6
Î 95%	16,7-22,8	10,8-14,3
Risc relativ ajustat	0,60	--
Î 95%	0,51-0,72	--
Valoarea p*	P<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 6 luni – N(%)	127 (32,0)	77 (19,6)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 12 luni – N(%)	110 (27,7)	66 (16,8)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare ^b		
Mediană (luni)	20,2	11,7
Î 95%	(17,2-23,6)	(10,8-14,7)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,51-0,72)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic ^c		
Mediană (luni)	33,0	19,8
Î 95%	(27,3-41,2)	(17,9-22,8)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,50-0,75)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--

^a Variabile timp până la eveniment: test log-rank stratificat.

Variabile privind rata de răspuns: testul exact Fisher

* valoarea p pentru scop descriptiv.

** răspunsul privind PSA: răspunsul privind *Prostate-Specific Antigen*: valoarea PSA <0,2 ng/ml determinată prin două analize consecutive, la cel puțin 4 săptămâni distanță.

^b Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare = perioada de timp de la randomizare până la progresia PSA sau progresia clinică (adică creșterea metastazelor osoase simptomatice, progresie conform criteriilor *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (RECIST), sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului), oricare se instalează mai întâi.

^c Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic = perioada de timp de la randomizare până la progresia clinică (adică creșterea simptomelor metastazelor osoase; progresie conform criteriilor RECIST; sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului).

Adenocarcinom gastric

A fost efectuat un studiu multicentric, deschis, randomizat, pentru a se evalua siguranța și eficacitatea docetaxel în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastro-esofagiene, care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. Un total de 445 pacienți cu SPK >70 au fost tratați fie cu docetaxel (T) (75 mg/m² în ziua 1) în asociere cu cisplatină (C) (75 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (F) (750 mg/m² și zi, timp de 5 zile) sau cisplatină (100 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (1000 mg/m² și zi, timp de 5 zile). Durata unui ciclu de tratament a fost de 3 săptămâni pentru brațul TCF și de 4 săptămâni pentru brațul CF. Numărul median de cicluri administrate unui pacient a fost de 6 (interval de 1-16) pentru brațul TCF, comparativ cu 4 (interval de 1-12) pentru brațul CF. Timpul până la progresie (TPP) a fost obiectivul final principal. Reducerea riscului de progresie a fost de 32,1% și a fost asociat cu un TPP semnificativ mai lung (p = 0,0004) în favoarea brațului TCF. Supraviețuirea globală a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă (p = 0,0201) în favoarea brațului TCF, cu o reducere a riscului de mortalitate de 22,7%. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric

Obiectiv final	TCF n = 221	CF n = 224
TPP median (luni) (Î 95%)	5,6 (4,86-5,91)	3,7 (3,45-4,47)
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,473 (1,189-1,825) 0,0004	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	9,2 (8,38-10,58)	8,6 (7,16-9,46)
Estimat la 2 ani (%)	18,4	8,8
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,293 (1,041-1,606) 0,0201	
Rata de răspuns global (RC+RP) (%)	36,7	25,4
valoare p	0,0106	
Boală progresivă ca cel mai bun răspuns global (%)	16,7	25,9

* Test log rank nestratificat

Analizele subgrupurilor în funcție de vârstă, sex și rasă au favorizat sistematic brațul TCF comparativ cu brațul CF.

O analiză actualizată a supraviețuirii efectuată cu o durată mediană de urmărire de 41,6 luni, nu a mai arătat o diferență semnificativă statistic, deși întotdeauna în favoarea regimului TCF și a arătat că beneficiul TCF față de CF se observă clar între 18 și 30 luni de urmărire.

Per ansamblu, calitatea vieții (CV) și rezultatele privind beneficiul clinic au indicat sistematic o îmbunătățire în favoarea brațului TCF. Pacienții tratați cu TCF au avut un timp mai lung până la deteriorarea definitivă cu 5% a indicelui global al sănătății conform chestionarului QLQ-C30 (p = 0,0121) și au avut un timp mai lung până la agravarea definitivă a indicelui de performanță Karnofsky (p = 0,0088) comparativ cu pacienții tratați cu CF.

Cancer al capului și gâtului

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Siguranța și eficacitatea docetaxelului pentru tratamentul de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu clinic de fază III, randomizat, deschis, multicentric (TAX 323). În acest studiu, 358 pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul dintre cele două brațe de tratament.

Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² urmat de cisplatină 75 mg/m² urmată de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi în perfuzie intravenoasă continuă timp de 5 zile. Această schemă de tratament a fost administrată la fiecare trei săptămâni timp de 4 cicluri în cazul în care cel puțin un răspuns minor ($\geq 25\%$ reducere în dimensiunea tumorii măsurată bidimensional) a fost observat după 2 cicluri. La sfârșitul chimioterapiei, într-un interval minim de 4 săptămâni și într-un interval maxim de 7 săptămâni, pacienții a căror boală nu a progresat au primit radioterapie (RT) conform ghidurilor în vigoare timp de 7 săptămâni (TPF/RT). Radioterapia locoregională s-a efectuat în formă convențională (1,8 Gy - 2,0 Gy o dată pe zi, 5 zile pe săptămână cu o doză totală de 66 până la 70 Gy) sau în regim accelerat/hiperfracționat (de două ori pe zi, cu un interval de minim 6 ore între ședințe, timp de 5 zile pe săptămână. Pentru formele de radioterapie accelerată s-a recomandat o doză totală de 70 Gy, iar pentru formele de radioterapie hiperfracționată, 74 Gy. Rezecția chirurgicală a fost permisă după chimioterapie, înainte sau după radioterapie. Pacienții din brațul de tratament TPF au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg de două ori pe zi, oral, timp de 10 zile începând din a 5-a zi a fiecărui ciclu sau un echivalent. Obiectivul final principal în acest studiu, supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP), a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu PF, $p = 0,0042$ (SFP mediană: 11,4 luni versus 8,3 luni) cu un timp de supraveghere median global de 33,7 luni. De asemenea, supraviețuirea mediană globală a fost semnificativ mai mare în favoarea brațului TPF comparativ cu PF (SG mediană: 18,6 luni versus 14,5 luni) cu o scădere a mortalității de 28%, $p = 0,0128$. Rezultatele în ceea ce privește eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil (Analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 177	Cis + 5-FU n = 181
Supraviețuire mediană fără progresie a bolii (luni) (ÎI 95%)	11,4 (10,1-14,0)	8,3 (7,4-9,1)
Riscul relativ ajustat (ÎI 95%) *valoarea p	0,70 (0,55-0,89) 0,0042	
Supraviețuire mediană (luni) (ÎI 95%)	18,6 (15,7-24,0)	14,5 (11,6-18,7)
Riscul relativ (ÎI 95%) ** valoarea p	0,72 (0,56-0,93) 0,0128	
Cel mai bun răspuns global la chimioterapie (%) (ÎI 95%) *** valoarea p	67,8 (60,4-74,6)	53,6 (46,0-61,0)
Cel mai bun răspuns global la tratamentul din studiu [chimioterapie +/- radioterapie] (%) (ÎI 95%) *** valoarea p	72,3 (65,1-78,8)	58,6 (51,0-65,8)
Durata mediană de răspuns la chimioterapie ± radioterapie (luni) (ÎI 95%)	n = 128 15,7 (13,4-24,6)	n = 106 11,7 (10,2-17,4)
Riscul relativ (ÎI 95%) ** valoarea p	0,72 (0,52-0,99) 0,0457	

Riscul relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + 5-FU

* Model Cox (ajustare pentru localizarea primară a tumorii, stadii clinice T, N și PSWHO)

** Test log rank

*** Test chi-pătrat

Parametrii calității vieții

Pacienții tratați cu TPF au prezentat o deteriorare semnificativ mai mică a scorului global de sănătate comparativ cu cei tratați cu PF ($p = 0,01$, utilizând scala EORTC QLQ-C30).

Parametrii de beneficiu clinic

Parametrii de beneficiu clinic ai scalei de evaluare a stării fizice PSS-HN, specifice cancerului capului și gâtului, care sunt măsurarea inteligibilității vorbirii, abilitatea de a mânca în public și de a se alimenta normal, au fost semnificativ în favoarea TFP comparativ cu PF.

Timpul median până la prima deteriorare a stării fizice conform scalei WHO a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu brațul de tratament cu PF. Scorul de intensitate a durerii s-a îmbunătățit în timpul tratamentului în ambele grupuri de tratament indicând o abordare terapeutică adecvată a durerii.

- **Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)**

Siguranța și eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local, al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu de fază III, randomizat, multicentric, deschis (TAX 324). În acest studiu, 501 pacienți cu CCSCG avansat local și cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul din cele două brațe. Populația studiului a inclus pacienți cu tumoră tehnic nerezecabilă, pacienți cu probabilitate mică de tratament chirurgical și pacienți la care se ținește păstrarea organului. Evaluarea eficacității și siguranței s-a făcut numai pe baza criteriilor finale de supraviețuire, iar succesul păstrării organului nu a fost luat în considerare în mod oficial. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă din ziua 1, urmată de cisplatină (P) 100 mg/m² administrată în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit chimioradioterapie (CRT) conform protocolului (TPF/CRT). Pacienții din brațul cu comparator au primit cisplatină (P) 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la trei ore în ziua 1, urmată de perfuzie intravenoasă continuă de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi din ziua 1 până în ziua 5. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit CRT conform protocolului (PF/CRT).

Pacienții din ambele brațe de tratament au primit CRT timp de 7 săptămâni după chimioterapia de inducție cu un interval minim de 3 săptămâni și nu mai târziu de 8 săptămâni după începerea ultimului ciclu (ziua 22 până la ziua 56 ale ultimului ciclu). În timpul radioterapiei, s-a administrat carboplatină (ASC 1,5) în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, maxim 7 doze. Radioterapia a fost aplicată cu echipament de megavoltaj cu fracționare o dată pe zi (2 Gy pe zi și săptămână timp de 7 săptămâni, în doză totală de 70-72 Gy). Tratamentul chirurgical la nivelul localizării principale a bolii și/sau la nivelul gâtului a putut fi luat în considerare la orice moment după încheierea CRT. Toți pacienții din brațul cu docetaxel au primit antibioterapie profilactică. Obiectivul principal de evaluare a eficacității în acest studiu, supraviețuirea globală (SG) a fost semnificativ mai mare (test log rank, $p = 0,0058$) în cazul schemei de tratament cu docetaxel, comparativ cu PF (SG mediană 70,6 versus 30,1 luni respectiv), cu reducerea riscului de mortalitate cu 30% comparativ cu PF (risc relativ (RR) = 0,70, interval de încredere (Î) 95% = 0,54-0,90), cu timp median de urmărire de 41,9 luni. Obiectivul secundar de evaluare a eficacității, SFP (35,5 luni pentru TPF și 13,1 pentru PF). De asemenea, aceasta a fost semnificativă statistic pentru RR de 0,71 Î 95% 0,56 - 0,90; test log rank $p = 0,004$. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție al pacienților cu CCSCG avansat local (analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 255	Cis + 5-FU n = 246
Supraviețuire globală mediană (luni) (Î 95%)	70,6 (49,0-NA)	30,1 (20,9-51,5)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,54-0,90) 0,0058	
FPS mediană (luni) (Î 95%)	35,5 (19,3-NA)	13,1 (10,6 – 20,2)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,71 (0,56 - 0,90) 0,004	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) la chimioterapie (%) (Î 95%) *** valoarea p	71,8 (65,8-77,2)	64,2 (57,9-70,2)
	0,070	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) a tratamentul din studiu [chimioterapie +/- chimioradioterapie] (%) (Î 95%) *** valoarea p	76,5 (70,8-81,5)	71,5 (65,5-77,1)
	0,209	

Un risc relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + fluorouracil

* test log-rank neajustat

** test log-rank neajustat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

*** test chi pătrat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

NA-nu este aplicabil

Copii și adolescenți

Agenția Europeană pentru Medicamente a suspendat obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu TAXOTERE la toate subgrupele de copii și adolescenți în cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Farmacocinetica docetaxelului a fost evaluată la pacienți cu cancer după administrarea a 20-115 mg/m² în studiile de fază I. Profilul cinetic al docetaxelului nu depinde de doză și corespunde unui model farmacocinetic tricompartimental, cu timpi de înjumătățire plasmatică pentru fazele α , β și γ (terminale) de 4 minute, 36 minute, și între 11,1 ore respectiv 17.5 ore, atunci când se recoltează până la 24 de ore. Un studiu suplimentar de evaluare a farmacocineticii docetaxelului în doze similare (75 – 100 mg/m²) la pacienți, dar pe un interval de timp mai lung (peste 22 de zile) a descoperit un timp de înjumătățire mediu terminal mai lung între 91 și 120 de ore. Faza tardivă se datorează, parțial, unui eflux relativ lent al docetaxelului din compartimentul periferic.

Distribuție

După administrarea unei doze de 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, s-a realizat o medie a concentrației plasmatice maxime de 3,7 μ g/ml, cu ASC de 4,6 ore• μ g/ml. Valorile medii ale

clearance-ului total și volumului relativ de distribuție la starea de echilibru au fost 21 l/oră și m², respectiv 113 l. Variațiile interindividuale ale clearance-ului total au fost de aproximativ 50%. Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție de peste 95%.

Eliminare

Un studiu cu docetaxel marcat cu ¹⁴C s-a efectuat la trei pacienți cu cancer. Docetaxelul s-a eliminat prin urină și fecale, după o metabolizare oxidativă mediată de citocromul P-450 la grupul esteric terț-butil, timp de 7 zile, excreția prin urină și fecale reprezentând aproximativ 6%, respectiv 75% din doza administrată marcată radioactiv. Aproximativ 80% din radioactivitatea regăsită în fecale se excretă în primele 48 ore după perfuzia intravenoasă, sub forma unui metabolit principal inactiv, 3 metaboliți inactivi minori și foarte mici cantități de medicament neschimbat.

Grupe speciale de pacienți

Vârsta și sex

Analiza farmacocinetică populațională s-a efectuat cu docetaxel la 577 pacienți. Parametrii farmacocinetici estimați prin model s-au apropiat de cei estimați în studiile de fază I. Farmacocinetica docetaxelului nu a depins de vârsta sau sexul pacientului.

Insuficiență hepatică

La un număr mic de pacienți (n = 23) cu rezultate ale analizelor biochimice sugerând insuficiența hepatică ușoară până la moderată (ASAT și ALAT ≥1,5 ori față de limita superioară a valorilor normale, asociat cu fosfataza alcalină ≥2,5 ori față de limita superioară a valorilor normale), clearance-ul total a fost redus în medie, cu 27% (vezi pct. 4.2).

Retenție de lichide

Clearance-ul docetaxelului nu a fost modificat la pacienții cu retenție de lichide ușoară până la moderată și nu există date disponibile pentru pacienții cu retenție severă de lichide.

Tratament asociat

Doxorubicină

În cazul administrării în asociere cu doxorubicină, acesta nu influențează clearance-ul doxorubicinei și concentrația plasmatică a doxorubicinolului (metabolitul doxorubicinei). Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora.

Capecitabină

Un studiu de fază I care a evaluat efectul capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului și invers nu a arătat niciun efect al capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului (C_{max} și ASC) și niciun efect al docetaxelului asupra farmacocineticii unui metabolit relevant al capecitabinei, 5'-DFUR.

Cisplatină

Clearance-ul docetaxelului în terapie asociată cu cisplatină a fost similar cu cel observat în monoterapie. Profilul farmacocinetic al cisplatinei administrată la scurt timp după perfuzia intravenoasă cu docetaxel este similar cu cel observat în cazul cisplatinei în monoterapie.

Cisplatină și 5-fluorouracil

Administrarea în asociere a docetaxelului cu cisplatină și 5-fluorouracil la 12 pacienți cu tumori solide nu a avut influență asupra farmacocineticii fiecărui medicament.

Prednison și dexametazonă

Efectul prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului administrat cu premedicație standard cu dexametazonă a fost studiat la 42 pacienți.

Prednison

Nu s-a observat un efect al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

5.3 Date preclinice de siguranță

Potențialul carcinogen al docetaxelului nu a fost studiat.

Docetaxelul a dovedit potențial genotoxic printr-un mecanism aneugen în studiile *in vitro* pe micronuclei și în testul aberațiilor cromozomiale efectuat pe celulele CHO-K1, precum și *in vivo* în testul micronucleilor la șoarece. Cu toate acestea, nu s-a dovedit mutagen în testul Ames și în analiza de mutație genică CHO/HGPRT. Aceste rezultate sunt în concordanță cu activitatea farmacologică a docetaxelului.

Reacțiile adverse la nivelul testiculelor, observate în studiile de toxicitate efectuate la rozătoare, sugerează faptul că docetaxelul poate afecta fertilitatea masculină.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Polisorbat 80
Etanol anhidru
Acid citric

6.2 Incompatibilități

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

6.3 Perioada de valabilitate

Flaconul nedeschis
2 ani

După deschiderea flaconului

Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

După introducerea în punga pentru perfuzie

Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice și medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

Odată introdusă în punga pentru perfuzie conform recomandărilor, soluția perfuzabilă de docetaxel este stabilă timp de 6 ore dacă este păstrată la temperaturi sub 25°C. Aceasta trebuie utilizată în decurs de 6 ore (incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase cu durata de o oră).

În plus, stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.

Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Pentru condițiile de păstrare ale medicamentului diluat, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Flacon din sticlă incoloră (tip I), cu capacitatea nominală de 7 ml, cu sigiliu din aluminiu de culoare verde și capac flip-off din plastic de culoare verde, conținând concentrat 1 ml.

Fiecare cutie conține un flacon.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu precauție. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, se recomandă spălarea imediată cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, se recomandă spălarea imediată cu multă apă.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

Prepararea soluției perfuzabile

NU UTILIZAȚI alt medicament care conține docetaxel, constând în 2 flacoane (concentrat și solvent) împreună cu acest medicament (TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, care conține numai 1 flacon).

TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă NU necesită diluare prealabilă cu un solvent și este pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă.

Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere.

Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, țineți numărul de cutii necesar de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă la temperaturi sub 25°C timp de 5 minute înainte de utilizare.

Pot fi necesare mai mult de un flacon de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă pentru a obține doza necesară pentru pacient. Extrageți printr-o tehnică aseptică doza necesară de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă, utilizând o seringă calibrată prevăzută cu un ac 21G.

Concentrația de docetaxel din TAXOTERE 20 mg/1 ml este de 20 mg/ml.

Volumul necesar de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă trebuie injectat printr-o singură injecție (o singură perforare) într-o pungă pentru perfuzie sau într-un flacon, fiecare cu capacitatea de 250 ml, care conțin fie soluție perfuzabilă de glucoză 5%, fie soluție injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%).

Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 190 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.

Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.

Soluția din punga pentru perfuzie trebuie utilizată în decurs de 6 ore, la temperaturi sub 25°C, incluzând perfuzia intravenoasă cu durata de o oră administrată pacientului.

Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificată vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/003

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 27 noiembrie 1995

Data ultimei reînnoiri a autorizației: 24 ianuarie 2006

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

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

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare ml de concentrat pentru soluție perfuzabilă conține 20 mg docetaxel (sub formă de trihidrat).

Un flacon a 4 ml concentrat conține docetaxel 80 mg.

Excipienți cu efect cunoscut:

Fiecare flacon cu concentrat pentru soluție perfuzabilă conține etanol anhidru 2 ml (1,58 g).

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Concentrat pentru soluție perfuzabilă (concentrat steril)

Concentratul este o soluție de culoare galben-pal până la galben-marونیu.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Cancer mamar

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă, pentru tratamentul adjuvant al pacienților cu:

- cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi
- cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi.

Pentru pacientele cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, tratamentul adjuvant trebuie limitat la pacientele care pot beneficia de chimioterapie, în conformitate cu criteriile stabilite la nivel internațional pentru tratamentul de primă intenție al cancerului mamar precoce (vezi pct. 5.1).

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, care nu au primit anterior tratament citotoxic pentru această afecțiune.

TAXOTERE este indicat în monoterapie pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul tratamentului citotoxic. Chimioterapia anterioară trebuie să fi inclus o antraciclina sau un agent alchilant.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu trastuzumab, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu capecitabina, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei citotoxice. Tratamentul anterior trebuie să fi inclus o antraciclina.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

TAXOTERE este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei sau înainte de aceasta.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină, pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, nerezecabil, avansat loco-regional sau metastazat, la pacienții care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune.

Cancer de prostată

TAXOTERE este indicat, în asociere cu prednison sau prednisolon, pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare.

TAXOTERE în asociere cu terapia de deprivare androgenică (TDA), împreună cu sau fără prednison sau prednisolon, este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil.

Adenocarcinom gastric

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastroesofagiene, care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

Cancer al capului și gâtului

TAXOTERE în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil este indicat pentru tratament de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase, al capului și gâtului, avansat local.

4.2 Doze și mod de administrare

Utilizarea docetaxel trebuie efectuată numai în unități specializate în administrarea chimioterapiei citotoxice și numai sub supravegherea unui medic calificat în administrarea chimioterapiei antineoplazice (vezi pct 6.6).

Doze

Pentru cancerul mamar, cancerul bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancerul gastric și cancerul capului și gâtului, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, dacă nu există contraindicații (vezi pct. 4.4), se poate utiliza o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi), timp de 3 zile.

Pentru cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, datorită utilizării concomitente de prednison sau prednisolon, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, la 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Pentru cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, indiferent de utilizarea concomitentă a prednisonului sau prednisolonului, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, administrată cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Profilactic se pot utiliza G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate.

Docetaxelul se administrează în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, o dată la 3 săptămâni.

Cancer mamar

Pentru tratamentul adjuvant al cancerului mamar operabil, cu și fără interesare ganglionară, doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² administrat la o oră după administrarea de doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² o dată la 3 săptămâni, timp de 6 cicluri (schema de tratament TAC) (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, doza recomandată de docetaxel în monoterapie este de 100 mg/m². Pentru tratamentul de primă linie, docetaxelul în doză de 75 mg/m² se asociază cu doxorubicină (50 mg/m²).

Doza de docetaxel recomandată în asociere cu trastuzumab este de 100 mg/m² o dată la trei săptămâni, cu trastuzumab administrat săptămânal. În studiul pivot, perfuzia intravenoasă inițială cu docetaxel a început în ziua imediat următoare primei doze de trastuzumab. Dozele următoare de docetaxel au fost administrate imediat după terminarea perfuziei intravenoase cu trastuzumab, dacă doza precedentă de trastuzumab a fost bine tolerată. Pentru doze și mod de administrare ale trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu capecitabină, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² o dată la trei săptămâni și capecitabină în doză de 1250 mg/m² de două ori pe zi (în interval de 30 minute după masă) timp de 2 săptămâni, urmate de 1 săptămână pauză. Pentru calculul dozei de capecitabină în funcție de suprafața corporală, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

La pacienții cu cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, netratați anterior cu chimioterapice, regimul de doze recomandat este docetaxel 75 mg/m², urmat imediat de cisplatină 75 mg/m² timp de 30-60 minute. Pentru tratamentul după eșec al chimioterapiei anterioare cu compuși de platină, doza recomandată este de 75 mg/m² în monoterapie.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m². Se administrează continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală (vezi pct. 5.1).

Cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri. Se poate administra continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală.

Adenocarcinom gastric

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 până la 3 ore (ambele numai în prima zi), urmate de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi, administrat în perfuzie intravenoasă continuă cu durata de 24 ore, timp de 5 zile, începând de la sfârșitul perfuziei intravenoase cu cisplatină. Tratamentul se repetă o dată la trei săptămâni. Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată pentru administrarea cisplatinii. Trebuie să se utilizeze profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Cancer al capului și gâtului

Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată (înainte și după administrarea de cisplatină). Profilactic, poate fi utilizat G-CSF pentru a diminua riscul toxicității hematologice. Toți pacienții din brațul cu docetaxel al studiilor TAX 323 și TAX 324 au primit antibioterapie profilactică.

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Pentru tratamentul de inducție al carcinomului cu celule scuamoase, avansat local, inoperabil, al capului și gâtului (CCSCG), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² timp de 1 oră, în prima zi, urmate de 5-fluorouracil în perfuzie intravenoasă continuă cu 750 mg/m² și zi, timp de cinci zile. Acest regim terapeutic se administrează la fiecare 3 săptămâni, timp de 4 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să urmeze radioterapie.
- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)
Pentru tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local (tehnic nerezecabil, tratament chirurgical puțin probabil și ținând păstrarea organului), al capului și

gâtului (CCSCG), doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră în ziua 1, urmată de cisplatină 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Această schemă terapeutică se administrează la fiecare 3 săptămâni timp de 3 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să primească chimioradioterapie.

Pentru modificarea dozelor de cisplatină și 5-fluorouracil, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

Ajustarea dozelor în timpul tratamentului

Aspecte generale

Docetaxelul trebuie administrat când numărul neutrofilelor este $\geq 1500/\text{mm}^3$. La pacienții care în timpul tratamentului cu docetaxel au avut neutropenie febrilă, număr de neutrofile $< 500/\text{mm}^3$ timp de mai mult de o săptămână, reacții cutanate severe sau cumulative sau neuropatie periferică severă, doza de docetaxel trebuie redusă de la 100 mg/m² la 75 mg/m² și/sau de la 75 la 60 mg/m². Dacă pacientul continuă să aibă aceste reacții la doza de 60 mg/m², tratamentul trebuie întrerupt definitiv.

Tratament adjuvant pentru cancerul mamar

Trebuie luată în considerare profilaxia primară cu G-CSF în cazul pacientelor la care se administrează tratament adjuvant cu docetaxel, doxorubicină și ciclofosamidă (TAC) pentru cancer mamar. La pacientele care prezintă neutropenie febrilă și/sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă la 60 mg/m² în toate ciclurile următoare (vezi pct. 4.4 și 4.8). La pacientele care au stomatită de gradul 3 sau 4, trebuie redusă doza de docetaxel la 60 mg/m².

În asociere cu cisplatină

La pacienții cărora li se stabilește doza inițială de docetaxel de 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și a căror valoare minimă a numărului de trombocite în timpul ciclului anterior de tratament este de $< 25000/\text{mm}^3$, la pacienții care au avut neutropenie febrilă sau la pacienții cu fenomene toxice non-hematologice grave, doza de docetaxel în ciclurile următoare trebuie redusă la 65 mg/m². Pentru ajustarea dozelor de cisplatină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În asociere cu capecitabină

- Pentru ajustarea dozelor de capecitabină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.
- La pacienții care dezvoltă pentru prima dată toxicitate de grad 2 care persistă până la ciclul următor de docetaxel/capecitabină, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0-1 și se reia cu 100% din doza inițială.
- La pacienții care dezvoltă pentru a doua oară toxicitate de grad 2 sau pentru prima oară toxicitate de grad 3, în orice moment al ciclului terapeutic, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0 - 1 și apoi se reia cu docetaxel 55 mg/m².
- Pentru orice altă toxicitate dezvoltată ulterior sau pentru orice toxicitate de grad 4, tratamentul cu docetaxel se întrerupe definitiv.

Pentru ajustarea dozelor de trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Dacă în pofida utilizării de G-CSF survine un episod de neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Dacă survin episoade ulterioare de neutropenie complicată, doza de docetaxel trebuie redusă de la 60 la 45 mg/m². În caz de trombocitopenie de grad 4, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Pacienții nu trebuie retratați cu cicluri ulterioare de docetaxel până când numărul neutrofilelor nu revine la o valoare $> 1500/\text{mm}^3$, iar plachetele la o valoare $> 100000/\text{mm}^3$. Dacă aceste fenomene toxice persistă, tratamentul se întrerupe definitiv (vezi pct. 4.4).

Modificările de doză recomandate în caz de fenomene toxice la pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (5-FU):

Toxicitate	Ajustarea dozei
Diaree de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: se reduce apoi doza de docetaxel cu 20%.
Diaree de grad 4	Primul episod: se reduc dozele de docetaxel și 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă a tratamentului.
Stomatită/mucozită de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al treilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.
Stomatită/mucozită de grad 4	Primul episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al doilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.

Pentru ajustarea dozelor de cisplatină și 5-FU, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În studiile clinice pivot CCSCG la pacienții care au prezentat neutropenie complicată (incluzând neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), s-a recomandat să se utilizeze G-CSF pentru a furniza o acoperire profilactică (de exemplu ziua 6-15) în toate ciclurile următoare.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență hepatică

Pe baza datelor de farmacocinetică obținute după administrarea de docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, la pacienții care prezintă creșteri, atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât limita superioară a valorilor normale (LSVN), cât și ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² (vezi pct. 4.4 și 5.2). La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN asociat cu fosfatază alcalină >2,5 × LSVN și bilirubină >1 × LSVN; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date despre pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea TAXOTERE în carcinomul nazo-faringian la copii cu vârsta de 1 lună până la mai puțin de 18 ani nu au fost încă stabilite.

Nu există date relevante privind utilizarea TAXOTERE la copii și adolescenți pentru indicațiile de cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III.

Persoane vârstnice

Pe baza unei analize farmacocinetice populaționale, nu există instrucțiuni speciale privind administrarea la persoanele vârstnice.

În cazul asocierii cu capecitabină, la pacienții cu vârsta de 60 ani și peste, se recomandă o reducere a dozei inițiale de capecitabină de 75% (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

Mod de administrare

Pentru instrucțiuni cu privire la prepararea și administrarea medicamentului vezi pct. 6.6.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la docetaxel sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Pacienți care au anterior inițierii tratamentului un număr de neutrofile $<1500/\text{mm}^3$.

Pacienți cu insuficiență hepatică severă (vezi pct. 4.2 și 4.4).

Când sunt utilizate și alte medicamente în asociere cu docetaxel, se respectă, de asemenea, contraindicațiile acestora.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În cazul cancerului mamar și cancerului bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi) timp de 3 zile, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, în absența contraindicațiilor corticoterapiei, poate reduce incidența și severitatea retenției de lichide, precum și severitatea reacțiilor de hipersensibilitate. În cazul cancerului de prostată, premedicația constă în administrarea de dexametazonă 8 mg, oral, cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de administrarea perfuziei intravenoase cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

Hematologie

Neutropenia este cea mai frecventă reacție adversă la docetaxel. Valorile minime ale numărului de neutrofile apar după 7 zile ca valoare mediană, dar acest interval poate fi mai scurt la pacienții tratați anterior cu doze mari. La toți pacienții tratați cu docetaxel trebuie efectuată monitorizarea frecventă a hemogramei complete. Pacienții trebuie să reînceapă tratamentul cu docetaxel atunci când numărul neutrofilelor revine la $\geq 1500/\text{mm}^3$ (vezi pct. 4.2).

În caz de neutropenie severă ($<500/\text{mm}^3$ timp de șapte zile sau mai mult) pe parcursul unui ciclu de tratament cu docetaxel, se recomandă o reducere a dozelor pentru ciclurile ulterioare sau utilizarea măsurilor simptomatice adecvate (vezi pct. 4.2).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (TCF), la cei care au primit G-CSF profilactic, neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut cu frecvență mai mică. Pacienții tratați cu TCF trebuie să primească profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TCF trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă (TAC), neutropenia febrilă și/sau infecția neutropenică au apărut cu frecvențe mai mici atunci când pacienților li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF. Profilaxia primară cu G-CSF trebuie luată în considerare la paciențele care primesc tratament adjuvat cu TAC pentru cancer mamar pentru a reduce riscul de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TAC trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

Reacții gastrointestinale

Se recomandă prudență în cazul pacienților cu neutropenie, la care există un risc semnificativ mai mare de apariție a complicațiilor gastrointestinale. Cu toate că majoritatea cazurilor au survenit în timpul primului sau celui de-al doilea ciclu de tratament care conține docetaxel, enterocolita poate apărea în orice moment și poate duce la deces chiar din prima zi de apariție. Pacienții trebuie atent monitorizați pentru manifestările precoce ale reacțiilor grave de toxicitate gastrointestinală (vezi pct. 4.2, 4.4 Hematologie și 4.8).

Reacții de hipersensibilitate

Pacienții trebuie supravegheați cu atenție pentru apariția reacțiilor de hipersensibilitate, îndeosebi în timpul primei și celei de-a doua perfuzii intravenoase. Reacțiile de hipersensibilitate pot să apară în decurs de câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel, de aceea trebuie să fie disponibile mijloace de tratament al hipotensiunii arteriale și bronhospasmului. În cazul în care apar reacții de hipersensibilitate, simptomele minore, cum sunt eritemul facial tranzitoriu sau reacțiile cutanate localizate, nu necesită întreruperea temporară a tratamentului. Cu toate acestea, reacțiile severe, cum sunt hipotensiunea arterială severă, bronhospasmul sau erupțiile cutanate/eritemul generalizate, necesită întreruperea imediată și definitivă a administrării docetaxelului și instituirea tratamentului adecvat. Pacienții care au avut reacții severe de hipersensibilitate nu mai trebuie tratați cu docetaxel. La pacienții care au dezvoltat anterior o reacție de hipersensibilitate la paclitaxel poate exista riscul să apară reacții de hipersensibilitate, inclusiv unele mai severe. Acești pacienți trebuie atent monitorizați în timpul inițierii tratamentului.

Reacții cutanate

S-a observat eritem cutanat localizat al extremităților (la nivelul palmelor și plantelor) cu edem, urmat de descumare. S-au raportat simptome severe cum sunt erupții cutanate urmate de descumare, care au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

În cadrul tratamentului cu docetaxel, au fost raportate reacții adverse cutanate severe (RACS), cum sunt sindrom Stevens-Johnson (SSJ), necroliză epidermică toxică (NET) și pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG). Pacienții trebuie informați despre semnele și simptomele manifestărilor cutanate grave și monitorizați atent. Dacă apar semne și simptome sugestive pentru aceste reacții adverse, trebuie luată în considerare întreruperea administrării de docetaxel.

Retenție de lichide

Pacienții cu retenție severă de lichide, de exemplu efuziune pleurală, efuziune pericardică și ascită trebuie supravegheați cu atenție.

Tulburări respiratorii

Au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută, pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, care se pot asocia cu evoluție letală. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri de pneumonită de iradiere.

Dacă se instalează simptome pulmonare noi sau cele existente se agravează, pacienții trebuie monitorizați cu atenție, evaluați prompt și tratați în mod adecvat. Se recomandă întreruperea terapiei cu docetaxel până când este stabilit diagnosticul. Aplicarea precoce a tratamentului de susținere poate ajuta la ameliorarea afecțiunii. Beneficiul reluării tratamentului cu docetaxel trebuie evaluat cu atenție.

Pacienți cu insuficiență hepatică

La pacienții tratați cu docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, cu creșteri atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât LSVN, cât și creșteri ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, există un risc mai mare de apariție a unor reacții adverse severe, cum sunt decesele de cauză toxică, incluzând sepsis și hemoragie gastro-intestinală posibil letale, neutropenie febrilă, infecții, trombocitopenie, stomatită și astenie. De aceea, la pacienții cu valori crescute ale testelor funcționale hepatice (TFH), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m², iar TFH trebuie efectuate la începutul și înainte de fiecare ciclu de tratament (vezi pct. 4.2).

La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN, asociat cu fosfatază alcalină >2,5 × LSVN și bilirubină >1 × LSVN; pentru acești pacienți, nu se pot face

recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date cu privire la pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Pacienți cu insuficiență renală

Nu există date disponibile cu privire la pacienții cu funcție renală sever afectată, tratați cu docetaxel.

Sistem nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe necesită o reducere a dozei (vezi pct. 4.2).

Toxicitate cardiacă

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost observată insuficiență cardiacă, în special după chimioterapia conținând o antraciclină (doxorubicină sau epirubicină). Aceasta poate fi moderată până la severă și a fost asociată cu deces (vezi pct. 4.8).

Când pacienții sunt eligibili pentru tratamentul cu docetaxel în asociere cu trastuzumab, ei trebuie să fie inițial evaluați din punct de vedere cardiac. Funcția cardiacă trebuie monitorizată în continuare în timpul tratamentului (de exemplu, o dată la trei luni) pentru a facilita identificarea pacienților la care este posibil să apară disfuncție cardiacă. Pentru mai multe detalii, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (uneori letală) (vezi pct. 4.8).

Se recomandă evaluare cardiacă la inițierea tratamentului.

Tulburări oculare

La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid). Pacienții cu afectarea acuității vizuale trebuie să efectueze prompt un examen oftalmologic complet. În cazul în care se diagnostichează EM cistoid, trebuie oprit tratamentul cu docetaxel și trebuie inițiat tratamentul adecvat (vezi pct. 4.8).

Neoplazii primare secundare tratamentului

Au fost raportate neoplazii primare secundare tratamentului, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Neoplaziile primare secundare tratamentului (inclusiv leucemie mieloidă acută, sindrom mielodisplazic și limfom non-Hodgkin) pot apărea la câteva luni sau la câțiva ani după administrarea schemei de tratament care a conținut docetaxel. Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția neoplaziilor primare secundare tratamentului (vezi pct. 4.8)

Sindrom de liză tumorală

La administrarea de docetaxel, a fost raportată apariția sindromului de liză tumorală după primul sau cel de-al doilea ciclu de tratament (vezi pct. 4.8). Pacienții cu risc de apariție a sindromului de liză tumorală (de exemplu cu insuficiență renală, hiperuricemie, tumoră voluminoasă, evoluție rapidă) trebuie monitorizați cu atenție. Înainte de inițierea tratamentului, este recomandată corectarea deshidratării și tratarea valorilor crescute ale acidului uric.

Altele

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.6).

Trebuie evitată utilizarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) (vezi pct. 4.5).

Precauții suplimentare pentru utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Neutropenia complicată

La pacienții care au neutropenie complicată (neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), trebuie luate în considerare administrarea de G-CSF și reducerea dozei (vezi pct. 4.2).

Reacții gastro-intestinale

Simptome cum sunt durere și sensibilitate abdominală precoce, febră, diaree, cu sau fără neutropenie, pot fi manifestări precoce ale toxicității gastro-intestinale grave și trebuie evaluate și tratate prompt.

Insuficiența cardiacă congestivă (ICC)

Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția simptomelor de insuficiență cardiacă congestivă în timpul tratamentului și în perioada de urmărire. La pacienții tratați cu regimul TAC pentru cancer mamar cu ganglioni pozitivi, s-a demonstrat că riscul de apariție a ICC este mai mare în timpul primului an după tratament (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Pacienți cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi

Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind supraviețuirea fără semne de boală (SFB) și supraviețuirea globală (SG), raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale (vezi pct. 5.1).

Vârstnici

Precauții de utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Există date limitate referitoare la pacienții >70 ani tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată rezistent la castrare

Într-un studiu privind cancerul de prostată, din 333 pacienți tratați cu docetaxel, o dată la trei săptămâni, 209 pacienți aveau 65 ani sau peste și 68 pacienți aveau peste 75 ani. La pacienții tratați cu docetaxel o dată la trei săptămâni, incidența modificărilor unghiale atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 65 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența febrei, diareei, anorexiei și edemului periferic atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 75 ani sau peste, față de cei sub 65 ani.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată hormono-sensibil

Din cei 545 pacienți tratați cu docetaxel la interval de 3 săptămâni în cadrul unui studiu asupra cancerului de prostată hormono-sensibil (STAMPEDE), 296 pacienți au avut vârsta de 65 ani sau peste, iar 48 pacienți au avut vârsta de 75 ani sau peste. Mai mulți pacienți cu vârsta ≥ 65 ani din brațul cu docetaxel au raportat reacții de hipersensibilitate, neutropenie, anemie, retenție de lichide, dispnee și modificări ale unghiilor, comparativ cu pacienții cu vârsta mai mică de 65 ani. Niciuna dintre aceste creșteri ale frecvenței nu a atins o diferență de 10% față de brațul de control. La pacienții care au avut vârsta de 75 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri, neutropenia, anemia, diareea și infecțiile tractului respirator superior au fost raportate cu o incidență mai mare (cu cel puțin 10% mai mare).

Precauții de utilizare în adenocarcinomul gastric

În studiul privind cancerul gastric, dintre 300 pacienți (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II a studiului) tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, 74 erau în vârstă de 65 ani sau peste și 4 pacienți erau în vârstă de 75 ani sau peste. Incidența evenimentelor adverse grave a fost mai mare la persoanele vârstnice comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența următoarelor evenimente adverse (de toate gradele): letargie, stomatită, infecție neutropenică, a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții cu vârsta de 65 ani sau peste comparativ cu pacienții mai tineri.

Persoanele vârstnice tratate cu TCF trebuie supravegheate cu atenție.

Excipienți

Acest medicament conține etanol anhidru (alcool etilic) 50% din volum, adică până la 1,58 g etanol anhidru pe flacon, echivalent cu 40 ml bere sau 17 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copiii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli hepatice sau epilepsie.

Trebuie avute în vedere posibile efecte asupra sistemului nervos central.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Studiile *in vitro* au evidențiat faptul că metabolizarea docetaxelului poate fi modificată prin administrarea concomitentă a unor compuși care induc, inhibă sau sunt metabolizați de citocromul P 450-3A (și astfel inhibă competitiv enzima), cum sunt ciclosporina, ketoconazolul și eritromicina. Ca rezultat, în cazul tratării concomitente a pacienților cu aceste medicamente, este necesară prudență, datorită riscului potențial de interacțiuni semnificative.

În cazul administrării concomitente cu inhibitori ai CYP3A4, poate crește apariția reacțiilor adverse la docetaxel, ca urmare a scăderii metabolizării. Dacă utilizarea concomitentă de inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) nu poate fi evitată, în timpul tratamentului cu un inhibitor puternic al CYP3A4 este necesară supravegherea clinică atentă și poate fi adecvată ajustarea dozei de docetaxel (vezi pct. 4.4). Într-un studiu de farmacocinetică, efectuat la 7 pacienți, administrarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitorul puternic al CYP3A4, ketoconazolul a determinat scăderea semnificativă a clearance-ului docetaxelului, cu 49%.

Farmacocinetica docetaxelului în prezența prednisonului a fost studiată la pacienții cu neoplasm de prostată metastazat. Docetaxelul este metabolizat de către CYP3A4, iar prednisonul este un inductor cunoscut al CYP3A4. Nu a fost observat un efect semnificativ statistic al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție mare (>95%). Cu toate că posibilele interacțiuni *in vivo* ale docetaxelului cu alte medicamente administrate concomitent nu au fost studiate specific, interacțiunile *in vitro* cu medicamente care se leagă în proporție mare de proteine, cum sunt eritromicină, difenhidramină, propranolol, propafenonă, fenitoină, salicilați, sulfametoxazol și valproat de sodiu, nu au influențat legarea de proteine a docetaxelului. În plus, dexametazona nu a influențat legarea de proteine a docetaxelului. Docetaxelul nu influențează legarea de proteine a digitoxinei.

Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora. Date limitate, dintr-un studiu fără grup de control, au fost sugestive pentru o interacțiune între docetaxel și carboplatină. Când s-a asociat cu docetaxel, clearance-ul carboplatinei a fost cu 50% mai mare decât valorile înregistrate anterior pentru carboplatină în monoterapie.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femeile aflate la vârsta fertilă /Contracepția la bărbați și femei

Femeile aflate la vârsta fertilă și bărbații cărora li se administrează docetaxel trebuie sfătuiți să evite sarcina și să nu procreeze și dacă rămân gravide să se adreseze imediat medicului curant.

Din cauza riscului genotoxic al docetaxelului (vezi pct. 5.3), femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel.

Sarcina

Nu există informații privind administrarea docetaxelului la femeile gravide. Docetaxelul s-a dovedit atât embriotoxic cât și fetotoxic la iepure și șobolan. Asemenea altor medicamente citotoxice, docetaxelul poate determina efecte nocive asupra fătului dacă este administrat femeilor gravide. De aceea, docetaxelul nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazului în care prezintă indicație fermă.

Alăptarea

Docetaxelul este o substanță lipofilă, dar nu se cunoaște dacă aceasta se excretă în laptele uman. În consecință, din cauza posibilelor reacții adverse la sugari, alăptarea trebuie întreruptă pe durata tratamentului cu docetaxel.

Fertilitatea

Studiile la animale au arătat că docetaxelul și poate afecta fertilitatea la bărbați (vezi pct. 5.3). Prin urmare, bărbații tratați cu docetaxel trebuie să ceară sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament.

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

Nu s-au efectuat studii privind efectele asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cantitatea de alcool din acest medicament și reacțiile adverse ale medicamentului pot afecta negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje (vezi pct. 4.4 și 4.8). Prin urmare, pacienții trebuie avertizați asupra posibilului impact pe care cantitatea de alcool și reacțiile adverse ale acestui medicament le pot avea asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje și trebuie sfătuiți să nu conducă vehicule sau să folosească utilaje dacă apar aceste reacții adverse în timpul tratamentului.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță pentru toate indicațiile

Reacțiile adverse posibil sau probabil legate de administrarea de docetaxel au fost obținute de la:

- 1312 și 121 pacienți care au primit docetaxel în monoterapie 100 mg/m², respectiv 75 mg/m².
- 258 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină.
- 406 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină.
- 92 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu trastuzumab.
- 255 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu capecitabină.
- 332 pacienți (TAX327) care au primit docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 1276 pacienți (744 și 532 în TAX 316 și, respectiv, GEICAM 9805) care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).

- 300 pacienți cu adenocarcinom gastric (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II) care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 174 și 251 pacienți cu cancer al capului și gâtului care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 545 pacienți (studiul STAMPEDE) tratați cu docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA.

Aceste reacții au fost descrise utilizând criteriile uzuale de toxicitate ale NCI (gradul 3 = G3; gradul 3-4 = G3/4; gradul 4 = G4), termenii COSTART și MedDRA. Frecvențele sunt definite ca: 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).

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

Cele mai frecvent raportate reacții adverse ale docetaxel în monoterapie sunt: neutropenie (care a fost reversibilă și nu a fost cumulativă; durata mediană de atingere a valorii minime a fost de 7 zile, iar durata mediană a neutropeniei severe ($< 500/\text{mm}^3$) a fost de 7 zile), anemie, alopecie, greață, vărsături, stomatită, diaree și astenie. Severitatea reacțiilor adverse la docetaxel poate fi crescută atunci când docetaxel este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În cazul asocierii cu trastuzumab, sunt prezentate evenimentele adverse (toate gradele) raportate $\geq 10\%$. Față de docetaxel în monoterapie, în brațul cu trastuzumab în asociere s-a observat o creștere a incidenței EAG (40% față de 31%) și a EA de grad 4 (34% față de 23%).

Pentru asocierea cu capecitabină sunt prezentate cele mai frecvente reacții adverse atribuite tratamentului ($\geq 5\%$) raportate într-un studiu de fază III la pacienți cu cancer mamar cu eșec la tratamentul cu antraciclină (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

În cazul asocierii cu TDA și cu prednison sau prednisolon (studiul STAMPEDE), reacțiile adverse care au apărut pe parcursul celor 6 cicluri de tratament cu docetaxel și care au avut o incidență cu cel puțin 2% mai mare în brațul de tratament cu docetaxel, comparativ cu brațul de control, sunt prezentate utilizând gradele conform scalei de criterii comune privind terminologia evenimentelor adverse (*Common Terminology Criteria for Adverse Events* CTCAE).

Următoarele reacții adverse au fost observate frecvent la docetaxel:

Tulburări ale sistemului imunitar

Reacțiile de hipersensibilitate au apărut, în general, la câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel și au fost, de obicei, ușoare până la moderate. Cele mai frecvent raportate simptome au fost eritem facial tranzitoriu, erupții cutanate cu sau fără prurit, senzație de constricție toracică, durere lombară, dispnee și febră sau frisoane. Reacțiile severe au fost caracterizate prin hipotensiune arterială și/sau bronhospasm sau erupții cutanate/eritem generalizate (vezi pct. 4.4).

Tulburări ale sistemului nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe impune o reducere a dozei (vezi pct. 4.2 și 4.4). Semnele neurosenzoriale ușoare până la moderate sunt caracterizate de paretezii, disestezii sau durere inclusiv sub formă de arsură. Evenimentele neuromotorii sunt caracterizate în principal de slăbiciune.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Au fost observate reacții cutanate reversibile, în general considerate ușoare până la moderate. Reacțiile s-au caracterizat prin erupții cutanate, inclusiv erupții localizate, în principal pe picioare și mâini (inclusiv sindrom mână/picior sever), dar și pe brațe, față sau torace, frecvent asociate cu prurit. Erupțiile au apărut în general la o săptămână după perfuzia intravenoasă cu docetaxel. Au fost raportate mai puțin frecvent simptome severe cum sunt erupțiile urmate de descumare, care rareori au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2 și 4.4). Afectările unghiale grave sunt caracterizate de hipo- sau hiperpigmentare și, uneori, durere și onicoliză.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Reacțiile la nivelul locului de perfuzie au fost în general ușoare și au constat în hiperpigmentare, inflamație, eritem sau uscăciune a pielii, flebită sau extravazare și ectazie venoasă. Retenția de lichide include evenimente ca edemul periferic și, mai puțin frecvent, efuziunea pleurală, efuziunea pericardică, ascita și creșterea în greutate. Edemul periferic debutează de obicei la extremitățile declive și poate deveni generalizat cu o creștere în greutate de 3 kg sau peste. Retenția de lichide este cumulativă ca incidență și severitate (vezi pct. 4.4).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5,7%; incluzând sepsis și pneumonie, letale în 1,7%)	Infecții asociate cu neutropenie G4 (G3/4: 4,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 76,4%); Anemie (G3/4: 8,9%); Neutropenie febrilă	Trombocitopenie (G4: 0,2%)	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 5,3%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 4,1%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 4%); Disgeuzie (severă: 0,07%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială; Hipertensiune arterială; Hemoragii	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (severă: 2,7%)		
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 5,3%); Diaree (G3/4: 4%); Greață (G3/4: 4%); Vărsături (G3/4: 3%)	Constipație (severă: 0,2%); Durere abdominală (severă: 1%); Hemoragie gastro-intestinală (severă: 0,3%)	Esofagită (severă: 0,4%)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 5,9%); Afectări unghiale (severă: 2,6%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 1,4%)	Artralgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Retenție de lichide (severă: 6,5%); Astenie (severă: 11,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere toracică de etiologie non-cardiacă (severă: 0,4%)	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<4%); Creșterea ASAT de G3/4 (<3%); Creșterea ALAT de G3/4 (<2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Tulburări hematologice și limfatice

Rare: episoade de sângerare asociate cu trombocitopenie de grad 3/4.

Tulburări ale sistemului nervos

Sunt disponibile date privind reversibilitatea la 35,3% din pacienți la care a apărut neurotoxicitate după tratamentul cu docetaxel administrat în doză de 100 mg/m² în monoterapie. Aceste evenimente au fost reversibile spontan în decurs de 3 luni.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Foarte rare: un caz de alopecie ireversibilă până la sfârșitul studiului. 73% din reacțiile cutanate au fost reversibile în decurs de 21 zile.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Doza mediană cumulativă la întreruperea definitivă a tratamentului a fost peste 1000 mg/m², iar perioada mediană de reversibilitate a retenției de lichide a fost de 16,4 săptămâni (interval de 0 până la 42 săptămâni). Debutul retenției moderate și severe este întârziat (doza mediană cumulativă: 818,9 mg/m²) la pacienții cu premedicație comparativ cu pacienții fără premedicație (doza mediană cumulativă: 489,7 mg/m²); cu toate acestea, a fost raportată la câțiva pacienți în timpul primelor cicluri de tratament.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 54,2%); Anemie (G3/4: 10,8%); Trombocitopenie (G4: 1,7%)	Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (fără a fi severă)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 0,8%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2,5%)
Tulburări cardiace		Aritmie (fără a fi severă)
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 3,3%); Stomatită (G3/4: 1,7%); Vărsături (G3/4: 0,8%); Diaree (G3/4: 1,7%)	Constipație
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 0,8%)	Afectări unghiale (severe: 0,8%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 12,4%); Retenție de lichide (severă: 0,8%); Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 7,8%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 91,7%); Anemie (G3/4: 9,4%); Neutropenie febrilă; Trombocitopenie (G4: 0,8%)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 1,2%)	
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 0,4%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0,4%)	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă; Aritmie (fără a fi severă)	
Tulburări vasculare			Hipotensiune arterială

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5%); Stomatită (G3/4: 7,8%); Diaree (G3/4: 6,2%); Vărsături (G3/4: 5%); Constipație		
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,4%); Reacție cutanată (fără a fi severă)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 8,1%); Retenție de lichide (severă: 1,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<2,5%)	Creșterea ASAT de G3/4 (<1%); Creșterea ALAT de G3/4 (<1%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 5,7%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 51,5%); Anemie (G3/4: 6,9%); Trombocitopenie (G4:0,5%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 2,5%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 3,7%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială (G3/4: 0,7%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 9,6%); Vărsături (G3/4: 7,6%); Diaree (G3/4: 6,4%); Stomatită (G3/4: 2%)	Constipație	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,7%); Reacție cutanată (G3/4: 0,2%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 0,5%)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 9,9%); Retenție de lichide (severă: 0,7%); Febră (G3/4: 1,2%)	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (2,1%); Creșterea ALAT de G3/4 (1,3%)	Creșterea ASAT de G3/4 (0,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (0,3%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Neutropenie febrilă (include neutropenia asociată cu febră și utilizare de antibiotice) sau sepsis neutropenic	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări psihice	Insomnie	
Tulburări ale sistemului nervos	Parestezie; Cefalee; Disgeuzie; Hipoestezie	
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare	Limfedem	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Epistaxis; Durere faringolaringiană; Nazofaringită; Dispnee; Tuse; Rinoree	
Tulburări gastro-intestinale	Greață; Diaree; Vărsături; Constipație; Stomatită; Dispepsie; Durere abdominală	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Eritem; Erupții cutanate; Afectări unghiale	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie; Artralgie; Durere la nivelul extremităților; Durere osoasă; Durere lombară	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie; Edem periferic; Febră; Oboseală; Inflamație a mucoaselor; Durere; Afecțiune	Letargie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
	asemănătoare gripei; Durere toracică; Frisoane	
Investigații diagnostice	Creștere în greutate	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Tulburări hematologice și limfatice

Foarte frecvente: Toxicitatea hematologică a fost crescută la pacienții care primeau trastuzumab și docetaxel, comparativ cu docetaxel în monoterapie (32% neutropenie de grad 3/4 față de 22%, conform criteriilor NCI-CUT). Trebuie să se țină cont că aceasta este probabil o subestimare atâta timp cât docetaxelul în monoterapie în doză de 100 mg/m² este cunoscut că determină neutropenie la 97% dintre pacienți, dintre care, 76% de grad 4, pe baza valorilor minime ale numărului de celule. Incidența neutropeniei febrile/sepsisului neutropenic a fost, de asemenea, crescută la pacienții tratați cu Herceptin plus docetaxel (23% față de 17% la pacienții tratați cu docetaxel în monoterapie).

Tulburări cardiace

Insuficiența cardiacă simptomatică a fost raportată la 2,2% dintre pacienții tratați cu docetaxel plus trastuzumab comparativ cu 0% pacienți la care s-a administrat docetaxel în monoterapie. În brațul de tratament cu docetaxel plus trastuzumab, la 64% dintre pacienți se administrase anterior o antraciclină ca tratament adjuvant, comparativ cu 55% în brațul de tratament cu docetaxel în monoterapie.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu capecitabină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări		Candidoză orală (G3/4: <1%)
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 63%); Anemia (G3/4: 10%)	Trombocitopenie (G3/4: 3%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1%); Scăderea apetitului alimentar	Deshidratare (G3/4: 2%)
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: <1%); Parestezie (G3/4: <1%)	Amețeli; Cefalee (G3/4: <1%); Neuropatie periferică
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Durere faringolaringiană (G3/4: 2%)	Dispnee (G3/4: 1%); Tuse (G3/4: <1%); Epistaxis (G3/4: <1%)
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 18%); Diaree (G3/4: 14%); Greață (G3/4: 6%); Vărsături (G3/4: 4%); Constipație (G3/4: 1%); Durere abdominală (G3/4: 2%); Dispepsie	Durere în abdomenul superior; Xerostomie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Sindrom mână/picior (G3/4: 24%); Alopecie (G3/4: 6%); Afectări unghiale (G3/4: 2%)	Dermatită; Erupții cutanate eritematoase (G3/4: <1%); Decolorare unghială; Onicoliză (G3/4: 1%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 2%); Artralgie (G3/4: 1%)	Durere la nivelul extremităților (G3/4: <1%); Durere lombară (G3/4: 1%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 3%); Febră (G3/4: 1%); Oboseală/slăbiciune (G3/4: 5%); Edem periferic (G3/4: 1%)	Letargie; Durere
Investigații diagnostice		Scădere în greutate; Creșterea bilirubinemiei G3/4 (9%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 3,3%)	
Tulburări hematologice și limfatic	Neutropenie (G3/4: 32%); Anemie (G3/4: 4,9%)	Trombocitopenie (G3/4: 0,6%); Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 0,6%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 1,2%); Disgeuzie (G3/4: 0%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0,6%)
Tulburări cardiace		Disfuncție ventriculară stângă (G3/4: 0,3%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Epistaxis (G3/4: 0%); Dispnee (G3/4: 0,6%); Tuse (G3/4: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 2,4%); Diaree (G3/4: 1,2%); Stomatită/Faringită (G3/4: 0,9%); Vărsături (G3/4: 1,2%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (fără a fi severe)	Erupții cutanate exfoliative (G3/4: 0,3%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Artralgie (G3/4: 0,3%); Mialgie (G3/4: 0,3%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Oboseală (G3/4: 3,9%); Retenție de lichide (severă 0,6%)	

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA (studiul STAMPEDE)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3-4: 12 %) Anemie Neutropenie febrilă (G3-4: 15%)	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3-4: 1%)
Tulburări endocrine		Diabet (G3-4: 1%)
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie
Tulburări psihice	Insomnie (G3: 1%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (≥G3: 2%) ^a Cefalee	Amețeli
Tulburări oculare		Vedere încețoșată
Cardiac disorders		Hipotensiune arterială (G3: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (G3: 1%) Tuse (G3: 0%) Infecții ale tractului respirator superior (G3: 1%)	Faringită (G3: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3: 3%) Stomatită (G3: 0%) Constipație (G3: 0%) Greață (G3: 1%) Dispepsie Dureri abdominale (G3: 0%) Flatulență	Vărsături (G3: 1%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3: 3%) ^a Modificări la nivelul unghiilor (G3: 1%)	Erupție cutanată tranzitorie
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3-4: 2%) Simptome pseudogripale (G3: 0%) Astenie (G3: 0%) Retenție de lichide	Febră (G3: 1%) Candidoză orală Hipocalcemie (G3: 0%) Hipofosfatemie (G3-4: 1%) Hipopotasemie (G3: 0%)

^a Provenite din studiul GETUG AFU15

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805) – date limitate

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 2,4%); Infecție neutropenică (G3/4: 2,6%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Anemie (G3/4: 3%); Neutropenie (G3/4: 59,2%); Trombocitopenie (G3/4: 1,6%); Neutropenie febrilă (G3/4: NA)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3/4: 0,6%)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1,5%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: 0,6%); Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: <0,1%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)	Sincopă (G3/4: 0%); Neurotoxicitate (G3/4: 0%); Somnolență (G3/4: 0%)
Tulburări oculare	Conjunctivită (G3/4: <0,1%)	Tulburare de lacrimație (G3/4: <0,1%)	
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,2%)	
Tulburări vasculare	Bufeuri (G3/4: 0,5%)	Hipotensiune arterială (G3/4: 0%); Flebită (G3/4: 0%)	Limfedem (G3/4: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Tuse (G3/4: 0%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5,0%); Stomatită (G3/4: 6,0%); Vărsături (G3/4: 4,2%); Diaree (G3/4: 3,4%); Constipație (G3/4: 0,5%)	Durere abdominală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (persistentă: <3%); Afecțiuni cutanate (G3/4: 0,6%); Afectări unghiale (G3/4: 0,4%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 0,7%); Artralgie (G3/4: 0,2%)		
Tulburări ale aparatului genital și sânului	Amenoree (G3/4: NA)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 10,0%); Febră (G3/4: NA); Edem periferic (G3/4: 0,2%)		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate (G3/4: 0%); Scădere în greutate (G3/4: 0,2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805)

Tulburări ale sistemului nervos

În studiul TAX316 s-a observat că neuropatia senzitivă periferică a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire la 84 de pacienți (11,3%) din brațul TAC și la 15 pacienți (2%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) s-a observat că neuropatia senzitivă periferică este în evoluție la 10 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,3%) din brațul FAC. În studiul GEICAM 9805, neuropatia senzitivă periferică cu debut în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 10 pacienți (1,9%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8 %) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a constatat neuropatie senzitivă periferică evolutivă la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări cardiace

În studiul TAX 316, 26 de pacienți (3,5%) din brațul TAC și 17 pacienți (2,3%) din brațul FAC au prezentat insuficiență cardiacă congestivă. Toți, cu excepția a câte un pacient din fiecare braț, au fost diagnosticați cu ICC la mai mult de 30 de zile după perioada de tratament. Doi pacienți din brațul TAC și 4 pacienți din brațul FAC au decedat din cauza insuficienței cardiace.

În studiul GEICAM 9805, 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și 3 pacienți (0,6%) din brațul FAC au dezvoltat insuficiență cardiacă congestivă în timpul perioadei de urmărire. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient din brațul TAC nu avea ICC și 1 pacient din brațul TAC a decedat din cauza cardiomiopatiei dilatative, iar în brațul FAC 1 pacient (0,2%) avea ICC.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

În studiul TAX 316 persistența alopeciei pe parcursul perioadei de urmărire, după sfârșitul chimioterapiei, a fost raportată la 687 din 744 de pacienți (92,3%) tratați cu TAC și la 645 din 736 de pacienți (87,6%) tratați cu FAC.

La sfârșitul perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), s-a observat că alopecia este în evoluție la 29 de pacienți (3,9%) tratați cu TAC și 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC. În studiul GEICAM 9805, alopecia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 49 de pacienți (9,2%) din brațul TAC și la 35 de pacienți (6,7%) din brațul FAC. Alopecia legată de medicamentul de investigat a apărut sau s-a agravat în timpul perioadei de urmărire la 42 de pacienți (7,9%) din brațul TAC și la 30 de pacienți (5,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), alopecia a fost observată ca fiind în evoluție la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări ale aparatului genital și sâmului

În studiul TAX 316, amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 202 din 744 pacienți (27,2%) din brațul TAC și la 125 din 736 pacienți (17%) din brațul FAC. S-a observat că amenoreea a persistat la încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) la 121 din 744 pacienți (16,3%) tratate cu TAC și la 86 de pacienți (11,7%) tratate cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 18 pacienți (3,4%) din brațul TAC și la 5 pacienți (1,0%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a observat persistența amenoreei la 7 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

În studiul TAX 316 edemul periferic, care a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost observat la 119 pacienți din 744 (16%) în brațul TAC și la 23 pacienți din 736 (3,1%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire

(mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), edemul periferic persista la 19 pacienți (2,6%) tratați cu TAC și la 4 pacienți (0,5%) tratați cu FAC.

În studiul TAX316 limfedemul care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportat la 11 din 744 pacienți (1,5%) tratați cu TAC și la 1 pacient din 736 (0,1%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența limfedemului la 6 pacienți (0,8%) tratați cu TAC și la 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC.

În studiul TAX316 astenia care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 236 din 744 pacienți (31,7%) tratați cu TAC și la 180 din 736 pacienți (24,5%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența asteniei la 29 pacienți (3,9%) tratați cu TAC și la 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 edemul periferic care a debutat în timpul tratamentului, s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 4 pacienți (0,8%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient (0%) din brațul TAC nu mai avea edem periferic, iar în brațul FAC acesta a persistat la 1 pacient (0,2%).

Limfedemul care a debutat în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 5 pacienți (0,9%) în brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire, s-a observat persistența limfedemului la 4 pacienți (0,8%) în brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) în brațul FAC.

Astenia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 12 pacienți (2,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire s-a observat persistența asteniei la 2 pacienți (0,4%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC.

Leucemie acută / sindrom mielodisplazic

După o perioadă de urmărire de 10 ani în studiul TAX 316, leucemia acută a fost raportată la 3 din 744 de pacienți (0,4%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC. Un pacient (0,1%) tratat cu TAC și 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC au decedat din cauza leucemiei acute în timpul perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani). Sindromul mielodisplazic a fost raportat la 2 din 744 de pacienți (0,3%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC.

După 10 ani de urmărire în cadrul studiului GEICAM 9805, leucemia acută a apărut la 1 din 532 (0,2%) pacienți din brațul TAC. Nu au fost raportate cazuri la pacienți din brațul FAC. Niciun pacient nu a fost diagnosticat cu sindrom mielodisplazic în oricare dintre grupurile de tratament.

Complicații neutropenice

Tabelul de mai jos arată că incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a fost mai mică la pacienții cărora li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF după ce aceasta a devenit obligatorie în brațul TAC – studiul GEICAM.

Complicațiile neutropenice la pacienți în tratament cu TAC cu sau fără profilaxie primară cu G-CSF GEICAM (9805)

	Fără profilaxie primară cu G-CSF (n = 111) n (%)	Cu profilaxie primară cu G-CSF (n = 421) n (%)
Neutropenie (grad 4)	104 (93,7)	135 (32,1)
Neutropenie febrilă	28 (25,2)	23 (5,5)
Infecție neutropenică	14 (12,6)	21 (5,0)
Infecție neutropenică (grad 3-4)	2 (1,8)	5 (1,2)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție neutropenică; Infecție (G3/4: 11,7%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Anemia (G3/4: 20,9%); Neutropenie (G3/4: 83,2%); Trombocitopenie (G3/4: 8,8%); Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 1,7)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 11,7%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 8,7%)	Amețeli (G3/4: 2,3%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 1,3%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0%)
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului (G3/4: 0%)
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 1,0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3/4: 19,7%); Greață (G3/4: 16%); Stomatită (G3/4: 23,7%); Vărsături (G3/4: 14,3%)	Constipație (G3/4: 1,0%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,0%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G3/4: 0,7%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%)	Erupții cutanate pruriginoase (G3/4: 0,7%); Afectări unghiale (G3/4: 0,7%); Exfoliere cutanată (G3/4: 0%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 19,0%); Febră (G3/4: 2,3%); Retenție de lichide (severă/care amenință viața: 1%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Tulburări hematologice și limfatice

Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 17,2%, respectiv 13,5% dintre pacienți, indiferent de utilizarea G-CSF. G-CSF a fost utilizat pentru profilaxia secundară la 19,3% dintre pacienți (10,7% din cicluri). Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 12,1%, respectiv 3,4% dintre pacienți care au primit G-CSF profilactic și la 15,6% și 12,9% dintre pacienți fără profilaxie cu G-CSF (vezi pct. 4.2).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul capului și gâtului la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 6,3%); Infecție neutropenică		
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 0,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 76,3%); Anemie (G3/4: 9,2%); Trombocitopenie (G3/4: 5,2%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (care nu este severă)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie; Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 0,6%)	Amețeli	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului	
Tulburări cardiace		Ischemie miocardică (G3/4: 1,7%)	Aritmie (G3/4: 0,6%)
Tulburări vasculare		Tulburări venoase (G3/4: 0,6%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 0,6%); Stomatită (G3/4: 4,0%); Diaree (G3/4: 2,9%); Vărsături (G3/4: 0,6%)	Constipație; Esofagită / Disfagie / Odinofagie (G3/4: 0,6%); Durere abdominală; Dispepsie; Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,6%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 10,9%)	Erupție cutanată pruriginoasă; Piele uscată; Exfoliere cutanată (G3/4: 0,6%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 3,4%); Pirexie (G3/4: 0,6%); Retenție de fluide; Edeme		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate	

- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 3,6%)	Infecție neutropenică	
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 1,2%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 83,5%); Anemie (G3/4: 12,4%); Trombocitopenie (G3/4: 4,0%); Neutropenie febrilă		
Tulburări ale sistemului imunitar			Hipersensibilizare
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 12,0%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie (G3/4: 0,4%); Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 1,2%)	Amețeli (G3/4: 2,0%); Neuropatie periferică motorie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală	Conjunctivită
Tulburări acustice și vestibulare	Tulburări ale auzului (G3/4: 1,2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 2,0%)	Ischemie miocardică
Tulburări vasculare			Tulburări venoase
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 13,9%); Stomatită (G3/4: 20,7%); Vărsături (G3/4: 8,4%); Diaree (G3/4: 6,8%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G 3/4: 12,0%); Constipație (G 3/4: 0,4%)	Dispepsie (G3/4: 0,8%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,2%); Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%); Erupție cutanată pruriginoasă	Piele uscată; Exfoliere cutanată	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 4,0%); Pirexie (G3/4: 3,6%); Retenție de fluide (G3/4: 1,2%); Edeme (G3/4: 1,2%)		
Investigații diagnostice	Scădere în greutate		Creștere în greutate

Experiența după punerea pe piață

Tumori benigne, maligne și nespecificate (incluzând chisturi și polipi)

Au fost raportate (cu frecvență necunoscută) neoplazii primare secundare tratamentului, inclusiv limfom non-Hodgkin, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Au fost raportate (mai puțin frecvent) cazuri de leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic în studii clinice pivot efectuate la pacienți cu neoplasm mamar tratate cu TAC.

Tulburări hematologice și limfatice

La docetaxel au fost raportate supresie medulară și alte reacții adverse hematologice. A fost raportată coagulare intravasculară diseminată (CID), deseori asociată cu sepsis sau insuficiență multiplă de organ.

Tulburări ale sistemului imunitar

Au fost raportate câteva cazuri de șoc anafilactic, uneori letal.

La pacienții care au dezvoltat anterior reacții de hipersensibilitate la paclitaxel au fost raportate reacții de hipersensibilitate la docetaxel (cu frecvență necunoscută)

Tulburări ale sistemului nervos

În cazul administrării de docetaxel, au fost observate cazuri rare de convulsii sau pierdere tranzitorie a conștienței. Aceste reacții apar uneori în timpul perfuzării medicamentului.

Tulburări oculare

Au fost raportate cazuri foarte rare de tulburări de vedere tranzitorii (flash-uri, fosfene, scotoame) care apar tipic în timpul perfuziei intravenoase a medicamentului și în asociere cu reacțiile de hipersensibilitate. Acestea au fost reversibile la întreruperea definitivă a perfuziei intravenoase. Au fost raportate cazuri rare de lăcrimare cu sau fără conjunctivită, în urma obstrucției canalului nazo-lacrimonar, care determină secreție lacrimală excesivă. La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid).

Tulburări acustice și vestibulare

Au fost raportate cazuri rare de ototoxicitate, tulburări ale auzului și/sau pierderea auzului.

Tulburări cardiace

Au fost raportate cazuri rare de infarct miocardic.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (cu frecvență necunoscută), uneori letală.

Tulburări vasculare

Rare, au fost raportate evenimente tromboembolice venoase.

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Rar, au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută și cazuri de pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, uneori letale. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri rare de pneumonită de iradiere.

Tulburări gastro-intestinale

Au fost raportate cazuri rare de enterocolită, inclusiv colită, colită ischemică și enterocolită neutropenică, care pot duce la deces (cu frecvență necunoscută).

Au fost raportate rare cazuri de deshidratare ca o consecință a evenimentelor gastro-intestinale, inclusiv enterocolită și perforație gastro-intestinală. Au fost raportate cazuri rare de ileus și obstrucție intestinală.

Tulburări hepatobiliare

Foarte rar au fost raportate cazuri de hepatită, uneori letală, în principal la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

La administrarea de docetaxel, au fost raportate cazuri de lupus eritematos cutanat, erupții buloase, cum este eritemul polimorf, și reacții adverse cutanate severe, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG). La docetaxel au fost raportate modificări asemănătoare sclerodermiei, precedate, de obicei, de limfedem periferic. Au fost raportate cazuri de alopecie permanentă (cu frecvență necunoscută).

Tulburări renale și ale căilor urinare

Au fost raportate afectarea funcției renale și insuficiență renală. La aproximativ 20% din aceste cazuri nu au existat factori de risc pentru insuficiență renală acută, precum asocierea cu medicamente nefrotoxice și tulburări gastro-intestinale.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Rar a fost raportată reactivarea fenomenelor post-iradiere.

Reactivarea reacțiilor la nivelul locului de injectare (recurența reacțiilor cutanate la locul unde s-a produs anterior o extravazare, după administrarea de docetaxel într-un loc diferit) a fost observată la locul unde a avut loc anterior o extravazare (cu frecvență necunoscută).

Retenția de lichide nu a fost însoțită de episoade acute de oligurie sau hipotensiune arterială. Rar, au fost raportate deshidratare și edem pulmonar.

Tulburări metabolice și de nutriție

Au fost raportate cazuri de dezechilibre ale electrolitemiei. Au fost raportate cazuri de hiponatremie, asociate mai ales cu deshidratarea, vărsăturile și pneumonia. Au fost observate hipopotasemie, hipomagneziemie și hipocalcemie, de regulă în asociere cu tulburări gastrointestinale și, în special, cu diaree. A fost raportată apariția sindromului de liză tumorală, posibil letal (cu frecvență necunoscută).

Tulburări musculo-scheletice

În cazul administrării de docetaxel, a fost raportată apariția miozitei (cu frecvență necunoscută).

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii 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

S-au raportat câteva cazuri de supradozaj. Nu se cunoaște antidotul pentru supradozajul cu docetaxel. În caz de supradozaj, pacientul trebuie internat într-o unitate specializată, iar funcțiile vitale trebuie monitorizate atent. În caz de supradozaj este de așteptat exacerbarea evenimentelor adverse.

Complicațiile principale posibile ale supradozajului sunt supresia măduvei osoase, neurotoxicitate periferică și inflamații ale mucoaselor. Pacienții trebuie să primească G-CSF în doze terapeutice cât mai curând posibil după descoperirea supradozajului. În funcție de necesități, se vor institui alte măsuri terapeutice simptomatice adecvate.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: taxani, codul ATC: L01CD 02

Mecanism de acțiune

Docetaxelul este un antineoplazic care acționează prin facilitarea asamblării tubulinei în microtubuli stabili și inhibă dezasamblarea lor, ceea ce duce la o scădere marcată a tubulinei libere. Legarea docetaxelului de microtubuli nu modifică numărul de protofilamente.

S-a dovedit că *in vitro* docetaxelul dezorganizează rețeaua microtubulară a celulelor, care este esențială pentru funcțiile celulare vitale din timpul mitozei și interfazei.

Efecte farmacodinamice

S-a observat că docetaxelul este citotoxic *in vitro* împotriva unor variate linii celulare tumorale murine și umane, precum și asupra unor celule proaspăt excizate din tumori umane, în studiile clonogenice. Docetaxelul atinge concentrații intracelulare mari, cu un timp de remanență prelungit. În plus, s-a observat că docetaxelul este activ pe anumite linii celulare, dar nu pe toate, cu exprimare în exces a glicoproteinei P, care este codificată de gena rezistenței plurimedicaționale. *In vivo*, acțiunea docetaxelului nu depinde de schema de administrare și are un spectru larg de acțiune antitumorală experimentală împotriva metastazelor avansate, murine și umane.

Eficacitate și siguranță clinică

Cancer mamar

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă: tratament adjuvant

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi (TAX 316)

Datele dintr-un studiu clinic multicentric deschis, randomizat, susțin utilizarea docetaxel pentru tratamentul adjuvant al pacientelor cu cancer mamar operabil cu ganglioni pozitivi și SPK $\geq 80\%$, cu vârste între 18 și 70 ani. După stratificarea în funcție de numărul de ganglioni limfatici pozitivi (1-3, 4+), 1491 paciente au fost randomizate pentru a li se administra fie docetaxel 75 mg/m² la 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (brațul TAC), fie doxorubicină 50 mg/m², urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (brațul FAC). Ambele regimuri s-au administrat o dată la 3 săptămâni, 6 cicluri. Docetaxel a fost administrat în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, iar toate celelalte medicamente au fost administrate intravenos *in bolus*, în ziua 1. G-CSF s-a administrat ca profilaxie secundară la pacientele care au avut neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție). Pacientele din brațul TAC au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg oral, de două ori pe zi, timp de 10 zile, începând cu ziua 5 a fiecărui ciclu sau echivalent. În ambele brațe, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu receptori estrogenici și/sau progesteronici pozitivi au primit tamoxifen 20 mg/zi, timp de 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost prescrisă în funcție de ghidurile în vigoare în instituțiile respective, la 69% din pacientele care au primit TAC și la 72% din pacientele care au primit FAC. Au fost realizate două analize interimare și o analiză finală. Prima analiză interimară a fost planificată la 3 ani după data la care s-a realizat jumătate din înrolarea în studiu. A doua analiză interimară a fost făcută după ce au fost înregistrate global 400 de evenimente SFB, ceea ce a condus la o perioadă de urmărire cu mediana

de 55 de luni. Analiza finală a fost realizată atunci când toți pacienții au atins vizita din al 10-lea an de urmărire (cu excepția cazului în care au avut un eveniment SFB sau au fost pierduți din urmărire înainte de această vizită). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost obiectivul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost obiectivul secundar de evaluare a eficacității.

S-a realizat o analiză finală cu o perioadă de urmărire cu mediana efectivă de 96 de luni. S-a demonstrat o supraviețuire fără semne de boală semnificativ mai mare la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC. Incidența recăderilor după 10 ani a fost redusă la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC (39% față de 45%), adică o reducere a riscului absolut cu 6% ($p = 0,0043$). De asemenea, supraviețuirea globală după 10 ani a fost crescută semnificativ în cazul TAC, față de FAC (76% față de 69%), adică o reducere absolută a riscului de deces cu 7% ($p = 0,002$). Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind SFB și SG, raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale.

În general, rezultatele studiului demonstrează un raport pozitiv beneficiu/risc al TAC, comparativ cu FAC.

Subseturile de paciente tratate cu TAC au fost analizate din punct de vedere al factorilor majori de prognostic, definiți prospectiv:

Subset de paciente	Număr de paciente	Supraviețuire fără semne de boală			Supraviețuire totală		
		Risc relativ*	ÎI 95%	p =	Risc relativ*	ÎI 95%	p =
Nr. de ganglioni pozitivi							
Total	745	0,80	0,68-0,93	0,0043	0,74	0,61-0,90	0,0020
1-3	467	0,72	0,58-0,91	0,0047	0,62	0,46-0,82	0,0008
4+	278	0,87	0,70-1,09	0,2290	0,87	0,67-1,12	0,2746

*un risc relativ sub 1 indică faptul că TAC se asociază cu o mai mare supraviețuire fără semne de boală și supraviețuire totală comparativ cu FAC.

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie (GEICAM 9805)

Date dintr-un studiu clinic multicentric, deschis, randomizat susțin utilizarea TAXOTERE în tratamentul adjuvant la paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie.

1060 paciente au fost randomizate să primească TAXOTERE 75 mg/m² administrat timp de 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (539 paciente în brațul TAC), sau doxorubicină 50 mg/m² urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (521 paciente în brațul FAC), ca tratament adjuvant al cancerului mamar operabil, cu ganglioni negativi, la paciente cu risc crescut de recidivă, conform criteriilor St. Gallen 1998 (dimensiunea tumorii >2 cm și/sau ER și PR negativi și/sau grad histologic/nuclear crescut (grad 2 până la 3) și/sau vârsta <35 ani). Ambele scheme de tratament au fost administrate o dată la 3 săptămâni timp de 6 cicluri. TAXOTERE a fost administrat sub formă de perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, toate celelalte medicamente au fost administrate pe cale intravenoasă în ziua 1 la fiecare trei săptămâni. Profilaxia primară cu G-CSF a devenit obligatorie după ce au fost randomizate 230 paciente în brațul TAC. Incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a scăzut la pacientele care au primit profilaxie primară cu G-CSF (vezi pct. 4.8). În ambele brațe de tratament, după ultimul ciclu de chimioterapie,

pacientele cu tumori ER+ și/sau PgR+ au fost tratate cu tamoxifen 20 mg o dată pe zi timp de până la 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost administrată în conformitate cu ghidurile în vigoare în clinicile participante și a fost administrată la 57,3% dintre pacientele care au primit tratament cu TAC și 51,2% dintre pacientele care au primit tratament cu FAC.

Au fost efectuate o analiză primară și o analiză actualizată. Analiza primară a fost efectuată atunci când toți pacienții aveau o durată a perioadei de urmărire mai mare de 5 ani (durata mediană a perioadei de urmărire de 77 luni). Analiza actualizată a fost efectuată atunci când toți pacienții au ajuns la vizita din al 10-lea an al perioadei de urmărire (durata mediană a perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni) (cu excepția cazului în care au prezentat supraviețuire fără semne de boală sau au fost pierduți anterior din urmărire). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost criteriul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost criteriul secundar de evaluare a eficacității.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, s-a demonstrat supraviețuirea fără semne de boală semnificativ mai lungă pentru brațul TAC, comparativ cu brațul FAC. Pacientele tratate cu TAC au avut o reducere cu 32% a riscului de recidivă comparativ cu cele tratate cu FAC (risc relativ = 0,68, ÎI 95% (0,49-0,93), $p = 0,01$). După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 16,5% a riscului de recidivă, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,84, ÎI 95% (0,65-1,08), $p=0,1646$). Datele privind SFB nu au fost semnificative statistic, dar s-au asociat totuși cu o tendință pozitivă în favoarea TAC.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, supraviețuirea globală (SG) a fost mai mare în brațul TAC, pacientele tratate cu TAC având o scădere cu 24% a riscului de deces comparativ cu FAC (risc relativ = 0,76, ÎI 95% (0,46-1,26), $p = 0,29$). Cu toate acestea, distribuția SG nu a fost semnificativ diferită între cele 2 grupuri.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 9% a riscului de deces, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,91, ÎI 95% (0,63-1,32)).

Rata de supraviețuire după o perioadă de urmărire de 8 ani a fost de 93,7% în brațul TAC și de 91,4% în brațul FAC, iar după o perioadă de urmărire de 10 ani a fost de 91,3% în brațul TAC și de 89% în brațul FAC.

Raportul beneficiu/risc pozitiv pentru TAC, comparativ cu FAC a rămas nemodificat.

Subseturile de pacienți tratați cu TAC au fost analizate în analiza primară (după o perioadă mediană de urmărire de 77 luni) în conformitate cu principalii factori de prognostic definiți prospectiv (vezi tabelul de mai jos):

Analize subset-studiu cu tratament adjuvant la paciente cu cancer mamar cu ganglioni negativi (analiză în intenție de tratament)

Subset pacientă	Număr de paciente în grupul TAC	Supraviețuire fără semne de boală	
		Risc relativ*	ÎI 95%
Total	539	0,68	0,49-0,93
Vârsta categoria 1			
<50 ani	260	0,67	0,43-1,05
≥50 ani	279	0,67	0,43-1,05
Vârsta categoria 2			
<35 ani	42	0,31	0,11-0,89
≥35 ani	497	0,73	0,52-1,01
Status receptor hormonal			
Negativ	195	0,7	0,45-1,1
Pozitiv	344	0,62	0,4-0,97
Dimensiunea tumorii			
≤2 cm	285	0,69	0,43-1,1
>2 cm	254	0,68	0,45-1,04
Grad histologic			
Grad 1 (include grad neevaluat)	64	0,79	0,24-2,6
Grad 2	216	0,77	0,46-1,3
Grad 3	259	0,59	0,39-0,9
Status de menopauză			
Pre-menopauză	285	0,64	0,40-1
Post- menopauză	254	0,72	0,47-1,12

*un risc relativ (TAC/FAC) mai mic de 1 indică faptul că TAC este asociat cu o supraviețuire fără semne de boală mai mare comparativ cu FAC.

Analize subgrup experimental pentru supraviețuirea fără semne de boală la paciente care întrunesc criteriile St. Gallen 2009 pentru chimioterapie – (populație ITT) au fost efectuate și prezentate mai jos:

	TAC (n=539)	FAC (n=521)	Risc relativ (TAC/FAC) (ÎI 95%)	valoare p
Subgrupuri				
Întrunind indicația relativă pentru chimioterapie ^a				
Nu	18/214 (8,4%)	26/227 (11,5%)	0,796 (0,434 – 1,459)	0,4593
Da	48/325 (14,8%)	69/294 (23,5%)	0,606 (0,42 – 0,877)	0,0072

TAC = docetaxel, doxorubicină și ciclofosfamidă

FAC = 5-fluorouracil, doxorubicină și ciclofosfamidă

ÎI = interval de încredere; ER = receptor pentru estrogen

PR = receptor pentru progesteron

^a ER/PR-negativ sau grad 3 sau dimensiune a tumorii >5 cm

Riscul relativ a fost estimat utilizând modelul Cox de risc proporțional cu grupul de tratament ca factor.

TAXOTERE în monoterapie

Două studii randomizate comparative de fază III, efectuate cu docetaxel în doză și regimul recomandat, de 100 mg/m² administrate o dată la 3 săptămâni, au inclus un total de 326 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, respectiv 392 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu antracicline.

La pacienții cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, docetaxelul (75 mg/m² o dată la 3 săptămâni) a fost comparat cu doxorubicina. Docetaxelul a crescut rata de răspuns (52% față de 37%, p = 0,01) și a scăzut timpul de răspuns (12 săptămâni față de 23 săptămâni, p = 0,007), fără a modifica timpul de supraviețuire totală (docetaxel 15 luni față de doxorubicină 14 luni, p = 0,38) sau timpul până la progresie (docetaxel 27 săptămâni față de doxorubicină 23 săptămâni, p = 0,54). Dintre pacienții tratați cu docetaxel, 3 (2%) au întrerupt definitiv tratamentul datorită retenției de lichide, în comparație cu 15 pacienți tratați cu doxorubicină (9%), care au întrerupt definitiv tratamentul datorită toxicității cardiace (3 cazuri de insuficiență cardiacă congestivă letală).

La pacienții cu eșec la terapia cu antracicline, docetaxelul a fost comparat cu asocierea mitomicină C și vinblastină (12 mg/m² o dată la 6 săptămâni și 6 mg/m² o dată la 3 săptămâni). Docetaxelul crește rata de răspuns (33% față de 12%, p < 0,0001), prelungeste timpul până la progresie (19 săptămâni față de 11 săptămâni, p = 0,0004) și a prelungit supraviețuirea totală (11 luni față de 9 luni, p = 0,01).

În timpul acestor studii de fază III, profilul de siguranță al docetaxelului a fost în concordanță cu cel observat în studiile de fază II (vezi pct. 4.8).

S-a efectuat un studiu deschis, multicentric, randomizat, de fază III, pentru a compara docetaxel în monoterapie cu paclitaxel, în tratamentul cancerului mamar avansat, la pacienți a căror terapie anterioară a inclus o antraciclină. Un total de 449 pacienți au fost randomizate pentru a primi fie docetaxel în monoterapie 100 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, fie paclitaxel 175 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 3 ore. Ambele regimuri au fost administrate o dată la 3 săptămâni.

Fără a influența obiectivul final principal sau rata de răspuns global (32% față de 25%, p = 0,10), docetaxelul a prelungit timpul median până la progresie (24,6 săptămâni față de 15,6 săptămâni; p < 0,01) și supraviețuirea mediană (15,3 luni față de 12,7 luni; p = 0,03).

La docetaxel în monoterapie au fost observate mai multe evenimente adverse de grad 3/4 (55,4%), comparativ cu paclitaxel (23,0%).

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină

Un studiu amplu, randomizat, comparativ de fază III, care a cuprins 429 pacienți cu cancer mamar metastazat netratat anterior, a fost realizat cu doxorubicină 50 mg/m² în asociere cu docetaxel 75 mg/m² (brațul AT) comparativ cu doxorubicină 60 mg/m² în asociere cu ciclofosamidă 600 mg/m² (brațul AC). Ambele regimuri s-au administrat în ziua 1 o dată la 3 săptămâni.

- Timpul până la progresie (TPP) a fost semnificativ mai lung în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,0138). TPP median a fost 37,3 săptămâni (ÎI 95%: 33,4 - 42,1) în brațul AT și 31,9 săptămâni (ÎI 95%: 27,4 - 36,0) în brațul AC.
- Rata de răspuns global (RRG) a fost semnificativ mai mare în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,009). RRG a fost de 59,3% (ÎI 95%: 52,8 - 65,9) în brațul AT comparativ cu 46,5% (ÎI 95%: 39,8 - 53,2) în brațul AC.

În acest studiu, în brațul AT a existat o incidență mai mare a neutropeniei severe (90% față de 68,6%), neutropeniei febrile (33,3% față de 10%), infecțiilor (8% față de 2,4%), diareei (7,5% față de 1,4%), asteniei (8,5% față de 2,4%) și a durerii (2,8% față de 0%), comparativ cu brațul AC. Pe de altă parte, în brațul AC a existat o incidență crescută a anemiei severe (15,8% față de 8,5%) comparativ cu brațul

AT și, în plus, o incidență crescută a toxicității cardiace severe: insuficiență cardiacă congestivă (3,8% față de 2,8%), scădere absolută a FEVS $\geq 20\%$ (13,1% față de 6,1%), scădere absolută a FEVS $\geq 30\%$ (6,2% față de 1,1%). Decesul datorită reacțiilor adverse a survenit la 1 pacient din brațul AT (insuficiență cardiacă congestivă) și la 4 pacienți din brațul AC (1 prin șoc septic și 3 prin insuficiență cardiacă congestivă).

În ambele brațe, calitatea vieții, măsurată prin chestionarul EORTC, a fost comparabilă și stabilă în timpul tratamentului și ulterior.

TAXOTERE în asociere cu trastuzumab

Docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost studiat pentru tratamentul pacientelor cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. O sută optzeci și șase paciente au fost randomizate pentru a primi docetaxel (100 mg/m²), cu sau fără trastuzumab, dintre care 60% paciente au primit anterior chimioterapie adjuvantă pe bază de antraciline. Docetaxel plus trastuzumab a fost eficient la paciente, indiferent dacă au primit sau nu terapie adjuvantă cu antraciline. În acest studiu pivot, principala metodă de testare utilizată pentru a determina prezența HER2 a fost imunohistochimia (IHC). O mică parte din paciente au fost testate utilizând hibridizarea *in situ* cu fluorescență (HISF). În acest studiu, 87% din paciente au avut boală IHC 3+ și 95% din paciențele incluse au avut boală IHC 3+ și/sau pozitivă la testul HISF. Rezultatele de eficacitate sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Parametru	Docetaxel plus trastuzumab ¹ n = 92	Docetaxel ¹ n = 94
Rata de răspuns (95% ÎI 95%)	61% (50-71)	34% (25-45)
Durata mediană a răspunsului (luni) (ÎI 95%)	11,4 (9,2-15,0)	5,1 (4,4-6,2)
TPP median (luni) (ÎI 95%)	10,6 (7,6-12,9)	5,7 (5,0-6,5)
Supraviețuirea mediană (luni) (ÎI 95%)	30,5 ² (26,8-ne)	22,1 ² (17,6-28,9)

TPP = timpul până la progresie; "ne" indică faptul că nu a putut fi estimat sau nu a fost încă atins.

¹ Set complet de analiză (în intenția de tratament)

² Supraviețuirea mediană estimată

TAXOTERE în asociere cu capecitabină

Datele unui studiu de fază III, multicentric, randomizat, susțin utilizarea docetaxel în asociere cu capecitabină în tratamentul pacientelor cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul terapiei citotoxice care a inclus o antracilină. În acest studiu, 255 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel (75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, la fiecare 3 săptămâni) și capecitabină (1250 mg/m² de două ori pe zi timp de 2 săptămâni, urmat de 1 săptămână pauză). 256 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel în monoterapie (100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, o dată la 3 săptămâni). Supraviețuirea a fost superioară în brațul docetaxel + capecitabină (p = 0,0126). Supraviețuirea mediană a fost de 442 zile (docetaxel + capecitabină) față de 352 zile (docetaxel în monoterapie). Ratele globale de răspuns obiectiv în toată populația randomizată (evaluarea investigatorului) a fost de 41,6% (docetaxel + capecitabină) față de 29,7% (docetaxel în monoterapie); p = 0,0058. Timpul până la progresia bolii fost superior în brațul docetaxel + capecitabină (p < 0,0001). Timpul median până la progresie a fost de 186 zile (docetaxel + capecitabină) față de 128 zile (docetaxel în monoterapie).

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

Pacienți tratați anterior cu chimioterapie, cu sau fără radioterapie

Într-un studiu de fază III, care a cuprins pacienți tratați anterior, timpul până la progresie (12,3 săptămâni față de 7 săptămâni) a fost semnificativ mai lung pentru docetaxel în doză de 75 mg/m² comparativ cu Cea mai Bună Terapie de Susținere. Supraviețuirea la 1 an a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă în brațul cu docetaxel (40%) față de CBTS (16%).

La pacienții tratați cu docetaxel 75 mg/m² s-a redus necesarul de analgezice opioide (p < 0,01), analgezice non-opioide (p < 0,01), alte medicamente pentru boală (p = 0,06) și de radioterapie (p < 0,01) comparativ cu CBTS.

Rata de răspuns global a fost de 6,8% la pacienții evaluabili, iar durata medie a răspunsului a fost de 26,1 săptămâni.

TAXOTERE în asociere cu derivați de platină la pacienții care nu au mai primit chimioterapie

Într-un studiu de fază III, 1218 pacienți cu CBPADCM nerezecabil, stadiul IIIB sau IV, cu SPK de 70% sau peste și care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune, au fost randomizați pentru docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmat imediat de cisplatină (Cis) 75 mg/m² timp de 30-60 minute, o dată la 3 săptămâni (TCis), docetaxel 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră în asociere cu carboplatină (ASC 6 mg/ml minut) timp de 30-60 minute o dată la 3 săptămâni, sau vinorelbina (V) 25 mg/m² administrată în 6-10 minute în zilele 1, 8, 15, 22, urmată de cisplatină 100 mg/m² administrată în zilele 1 ale ciclurilor o dată la 4 săptămâni (VCis).

Datele despre supraviețuire, timpul median până la progresie și ratele de răspuns pentru două din brațele studiului sunt prezentate în tabelul următor:

	TCis n = 408	VCis n = 404	Analiză statistică
Supraviețuirea globală (Obiectivul final principal): Supraviețuirea mediană (luni)	11,3	10,1	Risc relativ: 1,122 [Î 97,2%: 0,937; 1,342]*
Supraviețuirea la 1 an (%)	46	41	Diferență de tratament: 5,4% [Î 95%: -1,1; 12,0]
Supraviețuirea la 2 ani (%)	21	14	Diferență de tratament: 6,2% [Î 95%: 0,2; 12,3]
Timpul median până la progresie (săptămâni):	22,0	23,0	Risc relativ: 1,032 [Î 95%: 0,876; 1,216]
Rata de răspuns global (%):	31,6	24,5	Diferență de tratament: 7,1% [Î 95%: 0,7; 13,5]

*: Corectat pentru comparații multiple și ajustat pentru factorii de stratificare (stadiul bolii și regiunea tratamentului), pe baza populației de pacienți evaluabili.

Obiectivele finale secundare au inclus modificarea durerii, evaluarea globală a calității vieții prin EuroQoL-5D, Scala Simptomelor Cancerului Bronhopulmonar și modificările indicelui de performanță Karnofsky. Rezultatele pentru aceste obiective finale au susținut rezultatele pentru obiectivele finale principale.

Pentru asocierea docetaxel / carboplatină, nu a putut fi demonstrată eficacitate echivalentă sau non-inferioară față de tratamentul de referință, asocierea VCis.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Siguranța și eficacitatea docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon la pacienții cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare, au fost evaluate într-un studiu de fază III, multicentric, randomizat (TAX 327). Un total de 1006 pacienți cu SPK >60 au fost randomizați în următoarele grupuri:

- Docetaxel 75 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.
- Docetaxel 30 mg/m², administrat săptămânal în primele 5 săptămâni dintr-un ciclu de 6 săptămâni, 5 cicluri.
- Mitoxantronă 12 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.

Toate cele trei regimuri au fost administrate în asociere cu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, continuu.

Pacienții care au primit docetaxel o dată la 3 săptămâni au demonstrat o supraviețuire globală semnificativ mai lungă decât cei tratați cu mitoxantronă. Prolungirea supraviețuirii observată în grupul care a primit docetaxel săptămânal, nu a fost semnificativă statistic față de grupul martor cu mitoxantronă. Obiectivele finale privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul martor, sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Obiectiv final	Docetaxel o dată la 3 săptămâni	Docetaxel în fiecare săptămână	Mitoxantronă o dată la 3 săptămâni
Număr de pacienți	335	334	337
Supraviețuire mediană (luni)	18,9	17,4	16,5
Î 95%	(17,0-21,2)	(15,7-19,0)	(14,4-18,6)
Risc relativ	0,761	0,912	--
Î 95%	(0,619-0,936)	(0,747-1,113)	--
valoare p ^{†*}	0,0094	0,3624	--
Număr de pacienți	291	282	300
Rata de răspuns a ASP** (%)	45,4	47,9	31,7
Î 95%	(39,5-51,3)	(41,9-53,9)	(26,4-37,3)
valoare p *	0,0005	<0,0001	--
Număr de pacienți	153	154	157
Rata de răspuns a durerii (%)	34,6	31,2	21,7
Î 95%	(27,1-42,7)	(24,0-39,1)	(15,5-28,9)
valoare p*	0,0107	0,0798	--
Număr de pacienți	141	134	137
Rata de răspuns a tumorii (%)	12,1	8,2	6,6
Î 95%	(7,2-18,6)	(4,2-14,2)	(3,0-12,1)
valoare p*	0,1112	0,5853	--

† Test log rank stratificat

*Minim pentru semnificație statistic = 0,0175

**ASP: Antigen specific prostatic

Având în vedere că docetaxel administrat săptămânal a avut un profil de siguranță ușor mai bun decât docetaxel administrat o dată la 3 săptămâni, este posibil ca anumiți pacienți să beneficieze de docetaxel administrat săptămânal.

Nu au fost observate diferențe statistice între grupurile de tratament în ceea ce privește Calitatea Globală a Vieții.

Cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil

Studiul STAMPEDE

Siguranța și eficacitatea docetaxelului administrat concomitent cu standardul de tratament (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, au fost evaluate în cadrul unui studiu randomizat, multicentric, cu multiple stadii și brațe de tratament (*multi-arm multi-stage* MAMS), cu un design adaptat combinat de fază II/III (STAMPEDE - MRC PR08). Un total de 1776 pacienți de sex masculin au fost repartizați în brațele de tratament de interes:

- Standard de tratament + docetaxel 75 mg/m², administrat la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- Numai standardul de tratament

Schema de tratament cu docetaxel a fost administrată în asociere cu prednison sau prednisolon în doză de 5 mg, administrată de două ori pe zi, continuu.

Dintre cei 1776 pacienți randomizați, 1086 (61%) au avut boală metastatică, 362 au fost randomizați pentru administrarea de docetaxel în asociere cu standardul de tratament, 724 pentru administrarea numai a standardului de tratament.

La acești pacienți cu cancer de prostată metastazat, valoarea mediană a supraviețuirii globale a fost semnificativ mai mare în grupurile de tratament cu docetaxel, decât în grupul în care s-a administrat numai standardul de tratament, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 19 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la standardul de tratament (RR = 0,76, ÎI 95% = 0,62-0,92, p=0,005).

Rezultatele privind eficacitatea la pacienții cu cancer de prostată metastazat pentru brațul cu docetaxel, față de brațul de control, sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului în asociere cu prednison sau prednisolon și standardul de tratament în terapia pacienților cu cancer de prostate metastazat, hormono-sensibil (STAMPEDE)

Criteriu final de evaluare	Docetaxel + standardul de tratament	Numai standardul de tratament
Număr de pacienți cu cancer de prostată metastazat	362	724
Valoarea mediană a supraviețuirii globale (luni)	62	43
ÎI 95%	51-73	40-48
Risc relativ ajustat		0,76
ÎI 95%		(0,62-0,92)
valoarea p ^a		0,005
Supraviețuire fără eșecul tratamentului ^b		
Mediană (luni)	20,4	12
ÎI 95%	16,8-25,2	9,6-12
Risc relativ ajustat		0,66
ÎI 95%		(0,57-0,76)
Valoarea p ^a		< 0,001

^a valoarea p calculată prin testul raportului de probabilitate și ajustată pentru toți factorii de stratificare (cu excepția terapiei hormonale centrate și planificate) și stratificată în funcție de perioada din studiu

^b Supraviețuire fără eșec al tratamentului: perioada de timp de la randomizare până la prima dovadă a cel puțin uneia dintre: eșec din punct de vedere biochimic (definit ca o creștere a valorii PSA cu 50% mai mult decât valoarea minimă (nadir) din săptămâna 24 și peste 4 ng/ml și confirmată prin retestare sau tratament); progresie fie locală, în ganglionii limfatici, sau prin metastaze la distanță; eveniment la nivel scheletic; sau deces din cauza cancerului de prostată.

Studiul CHAARTED

Siguranța și eficacitatea administrării docetaxelului la începutul terapiei de deprivare androgenică (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, au fost evaluate într-un studiu randomizat, multicentric, de fază III (CHAARTED). Un total de 790 pacienți de sex masculin au fost repartizați în cele 2 grupuri de tratament.

- TDA + docetaxel 75 mg/m² cu administrare la începutul TDA, la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- TDA singur

Supraviețuirea globală mediană a fost semnificativ mai lungă în grupul de tratament cu docetaxel, decât în grupul cu numai cu TDA, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 13,6 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la TDA (risc relativ (RR) = 0,61, interval de încredere (ÎI) 95% = 0,47-0,80, p=0,0003).

Rezultatele privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul de control sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului și TDA în tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil (CHAARTED)

Criteria final de evaluare	Docetaxel +TDA	Numai TDA
Număr de pacienți	397	393
Supraviețuirea globală mediană (luni)		
Toți pacienții	57,6	44,0
Î 95%	49,1-72,8	34,4-49,1
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,47-0,80)	--
Valoarea p ^a	0,0003	--
Supraviețuire fără progresia bolii		
Mediană (luni)	19,8	11,6
Î 95%	16,7-22,8	10,8-14,3
Risc relativ ajustat	0,60	--
Î 95%	0,51-0,72	--
Valoarea p*	P<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 6 luni – N(%)	127 (32,0)	77 (19,6)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 12 luni – N(%)	110 (27,7)	66 (16,8)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare ^b		
Mediană (luni)	20,2	11,7
Î 95%	(17,2-23,6)	(10,8-14,7)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,51-0,72)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic ^c		
Mediană (luni)	33,0	19,8
Î 95%	(27,3-41,2)	(17,9-22,8)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,50-0,75)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--

^a Variabile timp până la eveniment: test log-rank stratificat.

Variabile privind rata de răspuns: testul exact Fisher

* valoarea p pentru scop descriptiv.

** răspunsul privind PSA: răspunsul privind *Prostate-Specific Antigen*: valoarea PSA <0,2 ng/ml determinată prin două analize consecutive, la cel puțin 4 săptămâni distanță.

^b Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare = perioada de timp de la randomizare până la progresia PSA sau progresia clinică (adică creșterea metastazelor osoase simptomatice, progresie conform criteriilor *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (RECIST), sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului), oricare se instalează mai întâi.

^c Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic = perioada de timp de la randomizare până la progresia clinică (adică creșterea simptomelor metastazelor osoase; progresie conform criteriilor RECIST; sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului).

Adenocarcinom gastric

A fost efectuat un studiu multicentric, deschis, randomizat, pentru a se evalua siguranța și eficacitatea docetaxel în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastro-esofagiene, care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. Un total de 445 pacienți cu SPK >70 au fost tratați fie cu docetaxel (T) (75 mg/m² în ziua 1) în asociere cu cisplatină (C) (75 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (F) (750 mg/m² și zi, timp de 5 zile) sau cisplatină (100 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (1000 mg/m² și zi, timp de 5 zile). Durata unui ciclu de tratament a fost de 3 săptămâni pentru brațul TCF și de 4 săptămâni pentru brațul CF. Numărul median de cicluri administrate unui pacient a fost de 6 (interval de 1-16) pentru brațul TCF, comparativ cu 4 (interval de 1-12) pentru brațul CF. Timpul până la progresie (TPP) a fost obiectivul final principal. Reducerea riscului de progresie a fost de 32,1% și a fost asociat cu un TPP semnificativ mai lung (p = 0,0004) în favoarea brațului TCF. Supraviețuirea globală a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă (p = 0,0201) în favoarea brațului TCF, cu o reducere a riscului de mortalitate de 22,7%. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric

Obiectiv final	TCF n = 221	CF n = 224
TPP median (luni) (Î 95%)	5,6 (4,86-5,91)	3,7 (3,45-4,47)
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,473 (1,189-1,825) 0,0004	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	9,2 (8,38-10,58)	8,6 (7,16-9,46)
Estimat la 2 ani (%)	18,4	8,8
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,293 (1,041-1,606) 0,0201	
Rata de răspuns global (RC+RP) (%)	36,7	25,4
valoare p	0,0106	
Boală progresivă ca cel mai bun răspuns global (%)	16,7	25,9

* Test log rank nestratificat

Analizele subgrupurilor în funcție de vârstă, sex și rasă au favorizat sistematic brațul TCF comparativ cu brațul CF.

O analiză actualizată a supraviețuirii efectuată cu o durată mediană de urmărire de 41,6 luni, nu a mai arătat o diferență semnificativă statistic, deși întotdeauna în favoarea regimului TCF și a arătat că beneficiul TCF față de CF se observă clar între 18 și 30 luni de urmărire.

Per ansamblu, calitatea vieții (CV) și rezultatele privind beneficiul clinic au indicat sistematic o îmbunătățire în favoarea brațului TCF. Pacienții tratați cu TCF au avut un timp mai lung până la deteriorarea definitivă cu 5% a indicelui global al sănătății conform chestionarului QLQ-C30 (p = 0,0121) și au avut un timp mai lung până la agravarea definitivă a indicelui de performanță Karnofsky (p = 0,0088) comparativ cu pacienții tratați cu CF.

Cancer al capului și gâtului

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Siguranța și eficacitatea docetaxelului pentru tratamentul de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu clinic de fază III, randomizat, deschis, multicentric (TAX 323). În acest studiu, 358 pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul dintre cele două brațe de tratament.

Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² urmat de cisplatină 75 mg/m² urmată de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi în perfuzie intravenoasă continuă timp de 5 zile. Această schemă de tratament a fost administrată la fiecare trei săptămâni timp de 4 cicluri în cazul în care cel puțin un răspuns minor ($\geq 25\%$ reducere în dimensiunea tumorii măsurată bidimensional) a fost observat după 2 cicluri. La sfârșitul chimioterapiei, într-un interval minim de 4 săptămâni și într-un interval maxim de 7 săptămâni, pacienții a căror boală nu a progresat au primit radioterapie (RT) conform ghidurilor în vigoare timp de 7 săptămâni (TPF/RT). Radioterapia locoregională s-a efectuat în formă convențională (1,8 Gy - 2,0 Gy o dată pe zi, 5 zile pe săptămână cu o doză totală de 66 până la 70 Gy) sau în regim accelerat/hiperfracționat (de două ori pe zi, cu un interval de minim 6 ore între ședințe, timp de 5 zile pe săptămână. Pentru formele de radioterapie accelerată s-a recomandat o doză totală de 70 Gy iar pentru formele de radioterapie hiperfracționată, 74 Gy. Rezecția chirurgicală a fost permisă după chimioterapie, înainte sau după radioterapie. Pacienții din brațul de tratament TPF au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacină 500 mg de două ori pe zi, oral, timp de 10 zile începând din a 5-a zi a fiecărui ciclu sau un echivalent. Obiectivul final principal în acest studiu, supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP), a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu PF, $p = 0,0042$ (SFP mediană: 11,4 luni versus 8,3 luni) cu un timp de supraveghere median global de 33,7 luni. De asemenea, supraviețuirea mediană globală a fost semnificativ mai mare în favoarea brațului TPF comparativ cu PF (SG mediană: 18,6 luni versus 14,5 luni) cu o scădere a mortalității de 28%, $p = 0,0128$. Rezultatele în ceea ce privește eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil (Analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 177	Cis + 5-FU n = 181
Supraviețuire mediană fără progresie a bolii (luni) (Î 95%)	11,4 (10,1-14,0)	8,3 (7,4-9,1)
Riscul relativ ajustat (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,55-0,89) 0,0042	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	18,6 (15,7-24,0)	14,5 (11,6-18,7)
Riscul relativ (Î 95%) ** valoarea p	0,72 (0,56-0,93) 0,0128	
Cel mai bun răspuns global la chimioterapie (%) (Î 95%) *** valoarea p	67,8 (60,4-74,6)	53,6 (46,0-61,0)
	0,006	
Cel mai bun răspuns global la tratamentul din studiu [chimioterapie +/- radioterapie] (%) (Î 95%) *** valoarea p	72,3 (65,1-78,8)	58,6 (51,0-65,8)
	0,006	
Durata mediană de răspuns la chimioterapie ± radioterapie (luni) (Î 95%)	n = 128 15,7 (13,4-24,6)	n = 106 11,7 (10,2-17,4)
Riscul relativ (Î 95%) ** valoarea p	0,72 (0,52-0,99) 0,0457	

Riscul relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + 5-FU

* Model Cox (ajustare pentru localizarea primară a tumorii, stadii clinice T, N și PSWHO)

** Test log rank

*** Test chi-pătrat

Parametrii calității vieții

Pacienții tratați cu TPF au prezentat o deteriorare semnificativ mai mică a scorului global de sănătate comparativ cu cei tratați cu PF ($p = 0,01$, utilizând scala EORTC QLQ-C30).

Parametrii de beneficiu clinic

Parametrii de beneficiu clinic ai scalei de evaluare a stării fizice PSS-HN, specifice cancerului capului și gâtului, care sunt măsurarea inteligibilității vorbirii, abilitatea de a mânca în public și de a se alimenta normal, au fost semnificativ în favoarea TFP comparativ cu PF.

Timpul median până la prima deteriorare a stării fizice conform scalei WHO a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu brațul de tratament cu PF. Scorul de intensitate a durerii s-a îmbunătățit în timpul tratamentului în ambele grupuri de tratament indicând o abordare terapeutică adecvată a durerii.

- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)
Siguranța și eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local, al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu de fază III, randomizat, multicentric, deschis (TAX 324). În acest studiu, 501 pacienți cu CCSCG avansat local și cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul din cele două brațe. Populația studiului a inclus pacienți cu tumoră tehnic nerezecabilă, pacienți cu probabilitate mică de tratament chirurgical și pacienți la care se țintește păstrarea organului. Evaluarea eficacității și siguranței s-a făcut numai pe baza criteriilor finale de supraviețuire, iar succesul păstrării organului nu a fost luat în considerare în mod oficial. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă din ziua 1, urmată de cisplatină (P) 100 mg/m² administrată în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit chimioradioterapie (CRT) conform protocolului (TPF/CRT). Pacienții din brațul cu comparator au primit cisplatină (P) 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la trei ore în ziua 1, urmată de perfuzie intravenoasă continuă de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi din ziua 1 până în ziua 5. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit CRT conform protocolului (PF/CRT).

Pacienții din ambele brațe de tratament au primit CRT timp de 7 săptămâni după chimioterapia de inducție cu un interval minim de 3 săptămâni și nu mai târziu de 8 săptămâni după începerea ultimului ciclu (ziua 22 până la ziua 56 ale ultimului ciclu). În timpul radioterapiei, s-a administrat carboplatină (ASC 1,5) în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, maxim 7 doze. Radioterapia a fost aplicată cu echipament de megavoltaj cu fracționare o dată pe zi (2 Gy pe zi și săptămână timp de 7 săptămâni, în doză totală de 70-72 Gy). Tratamentul chirurgical la nivelul localizării principale a bolii și/sau la nivelul gâtului a putut fi luat în considerare la orice moment după încheierea CRT. Toți pacienții din brațul cu docetaxel au primit antibioterapie profilactică. Obiectivul principal de evaluare a eficacității în acest studiu, supraviețuirea globală (SG) a fost semnificativ mai mare (test log rank, $p = 0,0058$) în cazul schemei de tratament cu docetaxel, comparativ cu PF (SG mediană 70,6 versus 30,1 luni respectiv), cu reducerea riscului de mortalitate cu 30% comparativ cu PF (risc relativ (RR) = 0,70, interval de încredere (Î) 95% = 0,54-0,90), cu timp median de urmărire de 41,9 luni. Obiectivul secundar de evaluare a eficacității, SFP (35,5 luni pentru TPF și 13,1 pentru PF). De asemenea, aceasta a fost semnificativă statistic pentru RR de 0,71 Î 95% 0,56 - 0,90; test log rank $p = 0,004$. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție al pacienților cu CCSCG avansat local (analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 255	Cis + 5-FU n = 246
Supraviețuire globală mediană (luni) (Î 95%)	70,6 (49,0-NA)	30,1 (20,9-51,5)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,70 (0,54-0,90) 0,0058	
FPS mediană (luni) (Î 95%)	35,5 (19,3-NA)	13,1 (10,6-20,2)
Risc relativ: (Î 95%) *valoarea p	0,71 (0,56-0,90) 0,004	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) la chimioterapie (%) (Î 95%)	71,8 (65,8-77,2)	64,2 (57,9-70,2)
*** valoarea p	0,070	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) a tratamentul din studiu [chimioterapie +/- chimioradioterapie] (%) (Î 95%)	76,5 (70,8-81,5)	71,5 (65,5-77,1)
*** valoarea p	0,209	

Un risc relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + fluorouracil

* test log-rank neajustat

** test log-rank neajustat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

*** test chi pătrat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

NA-nu este aplicabil

Copii și adolescenți

Agencia Europeană pentru Medicamente a suspendat obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu TAXOTERE la toate subgrupele de copii și adolescenți în cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Farmacocinetica docetaxelului a fost evaluată la pacienți cu cancer după administrarea a 20-115 mg/m² în studiile de fază I. Profilul cinetic al docetaxelului nu depinde de doză și corespunde unui model farmacocinetic tricompartimental, cu timpi de înjumătățire plasmatică pentru fazele α , β și γ (terminale) de 4 minute, 36 minute, și între 11,1 ore respectiv 17.5 ore, atunci când se recoltează până la 24 de ore. Un studiu suplimentar de evaluare a farmacocineticii docetaxelului în doze similare (75 – 100 mg/m²) la pacienți, dar pe un interval de timp mai lung (peste 22 de zile) a descoperit un timp de înjumătățire mediu terminal mai lung între 91 și 120 de ore. Faza tardivă se datorează, parțial, unui eflux relativ lent al docetaxelului din compartimentul periferic.

Distribuție

După administrarea unei doze de 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, s-a realizat o medie a concentrației plasmatice maxime de 3,7 μ g/ml, cu ASC de 4,6 ore \cdot μ g/ml. Valorile medii ale clearance-ului total și volumului relativ de distribuție la starea de echilibru au fost 21 l/oră și m², respectiv 113 l. Variațiile interindividuale ale clearance-ului total au fost de aproximativ 50%. Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatice în proporție de peste 95%.

Eliminare

Un studiu cu docetaxel marcat cu ¹⁴C s-a efectuat la trei pacienți cu cancer. Docetaxelul s-a eliminat prin urină și fecale, după o metabolizare oxidativă mediată de citocromul P-450 la grupul esteric terț-butil, timp de 7 zile, excreția prin urină și fecale reprezentând aproximativ 6%, respectiv 75% din doza administrată marcată radioactiv. Aproximativ 80% din radioactivitatea regăsită în fecale se excretă în primele 48 ore după perfuzia intravenoasă, sub forma unui metabolit principal inactiv, 3 metaboliți inactivi minori și foarte mici cantități de medicament neschimbat.

Grupe speciale de pacienți

Vârstă și sex

Analiza farmacocinetică populațională s-a efectuat cu docetaxel la 577 pacienți. Parametrii farmacocinetici estimați prin model s-au apropiat de cei estimați în studiile de fază I. Farmacocinetica docetaxelului nu a depins de vârsta sau sexul pacientului.

Insuficiență hepatică

La un număr mic de pacienți (n = 23) cu rezultate ale analizelor biochimice sugerând insuficiența hepatică ușoară până la moderată (ASAT și ALAT \geq 1,5 ori față de limita superioară a valorilor normale, asociat cu fosfataza alcalină \geq 2,5 ori față de limita superioară a valorilor normale), clearance-ul total a fost redus în medie, cu 27% (vezi pct. 4.2).

Retenție de lichide

Clearance-ul docetaxelului nu a fost modificat la pacienții cu retenție de lichide ușoară până la moderată și nu există date disponibile pentru pacienții cu retenție severă de lichide.

Tratament asociat

Doxorubicină

În cazul administrării în asociere cu doxorubicină, acesta nu influențează clearance-ul doxorubicinei și concentrația plasmatică a doxorubicinolului (metabolitul doxorubicinei). Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora.

Capecitabină

Un studiu de fază I care a evaluat efectul capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului și invers nu a arătat niciun efect al capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului (C_{max} și ASC) și niciun efect al docetaxelului asupra farmacocineticii unui metabolit relevant al capecitabinei, 5'-DFUR.

Cisplatină

Clearance-ul docetaxelului în terapie asociată cu cisplatină a fost similar cu cel observat în monoterapie. Profilul farmacocinetic al cisplatinei administrată la scurt timp după perfuzia intravenoasă cu docetaxel este similar cu cel observat în cazul cisplatinei în monoterapie.

Cisplatină și 5-fluorouracil

Administrarea în asociere a docetaxelului cu cisplatină și 5-fluorouracil la 12 pacienți cu tumori solide nu a avut influență asupra farmacocineticii fiecărui medicament.

Prednison și dexametazonă

Efectul prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului administrat cu premedicație standard cu dexametazonă a fost studiat la 42 pacienți.

Prednison

Nu s-a observat un efect al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

5.3 Date preclinice de siguranță

Potențialul carcinogen al docetaxelului nu a fost studiat.

Docetaxelul a dovedit potențial genotoxic printr-un mecanism aneugen în studiile *in vitro* pe micronuclei și în testul aberațiilor cromozomiale efectuat pe celulele CHO-K1, precum și *in vivo* în testul micronucleilor la șoarece. Cu toate acestea, nu s-a dovedit mutagen în testul Ames și în analiza de mutație genică CHO/HGPRT. Aceste rezultate sunt în concordanță cu activitatea farmacologică a docetaxelului.

Reacțiile adverse la nivelul testiculelor, observate în studiile de toxicitate efectuate la rozătoare, sugerează faptul că docetaxelul poate afecta fertilitatea masculină.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Polisorbat 80
Etanol anhidru
Acid citric

6.2 Incompatibilități

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

6.3 Perioada de valabilitate

Flaconul nedeschis

3 ani

După deschiderea flaconului

Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

După introducerea în punga pentru perfuzie

Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice și medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

Odată introdusă în punga pentru perfuzie conform recomandărilor, soluția perfuzabilă de docetaxel este stabilă timp de 6 ore dacă este păstrată la temperaturi sub 25°C. Aceasta trebuie utilizată în decurs de 6 ore (incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase cu durata de o oră).

În plus, stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.

Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Pentru condițiile de păstrare ale medicamentului diluat, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Flacon din sticlă incoloră (tip I), cu capacitatea nominală de 7 ml, cu sigiliu din aluminiu de culoare magenta și capac flip-off din plastic de culoare magenta, conținând concentrat 4 ml.

Fiecare cutie conține un flacon.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu precauție. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, se recomandă spălarea imediată cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, se recomandă spălarea imediată cu multă apă.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

Prepararea soluției perfuzabile

NU UTILIZAȚI alt medicament care conține docetaxel, constând în 2 flacoane (concentrat și solvent) împreună cu acest medicament (TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, care conține numai 1 flacon).

TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă NU necesită diluare prealabilă cu un solvent și este pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă.

Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere.

Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, țineți numărul de cutii necesar de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă la temperaturi sub 25°C timp de 5 minute înainte de utilizare.

Pot fi necesare mai mult de un flacon de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă pentru a obține doza necesară pentru pacient. Extrageți printr-o tehnică aseptică doza necesară de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă, utilizând o seringă calibrată prevăzută cu un ac 21G.

Concentrația de docetaxel din TAXOTERE 80 mg/4 ml este de 20 mg/ml.

Volumul necesar de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă trebuie injectat printr-o singură injecție (o singură perforare) într-o pungă pentru perfuzie sau într-un flacon, fiecare cu capacitatea de 250 ml, care conțin fie soluție perfuzabilă de glucoză 5%, fie soluție injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%).

Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 190 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.

Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.

Soluția din punga pentru perfuzie trebuie utilizată în decurs de 6 ore, la temperaturi sub 25°C, incluzând perfuzia intravenoasă cu durata de o oră administrată pacientului.

Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificată vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/004

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 27 noiembrie 1995

Data ultimei reînnoiri a autorizației: 24 ianuarie 2006

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

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

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare ml de concentrat pentru soluție perfuzabilă conține 20 mg docetaxel (sub formă de trihidrat).

Un flacon a 8 ml concentrat conține docetaxel 160 mg.

Excipienți cu efect cunoscut:

Fiecare flacon cu concentrat pentru soluție perfuzabilă conține etanol anhidru 4 ml (3,16 g).

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Concentrat pentru soluție perfuzabilă (concentrat steril)

Concentratul este o soluție de culoare galben-pal până la galben-maroniu.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Cancer mamar

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă, pentru tratamentul adjuvant al pacienților cu:

- cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi
- cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi.

Pentru pacientele cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, tratamentul adjuvant trebuie limitat la pacientele care pot beneficia de chimioterapie, în conformitate cu criteriile stabilite la nivel internațional pentru tratamentul de primă intenție al cancerului mamar precoce (vezi pct. 5.1).

TAXOTERE este indicat, în asociere cu doxorubicină, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, care nu au primit anterior tratament citotoxic pentru această afecțiune.

TAXOTERE este indicat în monoterapie pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul tratamentului citotoxic. Chimioterapia anterioară trebuie să fi inclus o antraciclina sau un agent alchilant.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu trastuzumab, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu capecitabina, pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei citotoxice. Tratamentul anterior trebuie să fi inclus o antraciclina.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

TAXOTERE este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul chimioterapiei sau înainte de aceasta.

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină, pentru tratamentul pacienților cu cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, nerezecabil, avansat loco-regional sau metastazat, la pacienții care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune.

Cancer de prostată

TAXOTERE este indicat, în asociere cu prednison sau prednisolon, pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare.

TAXOTERE în asociere cu terapia de deprivare androgenică (TDA), împreună cu sau fără prednison sau prednisolon, este indicat pentru tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil.

Adenocarcinom gastric

TAXOTERE este indicat, în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastroesofagiene, care nu au primit anterior chimioterapie pentru boala metastatică.

Cancer al capului și gâtului

TAXOTERE în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil este indicat pentru tratament de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase, al capului și gâtului, avansat local.

4.2 Doze și mod de administrare

Utilizarea docetaxel trebuie efectuată numai în unități specializate în administrarea chimioterapiei citotoxice și numai sub supravegherea unui medic calificat în administrarea chimioterapiei antineoplazice (vezi pct. 6.6).

Doze

Pentru cancerul mamar, cancerul bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancerul gastric și cancerul capului și gâtului, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, dacă nu există contraindicații (vezi pct. 4.4), se poate utiliza o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi), timp de 3 zile.

Pentru cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, datorită utilizării concomitente de prednison sau prednisolon, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, la 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Pentru cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, indiferent de utilizarea concomitentă a prednisonului sau prednisolonului, regimul de premedicație recomandat este cu dexametazonă pe cale orală, 8 mg, administrată cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de perfuzia intravenoasă cu docetaxel (vezi pct. 4.4).

Profilactic se pot utiliza G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate.

Docetaxelul se administrează în perfuzie intravenoasă cu durata de o oră, o dată la 3 săptămâni.

Cancer mamar

Pentru tratamentul adjuvant al cancerului mamar operabil, cu și fără interesare ganglionară, doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² administrat la o oră după administrarea de doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² o dată la 3 săptămâni, timp de 6 cicluri (schema de tratament TAC) (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Pentru tratamentul pacienților cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, doza recomandată de docetaxel în monoterapie este de 100 mg/m². Pentru tratamentul de primă linie, docetaxelul în doză de 75 mg/m² se asociază cu doxorubicină (50 mg/m²).

Doza de docetaxel recomandată în asociere cu trastuzumab este de 100 mg/m² o dată la trei săptămâni, cu trastuzumab administrat săptămânal. În studiul pivot, perfuzia intravenoasă inițială cu docetaxel a început în ziua imediat următoare primei doze de trastuzumab. Dozele următoare de docetaxel au fost administrate imediat după terminarea perfuziei intravenoase cu trastuzumab, dacă doza precedentă de trastuzumab a fost bine tolerată. Pentru doze și mod de administrare ale trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu capecitabină, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² o dată la trei săptămâni și capecitabină în doză de 1250 mg/m² de două ori pe zi (în interval de 30 minute după masă) timp de 2 săptămâni, urmate de 1 săptămână pauză. Pentru calculul dozei de capecitabină în funcție de suprafața corporală, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

La pacienții cu cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, netratați anterior cu chimioterapice, regimul de doze recomandat este docetaxel 75 mg/m², urmat imediat de cisplatină 75 mg/m² timp de 30-60 minute. Pentru tratamentul după eșec al chimioterapiei anterioare cu compuși de platină, doza recomandată este de 75 mg/m² în monoterapie.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m². Se administrează continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală (vezi pct. 5.1).

Cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri. Se poate administra continuu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, pe cale orală.

Adenocarcinom gastric

Doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 până la 3 ore (ambele numai în prima zi), urmate de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi, administrat în perfuzie intravenoasă continuă cu durata de 24 ore, timp de 5 zile, începând de la sfârșitul perfuziei intravenoase cu cisplatină. Tratamentul se repetă o dată la trei săptămâni. Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată pentru administrarea cisplatinii. Trebuie să se utilizeze profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de hemotoxicitate (vezi, de asemenea, Ajustarea dozelor în timpul tratamentului).

Cancer al capului și gâtului

Pacienții trebuie să primească premedicație cu antiemetice și hidratare adecvată (înainte și după administrarea de cisplatină). Profilactic, poate fi utilizat G-CSF pentru a diminua riscul toxicității hematologice. Toți pacienții din brațul cu docetaxel al studiilor TAX 323 și TAX 324 au primit antibioterapie profilactică.

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)
Pentru tratamentul de inducție al carcinomului cu celule scuamoase, avansat local, inoperabil, al capului și gâtului (CCSCG), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmată de cisplatină 75 mg/m² timp de 1 oră, în prima zi, urmate de 5-fluorouracil în perfuzie intravenoasă continuă cu 750 mg/m² și zi, timp de cinci zile. Acest regim terapeutic se administrează la fiecare 3 săptămâni, timp de 4 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să urmeze radioterapie.
- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)
Pentru tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local (tehnic nerezecabil, tratament chirurgical puțin probabil și ținând păstrarea organului), al capului și

gâtului (CCSCG), doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră în ziua 1, urmată de cisplatină 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Această schemă terapeutică se administrează la fiecare 3 săptămâni timp de 3 cicluri. După chimioterapie, pacienții trebuie să primească chimioradioterapie.

Pentru modificarea dozelor de cisplatină și 5-fluorouracil, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

Ajustarea dozelor în timpul tratamentului

Aspecte generale

Docetaxelul trebuie administrat când numărul neutrofilelor este $\geq 1500/\text{mm}^3$. La pacienții care în timpul tratamentului cu docetaxel au avut neutropenie febrilă, număr de neutrofile $< 500/\text{mm}^3$ timp de mai mult de o săptămână, reacții cutanate severe sau cumulative sau neuropatie periferică severă, doza de docetaxel trebuie redusă de la 100 mg/m² la 75 mg/m² și/sau de la 75 la 60 mg/m². Dacă pacientul continuă să aibă aceste reacții la doza de 60 mg/m², tratamentul trebuie întrerupt definitiv.

Tratament adjuvant pentru cancerul mamar

Trebuie luată în considerare profilaxia primară cu G-CSF în cazul pacientelor la care se administrează tratament adjuvant cu docetaxel, doxorubicină și ciclofosamidă (TAC) pentru cancer mamar. La pacientele care prezintă neutropenie febrilă și/sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă la 60 mg/m² în toate ciclurile următoare (vezi pct. 4.4 și 4.8). La pacientele care au stomatită de gradul 3 sau 4, trebuie redusă doza de docetaxel la 60 mg/m².

În asociere cu cisplatină

La pacienții cărora li se stabilește doza inițială de docetaxel de 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și a căror valoare minimă a numărului de trombocite în timpul ciclului anterior de tratament este de $< 25000/\text{mm}^3$, la pacienții care au avut neutropenie febrilă sau la pacienții cu fenomene toxice non-hematologice grave, doza de docetaxel în ciclurile următoare trebuie redusă la 65 mg/m². Pentru ajustarea dozelor de cisplatină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În asociere cu capecitabină

- Pentru ajustarea dozelor de capecitabină, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină.
- La pacienții care dezvoltă pentru prima dată toxicitate de grad 2 care persistă până la ciclul următor de docetaxel/capecitabină, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0-1 și se reia cu 100% din doza inițială.
- La pacienții care dezvoltă pentru a doua oară toxicitate de grad 2 sau pentru prima oară toxicitate de grad 3, în orice moment al ciclului terapeutic, tratamentul se amână până la reducerea toxicității la gradul 0 - 1 și apoi se reia cu docetaxel 55 mg/m².
- Pentru orice altă toxicitate dezvoltată ulterior sau pentru orice toxicitate de grad 4, tratamentul cu docetaxel se întrerupe definitiv.

Pentru ajustarea dozelor de trastuzumab, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

În asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Dacă în pofida utilizării de G-CSF survine un episod de neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Dacă survin episoade ulterioare de neutropenie complicată, doza de docetaxel trebuie redusă de la 60 la 45 mg/m². În caz de trombocitopenie de grad 4, doza de docetaxel trebuie redusă de la 75 la 60 mg/m². Pacienții nu trebuie retratați cu cicluri ulterioare de docetaxel până când numărul neutrofilelor nu revine la o valoare $> 1500/\text{mm}^3$, iar plachetele la o valoare $> 100000/\text{mm}^3$. Dacă aceste fenomene toxice persistă, tratamentul se întrerupe definitiv (vezi pct. 4.4).

Modificările de doză recomandate în caz de fenomene toxice la pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (5-FU):

Toxicitate	Ajustarea dozei
Diaree de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: se reduce apoi doza de docetaxel cu 20%.
Diaree de grad 4	Primul episod: se reduc dozele de docetaxel și 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă a tratamentului.
Stomatită/mucozită de grad 3	Primul episod: se reduce doza de 5-FU cu 20%. Al doilea episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al treilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.
Stomatită/mucozită de grad 4	Primul episod: întreruperea definitivă numai a 5-FU, pentru toate ciclurile ulterioare. Al doilea episod: se reduce doza de docetaxel cu 20%.

Pentru ajustarea dozelor de cisplatină și 5-FU, vezi rezumatul caracteristicilor produsului corespunzător.

În studiile clinice pivot CCSCG la pacienții care au prezentat neutropenie complicată (incluzând neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), s-a recomandat să se utilizeze G-CSF pentru a furniza o acoperire profilactică (de exemplu ziua 6-15) în toate ciclurile următoare.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență hepatică

Pe baza datelor de farmacocinetică obținute după administrarea de docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, la pacienții care prezintă creșteri, atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât limita superioară a valorilor normale (LSVN), cât și ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, doza recomandată de docetaxel este de 75 mg/m² (vezi pct. 4.4 și 5.2). La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN asociat cu fosfatază alcalină >2,5 × LSVN și bilirubină >1 × LSVN; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date despre pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea TAXOTERE în carcinomul nazo-faringian la copii cu vârsta de 1 lună până la mai puțin de 18 ani nu au fost încă stabilite.

Nu există date relevante privind utilizarea TAXOTERE la copii și adolescenți pentru indicațiile de cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III.

Persoane vârstnice

Pe baza unei analize farmacocinetice populaționale, nu există instrucțiuni speciale privind administrarea la persoanele vârstnice.

În cazul asocierii cu capecitabină, la pacienții cu vârsta de 60 ani și peste, se recomandă o reducere a dozei inițiale de capecitabină de 75% (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

Mod de administrare

Pentru instrucțiuni cu privire la prepararea și administrarea medicamentului vezi pct. 6.6.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la docetaxel sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Pacienți care au anterior inițierii tratamentului un număr de neutrofile $<1500/\text{mm}^3$.

Pacienți cu insuficiență hepatică severă (vezi pct. 4.2 și 4.4).

Când sunt utilizate și alte medicamente în asociere cu docetaxel, se respectă, de asemenea, contraindicațiile acestora.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

În cazul cancerului mamar și cancerului bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, o premedicație cu un glucocorticoid pe cale orală, cum este dexametazona 16 mg pe zi (de exemplu 8 mg de 2 ori pe zi) timp de 3 zile, începând cu o zi înainte de administrarea docetaxelului, în absența contraindicațiilor corticoterapiei, poate reduce incidența și severitatea retenției de lichide, precum și severitatea reacțiilor de hipersensibilitate. În cazul cancerului de prostată, premedicația constă în administrarea de dexametazonă 8 mg, oral, cu 12 ore, 3 ore și 1 oră înainte de administrarea perfuziei intravenoase cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

Hematologie

Neutropenia este cea mai frecventă reacție adversă la docetaxel. Valorile minime ale numărului de neutrofile apar după 7 zile ca valoare mediană, dar acest interval poate fi mai scurt la pacienții tratați anterior cu doze mari. La toți pacienții tratați cu docetaxel trebuie efectuată monitorizarea frecventă a hemogramei complete. Pacienții trebuie să reînceapă tratamentul cu docetaxel atunci când numărul neutrofilelor revine la $\geq 1500/\text{mm}^3$ (vezi pct. 4.2).

În caz de neutropenie severă ($<500/\text{mm}^3$ timp de șapte zile sau mai mult) pe parcursul unui ciclu de tratament cu docetaxel, se recomandă o reducere a dozelor pentru ciclurile ulterioare sau utilizarea măsurilor simptomatice adecvate (vezi pct. 4.2).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (TCF), la cei care au primit G-CSF profilactic, neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut cu frecvență mai mică. Pacienții tratați cu TCF trebuie să primească profilactic G-CSF pentru reducerea riscului de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TCF trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă (TAC), neutropenia febrilă și/sau infecția neutropenică au apărut cu frecvențe mai mici atunci când pacienților li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF. Profilaxia primară cu G-CSF trebuie luată în considerare la pacienții care primesc tratament adjuvat cu TAC pentru cancer mamar pentru a reduce riscul de neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție neutropenică). Pacienții care primesc TAC trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2 și 4.8).

Reacții gastrointestinale

Se recomandă prudență în cazul pacienților cu neutropenie, la care există un risc semnificativ mai mare de apariție a complicațiilor gastrointestinale. Cu toate că majoritatea cazurilor au survenit în timpul primului sau celui de-al doilea ciclu de tratament care conține docetaxel, enterocolita poate apărea în orice moment și poate duce la deces chiar din prima zi de apariție. Pacienții trebuie atent monitorizați pentru manifestările precoce ale reacțiilor grave de toxicitate gastrointestinală (vezi pct. 4.2, 4.4 Hematologie și 4.8).

Reacții de hipersensibilitate

Pacienții trebuie supravegheați cu atenție pentru apariția reacțiilor de hipersensibilitate, îndeosebi în timpul primei și celei de-a doua perfuzii intravenoase. Reacțiile de hipersensibilitate pot să apară în decurs de câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel, de aceea trebuie să fie disponibile mijloace de tratament al hipotensiunii arteriale și bronhospasmului. În cazul în care apar reacții de hipersensibilitate, simptomele minore, cum sunt eritemul facial tranzitoriu sau reacțiile cutanate localizate, nu necesită întreruperea temporară a tratamentului. Cu toate acestea, reacțiile severe, cum sunt hipotensiunea arterială severă, bronhospasmul sau erupțiile cutanate/eritemul generalizate, necesită întreruperea imediată și definitivă a administrării docetaxelului și instituirea tratamentului adecvat. Pacienții care au avut reacții severe de hipersensibilitate nu mai trebuie tratați cu docetaxel. La pacienții care au dezvoltat anterior o reacție de hipersensibilitate la paclitaxel poate exista riscul să apară reacții de hipersensibilitate, inclusiv unele mai severe. Acești pacienți trebuie atent monitorizați în timpul inițierii tratamentului.

Reacții cutanate

S-a observat eritem cutanat localizat al extremităților (la nivelul palmelor și plantelor) cu edem, urmat de descumare. S-au raportat simptome severe cum sunt erupții cutanate urmate de descumare, care au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2).

În cadrul tratamentului cu docetaxel, au fost raportate reacții adverse cutanate severe (RACS), cum sunt sindrom Stevens-Johnson (SSJ), necroliză epidermică toxică (NET) și pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG). Pacienții trebuie informați despre semnele și simptomele manifestărilor cutanate grave și monitorizați atent. Dacă apar semne și simptome sugestive pentru aceste reacții adverse, trebuie luată în considerare întreruperea administrării de docetaxel.

Retenție de lichide

Pacienții cu retenție severă de lichide, de exemplu efuziune pleurală, efuziune pericardică și ascită trebuie supravegheați cu atenție.

Tulburări respiratorii

Au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută, pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, care se pot asocia cu evoluție letală. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri de pneumonită de iradiere.

Dacă se instalează simptome pulmonare noi sau cele existente se agravează, pacienții trebuie monitorizați cu atenție, evaluați prompt și tratați în mod adecvat. Se recomandă întreruperea terapiei cu docetaxel până când este stabilit diagnosticul. Aplicarea precoce a tratamentului de susținere poate ajuta la ameliorarea afecțiunii. Beneficiul reluării tratamentului cu docetaxel trebuie evaluat cu atenție.

Pacienți cu insuficiență hepatică

La pacienții tratați cu docetaxel 100 mg/m² în monoterapie, cu creșteri atât ale transaminazelor (ALAT și/sau ASAT) de peste 1,5 ori mai mari decât LSVN, cât și creșteri ale fosfatazei alcaline de peste 2,5 ori mai mari decât LSVN, există un risc mai mare de apariție a unor reacții adverse severe, cum sunt decesele de cauză toxică, incluzând sepsis și hemoragie gastro-intestinală posibil letale, neutropenie febrilă, infecții, trombocitopenie, stomatită și astenie. De aceea, la pacienții cu valori crescute ale testelor funcționale hepatice (TFH), doza de docetaxel recomandată este de 75 mg/m², iar TFH trebuie efectuate la începutul și înainte de fiecare ciclu de tratament (vezi pct. 4.2).

La pacienții cu bilirubinemie >LSVN și/sau ALAT și ASAT >3,5 ori LSVN, asociate cu valori ale fosfatazei alcaline >6 ori LSVN, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat.

În studiul clinic pivot, în care s-a asociat cisplatină și 5-fluorouracil pentru tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric, au fost excluși pacienții cu ALAT și/sau ASAT >1,5 × LSVN, asociat cu

fosfatază alcalină $>2,5 \times \text{LSVN}$ și bilirubină $>1 \times \text{LSVN}$; pentru acești pacienți, nu se pot face recomandări privind reducerea dozei, iar docetaxelul se va administra numai dacă este strict indicat. Nu sunt disponibile date cu privire la pacienții cu insuficiență hepatică tratați pentru alte indicații cu docetaxel în asociere.

Pacienți cu insuficiență renală

Nu există date disponibile cu privire la pacienții cu funcție renală sever afectată, tratați cu docetaxel.

Sistem nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe necesită o reducere a dozei (vezi pct. 4.2).

Toxicitate cardiacă

La pacienții tratați cu docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost observată insuficiență cardiacă, în special după chimioterapia conținând o antraciclină (doxorubicină sau epirubicină). Aceasta poate fi moderată până la severă și a fost asociată cu deces (vezi pct. 4.8).

Când pacienții sunt eligibili pentru tratamentul cu docetaxel în asociere cu trastuzumab, ei trebuie să fie inițial evaluați din punct de vedere cardiac. Funcția cardiacă trebuie monitorizată în continuare în timpul tratamentului (de exemplu, o dată la trei luni) pentru a facilita identificarea pacienților la care este posibil să apară disfuncție cardiacă. Pentru mai multe detalii, vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru trastuzumab.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosfamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (uneori letală) (vezi pct. 4.8).

Se recomandă evaluare cardiacă la inițierea tratamentului.

Tulburări oculare

La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid). Pacienții cu afectarea acuității vizuale trebuie să efectueze prompt un examen oftalmologic complet. În cazul în care se diagnostichează EM cistoid, trebuie oprit tratamentul cu docetaxel și trebuie inițiat tratamentul adecvat (vezi pct. 4.8).

Neoplazii primare secundare tratamentului

Au fost raportate neoplazii primare secundare tratamentului, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Neoplaziile primare secundare tratamentului (inclusiv leucemie mieloidă acută, sindrom mielodisplazic și limfom non-Hodgkin) pot apărea la câteva luni sau la câțiva ani după administrarea schemei de tratament care a conținut docetaxel. Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția neoplaziilor primare secundare tratamentului (vezi pct. 4.8)

Sindrom de liză tumorală

La administrarea de docetaxel, a fost raportată apariția sindromului de liză tumorală după primul sau cel de-al doilea ciclu de tratament (vezi pct. 4.8). Pacienții cu risc de apariție a sindromului de liză tumorală (de exemplu cu insuficiență renală, hiperuricemie, tumoră voluminoasă, evoluție rapidă) trebuie monitorizați cu atenție. Înainte de inițierea tratamentului, este recomandată corectarea deshidratării și tratarea valorilor crescute ale acidului uric.

Altele

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.6).

Trebuie evitată utilizarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) (vezi pct. 4.5).

Precauții suplimentare pentru utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Neutropenia complicată

La pacienții care au neutropenie complicată (neutropenie prelungită, neutropenie febrilă sau infecție), trebuie luate în considerare administrarea de G-CSF și reducerea dozei (vezi pct. 4.2).

Reacții gastro-intestinale

Simptome cum sunt durere și sensibilitate abdominală precoce, febră, diaree, cu sau fără neutropenie, pot fi manifestări precoce ale toxicității gastro-intestinale grave și trebuie evaluate și tratate prompt.

Insuficiența cardiacă congestivă (ICC)

Pacienții trebuie monitorizați pentru apariția simptomelor de insuficiență cardiacă congestivă în timpul tratamentului și în perioada de urmărire. La pacienții tratați cu regimul TAC pentru cancer mamar cu ganglioni pozitivi, s-a demonstrat că riscul de apariție a ICC este mai mare în timpul primului an după tratament (vezi pct. 4.8 și 5.1).

Pacienți cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi

Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind supraviețuirea fără semne de boală (SFB) și supraviețuirea globală (SG), raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale (vezi pct. 5.1).

Vârstnici

Precauții de utilizare în tratamentul adjuvant al cancerului mamar

Există date limitate referitoare la pacienții >70 ani tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată rezistent la castrare

Într-un studiu privind cancerul de prostată, din 333 pacienți tratați cu docetaxel, o dată la trei săptămâni, 209 pacienți aveau 65 ani sau peste și 68 pacienți aveau peste 75 ani. La pacienții tratați cu docetaxel o dată la trei săptămâni, incidența modificărilor unghiale atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 65 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența febrei, diareei, anorexiei și edemului periferic atribuite tratamentului a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții în vârstă de 75 ani sau peste, față de cei sub 65 ani.

Precauții de utilizare în cancerul de prostată hormono-sensibil

Din cei 545 pacienți tratați cu docetaxel la interval de 3 săptămâni în cadrul unui studiu asupra cancerului de prostată hormono-sensibil (STAMPEDE), 296 pacienți au avut vârsta de 65 ani sau peste, iar 48 pacienți au avut vârsta de 75 ani sau peste. Mai mulți pacienți cu vârsta ≥ 65 ani din brațul cu docetaxel au raportat reacții de hipersensibilitate, neutropenie, anemie, retenție de lichide, dispnee și modificări ale unghiilor, comparativ cu pacienții cu vârsta mai mică de 65 ani. Niciuna dintre aceste creșteri ale frecvenței nu a atins o diferență de 10% față de brațul de control. La pacienții care au avut vârsta de 75 ani sau peste, comparativ cu pacienții mai tineri, neutropenia, anemia, diareea și infecțiile tractului respirator superior au fost raportate cu o incidență mai mare (cu cel puțin 10% mai mare).

Precauții de utilizare în adenocarcinomul gastric

În studiul privind cancerul gastric, dintre 300 pacienți (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II a studiului) tratați cu docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil, 74 erau în vârstă de 65 ani sau peste și 4 pacienți erau în vârstă de 75 ani sau peste. Incidența evenimentelor adverse grave a fost mai mare la persoanele vârstnice comparativ cu pacienții mai tineri. Incidența următoarelor evenimente adverse (de toate gradele): letargie, stomatită, infecție neutropenică, a fost cu $\geq 10\%$ mai mare la pacienții cu vârsta de 65 ani sau peste comparativ cu pacienții mai tineri.

Persoanele vârstnice tratate cu TCF trebuie supravegheate cu atenție.

Excipienți

Acest medicament conține etanol anhidru (alcool etilic) 50% din volum, adică până la 3,16 g etanol anhidru pe flacon, echivalent cu 80 ml bere sau 33 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copiii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli hepatice sau epilepsie.

Trebuie avute în vedere posibile efecte asupra sistemului nervos central.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Studiile *in vitro* au evidențiat faptul că metabolizarea docetaxelului poate fi modificată prin administrarea concomitentă a unor compuși care induc, inhibă sau sunt metabolizați de citocromul P 450-3A (și astfel inhibă competitiv enzima), cum sunt ciclosporina, ketoconazolul și eritromicina. Ca rezultat, în cazul tratării concomitente a pacienților cu aceste medicamente, este necesară prudență, datorită riscului potențial de interacțiuni semnificative.

În cazul administrării concomitente cu inhibitori ai CYP3A4, poate crește apariția reacțiilor adverse la docetaxel, ca urmare a scăderii metabolizării. Dacă utilizarea concomitentă de inhibitori puternici ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, itraconazol, claritromicină, indinavir, nefazodonă, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicină și voriconazol) nu poate fi evitată, în timpul tratamentului cu un inhibitor puternic al CYP3A4 este necesară supravegherea clinică atentă și poate fi adecvată ajustarea dozei de docetaxel (vezi pct. 4.4). Într-un studiu de farmacocinetică, efectuat la 7 pacienți, administrarea concomitentă a docetaxelului cu inhibitorul puternic al CYP3A4, ketoconazolul a determinat scăderea semnificativă a clearance-ului docetaxelului, cu 49%.

Farmacocinetica docetaxelului în prezența prednisonului a fost studiată la pacienții cu neoplasm de prostată metastazat. Docetaxelul este metabolizat de către CYP3A4, iar prednisonul este un inductor cunoscut al CYP3A4. Nu a fost observat un efect semnificativ statistic al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție mare (>95%). Cu toate că posibilele interacțiuni *in vivo* ale docetaxelului cu alte medicamente administrate concomitent nu au fost studiate specific, interacțiunile *in vitro* cu medicamente care se leagă în proporție mare de proteine, cum sunt eritromicină, difenhidramină, propranolol, propafenonă, fenitoină, salicilați, sulfametoxazol și valproat de sodiu, nu au influențat legarea de proteine a docetaxelului. În plus, dexametazonă nu a influențat legarea de proteine a docetaxelului. Docetaxelul nu influențează legarea de proteine a digitoxinei.

Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora. Date limitate, dintr-un studiu fără grup de control, au fost sugestive pentru o interacțiune între docetaxel și carboplatină. Când s-a asociat cu docetaxel, clearance-ul carboplatinei a fost cu 50% mai mare decât valorile înregistrate anterior pentru carboplatină în monoterapie.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femeile aflate la vârsta fertilă /Contracepția la bărbați și femei

Femeile aflate la vârsta fertilă și bărbații cărora li se administrează docetaxel trebuie sfătuiți să evite sarcina și să nu procreeze și dacă rămân gravide să se adreseze imediat medicului curant.

Din cauza riscului genotoxic al docetaxelului (vezi pct. 5.3), femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel. Bărbații trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de 4 luni după încetarea tratamentului cu docetaxel.

Sarcina

Nu există informații privind administrarea docetaxelului la femeile gravide. Docetaxelul s-a dovedit atât embriotoxic cât și fetotoxic la iepure și șobolan. Asemenea altor medicamente citotoxice, docetaxelul poate determina efecte nocive asupra fătului dacă este administrat femeilor gravide. De aceea, docetaxelul nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazului în care prezintă indicație fermă.

Alăptarea

Docetaxelul este o substanță lipofilă, dar nu se cunoaște dacă aceasta se excretă în laptele uman. În consecință, din cauza posibilelor reacții adverse la sugari, alăptarea trebuie întreruptă pe durata tratamentului cu docetaxel.

Fertilitatea

Studiile la animale au arătat că docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați (vezi pct. 5.3). Prin urmare, bărbații tratați cu docetaxel trebuie să ceară sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament.

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

Nu s-au efectuat studii privind efectele asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cantitatea de alcool din acest medicament și reacțiile adverse ale medicamentului pot afecta negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje (vezi pct. 4.4 și 4.8). Prin urmare, pacienții trebuie avertizați asupra posibilului impact pe care cantitatea de alcool și reacțiile adverse ale acestui medicament le pot avea asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje și trebuie sfătuiți să nu conducă vehicule sau să folosească utilaje dacă apar aceste reacții adverse în timpul tratamentului.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță pentru toate indicațiile

Reacțiile adverse posibil sau probabil legate de administrarea de docetaxel au fost obținute de la:

- 1312 și 121 pacienți care au primit docetaxel în monoterapie 100 mg/m², respectiv 75 mg/m².
- 258 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină.
- 406 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină.
- 92 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu trastuzumab.
- 255 pacienți care au primit docetaxel în asociere cu capecitabină.
- 332 pacienți (TAX327) care au primit docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 1276 pacienți (744 și 532 în TAX 316 și, respectiv, GEICAM 9805) care au primit docetaxel în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).

- 300 pacienți cu adenocarcinom gastric (221 pacienți în partea de fază III a studiului și 79 pacienți în partea de fază II) care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 174 și 251 pacienți cu cancer al capului și gâtului care au primit docetaxel în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil (sunt prezentate evenimentele adverse semnificative clinic, atribuite tratamentului).
- 545 pacienți (studiul STAMPEDE) tratați cu docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA.

Aceste reacții au fost descrise utilizând criteriile uzuale de toxicitate ale NCI (gradul 3 = G3; gradul 3-4 = G3/4; gradul 4 = G4), termenii COSTART și MedDRA. Frecvențele sunt definite ca: 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).

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

Cele mai frecvent raportate reacții adverse ale docetaxel în monoterapie sunt: neutropenie (care a fost reversibilă și nu a fost cumulativă; durata mediană de atingere a valorii minime a fost de 7 zile, iar durata mediană a neutropeniei severe ($< 500/\text{mm}^3$) a fost de 7 zile), anemie, alopecie, greață, vărsături, stomatită, diaree și astenie. Severitatea reacțiilor adverse la docetaxel poate fi crescută atunci când docetaxel este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În cazul asocierii cu trastuzumab, sunt prezentate evenimentele adverse (toate gradele) raportate $\geq 10\%$. Față de docetaxel în monoterapie, în brațul cu trastuzumab în asociere s-a observat o creștere a incidenței EAG (40% față de 31%) și a EA de grad 4 (34% față de 23%).

Pentru asocierea cu capecitabină sunt prezentate cele mai frecvente reacții adverse atribuite tratamentului ($\geq 5\%$) raportate într-un studiu de fază III la pacienți cu cancer mamar cu eșec la tratamentul cu antraciclină (vezi rezumatul caracteristicilor produsului pentru capecitabină).

În cazul asocierii cu TDA și cu prednison sau prednisolon (studiul STAMPEDE), reacțiile adverse care au apărut pe parcursul celor 6 cicluri de tratament cu docetaxel și care au avut o incidență cu cel puțin 2% mai mare în brațul de tratament cu docetaxel, comparativ cu brațul de control, sunt prezentate utilizând gradele conform scalei de criterii comune privind terminologia evenimentelor adverse (*Common Terminology Criteria for Adverse Events* CTCAE).

Următoarele reacții adverse au fost observate frecvent la docetaxel:

Tulburări ale sistemului imunitar

Reacțiile de hipersensibilitate au apărut, în general, la câteva minute după începerea perfuziei intravenoase cu docetaxel și au fost, de obicei, ușoare până la moderate. Cele mai frecvent raportate simptome au fost eritem facial tranzitoriu, erupții cutanate cu sau fără prurit, senzație de constricție toracică, durere lombară, dispnee și febră sau frisoane. Reacțiile severe au fost caracterizate prin hipotensiune arterială și/sau bronhospasm sau erupții cutanate/eritem generalizate (vezi pct. 4.4).

Tulburări ale sistemului nervos

Apariția neurotoxicității periferice severe impune o reducere a dozei (vezi pct. 4.2 și 4.4). Semnele neurosenzoriale ușoare până la moderate sunt caracterizate de paretezii, disestezii sau durere inclusiv sub formă de arsură. Evenimentele neuromotorii sunt caracterizate în principal de slăbiciune.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Au fost observate reacții cutanate reversibile, în general considerate ușoare până la moderate. Reacțiile s-au caracterizat prin erupții cutanate, inclusiv erupții localizate, în principal pe picioare și mâini (inclusiv sindrom mână/picior sever), dar și pe brațe, față sau torace, frecvent asociate cu prurit. Erupțiile au apărut în general la o săptămână după perfuzia intravenoasă cu docetaxel. Au fost raportate mai puțin frecvent simptome severe cum sunt erupțiile urmate de descumare, care rareori au dus la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului cu docetaxel (vezi pct. 4.2 și 4.4). Afectările unghiale grave sunt caracterizate de hipo- sau hiperpigmentare și, uneori, durere și onicoliză.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Reacțiile la nivelul locului de perfuzie au fost în general ușoare și au constat în hiperpigmentare, inflamație, eritem sau uscăciune a pielii, flebită sau extravazare și ectazie venoasă. Retenția de lichide include evenimente ca edemul periferic și, mai puțin frecvent, efuziunea pleurală, efuziunea pericardică, ascita și creșterea în greutate. Edemul periferic debutează de obicei la extremitățile declive și poate deveni generalizat cu o creștere în greutate de 3 kg sau peste. Retenția de lichide este cumulativă ca incidență și severitate (vezi pct. 4.4).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5,7%; incluzând sepsis și pneumonie, letale în 1,7%)	Infecții asociate cu neutropenie G4 (G3/4: 4,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 76,4%); Anemie (G3/4: 8,9%); Neutropenie febrilă	Trombocitopenie (G4: 0,2%)	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 5,3%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 4,1%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 4%); Disgeuzie (severă: 0,07%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială; Hipertensiune arterială; Hemoragii	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (severă: 2,7%)		
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 5,3%); Diaree (G3/4: 4%); Greață (G3/4: 4%); Vărsături (G3/4: 3%)	Constipație (severă: 0,2%); Durere abdominală (severă: 1%); Hemoragie gastro-intestinală (severă: 0,3%)	Esofagită (severă: 0,4%)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 5,9%); Afectări unghiale (severe: 2,6%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 1,4%)	Artralgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Retenție de lichide (severă: 6,5%); Astenie (severă: 11,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere toracică de etiologie non-cardiacă (severă: 0,4%)	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<4%); Creșterea ASAT de G3/4 (<3%); Creșterea ALAT de G3/4 (<2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în monoterapie

Tulburări hematologice și limfatice

Rare: episoade de sângerare asociate cu trombocitopenie de grad 3/4.

Tulburări ale sistemului nervos

Sunt disponibile date privind reversibilitatea la 35,3% din pacienți la care a apărut neurotoxicitate după tratamentul cu docetaxel administrat în doză de 100 mg/m² în monoterapie. Aceste evenimente au fost reversibile spontan în decurs de 3 luni.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Foarte rare: un caz de alopecie ireversibilă până la sfârșitul studiului. 73% din reacțiile cutanate au fost reversibile în decurs de 21 zile.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Doza mediană cumulativă la întreruperea definitivă a tratamentului a fost peste 1000 mg/m², iar perioada mediană de reversibilitate a retenției de lichide a fost de 16,4 săptămâni (interval de 0 până la 42 săptămâni). Debutul retenției moderate și severe este întârziat (doza mediană cumulativă: 818,9 mg/m²) la pacienții cu premedicație comparativ cu pacienții fără premedicație (doza mediană cumulativă: 489,7 mg/m²); cu toate acestea, a fost raportată la câțiva pacienți în timpul primelor cicluri de tratament.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în monoterapie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 5%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 54,2%); Anemie (G3/4: 10,8%); Trombocitopenie (G4: 1,7%)	Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (fără a fi severă)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 0,8%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2,5%)
Tulburări cardiace		Aritmie (fără a fi severă)
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 3,3%); Stomatită (G3/4: 1,7%); Vărsături (G3/4: 0,8%); Diaree (G3/4: 1,7%)	Constipație
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Reacție cutanată (G3/4: 0,8%)	Afectări unghiale (severe: 0,8%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 12,4%); Retenție de lichide (severă: 0,8%); Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 7,8%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 91,7%); Anemie (G3/4: 9,4%); Neutropenie febrilă; Trombocitopenie (G4: 0,8%)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 1,2%)	
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 0,4%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0,4%)	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă; Aritmie (fără a fi severă)	
Tulburări vasculare			Hipotensiune arterială

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5%); Stomatită (G3/4: 7,8%); Diaree (G3/4: 6,2%); Vărsături (G3/4: 5%); Constipație		
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,4%); Reacție cutanată (fără a fi severă)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 8,1%); Retenție de lichide (severă: 1,2%); Durere	Reacție la locul perfuziei intravenoase	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (<2,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (<2,5%)	Creșterea ASAT de G3/4 (<1%); Creșterea ALAT de G3/4 (<1%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 5,7%)		
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G4: 51,5%); Anemie (G3/4: 6,9%); Trombocitopenie (G4:0,5%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 2,5%)		
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie		
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3: 3,7%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,7%)	Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare		Hipotensiune arterială (G3/4: 0,7%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 9,6%); Vărsături (G3/4: 7,6%); Diaree (G3/4: 6,4%); Stomatită (G3/4: 2%)	Constipație	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (severe: 0,7%); Reacție cutanată (G3/4: 0,2%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (severă: 0,5%)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (severă: 9,9%); Retenție de lichide (severă: 0,7%); Febră (G3/4: 1,2%)	Reacție la locul perfuziei intravenoase; Durere	
Investigații diagnostice		Creșterea bilirubinemiei G3/4 (2,1%); Creșterea ALAT de G3/4 (1,3%)	Creșterea ASAT de G3/4 (0,5%); Creșterea fosfatazei alcaline serice de G3/4 (0,3%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 32%); Neutropenie febrilă (include neutropenia asociată cu febră și utilizare de antibiotice) sau sepsis neutropenic	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie	
Tulburări psihice	Insomnie	
Tulburări ale sistemului nervos	Parestezie; Cefalee; Disgeuzie; Hipoestezie	
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări cardiace		Insuficiență cardiacă
Tulburări vasculare	Limfedem	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Epistaxis; Durere faringolaringiană; Nazofaringită; Dispnee; Tuse; Rinoree	
Tulburări gastro-intestinale	Greață; Diaree; Vărsături; Constipație; Stomatită; Dispepsie; Durere abdominală	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Eritem; Erupții cutanate; Afectări unghiale	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie; Artralgie; Durere la nivelul extremităților; Durere osoasă; Durere lombară	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie; Edem periferic; Febră; Oboseală; Inflamație a mucoaselor; Durere; Afecțiune	Letargie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
	asemănătoare gripei; Durere toracică; Frisoane	
Investigații diagnostice	Creștere în greutate	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 100 mg/m² în asociere cu trastuzumab

Tulburări hematologice și limfatice

Foarte frecvente: Toxicitatea hematologică a fost crescută la pacienții care primeau trastuzumab și docetaxel, comparativ cu docetaxel în monoterapie (32% neutropenie de grad 3/4 față de 22%, conform criteriilor NCI-CUT). Trebuie să se țină cont că aceasta este probabil o subestimare atâta timp cât docetaxelul în monoterapie în doză de 100 mg/m² este cunoscut că determină neutropenie la 97% dintre pacienți, dintre care, 76% de grad 4, pe baza valorilor minime ale numărului de celule. Incidența neutropeniei febrile/sepsisului neutropenic a fost, de asemenea, crescută la pacienții tratați cu Herceptin plus docetaxel (23% față de 17% la pacienții tratați cu docetaxel în monoterapie).

Tulburări cardiace

Insuficiența cardiacă simptomatică a fost raportată la 2,2% dintre pacienții tratați cu docetaxel plus trastuzumab comparativ cu 0% pacienți la care s-a administrat docetaxel în monoterapie. În brațul de tratament cu docetaxel plus trastuzumab, la 64% dintre pacienți se administrase anterior o antraciclină ca tratament adjuvant, comparativ cu 55% în brațul de tratament cu docetaxel în monoterapie.

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul mamar la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu capecitabină

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări		Candidoză orală (G3/4: <1%)
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 63%); Anemia (G3/4: 10%)	Trombocitopenie (G3/4: 3%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1%); Scăderea apetitului alimentar	Deshidratare (G3/4: 2%)
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: <1%); Parestezie (G3/4: <1%)	Amețeli; Cefalee (G3/4: <1%); Neuropatie periferică
Tulburări oculare	Hipersecreție lacrimală	
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Durere faringolaringiană (G3/4: 2%)	Dispnee (G3/4: 1%); Tuse (G3/4: <1%); Epistaxis (G3/4: <1%)
Tulburări gastro-intestinale	Stomatită (G3/4: 18%); Diaree (G3/4: 14%); Greață (G3/4: 6%); Vărsături (G3/4: 4%); Constipație (G3/4: 1%); Durere abdominală (G3/4: 2%); Dispepsie	Durere în abdomenul superior; Xerostomie

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Sindrom mână/picior (G3/4: 24%); Alopecie (G3/4: 6%); Afectări unghiale (G3/4: 2%)	Dermatită; Erupții cutanate eritematoase (G3/4: <1%); Decolorare unghială; Oniciliză (G3/4: 1%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 2%); Artralgie (G3/4: 1%)	Durere la nivelul extremităților (G3/4: <1%); Durere lombară (G3/4: 1%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 3%); Febră (G3/4: 1%); Oboseală/slăbiciune (G3/4: 5%); Edem periferic (G3/4: 1%)	Letargie; Durere
Investigații diagnostice		Scădere în greutate Creșterea bilirubinemiei G3/4 (9%)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, rezistent la castrare, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 3,3%)	
Tulburări hematologice și limfatic	Neutropenie (G3/4: 32%); Anemie (G3/4: 4,9%)	Trombocitopenie (G3/4: 0,6%); Neutropenie febrilă
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (G3/4: 0,6%)
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 1,2%); Disgeuzie (G3/4: 0%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0,6%)
Tulburări cardiace		Disfuncție ventriculară stângă (G3/4: 0,3%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Epistaxis (G3/4: 0%); Dispnee (G3/4: 0,6%); Tuse (G3/4: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 2,4%); Diaree (G3/4: 1,2%); Stomatită/Faringită (G3/4: 0,9%); Vărsături (G3/4: 1,2%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie; Afectări unghiale (fără a fi severe)	Erupții cutanate exfoliative (G3/4: 0,3%)
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Artralgie (G3/4: 0,3%); Mialgie (G3/4: 0,3%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Oboseală (G3/4: 3,9%); Retenție de lichide (severă: 0,6%)	

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu prednison sau prednisolon și TDA (studiul STAMPEDE)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3-4: 12 %) Anemie Neutropenie febrilă (G3-4: 15%)	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3-4: 1%)
Tulburări endocrine		Diabet (G3-4: 1%)
Tulburări metabolice și de nutriție		Anorexie
Tulburări psihice	Insomnie (G3: 1%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (≥G3: 2%) ^a Cefalee	Amețeli
Tulburări oculare		Vedere încețoșată
Cardiac disorders		Hipotensiune arterială (G3: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Dispnee (G3: 1%) Tuse (G3: 0%) Infecții ale tractului respirator superior (G3: 1%)	Faringită (G3: 0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3: 3%) Stomatită (G3: 0%) Constipație (G3: 0%) Greață (G3: 1%) Dispepsie Dureri abdominale (G3: 0%) Flatulență	Vărsături (G3: 1%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3: 3%) ^a Modificări la nivelul unghiilor (G3: 1%)	Erupție cutanată tranzitorie
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3-4: 2%) Simptome pseudogripale (G3: 0%) Astenie (G3: 0%) Retenție de lichide	Febră (G3: 1%) Candidoză orală Hipocalcemie (G3: 0%) Hipofosfatemie (G3-4: 1%) Hipopotasemie (G3: 0%)

^a Provenite din studiul GETUG AFU15

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805) – date limitate

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecție (G3/4: 2,4%); Infecție neutropenică (G3/4: 2,6%)		

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări hematologice și limfatice	Anemie (G3/4: 3%); Neutropenie (G3/4: 59,2%); Trombocitopenie (G3/4: 1,6%); Neutropenie febrilă (G3/4: NA)		
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilitate (G3/4: 0,6%)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 1,5%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie (G3/4: 0,6%); Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: <0,1%)	Neuropatie motorie periferică (G3/4: 0%)	Sincopă (G3/4: 0%); Neurotoxicitate (G3/4: 0%); Somnolență (G3/4: 0%)
Tulburări oculare	Conjunctivită (G3/4: <0,1%)	Tulburare de lacrimație (G3/4: <0,1%)	
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 0,2%)	
Tulburări vasculare	Bufeuri (G3/4: 0,5%)	Hipotensiune arterială (G3/4: 0%); Flebită (G3/4: 0%)	Limfedem (G3/4: 0%)
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale		Tuse (G3/4: 0%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 5,0%); Stomatită (G3/4: 6,0%); Vărsături (G3/4: 4,2%); Diaree (G3/4: 3,4%); Constipație (G3/4: 0,5%)	Durere abdominală (G3/4: 0,4%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (persistentă: <3%); Afecțiuni cutanate (G3/4: 0,6%); Afectări unghiale (G3/4: 0,4%)		
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Mialgie (G3/4: 0,7%); Artralgie (G3/4: 0,2%)		
Tulburări ale aparatului genital și sânelui	Amenoree (G3/4: NA)		
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Astenie (G3/4: 10,0%); Febră (G3/4: NA); Edem periferic (G3/4: 0,2%)		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate (G3/4: 0%); Scădere în greutate (G3/4: 0,2%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute la administrarea tratamentului adjuvant cu TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă la pacienți cu cancer mamar cu ganglioni pozitivi (TAX 316) și ganglioni negativi (GEICAM 9805)

Tulburări ale sistemului nervos

În studiul TAX316 s-a observat că neuropatia senzitivă periferică a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire la 84 de pacienți (11,3%) din brațul TAC și la 15 pacienți (2%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) s-a observat că neuropatia senzitivă periferică este în evoluție la 10 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,3%) din brațul FAC. În studiul GEICAM 9805, neuropatia senzitivă periferică cu debut în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 10 pacienți (1,9%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8 %) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a constatat neuropatie senzitivă periferică evolutivă la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări cardiace

În studiul TAX 316, 26 de pacienți (3,5%) din brațul TAC și 17 pacienți (2,3%) din brațul FAC au prezentat insuficiență cardiacă congestivă. Toți, cu excepția a câte un pacient din fiecare braț, au fost diagnosticați cu ICC la mai mult de 30 de zile după perioada de tratament. Doi pacienți din brațul TAC și 4 pacienți din brațul FAC au decedat din cauza insuficienței cardiace.

În studiul GEICAM 9805, 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și 3 pacienți (0,6%) din brațul FAC au dezvoltat insuficiență cardiacă congestivă în timpul perioadei de urmărire. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient din brațul TAC nu avea ICC și 1 pacient din brațul TAC a decedat din cauza cardiomiopatiei dilatative, iar în brațul FAC 1 pacient (0,2%) avea ICC.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

În studiul TAX 316 persistența alopeciei pe parcursul perioadei de urmărire, după sfârșitul chimioterapiei, a fost raportată la 687 din 744 de pacienți (92,3%) tratați cu TAC și la 645 din 736 de pacienți (87,6%) tratați cu FAC.

La sfârșitul perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), s-a observat că alopecia este în evoluție la 29 de pacienți (3,9%) tratați cu TAC și 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC.

În studiul GEICAM 9805 alopecia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 49 de pacienți (9,2%) din brațul TAC și la 35 de pacienți (6,7%) din brațul FAC. Alopecia legată de medicamentul de investigat a apărut sau s-a agravat în timpul perioadei de urmărire la 42 de pacienți (7,9%) din brațul TAC și la 30 de pacienți (5,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 10 ani și 5 luni), alopecia a fost observată ca fiind în evoluție la 3 pacienți (0,6%) din brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) din brațul FAC.

Tulburări ale aparatului genital și sâmului

În studiul TAX 316, amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 202 din 744 pacienți (27,2%) din brațul TAC și la 125 din 736 pacienți (17%) din brațul FAC. S-a observat că amenoreea a persistat la încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani) la 121 din 744 pacienți (16,3%) tratate cu TAC și la 86 de pacienți (11,7%) tratate cu FAC.

În studiul GEICAM 9805, amenoreea care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 18 pacienți (3,4%) din brațul TAC și la 5 pacienți (1,0%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), s-a observat persistența amenoreei la 7 pacienți (1,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

În studiul TAX 316 edemul periferic, care a debutat în timpul tratamentului și a persistat în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost observat la 119 pacienți din 744 (16%) în brațul TAC și la 23 pacienți din 736 (3,1%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire

(mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), edemul periferic persista la 19 pacienți (2,6%) tratați cu TAC și la 4 pacienți (0,5%) tratați cu FAC.

În studiul TAX316 limfedemul care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportat la 11 din 744 pacienți (1,5%) tratați cu TAC și la 1 pacient din 736 (0,1%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența limfedemului la 6 pacienți (0,8%) tratați cu TAC și la 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC.

În studiul TAX316 astenia care a debutat în timpul tratamentului și s-a menținut în timpul perioadei de urmărire după încheierea chimioterapiei, a fost raportată la 236 din 744 pacienți (31,7%) tratați cu TAC și la 180 din 736 pacienți (24,5%) tratați cu FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei efective de urmărire de 8 ani), a fost observată persistența asteniei la 29 pacienți (3,9%) tratați cu TAC și la 16 pacienți (2,2%) tratați cu FAC.

În studiul GEICAM 9805, edemul periferic care a debutat în timpul tratamentului, s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 4 pacienți (0,8%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni), niciun pacient (0%) din brațul TAC nu mai avea edem periferic, iar în brațul FAC acesta a persistat la 1 pacient (0,2%).

Limfedemul care a debutat în timpul tratamentului s-a menținut în timpul perioadei de urmărire la 5 pacienți (0,9%) în brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) în brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire, s-a observat persistența limfedemului la 4 pacienți (0,8%) în brațul TAC și la 1 pacient (0,2%) în brațul FAC.

Astenia care a debutat în timpul tratamentului și a persistat pe parcursul perioadei de urmărire a fost observată ca fiind în evoluție la 12 pacienți (2,3%) din brațul TAC și la 4 pacienți (0,8%) din brațul FAC. La încheierea perioadei de urmărire s-a observat persistența asteniei la 2 pacienți (0,4%) din brațul TAC și la 2 pacienți (0,4%) din brațul FAC.

Leucemie acută / sindrom mielodisplazic

După o perioadă de urmărire de 10 ani în studiul TAX 316, leucemia acută a fost raportată la 3 din 744 de pacienți (0,4%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC. Un pacient (0,1%) tratat cu TAC și 1 pacient (0,1%) tratat cu FAC au decedat din cauza leucemiei acute în timpul perioadei de urmărire (mediana perioadei de urmărire de 8 ani). Sindromul mielodisplazic a fost raportat la 2 din 744 de pacienți (0,3%) tratați cu TAC și la 1 din 736 de pacienți (0,1%) tratați cu FAC.

După 10 ani de urmărire în cadrul studiului GEICAM 9805, leucemia acută a apărut la 1 din 532 (0,2%) pacienți din brațul TAC. Nu au fost raportate cazuri la pacienți din brațul FAC. Niciun pacient nu a fost diagnosticat cu sindrom mielodisplazic în oricare dintre grupurile de tratament.

Complicații neutropenice

Tabelul de mai jos arată că incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a fost mai mică la pacienții cărora li s-a administrat profilaxie primară cu G-CSF după ce aceasta a devenit obligatorie în brațul TAC – studiul GEICAM.

Complicațiile neutropenice la pacienți în tratament cu TAC cu sau fără profilaxie primară cu G-CSF GEICAM (9805)

	Fără profilaxie primară cu G-CSF (n = 111) n (%)	Cu profilaxie primară cu G-CSF (n = 421) n (%)
Neutropenie (grad 4)	104 (93,7)	135 (32,1)
Neutropenie febrilă	28 (25,2)	23 (5,5)
Infecție neutropenică	14 (12,6)	21 (5,0)
Infecție neutropenică (grad 3-4)	2 (1,8)	5 (1,2)

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente
Infecții și infestări	Infecție neutropenică; Infecție (G3/4: 11,7%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Anemia (G3/4: 20,9%); Neutropenie (G3/4: 83,2%); Trombocitopenie (G3/4: 8,8%); Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar	Hipersensibilizare (G3/4: 1,7)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 11,7%)	
Tulburări ale sistemului nervos	Neuropatie senzitivă periferică (G3/4: 8,7%)	Amețeli (G3/4: 2,3%); Neuropatie motorie periferică (G3/4: 1,3%)
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală (G3/4: 0%)
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului (G3/4: 0%)
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 1,0%)
Tulburări gastro-intestinale	Diaree (G3/4: 19,7%); Greață (G3/4: 16%); Stomatită (G3/4: 23,7%); Vărsături (G3/4: 14,3%)	Constipație (G3/4: 1,0%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,0%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G3/4: 0,7%)
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%)	Erupții cutanate pruriginoase (G3/4: 0,7%); Afectări unghiale (G3/4: 0,7%); Exfoliere cutanată (G3/4: 0%)
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 19,0%); Febră (G3/4: 2,3%); Retenție de lichide (severă/care amenință viața: 1%)	

Descrierea reacțiilor adverse selectate, apărute în cancerul gastric de tip adenocarcinom la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

Tulburări hematologice și limfatice

Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 17,2%, respectiv 13,5% dintre pacienți, indiferent de utilizarea G-CSF. G-CSF a fost utilizat pentru profilaxia secundară la 19,3% dintre pacienți (10,7% din cicluri). Neutropenia febrilă și infecția neutropenică au apărut la 12,1%, respectiv 3,4% dintre pacienți care au primit G-CSF profilactic și la 15,6% și 12,9% dintre pacienți fără profilaxie cu G-CSF (vezi pct. 4.2).

Lista tabelară a reacțiilor adverse apărute în cancerul capului și gâtului la administrarea TAXOTERE 75 mg/m² în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 6,3%); Infecție neutropenică		
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 0,6%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 76,3%); Anemie (G3/4: 9,2%); Trombocitopenie (G3/4: 5,2%)	Neutropenie febrilă	
Tulburări ale sistemului imunitar		Hipersensibilizare (care nu este severă)	
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 0,6%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie; Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 0,6%)	Amețeli	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală; Conjunctivită	
Tulburări acustice și vestibulare		Tulburări ale auzului	
Tulburări cardiace		Ischemie miocardică (G3/4: 1,7%)	Aritmie (G3/4: 0,6%)
Tulburări vasculare		Tulburări venoase (G3/4: 0,6%)	
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 0,6%); Stomatită (G3/4: 4,0%); Diaree (G3/4: 2,9%); Vărsături (G3/4: 0,6%)	Constipație; Esofagită / Disfagie / Odinofagie (G3/4: 0,6%); Durere abdominală; Dispepsie; Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,6%)	
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 10,9%)	Erupție cutanată pruriginoasă; Piele uscată; Exfoliere cutanată (G3/4: 0,6%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,6%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 3,4%); Pirexie (G3/4: 0,6%); Retenție de fluide; Edeme		
Investigații diagnostice		Creștere în greutate	

- Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Infecții și infestări	Infecții (G3/4: 3,6%)	Infecție neutropenică	
Tumori benigne, maligne și nespecificate (inclusiv chisturi și polipi)		Dureri de tip neoplazic (G3/4: 1,2%)	
Tulburări hematologice și limfatice	Neutropenie (G3/4: 83,5%); Anemie (G3/4: 12,4%); Trombocitopenie (G3/4: 4,0%); Neutropenie febrilă		
Tulburări ale sistemului imunitar			Hipersensibilizare
Tulburări metabolice și de nutriție	Anorexie (G3/4: 12,0%)		
Tulburări ale sistemului nervos	Disgeuzie/Parosmie (G3/4: 0,4%); Neuropatie periferică senzitivă (G3/4: 1,2%)	Amețeli (G3/4: 2,0%); Neuropatie periferică motorie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări oculare		Hipersecreție lacrimală	Conjunctivită
Tulburări acustice și vestibulare	Tulburări ale auzului (G3/4: 1,2%)		
Tulburări cardiace		Aritmie (G3/4: 2,0%)	Ischemie miocardică
Tulburări vasculare			Tulburări venoase
Tulburări gastro-intestinale	Greață (G3/4: 13,9%); Stomatită (G3/4: 20,7%); Vărsături (G3/4: 8,4%); Diaree (G3/4: 6,8%); Esofagită / disfagie / odinofagie (G 3/4: 12,0%); Constipație (G 3/4: 0,4%)	Dispepsie (G3/4: 0,8%); Durere gastro-intestinală (G3/4: 1,2%); Hemoragie gastro-intestinală (G3/4: 0,4%)	

Baza de date MedDRA pe aparate, sisteme și organe	Reacții adverse foarte frecvente	Reacții adverse frecvente	Reacții adverse mai puțin frecvente
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Alopecie (G3/4: 4,0%); Erupție cutanată pruriginoasă	Piele uscată; Exfoliere cutanată	
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv		Mialgie (G3/4: 0,4%)	
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Letargie (G3/4: 4,0%); Pirexie (G3/4: 3,6%); Retenție de fluide (G3/4: 1,2%); Edeme (G3/4: 1,2%)		
Investigații diagnostice	Scădere în greutate		Creștere în greutate

Experiența după punerea pe piață

Tumori benigne, maligne și nespecificate (incluzând chisturi și polipi)

Au fost raportate (cu frecvență necunoscută) neoplazii primare secundare tratamentului, inclusiv limfom non-Hodgkin, atunci când docetaxel a fost administrat în asociere cu medicamente chimioterapice cunoscute a determina neoplazii primare secundare tratamentului. Au fost raportate (mai puțin frecvent) cazuri de leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic în studii clinice pivot efectuate la pacienți cu neoplasm mamar tratate cu TAC.

Tulburări hematologice și limfatice

La docetaxel au fost raportate supresie medulară și alte reacții adverse hematologice. A fost raportată coagulare intravasculară diseminată (CID), deseori asociată cu sepsis sau insuficiență multiplă de organ.

Tulburări ale sistemului imunitar

Au fost raportate câteva cazuri de șoc anafilactic, uneori letal.

La pacienții care au dezvoltat anterior reacții de hipersensibilitate la paclitaxel au fost raportate reacții de hipersensibilitate la docetaxel (cu frecvență necunoscută).

Tulburări ale sistemului nervos

În cazul administrării de docetaxel, au fost observate cazuri rare de convulsii sau pierdere tranzitorie a conștienței. Aceste reacții apar uneori în timpul perfuzării medicamentului.

Tulburări oculare

Au fost raportate cazuri foarte rare de tulburări de vedere tranzitorii (flash-uri, fosfene, scotoame) care apar tipic în timpul perfuziei intravenoase a medicamentului și în asociere cu reacțiile de hipersensibilitate. Acestea au fost reversibile la întreruperea definitivă a perfuziei intravenoase. Au fost raportate cazuri rare de lăcrimare cu sau fără conjunctivită, în urma obstrucției canalului nazo-lacrimonar, care determină secreție lacrimală excesivă. La pacienții tratați cu docetaxel, s-a raportat edem macular cistoid (EM cistoid).

Tulburări acustice și vestibulare

Au fost raportate cazuri rare de ototoxicitate, tulburări ale auzului și/sau pierderea auzului.

Tulburări cardiace

Au fost raportate cazuri rare de infarct miocardic.

La pacienții care au fost tratați cu docetaxel în asociere cu doxorubicină, 5-fluorouracil și/sau ciclofosfamidă, a fost raportată aritmie ventriculară, inclusiv tahicardie ventriculară (cu frecvență necunoscută), uneori letală.

Tulburări vasculare

Rar, au fost raportate evenimente tromboembolice venoase.

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Rar, au fost raportate sindrom de detresă respiratorie acută și cazuri de pneumonie/pneumonită interstițială, boală pulmonară interstițială, fibroză pulmonară și insuficiență respiratorie, uneori letale. La pacienții care au efectuat concomitent radioterapie, au fost raportate cazuri rare de pneumonită de iradiere.

Tulburări gastro-intestinale

Au fost raportate cazuri rare de enterocolită, inclusiv colită, colită ischemică și enterocolită neutropenică, care pot duce la deces (cu frecvență necunoscută).

Au fost raportate rare cazuri de deshidratare ca o consecință a evenimentelor gastro-intestinale, inclusiv enterocolită și perforație gastro-intestinală. Au fost raportate cazuri rare de ileus și obstrucție intestinală.

Tulburări hepatobiliare

Foarte rar au fost raportate cazuri de hepatită, uneori letală, în principal la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente.

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

La administrarea de docetaxel, au fost raportate cazuri de lupus eritematos cutanat, erupții buloase, cum este eritemul polimorf, și reacții adverse cutanate severe, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG). La docetaxel au fost raportate modificări asemănătoare sclerodermiei, precedate, de obicei, de limfedem periferic. Au fost raportate cazuri de alopecie permanentă (cu frecvență necunoscută).

Tulburări renale și ale căilor urinare

Au fost raportate afectarea funcției renale și insuficiență renală. La aproximativ 20% din aceste cazuri nu au existat factori de risc pentru insuficiență renală acută, precum asocierea cu medicamente nefrotoxice și tulburări gastro-intestinale.

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Rar a fost raportată reactivarea fenomenelor post-iradiere.

Reactivarea reacțiilor la nivelul locului de injectare (recurența reacțiilor cutanate la locul unde s-a produs anterior o extravazare, după administrarea de docetaxel într-un loc diferit) a fost observată la locul unde a avut loc anterior o extravazare (cu frecvență necunoscută).

Retenția de lichide nu a fost însoțită de episoade acute de oligurie sau hipotensiune arterială. Rar, au fost raportate deshidratare și edem pulmonar.

Tulburări metabolice și de nutriție

Au fost raportate cazuri de dezechilibre ale electrolitemiei. Au fost raportate cazuri de hiponatremie, asociate mai ales cu deshidratarea, vărsăturile și pneumonia. Au fost observate hipopotasemie, hipomagneziemie și hipocalcemie, de regulă în asociere cu tulburări gastrointestinale și, în special, cu diaree. A fost raportată apariția sindromului de liză tumorală, posibil letal (cu frecvență necunoscută).

Tulburări musculo-scheletice

În cazul administrării de docetaxel, a fost raportată apariția miozitei (cu frecvență necunoscută).

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii 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

S-au raportat câteva cazuri de supradozaj. Nu se cunoaște antidotul pentru supradozajul cu docetaxel. În caz de supradozaj, pacientul trebuie internat într-o unitate specializată, iar funcțiile vitale trebuie monitorizate atent. În caz de supradozaj este de așteptat exacerbarea evenimentelor adverse. Complicațiile principale posibile ale supradozajului sunt supresia măduvei osoase, neurotoxicitate periferică și inflamații ale mucoaselor. Pacienții trebuie să primească G-CSF în doze terapeutice cât mai curând posibil după descoperirea supradozajului. În funcție de necesități, se vor institui alte măsuri terapeutice simptomatice adecvate.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: taxani, codul ATC: L01CD 02

Mecanism de acțiune

Docetaxelul este un antineoplazic care acționează prin facilitarea asamblării tubulinei în microtubuli stabili și inhibă dezasamblarea lor, ceea ce duce la o scădere marcată a tubulinei libere. Legarea docetaxelului de microtubuli nu modifică numărul de protofilamente.

S-a dovedit că *in vitro* docetaxelul dezorganizează rețeaua microtubulară a celulelor, care este esențială pentru funcțiile celulare vitale din timpul mitozei și interfazei.

Efecte farmacodinamice

S-a observat că docetaxelul este citotoxic *in vitro* împotriva unor variate linii celulare tumorale murine și umane, precum și asupra unor celule proaspăt excizate din tumori umane, în studiile clonogenice. Docetaxelul atinge concentrații intracelulare mari, cu un timp de remanență prelungit. În plus, s-a observat că docetaxelul este activ pe anumite linii celulare, dar nu pe toate, cu exprimare în exces a glicoproteinei P, care este codificată de gena rezistenței plurimedicamentease. *In vivo*, acțiunea docetaxelului nu depinde de schema de administrare și are un spectru larg de acțiune antitumorală experimentală împotriva metastazelor avansate, murine și umane.

Eficacitate și siguranță clinică

Cancer mamar

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă: tratament adjuvant

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni pozitivi (TAX 316)

Datele dintr-un studiu clinic multicentric deschis, randomizat, susțin utilizarea docetaxel pentru tratamentul adjuvant al pacientelor cu cancer mamar operabil cu ganglioni pozitivi și SPK $\geq 80\%$, cu vârste între 18 și 70 ani. După stratificarea în funcție de numărul de ganglioni limfatici pozitivi (1-3, 4+), 1491 paciente au fost randomizate pentru a li se administra fie docetaxel 75 mg/m² la 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (brațul TAC), fie doxorubicină 50 mg/m², urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosamidă 500 mg/m² (brațul FAC). Ambele regimuri s-au administrat o dată la 3 săptămâni, 6 cicluri. Docetaxel a fost administrat în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, iar toate celelalte medicamente au fost administrate intravenos *in bolus*, în ziua 1. G-CSF s-a administrat ca profilaxie secundară la pacientele care au avut neutropenie complicată (neutropenie febrilă, neutropenie prelungită sau infecție). Pacientele din brațul TAC au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacina 500 mg oral, de două ori pe zi, timp de 10 zile, începând cu ziua 5 a fiecărui ciclu sau echivalent. În ambele brațe, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu receptori estrogenici și/sau progesteronici pozitivi au primit tamoxifen 20 mg/zi, timp de 5 ani.

Radioterapia adjuvantă a fost prescrisă în funcție de ghidurile în vigoare în instituțiile respective, la 69% din pacientele care au primit TAC și la 72% din pacientele care au primit FAC. Au fost realizate două analize interimare și o analiză finală. Prima analiză interimară a fost planificată la 3 ani după data la care s-a realizat jumătate din înrolarea în studiu. A doua analiză interimară a fost făcută după ce au fost înregistrate global 400 de evenimente SFB, ceea ce a condus la o perioadă de urmărire cu mediana de 55 de luni. Analiza finală a fost realizată atunci când toți pacienții au atins vizita din al 10-lea an de urmărire (cu excepția cazului în care au avut un eveniment SFB sau au fost pierduți din urmărire înainte de această vizită). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost obiectivul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost obiectivul secundar de evaluare a eficacității.

S-a realizat o analiză finală cu o perioadă de urmărire cu mediana efectivă de 96 de luni. S-a demonstrat o supraviețuire fără semne de boală semnificativ mai mare la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC. Incidența recăderilor după 10 ani a fost redusă la pacientele care au primit TAC, față de cele care au primit FAC (39% față de 45%), adică o reducere a riscului absolut cu 6% ($p = 0,0043$). De asemenea, supraviețuirea globală după 10 ani a fost crescută semnificativ în cazul TAC, față de FAC (76% față de 69%), adică o reducere absolută a riscului de deces cu 7% ($p = 0,002$). Deoarece beneficiul observat la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost semnificativ statistic privind SFB și SG, raportul pozitiv beneficiu/risc al TAC la pacienții cu 4 sau mai mulți ganglioni pozitivi nu a fost demonstrat în întregime în cadrul analizei finale.

În general, rezultatele studiului demonstrează un raport pozitiv beneficiu/risc al TAC, comparativ cu FAC.

Subseturile de paciente tratate cu TAC au fost analizate din punct de vedere al factorilor majori de prognostic, definiți prospectiv:

Subset de paciente	Număr de paciente	Supraviețuire fără semne de boală			Supraviețuire totală		
		Risc relativ*	ÎI 95%	p =	Risc relativ*	ÎI 95%	p =
Nr. de ganglioni pozitivi							
Total	745	0,80	0,68-0,93	0,0043	0,74	0,61-0,90	0,0020
1-3	467	0,72	0,58-0,91	0,0047	0,62	0,46-0,82	0,0008
4+	278	0,87	0,70-1,09	0,2290	0,87	0,67-1,12	0,2746

*un risc relativ sub 1 indică faptul că TAC se asociază cu o mai mare supraviețuire fără semne de boală și supraviețuire totală comparativ cu FAC.

Paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie (GEICAM 9805)

Date dintr-un studiu clinic multicentric, deschis, randomizat susțin utilizarea TAXOTERE în tratamentul adjuvant la paciente cu cancer mamar operabil, cu ganglioni negativi, care pot beneficia de chimioterapie.

1060 paciente au fost randomizate să primească TAXOTERE 75 mg/m² administrat timp de 1 oră după doxorubicină 50 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (539 paciente în brațul TAC), sau doxorubicină 50 mg/m² urmată de fluorouracil 500 mg/m² și ciclofosfamidă 500 mg/m² (521 paciente în brațul FAC), ca tratament adjuvant al cancerului mamar operabil, cu ganglioni negativi, la paciente cu risc crescut de recidivă, conform criteriilor St. Gallen 1998 (dimensiunea tumorii >2 cm și/sau ER și PR negativi și/sau grad histologic/nuclear crescut (grad 2 până la 3) și/sau vârsta <35 ani). Ambele scheme de tratament au fost administrate o dată la 3 săptămâni timp de 6 cicluri. TAXOTERE a fost administrat sub formă de perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, toate celelalte medicamente au fost administrate pe cale intravenoasă în ziua 1 la fiecare trei săptămâni. Profilaxia primară cu G-CSF a

devenit obligatorie după ce au fost randomizate 230 paciente în brațul TAC. Incidența neutropeniei de grad 4, neutropeniei febrile și infecției neutropenice a scăzut la pacientele care au primit profilaxie primară cu G-CSF (vezi pct. 4.8). În ambele brațe de tratament, după ultimul ciclu de chimioterapie, pacientele cu tumori ER+ și/sau PgR+ au fost tratate cu tamoxifen 20 mg o dată pe zi timp de până la 5 ani. Radioterapia adjuvantă a fost administrată în conformitate cu ghidurile în vigoare în clinicile participante și a fost administrată la 57,3% dintre pacientele care au primit tratament cu TAC și 51,2% dintre pacientele care au primit tratament cu FAC.

Au fost efectuate o analiză primară și o analiză actualizată. Analiza primară a fost efectuată atunci când toți pacienții aveau o durată a perioadei de urmărire mai mare de 5 ani (durata mediană a perioadei de urmărire de 77 luni). Analiza actualizată a fost efectuată atunci când toți pacienții au ajuns la vizita din al 10-lea an al perioadei de urmărire (durata mediană a perioadei de urmărire de 10 ani și 5 luni) (cu excepția cazului în care au prezentat supraviețuire fără semne de boală sau au fost pierduți anterior din urmărire). Supraviețuirea fără semne de boală (SFB) a fost criteriul principal de evaluare a eficacității, iar supraviețuirea globală (SG) a fost criteriul secundar de evaluare a eficacității.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, s-a demonstrat supraviețuirea fără semne de boală semnificativ mai lungă pentru brațul TAC, comparativ cu brațul FAC. Pacientele tratate cu TAC au avut o reducere cu 32% a riscului de recidivă comparativ cu cele tratate cu FAC (risc relativ = 0,68, ÎI 95% (0,49-0,93), $p = 0,01$). După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 16,5% a riscului de recidivă, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,84, ÎI 95% (0,65-1,08), $p=0,1646$). Datele privind SFB nu au fost semnificative statistic, dar s-au asociat totuși cu o tendință pozitivă în favoarea TAC.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 77 luni, supraviețuirea globală (SG) a fost mai mare în brațul TAC, pacientele tratate cu TAC având o scădere cu 24% a riscului de deces comparativ cu FAC (risc relativ = 0,76, ÎI 95% (0,46-1,26), $p = 0,29$). Cu toate acestea, distribuția SG nu a fost semnificativ diferită între cele 2 grupuri.

După perioada de urmărire cu durata mediană de 10 ani și 5 luni, pacienții tratați cu TAC au prezentat o scădere cu 9% a riscului de deces, comparativ cu pacienții tratați cu FAC (risc relativ = 0,91, ÎI 95% (0,63-1,32)).

Rata de supraviețuire după o perioadă de urmărire de 8 ani a fost de 93,7% în brațul TAC și de 91,4% în brațul FAC, iar după o perioadă de urmărire de 10 ani a fost de 91,3% în brațul TAC și de 89% în brațul FAC.

Raportul beneficiu/risc pozitiv pentru TAC, comparativ cu FAC a rămas nemodificat.

Subseturile de pacienți tratați cu TAC au fost analizate în analiza primară (după o perioadă mediană de urmărire de 77 luni) în conformitate cu principalii factori de prognostic definiți prospectiv (vezi tabelul de mai jos):

Analize subset-studiu cu tratament adjuvant la paciente cu cancer mamar cu ganglioni negativi (analiză în intenție de tratament)

Subset pacientă	Număr de paciente în grupul TAC	Supraviețuire fără semne de boală	
		Risc relativ*	ÎI 95%
Total	539	0,68	0,49-0,93
Vârstă categoria 1			
<50 ani	260	0,67	0,43-1,05
≥50 ani	279	0,67	0,43-1,05
Vârstă categoria 2			
<35 ani	42	0,31	0,11-0,89
≥35 ani	497	0,73	0,52-1,01
Status receptor hormonal			
Negativ	195	0,7	0,45-1,1
Pozitiv	344	0,62	0,4-0,97
Dimensiunea tumorii			
≤2 cm	285	0,69	0,43-1,1
>2 cm	254	0,68	0,45-1,04
Grad histologic			
Grad 1 (include grad neevaluat)	64	0,79	0,24-2,6
Grad 2	216	0,77	0,46-1,3
Grad 3	259	0,59	0,39-0,9
Status de menopauză			
Pre-menopauză	285	0,64	0,40-1
Post- menopauză	254	0,72	0,47-1,12

*un risc relativ (TAC/FAC) mai mic de 1 indică faptul că TAC este asociat cu o supraviețuire fără semne de boală mai mare comparativ cu FAC.

Analize subgrup experimental pentru supraviețuirea fără semne de boală la paciente care întrunesc criteriile St. Gallen 2009 pentru chimioterapie – (populație ITT) au fost efectuate și prezentate mai jos:

	TAC	FAC	Risc relativ (TAC/FAC)	
Subgrupuri	(n=539)	(n=521)	(ÎI 95%)	valoare p
Întrunind indicația relativă pentru chimioterapie ^a				
Nu	18/214 (8,4%)	26/227 (11,5%)	0,796 (0,434 – 1,459)	0,4593
Da	48/325 (14,8%)	69/294 (23,5%)	0,606 (0,42 – 0,877)	0,0072

TAC = docetaxel, doxorubicină și ciclofosfamidă

FAC = 5-fluorouracil, doxorubicină și ciclofosfamidă

ÎI = interval de încredere; ER = receptor pentru estrogen

PR = receptor pentru progesteron

^a ER/PR-negativ sau grad 3 sau dimensiune a tumorii >5 cm

Riscul relativ a fost estimat utilizând modelul Cox de risc proporțional cu grupul de tratament ca factor.

TAXOTERE în monoterapie

Două studii randomizate comparative de fază III, efectuate cu docetaxel în doză și regimul recomandat, de 100 mg/m² administrate o dată la 3 săptămâni, au inclus un total de 326 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, respectiv 392 pacienți cu cancer mamar metastazat cu eșec la terapia cu antraciline.

La pacienții cu eșec la terapia cu agenți alchilanți, docetaxelul (75 mg/m² o dată la 3 săptămâni) a fost comparat cu doxorubicina. Docetaxelul a crescut rata de răspuns (52% față de 37%, p = 0,01) și a scăzut timpul de răspuns (12 săptămâni față de 23 săptămâni, p = 0,007), fără a modifica timpul de supraviețuire totală (docetaxel 15 luni față de doxorubicină 14 luni, p = 0,38) sau timpul până la progresie (docetaxel 27 săptămâni față de doxorubicină 23 săptămâni, p = 0,54). Dintre pacienții tratați cu docetaxel, 3 (2%) au întrerupt definitiv tratamentul datorită retenției de lichide, în comparație cu 15 pacienți tratați cu doxorubicină (9%), care au întrerupt definitiv tratamentul datorită toxicității cardiace (3 cazuri de insuficiență cardiacă congestivă letală).

La pacienții cu eșec la terapia cu antraciline, docetaxelul a fost comparat cu asocierea mitomicină C și vinblastină (12 mg/m² o dată la 6 săptămâni și 6 mg/m² o dată la 3 săptămâni). Docetaxelul crește rata de răspuns (33% față de 12%, p < 0,0001), prelungeste timpul până la progresie (19 săptămâni față de 11 săptămâni, p = 0,0004) și a prelungit supraviețuirea totală (11 luni față de 9 luni, p = 0,01).

În timpul acestor studii de fază III, profilul de siguranță al docetaxelului a fost în concordanță cu cel observat în studiile de faza II (vezi pct. 4.8).

S-a efectuat un studiu deschis, multicentric, randomizat, de fază III, pentru a compara docetaxel în monoterapie cu paclitaxel, în tratamentul cancerului mamar avansat, la pacienți a căror terapie anterioară a inclus o antracilină. Un total de 449 pacienți au fost randomizate pentru a primi fie docetaxel în monoterapie 100 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, fie paclitaxel 175 mg/m², în perfuzie intravenoasă cu durata de 3 ore. Ambele regimuri au fost administrate o dată la 3 săptămâni.

Fără a influența obiectivul final principal sau rata de răspuns global (32% față de 25%, p = 0,10), docetaxelul a prelungit timpul median până la progresie (24,6 săptămâni față de 15,6 săptămâni; p < 0,01) și supraviețuirea mediană (15,3 luni față de 12,7 luni; p = 0,03).

La docetaxel în monoterapie au fost observate mai multe evenimente adverse de grad 3/4 (55,4%), comparativ cu paclitaxel (23,0%).

TAXOTERE în asociere cu doxorubicină

Un studiu amplu, randomizat, comparativ de fază III, care a cuprins 429 pacienți cu cancer mamar metastazat netratat anterior, a fost realizat cu doxorubicină 50 mg/m² în asociere cu docetaxel 75 mg/m² (brațul AT) comparativ cu doxorubicină 60 mg/m² în asociere cu ciclofosamidă 600 mg/m² (brațul AC). Ambele regimuri s-au administrat în ziua 1 o dată la 3 săptămâni.

- Timpul până la progresie (TPP) a fost semnificativ mai lung în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,0138). TPP median a fost 37,3 săptămâni (ÎI 95%: 33,4 - 42,1) în brațul AT și 31,9 săptămâni (ÎI 95%: 27,4 - 36,0) în brațul AC.
- Rata de răspuns global (RRG) a fost semnificativ mai mare în brațul AT comparativ cu brațul AC (p = 0,009). RRG a fost de 59,3% (ÎI 95%: 52,8 - 65,9) în brațul AT comparativ cu 46,5% (ÎI 95%: 39,8 - 53,2) în brațul AC.

În acest studiu, în brațul AT a existat o incidență mai mare a neutropeniei severe (90% față de 68,6%), neutropeniei febrile (33,3% față de 10%), infecțiilor (8% față de 2,4%), diareei (7,5% față de 1,4%), asteniei (8,5% față de 2,4%) și a durerii (2,8% față de 0%), comparativ cu brațul AC. Pe de altă parte, în brațul AC a existat o incidență crescută a anemiei severe (15,8% față de 8,5%) comparativ cu brațul AT și, în plus, o incidență crescută a toxicității cardiace severe: insuficiență cardiacă congestivă (3,8% față de 2,8%), scădere absolută a FEVS $\geq 20\%$ (13,1% față de 6,1%), scădere absolută a FEVS $\geq 30\%$ (6,2% față de 1,1%). Decesul datorită reacțiilor adverse a survenit la 1 pacient din brațul AT

(insuficiență cardiacă congestivă) și la 4 pacienți din brațul AC (1 prin șoc septic și 3 prin insuficiență cardiacă congestivă).

În ambele brațe, calitatea vieții, măsurată prin chestionarul EORTC, a fost comparabilă și stabilă în timpul tratamentului și ulterior.

TAXOTERE în asociere cu trastuzumab

Docetaxel în asociere cu trastuzumab a fost studiat pentru tratamentul pacientelor cu cancer mamar metastazat ale căror tumori exprimă în exces HER2 și care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. O sută optzeci și șase paciente au fost randomizate pentru a primi docetaxel (100 mg/m²), cu sau fără trastuzumab, dintre care 60% paciente au primit anterior chimioterapie adjuvantă pe bază de antracicline. Docetaxel plus trastuzumab a fost eficace la paciente, indiferent dacă au primit sau nu terapie adjuvantă cu antracicline. În acest studiu pivot, principala metodă de testare utilizată pentru a determina prezența HER2 a fost imunohistochimia (IHC). O mică parte din paciente au fost testate utilizând hibridizarea *in situ* cu fluorescență (HISF). În acest studiu, 87% din paciente au avut boală IHC 3+ și 95% din pacientele incluse au avut boală IHC 3+ și/sau pozitivă la testul HISF. Rezultatele de eficacitate sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Parametru	Docetaxel plus trastuzumab ¹ n = 92	Docetaxel ¹ n = 94
Rata de răspuns (95% ÎI 95%)	61% (50-71)	34% (25-45)
Durata mediană a răspunsului (luni) (ÎI 95%)	11,4 (9,2-15,0)	5,1 (4,4-6,2)
TPP median (luni) (ÎI 95%)	10,6 (7,6-12,9)	5,7 (5,0-6,5)
Supraviețuirea mediană (luni) (ÎI 95%)	30,5 ² (26,8-ne)	22,1 ² (17,6-28,9)

TPP = timpul până la progresie; "ne" indică faptul că nu a putut fi estimat sau nu a fost încă atins.

¹ Set complet de analiză (în intenția de tratament)

² Supraviețuirea mediană estimată

TAXOTERE în asociere cu capecitabină

Datele unui studiu de fază III, multicentric, randomizat, susțin utilizarea docetaxel în asociere cu capecitabină în tratamentul pacientelor cu cancer mamar avansat loco-regional sau metastazat, după eșecul terapiei citotoxice care a inclus o antraciclină. În acest studiu, 255 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel (75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, la fiecare 3 săptămâni) și capecitabină (1250 mg/m² de două ori pe zi timp de 2 săptămâni, urmat de 1 săptămână pauză). 256 paciente au fost randomizate pentru tratament cu docetaxel în monoterapie (100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, o dată la 3 săptămâni). Supraviețuirea a fost superioară în brațul docetaxel + capecitabină (p = 0,0126). Supraviețuirea mediană a fost de 442 zile (docetaxel + capecitabină) față de 352 zile (docetaxel în monoterapie). Ratele globale de răspuns obiectiv în toată populația randomizată (evaluarea investigatorului) a fost de 41,6% (docetaxel + capecitabină) față de 29,7% (docetaxel în monoterapie); p = 0,0058. Timpul până la progresia bolii fost superior în brațul docetaxel + capecitabină (p < 0,0001). Timpul median până la progresie a fost de 186 zile (docetaxel + capecitabină) față de 128 zile (docetaxel în monoterapie).

Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici

Pacienți tratați anterior cu chimioterapice, cu sau fără radioterapie

Într-un studiu de fază III, care a cuprins pacienți tratați anterior, timpul până la progresie (12,3 săptămâni față de 7 săptămâni) a fost semnificativ mai lung pentru docetaxel în doză de

75 mg/m² comparativ cu Cea mai Bună Terapie de Susținere. Supraviețuirea la 1 an a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă în brațul cu docetaxel (40%) față de CBTS (16%).

La pacienții tratați cu docetaxel 75 mg/m² s-a redus necesarul de analgezice opioide (p < 0,01), analgezice non-opioide (p < 0,01), alte medicamente pentru boală (p = 0,06) și de radioterapie (p < 0,01) comparativ cu CBTS.

Rata de răspuns global a fost de 6,8% la pacienții evaluabili, iar durata medie a răspunsului a fost de 26,1 săptămâni.

TAXOTERE în asociere cu derivați de platină la pacienții care nu au mai primit chimioterapie

Într-un studiu de fază III, 1218 pacienți cu CBPADCM nerezecabil, stadiul IIIB sau IV, cu SPK de 70% sau peste și care nu au primit anterior chimioterapie pentru această afecțiune, au fost randomizați pentru docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră, urmat imediat de cisplatină (Cis) 75 mg/m² timp de 30-60 minute, o dată la 3 săptămâni (TCis), docetaxel 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durata de 1 oră în asociere cu carboplatină (ASC 6 mg/ml minut) timp de 30-60 minute o dată la 3 săptămâni, sau vinorelbina (V) 25 mg/m² administrată în 6-10 minute în zilele 1, 8, 15, 22, urmată de cisplatină 100 mg/m² administrată în zilele 1 ale ciclurilor o dată la 4 săptămâni (VCis).

Datele despre supraviețuire, timpul median până la progresie și ratele de răspuns pentru două din brațele studiului sunt prezentate în tabelul următor:

	TCis n = 408	VCis n = 404	Analiză statistică
Supraviețuirea globală (Obiectivul final principal):			
Supraviețuirea mediană (luni)	11,3	10,1	Risc relativ: 1,122 [Î 97,2%: 0,937; 1,342]*
Supraviețuirea la 1 an (%)	46	41	Diferență de tratament: 5,4% [Î 95%: -1,1; 12,0]
Supraviețuirea la 2 ani (%)	21	14	Diferență de tratament: 6,2% [Î 95%: 0,2; 12,3]
Timpul median până la progresie (săptămâni):	22,0	23,0	Risc relativ: 1,032 [Î 95%: 0,876; 1,216]
Rata de răspuns global (%):	31,6	24,5	Diferență de tratament: 7,1% [Î 95%: 0,7; 13,5]

*: Corectat pentru comparații multiple și ajustat pentru factorii de stratificare (stadiul bolii și regiunea tratamentului), pe baza populației de pacienți evaluabili.

Obiectivele finale secundare au inclus modificarea durerii, evaluarea globală a calității vieții prin EuroQoL-5D, Scala Simptomelor Cancerului Bronhopulmonar și modificările indicelui de performanță Karnofsky. Rezultatele pentru aceste obiective finale au susținut rezultatele pentru obiectivele finale principale.

Pentru asocierea docetaxel / carboplatină, nu a putut fi demonstrată eficacitate echivalentă sau non-inferioară față de tratamentul de referință, asocierea VCis.

Cancer de prostată

Cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare

Siguranța și eficacitatea docetaxel în asociere cu prednison sau prednisolon la pacienții cu cancer de prostată metastazat, rezistent la castrare, au fost evaluate într-un studiu de fază III, multicentric, randomizat (TAX 327). Un total de 1006 pacienți cu SPK >60 au fost randomizați în următoarele grupuri:

- Docetaxel 75 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.
- Docetaxel 30 mg/m², administrat săptămânal în primele 5 săptămâni dintr-un ciclu de 6 săptămâni, 5 cicluri.
- Mitoxantronă 12 mg/m², o dată la 3 săptămâni, 10 cicluri.

Toate cele trei regimuri au fost administrate în asociere cu prednison sau prednisolon 5 mg de două ori pe zi, continuu.

Pacienții care au primit docetaxel o dată la 3 săptămâni au demonstrat o supraviețuire globală semnificativ mai lungă decât cei tratați cu mitoxantronă. Prolungirea supraviețuirii observată în grupul care a primit docetaxel săptămânal, nu a fost semnificativă statistic față de grupul martor cu mitoxantronă. Obiectivele finale privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul martor, sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Obiectiv final	Docetaxel o dată la 3 săptămâni	Docetaxel în fiecare săptămână	Mitoxantronă o dată la 3 săptămâni
Număr de pacienți	335	334	337
Supraviețuire mediană (luni)	18,9	17,4	16,5
Î 95%	(17,0-21,2)	(15,7-19,0)	(14,4-18,6)
Risc relativ	0,761	0,912	--
Î 95%	(0,619-0,936)	(0,747-1,113)	--
valoare p †*	0,0094	0,3624	--
Număr de pacienți	291	282	300
Rata de răspuns a ASP** (%)	45,4	47,9	31,7
Î 95%	(39,5-51,3)	(41,9-53,9)	(26,4-37,3)
valoare p *	0,0005	<0,0001	--
Număr de pacienți	153	154	157
Rata de răspuns a durerii (%)	34,6	31,2	21,7
Î 95%	(27,1-42,7)	(24,0-39,1)	(15,5-28,9)
valoare p*	0,0107	0,0798	--
Număr de pacienți	141	134	137
Rata de răspuns a tumorii (%)	12,1	8,2	6,6
Î 95%	(7,2-18,6)	(4,2-14,2)	(3,0-12,1)
valoare p*	0,1112	0,5853	--

† Test log rank stratificat

*Minim pentru semnificație statistic = 0,0175

**ASP: Antigen specific prostatic

Având în vedere că docetaxel administrat săptămânal a avut un profil de siguranță ușor mai bun decât docetaxel administrat o dată la 3 săptămâni, este posibil ca anumiți pacienți să beneficieze de docetaxel administrat săptămânal.

Nu au fost observate diferențe statistice între grupurile de tratament în ceea ce privește Calitatea Globală a Vieții.

Cancerul de prostată metastazat, hormono-sensibil

Studiul STAMPEDE

Siguranța și eficacitatea docetaxelului administrat concomitent cu standardul de tratament (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, sau răspândit local, cu risc crescut, au fost evaluate în cadrul unui studiu randomizat, multicentric, cu multiple stadii și brațe de tratament (*multi-arm multi-stage* MAMS), cu un design adaptat combinat de fază II/III (STAMPEDE - MRC PR08). Un total de 1776 pacienți de sex masculin au fost repartizați în brațele de tratament de interes:

- Standard de tratament + docetaxel 75 mg/m², administrat la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- Numai standardul de tratament

Schema de tratament cu docetaxel a fost administrată în asociere cu prednison sau prednisolon în doză de 5 mg, administrată de două ori pe zi, continuu.

Dintre cei 1776 pacienți randomizați, 1086 (61%) au avut boală metastatică, 362 au fost randomizați pentru administrarea de docetaxel în asociere cu standardul de tratament, 724 pentru administrarea numai a standardului de tratament.

La acești pacienți cu cancer de prostată metastazat, valoarea mediană a supraviețuirii globale a fost semnificativ mai mare în grupurile de tratament cu docetaxel, decât în grupul în care s-a administrat numai standardul de tratament, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 19 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la standardul de tratament (RR = 0,76, ÎI 95% = 0,62-0,92, p=0,005).

Rezultatele privind eficacitatea la pacienții cu cancer de prostată metastazat pentru brațul cu docetaxel, față de brațul de control, sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului în asociere cu prednison sau prednisolon și standardul de tratament în terapia pacienților cu cancer de prostate metastazat, hormono-sensibil (STAMPEDE)

Criteriu final de evaluare	Docetaxel + standardul de tratament	Numai standardul de tratament
Număr de pacienți cu cancer de prostată metastazat	362	724
Valoarea mediană a supraviețuirii globale (luni)	62	43
ÎI 95%	51-73	40-48
Risc relativ ajustat		0,76
ÎI 95%		(0,62-0,92)
valoarea p ^a		0,005
Supraviețuire fără eșecul tratamentului ^b		
Mediană (luni)	20,4	12
ÎI 95%	16,8-25,2	9,6-12
Risc relativ ajustat		0,66
ÎI 95%		(0,57-0,76)
Valoarea p ^a		< 0,001

^a valoarea p calculată prin testul raportului de probabilitate și ajustată pentru toți factorii de stratificare (cu excepția terapiei hormonale centrate și planificate) și stratificată în funcție de perioada din studiu

^b Supraviețuire fără eșec al tratamentului: perioada de timp de la randomizare până la prima dovadă a cel puțin uneia dintre: eșec din punct de vedere biochimic (definit ca o creștere a valorii PSA cu 50% mai mult decât valoarea minimă (nadir) din săptămâna 24 și peste 4 ng/ml și confirmată prin retestare sau tratament); progresie fie locală, în ganglionii limfatici, sau prin metastaze la distanță; eveniment la nivel scheletic; sau deces din cauza cancerului de prostată.

Studiul CHAARTED

Siguranța și eficacitatea administrării docetaxelului la începutul terapiei de deprivare androgenică (TDA) la pacienții cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil, au fost evaluate într-un studiu randomizat, multicentric, de fază III (CHAARTED). Un total de 790 pacienți de sex masculin au fost repartizați în cele 2 grupuri de tratament.

- TDA + docetaxel 75 mg/m² cu administrare la începutul TDA, la interval de 3 săptămâni, timp de 6 cicluri
- TDA singur

Supraviețuirea globală mediană a fost semnificativ mai lungă în grupul de tratament cu docetaxel, decât în grupul cu numai cu TDA, cu o valoare mediană a supraviețuirii globale cu 13,6 luni mai mare în cazul adăugării docetaxelului la TDA (risc relativ (RR) = 0,61, interval de încredere (ÎI) 95% = 0,47-0,80, p=0,0003).

Rezultatele privind eficacitatea pentru brațul cu docetaxel față de brațul de control sunt prezentate pe scurt în următorul tabel:

Eficacitatea docetaxelului și TDA în tratamentul pacienților cu cancer de prostată metastazat, hormono-sensibil (CHAARTED)

Criteria final de evaluare	Docetaxel +TDA	Numai TDA
Număr de pacienți	397	393
Supraviețuirea globală mediană (luni)		
Toți pacienții	57,6	44,0
Î 95%	49,1-72,8	34,4-49,1
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,47-0,80)	--
Valoarea p ^a	0,0003	--
Supraviețuire fără progresia bolii		
Mediană (luni)	19,8	11,6
Î 95%	16,7-22,8	10,8-14,3
Risc relativ ajustat	0,60	--
Î 95%	0,51-0,72	--
Valoarea p*	P<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 6 luni – N(%)	127 (32,0)	77 (19,6)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Răspunsul privind valoarea PSA** la 12 luni – N(%)	110 (27,7)	66 (16,8)
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare ^b		
Mediană (luni)	20,2	11,7
Î 95%	(17,2-23,6)	(10,8-14,7)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,51-0,72)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--
Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic ^c		
Mediană (luni)	33,0	19,8
Î 95%	(27,3-41,2)	(17,9-22,8)
Risc relativ ajustat	0,61	--
Î 95%	(0,50-0,75)	--
Valoarea p ^a *	<0,0001	--

^a Variabile timp până la eveniment: test log-rank stratificat.

Variabile privind rata de răspuns: testul exact Fisher

* valoarea p pentru scop descriptiv.

** răspunsul privind PSA: răspunsul privind *Prostate-Specific Antigen*: valoarea PSA <0,2 ng/ml determinată prin două analize consecutive, la cel puțin 4 săptămâni distanță.

^b Perioada de timp până la instalarea cancerului de prostată rezistent la castrare = perioada de timp de la randomizare până la progresia PSA sau progresia clinică (adică creșterea metastazelor osoase simptomatice, progresie conform criteriilor *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (RECIST), sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului), oricare se instalează mai întâi.

^c Perioada de timp până la progresia din punct de vedere clinic = perioada de timp de la randomizare până la progresia clinică (adică creșterea simptomelor metastazelor osoase; progresie conform criteriilor RECIST; sau deteriorarea stării clinice din cauza cancerului conform opiniei investigatorului).

Adenocarcinom gastric

A fost efectuat un studiu multicentric, deschis, randomizat, pentru a se evalua siguranța și eficacitatea docetaxel în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric metastazat, inclusiv adenocarcinom al joncțiunii gastro-esofagiene, care nu au primit chimioterapie anterioară pentru boala metastatică. Un total de 445 pacienți cu SPK >70 au fost tratați fie cu docetaxel (T) (75 mg/m² în ziua 1) în asociere cu cisplatină (C) (75 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (F) (750 mg/m² și zi, timp de 5 zile) sau cisplatină (100 mg/m² în ziua 1) și 5-fluorouracil (1000 mg/m² și zi, timp de 5 zile). Durata unui ciclu de tratament a fost de 3 săptămâni pentru brațul TCF și de 4 săptămâni pentru brațul CF. Numărul median de cicluri administrate unui pacient a fost de 6 (interval de 1-16) pentru brațul TCF, comparativ cu 4 (interval de 1-12) pentru brațul CF. Timpul până la progresie (TPP) a fost obiectivul final principal. Reducerea riscului de progresie a fost de 32,1% și a fost asociat cu un TPP semnificativ mai lung (p = 0,0004) în favoarea brațului TCF. Supraviețuirea globală a fost, de asemenea, semnificativ mai lungă (p = 0,0201) în favoarea brațului TCF, cu o reducere a riscului de mortalitate de 22,7%. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate pe scurt în tabelul următor:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul pacienților cu adenocarcinom gastric

Obiectiv final	TCF n = 221	CF n = 224
TPP median (luni) (Î 95%)	5,6 (4,86-5,91)	3,7 (3,45-4,47)
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,473 (1,189-1,825) 0,0004	
Supraviețuire mediană (luni) (Î 95%)	9,2 (8,38-10,58)	8,6 (7,16-9,46)
Estimat la 2 ani (%)	18,4	8,8
Risc relativ (Î 95%) *valoare p	1,293 (1,041-1,606) 0,0201	
Rata de răspuns global (RC+RP) (%)	36,7	25,4
valoare p	0,0106	
Boală progresivă ca cel mai bun răspuns global (%)	16,7	25,9

* Test log rank nestratificat

Analizele subgrupurilor în funcție de vârstă, sex și rasă au favorizat sistematic brațul TCF comparativ cu brațul CF.

O analiză actualizată a supraviețuirii efectuată cu o durată mediană de urmărire de 41,6 luni, nu a mai arătat o diferență semnificativă statistic, deși întotdeauna în favoarea regimului TCF și a arătat că beneficiul TCF față de CF se observă clar între 18 și 30 luni de urmărire.

Per ansamblu, calitatea vieții (CV) și rezultatele privind beneficiul clinic au indicat sistematic o îmbunătățire în favoarea brațului TCF. Pacienții tratați cu TCF au avut un timp mai lung până la deteriorarea definitivă cu 5% a indicelui global al sănătății conform chestionarului QLQ-C30 (p = 0,0121) și au avut un timp mai lung până la agravarea definitivă a indicelui de performanță Karnofsky (p = 0,0088) comparativ cu pacienții tratați cu CF.

Cancer al capului și gâtului

- Chimioterapie de inducție urmată de radioterapie (TAX 323)

Siguranța și eficacitatea docetaxelului pentru tratamentul de inducție la pacienți cu carcinom cu celule scuamoase al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu clinic de fază III, randomizat, deschis, multicentric (TAX 323). În acest studiu, 358 pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul dintre cele două brațe de tratament.

Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² urmat de cisplatină 75 mg/m² urmată de 5-fluorouracil 750 mg/m² pe zi în perfuzie intravenoasă continuă timp de 5 zile. Această schemă de tratament a fost administrată la fiecare trei săptămâni timp de 4 cicluri în cazul în care cel puțin un răspuns minor ($\geq 25\%$ reducere în dimensiunea tumorii măsurată bidimensional) a fost observat după 2 cicluri. La sfârșitul chimioterapiei, într-un interval minim de 4 săptămâni și într-un interval maxim de 7 săptămâni, pacienții a căror boală nu a progresat au primit radioterapie (RT) conform ghidurilor în vigoare timp de 7 săptămâni (TPF/RT). Radioterapia locoregională s-a efectuat în formă convențională (1,8 Gy - 2,0 Gy o dată pe zi, 5 zile pe săptămână cu o doză totală de 66 până la 70 Gy) sau în regim accelerat/hiperfracționat (de două ori pe zi, cu un interval de minim 6 ore între ședințe, timp de 5 zile pe săptămână. Pentru formele de radioterapie accelerată s-a recomandat o doză totală de 70 Gy, iar pentru formele de radioterapie hiperfracționată, 74 Gy. Rezecția chirurgicală a fost permisă după chimioterapie, înainte sau după radioterapie. Pacienții din brațul de tratament TPF au primit profilaxie antibiotică cu ciprofloxacină 500 mg de două ori pe zi, oral, timp de 10 zile începând din a 5-a zi a fiecărui ciclu sau un echivalent. Obiectivul final principal în acest studiu, supraviețuirea fără progresie a bolii (SFP), a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu PF, $p = 0,0042$ (SFP mediană: 11,4 luni versus 8,3 luni) cu un timp de supraveghere median global de 33,7 luni. De asemenea, supraviețuirea mediană globală a fost semnificativ mai mare în favoarea brațului TPF comparativ cu PF (SG mediană: 18,6 luni versus 14,5 luni) cu o scădere a mortalității de 28%, $p = 0,0128$. Rezultatele în ceea ce privește eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienți cu CCSCG avansat local, inoperabil (Analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 177	Cis + 5-FU n = 181
Supraviețuire mediană fără progresie a bolii (luni) (ÎI 95%)	11,4 (10,1-14,0)	8,3 (7,4-9,1)
Riscul relativ ajustat (ÎI 95%) *valoarea p	0,70 (0,55-0,89) 0,0042	
Supraviețuire mediană (luni) (ÎI 95%)	18,6 (15,7-24,0)	14,5 (11,6-18,7)
Riscul relativ (ÎI 95%) ** valoarea p	0,72 (0,56-0,93) 0,0128	
Cel mai bun răspuns global la chimioterapie (%) (ÎI 95%) *** valoarea p	67,8 (60,4-74,6)	53,6 (46,0-61,0)
Cel mai bun răspuns global la tratamentul din studiu [chimioterapie +/- radioterapie] (%) (ÎI 95%) *** valoarea p	0,006	
	72,3 (65,1-78,8)	58,6 (51,0-65,8)
Durata mediană de răspuns la chimioterapie ± radioterapie (luni) (ÎI 95%)	n = 128 15,7 (13,4-24,6)	n = 106 11,7 (10,2-17,4)
Riscul relativ (ÎI 95%) ** valoarea p	0,72 (0,52-0,99) 0,0457	

Riscul relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + 5-FU

* Model Cox (ajustare pentru localizarea primară a tumorii, stadii clinice T, N și PSWHO)

** Test log rank

*** Test chi-pătrat

Parametrii calității vieții

Pacienții tratați cu TPF au prezentat o deteriorare semnificativ mai mică a scorului global de sănătate comparativ cu cei tratați cu PF ($p = 0,01$, utilizând scala EORTC QLQ-C30).

Parametrii de beneficiu clinic

Parametrii de beneficiu clinic ai scalei de evaluare a stării fizice PSS-HN, specifice cancerului capului și gâtului, care sunt măsurarea inteligibilității vorbirii, abilitatea de a mânca în public și de a se alimenta normal, au fost semnificativ în favoarea TFP comparativ cu PF.

Timpul median până la prima deteriorare a stării fizice conform scalei WHO a fost semnificativ mai mare în brațul de tratament cu TPF comparativ cu brațul de tratament cu PF. Scorul de intensitate a durerii s-a îmbunătățit în timpul tratamentului în ambele grupuri de tratament indicând o abordare terapeutică adecvată a durerii.

- **Chimioterapie de inducție urmată de chimioradioterapie (TAX 324)**

Siguranța și eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție la pacienții cu carcinom cu celule scuamoase, avansat local, al capului și gâtului (CCSCG) au fost evaluate într-un studiu de fază III, randomizat, multicentric, deschis (TAX 324). În acest studiu, 501 pacienți cu CCSCG avansat local și cu status de performanță WHO 0 sau 1, au fost randomizați într-unul din cele două brațe. Populația studiului a inclus pacienți cu tumoră tehnic nerezecabilă, pacienți cu probabilitate mică de tratament chirurgical și pacienți la care se ținește păstrarea organului. Evaluarea eficacității și siguranței s-a făcut numai pe baza criteriilor finale de supraviețuire, iar succesul păstrării organului nu a fost luat în considerare în mod oficial. Pacienții din brațul cu docetaxel au primit docetaxel (T) 75 mg/m² în perfuzie intravenoasă din ziua 1, urmată de cisplatină (P) 100 mg/m² administrată în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la 3 ore, urmată de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi, în perfuzie intravenoasă continuă din ziua 1 până în ziua 4. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit chimioradioterapie (CRT) conform protocolului (TPF/CRT). Pacienții din brațul cu comparator au primit cisplatină (P) 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de 30 minute până la trei ore în ziua 1, urmată de perfuzie intravenoasă continuă de 5-fluorouracil (F) 1000 mg/m² și zi din ziua 1 până în ziua 5. Ciclurile s-au repetat la fiecare 3 săptămâni, de câte 3 ori. Toți pacienții care nu au avut boală progresivă au primit CRT conform protocolului (PF/CRT).

Pacienții din ambele brațe de tratament au primit CRT timp de 7 săptămâni după chimioterapia de inducție cu un interval minim de 3 săptămâni și nu mai târziu de 8 săptămâni după începerea ultimului ciclu (ziua 22 până la ziua 56 ale ultimului ciclu). În timpul radioterapiei, s-a administrat carboplatină (ASC 1,5) în perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, maxim 7 doze. Radioterapia a fost aplicată cu echipament de megavoltaj cu fracționare o dată pe zi (2 Gy pe zi și săptămână timp de 7 săptămâni, în doză totală de 70-72 Gy). Tratamentul chirurgical la nivelul localizării principale a bolii și/sau la nivelul gâtului a putut fi luat în considerare la orice moment după încheierea CRT. Toți pacienții din brațul cu docetaxel au primit antibioterapie profilactică. Obiectivul principal de evaluare a eficacității în acest studiu, supraviețuirea globală (SG) a fost semnificativ mai mare (test log rank, $p = 0,0058$) în cazul schemei de tratament cu docetaxel, comparativ cu PF (SG mediană 70,6 versus 30,1 luni respectiv), cu reducerea riscului de mortalitate cu 30% comparativ cu PF (risc relativ (RR) = 0,70, interval de încredere (Î) 95% = 0,54-0,90), cu timp median de urmărire de 41,9 luni. Obiectivul secundar de evaluare a eficacității, SFP (35,5 luni pentru TPF și 13,1 pentru PF). De asemenea, aceasta a fost semnificativă statistic pentru RR de 0,71 Î 95% 0,56 - 0,90; test log rank $p = 0,004$. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Eficacitatea docetaxelului în tratamentul de inducție al pacienților cu CCSCG avansat local (analiză în intenție de tratament)

Obiectiv final	Docetaxel + Cis + 5-FU n = 255	Cis + 5-FU n = 246
Supraviețuire globală mediană (luni) (ÎÎ 95%)	70,6 (49,0-NA)	30,1 (20,9-51,5)
Risc relativ: (ÎÎ 95%) *valoarea p	0,70 (0,54-0,90) 0,0058	
FPS mediană (luni) (ÎÎ 95%)	35,5 (19,3-NA)	13,1 (10,6 – 20,2)
Risc relativ: (ÎÎ 95%) *valoarea p	0,71 (0,56 - 0,90) 0,004	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) la chimioterapie (%) (ÎÎ 95%)	71,8 (65,8-77,2)	64,2 (57,9-70,2)
*** valoarea p	0,070	
Cel mai bun răspuns global (CR + PR) a tratamentul din studiu [chimioterapie +/- chimioradioterapie] (%) (ÎÎ 95%)	76,5 (70,8-81,5)	71,5 (65,5-77,1)
*** valoarea p	0,209	

Un risc relativ sub 1 favorizează docetaxel + cisplatină + fluorouracil

* test log-rank neajustat

** test log-rank neajustat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

*** test chi pătrat, fără a fi ajustat pentru comparații multiple

NA-nu este aplicabil

Copii și adolescenți

Agenția Europeană pentru Medicamente a suspendat obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu TAXOTERE la toate subgrupele de copii și adolescenți în cancer mamar, cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici, cancer de prostată, carcinom gastric și cancer al capului și gâtului, neincluzând carcinomul nazo-faringian slab diferențiat tip II și III (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

Farmacocinetica docetaxelului a fost evaluată la pacienți cu cancer după administrarea a 20-115 mg/m² în studiile de fază I. Profilul cinetic al docetaxelului nu depinde de doză și corespunde unui model farmacocinetic tricompartimental, cu timpi de înjumătățire plasmatică pentru fazele α , β și γ (terminale) de 4 minute, 36 minute, și între 11,1 ore respectiv 17.5 ore, atunci când se recoltează până la 24 de ore. Un studiu suplimentar de evaluare a farmacocineticii docetaxelului în doze similare (75 – 100 mg/m²) la pacienți, dar pe un interval de timp mai lung (peste 22 de zile) a descoperit un timp de înjumătățire mediu terminal mai lung între 91 și 120 de ore. Faza tardivă se datorează, parțial, unui eflux relativ lent al docetaxelului din compartimentul periferic.

Distribuție

După administrarea unei doze de 100 mg/m² în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, s-a realizat o medie a concentrației plasmatice maxime de 3,7 μ g/ml, cu ASC de 4,6 ore• μ g/ml. Valorile medii ale

clearance-ului total și volumului relativ de distribuție la starea de echilibru au fost 21 l/oră și m², respectiv 113 l. Variațiile interindividuale ale clearance-ului total au fost de aproximativ 50%. Docetaxelul se leagă de proteinele plasmatică în proporție de peste 95%.

Eliminare

Un studiu cu docetaxel marcat cu ¹⁴C s-a efectuat la trei pacienți cu cancer. Docetaxelul s-a eliminat prin urină și fecale, după o metabolizare oxidativă mediată de citocromul P-450 la grupul esteric terț-butil, timp de 7 zile, excreția prin urină și fecale reprezentând aproximativ 6%, respectiv 75% din doza administrată marcată radioactiv. Aproximativ 80% din radioactivitatea regăsită în fecale se excretă în primele 48 ore după perfuzia intravenoasă, sub forma unui metabolit principal inactiv, 3 metaboliți inactivi minori și foarte mici cantități de medicament neschimbat.

Grupe speciale de pacienți

Vârsta și sex

Analiza farmacocinetică populațională s-a efectuat cu docetaxel la 577 pacienți. Parametrii farmacocinetici estimați prin model s-au apropiat de cei estimați în studiile de fază I. Farmacocinetica docetaxelului nu a depins de vârsta sau sexul pacientului.

Insuficiență hepatică

La un număr mic de pacienți (n = 23) cu rezultate ale analizelor biochimice sugerând insuficiența hepatică ușoară până la moderată (ASAT și ALAT ≥1,5 ori față de limita superioară a valorilor normale, asociat cu fosfataza alcalină ≥2,5 ori față de limita superioară a valorilor normale), clearance-ul total a fost redus în medie, cu 27% (vezi pct. 4.2).

Retenție de lichide

Clearance-ul docetaxelului nu a fost modificat la pacienții cu retenție de lichide ușoară până la moderată și nu există date disponibile pentru pacienții cu retenție severă de lichide.

Tratament asociat

Doxorubicină

În cazul administrării în asociere cu doxorubicină, acesta nu influențează clearance-ul doxorubicinei și concentrația plasmatică a doxorubicinului (metabolitul doxorubicinei). Farmacocinetica docetaxelului, doxorubicinei și ciclofosfamidei nu a fost influențată de administrarea concomitentă a acestora.

Capecitabină

Un studiu de fază I care a evaluat efectul capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului și invers nu a arătat niciun efect al capecitabinei asupra farmacocineticii docetaxelului (C_{max} și ASC) și niciun efect al docetaxelului asupra farmacocineticii unui metabolit relevant al capecitabinei, 5'-DFUR.

Cisplatină

Clearance-ul docetaxelului în terapie asociată cu cisplatină a fost similar cu cel observat în monoterapie. Profilul farmacocinetic al cisplatinei administrată la scurt timp după perfuzia intravenoasă cu docetaxel este similar cu cel observat în cazul cisplatinei în monoterapie.

Cisplatină și 5-fluorouracil

Administrarea în asociere a docetaxelului cu cisplatină și 5-fluorouracil la 12 pacienți cu tumori solide nu a avut influență asupra farmacocineticii fiecărui medicament.

Prednison și dexametazonă

Efectul prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului administrat cu premedicație standard cu dexametazonă a fost studiat la 42 pacienți.

Prednison

Nu s-a observat un efect al prednisonului asupra farmacocineticii docetaxelului.

5.3 Date preclinice de siguranță

Potențialul carcinogen al docetaxelului nu a fost studiat.

Docetaxelul a dovedit potențial genotoxic printr-un mecanism aneugen în studiile *in vitro* pe micronuclei și în testul aberațiilor cromozomiale efectuat pe celulele CHO-K1, precum și *in vivo* în testul micronucleilor la șoarece. Cu toate acestea, nu s-a dovedit mutagen în testul Ames și în analiza de mutație genică CHO/HGPRT. Aceste rezultate sunt în concordanță cu activitatea farmacologică a docetaxelului.

Reacțiile adverse la nivelul testiculelor, observate în studiile de toxicitate efectuate la rozătoare, sugerează faptul că docetaxelul poate afecta fertilitatea masculină.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Polisorbat 80
Etanol anhidru
Acid citric

6.2 Incompatibilități

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

6.3 Perioada de valabilitate

Flaconul nedeschis
3 ani

După deschiderea flaconului

Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

După introducerea în punga pentru perfuzie

Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice și medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

Odată introdusă în punga pentru perfuzie conform recomandărilor, soluția perfuzabilă de docetaxel este stabilă timp de 6 ore dacă este păstrată la temperaturi sub 25°C. Aceasta trebuie utilizată în decurs de 6 ore (incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase cu durata de o oră).

În plus, stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.

Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Pentru condițiile de păstrare ale medicamentului diluat, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Flacon din sticlă incoloră (tip I), cu capacitatea nominală de 15 ml, cu sigiliu din aluminiu de culoare albastră și capac flip-off din plastic de culoare albastră, conținând concentrat 8 ml.

Fiecare cutie conține un flacon.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu precauție. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, se recomandă spălarea imediată cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, se recomandă spălarea imediată cu multă apă.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

Prepararea soluției perfuzabile

NU UTILIZAȚI alt medicament care conține docetaxel, constând în 2 flacoane (concentrat și solvent) împreună cu acest medicament (TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, care conține numai 1 flacon).

TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă NU necesită diluare prealabilă cu un solvent și este pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă.

Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere.

Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, țineți numărul de cutii necesar de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă la temperaturi sub 25°C timp de 5 minute înainte de utilizare.

Pot fi necesare mai mult de un flacon de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă pentru a obține doza necesară pentru pacient. Extrageți printr-o tehnică aseptică doza necesară de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă, utilizând o seringă calibrată prevăzută cu un ac 21G.

Concentrația de docetaxel din TAXOTERE 160 mg/8 ml este de 20 mg/ml.

Volumul necesar de TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă trebuie injectat printr-o singură injecție (o singură perforare) într-o pungă pentru perfuzie sau într-un flacon, fiecare cu capacitatea de 250 ml, care conțin fie soluție perfuzabilă de glucoză 5%, fie soluție injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%).

Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 190 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.

Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.

Soluția din punga pentru perfuzie trebuie utilizată în decurs de 6 ore, la temperaturi sub 25°C, incluzând perfuzia intravenoasă cu durată de o oră administrată pacientului.

Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificată vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/005

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 27 noiembrie 1995

Data ultimei reînnoiri a autorizației: 24 ianuarie 2006

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

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

ANEXA II

- A. FABRICANȚII RESPONSABIL(I) 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. FABRICANȚII RESPONSABIL(I) PENTRU ELIBERAREA SERIEI

Numele și adresa fabricantului responsabil pentru eliberarea seriei

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Industriepark Höchst
65926 Frankfurt am Main
Germania

Sanofi-Aventis Zrt.
(Harbor Park) 1, Campona utca
Budapest 1225
Ungaria

Prospectul tipărit al medicamentului trebuie să menționeze numele și adresa fabricantului responsabil pentru eliberarea seriei respective.

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)

Deținătorul autorizației de punere pe piață depune pentru acest medicament RPAS, conform cerințelor din 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 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).

O versiune actualizată a PMR se va depune la 31 octombrie 2019.

ANEXA III
ETICHETAREA ȘI PROSPECTUL

A. ETICHETAREA

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR ȘI AMBALAJUL PRIMAR

CUTIE/TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

docetaxel

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(LOR) ACTIVE

1 flacon de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă

20 mg docetaxel în 0,5 ml polisorbat 80 (40 mg/ml)

Volum de umplere: 24,4 mg/0,61 ml

1 flacon cu solvent pentru TAXOTERE

13% (m/m) etanol 95% în apă pentru preparate injectabile

Volum de umplere: 1,98 ml

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Flacon de TAXOTERE: polisorbat 80, acid citric

Flacon cu solvent: etanol 95% (vezi prospectul pentru informații suplimentare), apă pentru preparate injectabile

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Fiecare cutie de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă conține 1 blister cu:

- un flacon unidoză cu concentrat și
- un flacon unidoză cu solvent.

5. MODUL ȘI CALEA (CĂILE) DE ADMINISTRARE

ATENȚIE: Este necesară diluarea cu întreg conținutul flaconului cu solvent. Vezi instrucțiunile de preparare alăturate.

Cale intravenoasă

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)

CITOTOXIC

A se administra sub supravegherea unui medic cu experiență în utilizarea medicamentelor citotoxice.

8. DATA DE EXPIRARE

EXP

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C sau sub 2°C.

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

Flacoane destinate unei singure utilizări – orice cantitate neutilizată se va elimina în mod adecvat.

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/001

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

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

Nu este cazul.

18. IDENTIFICATOR UNIC – DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

Nu este cazul.

**MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE BLISTER SAU PE FOLIE
TERMOSUDATĂ**

CONCENTRAT ȘI SOLVENT/TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

docetaxel

2. NUMELE DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

5. ALTE INFORMAȚII

TAXOTERE concentrat

SOLVENT pentru TAXOTERE

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON/TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

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

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
docetaxel
Cale intravenoasă

2. MODUL DE ADMINISTRARE

A se citi prospectul înainte de utilizare.

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

0,5 ml (Volum de umplere: 0,61 ml)

6. ALTE INFORMAȚII

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON/SOLVENT PENTRU TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

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

SOLVENT pentru TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

2. MODUL DE ADMINISTRARE

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

13% (m/m) etanol 95% în apă pentru preparate injectabile
1,5 ml (Volum de umplere: 1,98 ml)

6. ALTE INFORMAȚII

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR ȘI AMBALAJUL PRIMAR

CUTIE/TAXOTERE 80 mg/2 ml

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

docetaxel

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(LOR) ACTIVE

1 flacon de TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă

80 mg docetaxel în 2 ml polisorbat 80 (40 mg/ml)

Volum de umplere: 94,4 mg/2,36 ml

1 flacon cu solvent pentru TAXOTERE

13% (m/m) etanol 95% în apă pentru preparate injectabile

Volum de umplere: 7,33 ml

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Flacon de TAXOTERE: polisorbat 80, acid citric

Flacon cu solvent: etanol 95% (vezi prospectul pentru informații suplimentare), apă pentru preparate injectabile

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Fiecare cutie de TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă conține 1 blister cu:

- un flacon unidoză cu concentrat și
- un flacon unidoză cu solvent

5. MODUL ȘI CALEA (CĂILE) DE ADMINISTRARE

ATENȚIE: Este necesară diluarea cu întreg conținutul flaconului cu solvent. Vezi instrucțiunile de preparare alăturate.

Cale intravenoasă

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)

CITOTOXIC

A se administra sub supravegherea unui medic cu experiență în utilizarea medicamentelor citotoxice.

8. DATA DE EXPIRARE

EXP

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C sau sub 2°C.

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

Flacoane destinate unei singure utilizări – orice cantitate neutilizată se va elimina în mod adecvat.

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie, 82 Avenue Raspail, 94250 Gentilly, Franța

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/002

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

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

Nu este cazul.

18. IDENTIFICATOR UNIC – DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

Nu este cazul.

**MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE BLISTER SAU PE FOLIE
TERMOSUDATĂ**

CONCENTRAT ȘI SOLVENT/TAXOTERE 80 mg/2 ml

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă

docetaxel

2. NUMELE DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

5. ALTE INFORMAȚII

TAXOTERE concentrat

SOLVENT pentru TAXOTERE

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON/TAXOTERE 80 mg/2 ml

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

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
docetaxel
Cale intravenoasă

2. MODUL DE ADMINISTRARE

A se citi prospectul înainte de utilizare.

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

2 ml (Volum de umplere: 2,36 ml)

6. ALTE INFORMAȚII

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON/SOLVENT PENTRU TAXOTERE 80 mg/2 ml

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

SOLVENT pentru TAXOTERE 80 mg/2 ml

2. MODUL DE ADMINISTRARE

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Serie

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

13% (m/m) etanol 95% în apă pentru preparate injectabile
6 ml (Volum de umplere: 7,33 ml)

6. ALTE INFORMAȚII

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR**CUTIE / TAXOTERE 20 mg/1 ml****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI**

TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
docetaxel

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(LOR) ACTIVE

Fiecare ml de concentrat conține 20 mg docetaxel sub formă de trihidrat.

Un flacon a 1 ml concentrat conține docetaxel 20 mg.

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Excipienți: polisorbat 80, etanol anhidru (vezi prospectul pentru informații suplimentare) și acid citric.

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Concentrat pentru soluție perfuzabilă
1 flacon

5. MODUL ȘI CALEA (CĂILE) DE ADMINISTRARE**Pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă**

ATENȚIE: Extrageți din flacon cantitatea necesară din acest concentrat care conține docetaxel (20 mg/ml) și adăugați-o direct în soluția perfuzabilă. Vezi instrucțiunile de preparare alăturate.

Flacon destinat unei singure utilizări

A se citi prospectul înainte de utilizare.

Cale intravenoasă

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)**CITOTOXIC**

A se administra sub supravegherea unui medic cu experiență în utilizarea medicamentelor citotoxice.

8. DATA DE EXPIRARE

EXP

Perioada de valabilitate a pungii de perfuzie: vezi prospectul.

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Orice cantitate neutilizată se va elimina în mod adecvat, în conformitate cu reglementările locale.

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/003

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

14. CLASIFICARE GENERALĂ PRIVIND MODUL DE ELIBERARE**15. INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE****16. INFORMAȚII ÎN BRAILLE**

Justificare acceptată pentru neinclusiunea informației în Braille.

17. IDENTIFICATOR UNIC – COD DE BARE BIDIMENSIONAL

Nu este cazul.

18. IDENTIFICATOR UNIC – DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

Nu este cazul.

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

ETICHETA DE FLACON / TAXOTERE 20 mg/1 ml

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

TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat steril
docetaxel
Cale intravenoasă

2. MODUL DE ADMINISTRARE

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

6. ALTE INFORMAȚII

Conține etanol anhidru (vezi prospectul).

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR**CUTIE / TAXOTERE 80 mg/4 ml****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI**

TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
docetaxel

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(LOR) ACTIVE

Fiecare ml de concentrat conține 20 mg docetaxel sub formă de trihidrat.

Un flacon a 4 ml concentrat conține docetaxel 80 mg.

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Excipienți: polisorbit 80, etanol anhidru (vezi prospectul pentru informații suplimentare) și acid citric.

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Concentrat pentru soluție perfuzabilă
1 flacon

5. MODUL ȘI CALEA (CĂILE) DE ADMINISTRARE**Pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă**

ATENȚIE: Extrageți din flacon cantitatea necesară din acest concentrat care conține docetaxel (20 mg/ml) și adăugați-o direct în soluția perfuzabilă. Vezi instrucțiunile de preparare alăturate.

Flacon destinat unei singure utilizări

A se citi prospectul înainte de utilizare.

Cale intravenoasă

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)**CITOTOXIC**

A se administra sub supravegherea unui medic cu experiență în utilizarea medicamentelor citotoxice.

8. DATA DE EXPIRARE

EXP

Perioada de valabilitate a pungii de perfuzie: vezi prospectul.

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Orice cantitate neutilizată se va elimina în mod adecvat, în conformitate cu reglementările locale.

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/004

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

14. CLASIFICARE GENERALĂ PRIVIND MODUL DE ELIBERARE**15. INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE****16. INFORMAȚII ÎN BRAILLE**

Justificare acceptată pentru neinclusiunea informației în Braille.

17. IDENTIFICATOR UNIC – COD DE BARE BIDIMENSIONAL

Nu este cazul.

18. IDENTIFICATOR UNIC – DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

Nu este cazul.

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

ETICHETA DE FLACON / TAXOTERE 80 mg/4 ml

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

TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat steril
docetaxel
Cale intravenoasă

2. MODUL DE ADMINISTRARE

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

6. ALTE INFORMAȚII

Conține etanol anhidru (vezi prospectul).

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR**CUTIE / TAXOTERE 160 mg/8 ml****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI**

TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă
docetaxel

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI(LOR) ACTIVE

Fiecare ml de concentrat conține 20 mg docetaxel sub formă de trihidrat.

Un flacon a 8 ml concentrat conține docetaxel 160 mg.

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Excipienți: polisorbit 80, etanol anhidru (vezi prospectul pentru informații suplimentare) și acid citric.

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Concentrat pentru soluție perfuzabilă
1 flacon

5. MODUL ȘI CALEA (CĂILE) DE ADMINISTRARE

Pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă

ATENȚIE: Extrageți din flacon cantitatea necesară din acest concentrat care conține docetaxel (20 mg/ml) și adăugați-o direct în soluția perfuzabilă. Vezi instrucțiunile de preparare alăturate.

Flacon destinat unei singure utilizări

A se citi prospectul înainte de utilizare.

Cale intravenoasă

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)

CITOTOXIC

A se administra sub supravegherea unui medic cu experiență în utilizarea medicamentelor citotoxice.

8. DATA DE EXPIRARE

EXP

Perioada de valabilitate a pungii de perfuzie: vezi prospectul.

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Orice cantitate neutilizată se va elimina în mod adecvat, în conformitate cu reglementările locale.

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

12. NUMĂRUL(E) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/95/002/005

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

Nu este cazul.

18. IDENTIFICATOR UNIC – DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

Nu este cazul.

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

ETICHETA DE FLACON / TAXOTERE 160 mg/8 ml

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

TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat steril
docetaxel
Cale intravenoasă

2. MODUL DE ADMINISTRARE

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

6. ALTE INFORMAȚII

Conține etanol anhidru (vezi prospectul).

B. PROSPECTUL

Prospect: Informații pentru pacient

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă docetaxel

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 din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect:

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

1. Ce este TAXOTERE și pentru ce se utilizează

Numele acestui medicament este TAXOTERE. Denumirea Comună Internațională a substanței active este docetaxel. Docetaxelul este o substanță derivată din acele copacului tisa. Docetaxelul aparține grupului de medicamente antineoplazice denumite taxoide.

TAXOTERE v-a fost prescris de medicul dumneavoastră pentru tratamentul cancerului de sân, al anumitor forme ale celui bronhopulmonar (altul decât cel cu celule mici), al cancerului de prostată, al cancerului gastric sau al cancerului capului și gâtului.

- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu avansat, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu doxorubicină, trastuzumab sau capecitabină.
- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu precoce cu sau fără afectare a ganglionilor limfatici, TAXOTERE vă poate fi administrat în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.
- Pentru tratamentul cancerului bronhopulmonar, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu cisplatină.
- Pentru tratamentul cancerului de prostată, TAXOTERE vă este administrat în asociere cu prednison sau prednisolon.
- Pentru tratamentul cancerului gastric metastazat, TAXOTERE este administrat în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.
- Pentru tratamentul cancerului capului și gâtului, TAXOTERE se administrează în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați TAXOTERE

Nu trebuie să vi se administreze TAXOTERE:

- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la docetaxel sau la oricare dintre celelalte componente ale TAXOTERE (enumerare la pct.6).
- dacă numărul de celule albe din sângele dumneavoastră este prea mic.
- dacă aveți o boală severă de ficat.

Atenționări și precauții

Înainte de fiecare administrare a TAXOTERE, vi se vor efectua analize ale sângelui pentru a se verifica dacă numărul de celule din sânge și funcția ficatului sunt suficiente pentru a primi TAXOTERE. În caz de tulburări ale celulelor albe ale sângelui, puteți avea asociate febră sau infecții.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți durere sau sensibilitate la nivelul abdomenului, diaree, sângerare din rect, sânge în scaun sau febră. Aceste simptome pot fi primele semne ale unei toxicități grave la nivelul stomacului și intestinului, care poate determina decesul. Medicul dumneavoastră le va trata imediat.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu vederea. În cazul în care aveți probleme cu vederea, în special dacă aveți vedere încețoșată, trebuie să vi se examineze imediat ochii și vederea.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme ale inimii.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă ați avut o reacție alergică la un tratament cu paclitaxel care v-a fost administrat anterior.

Vă rugăm să spuneți imediat medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă apar probleme la nivelul plămânilor sau dacă cele existente se agravează (febră, senzație de lipsă de aer sau tuse). Este posibil ca medicul dumneavoastră să vă oprească imediat tratamentul.

Vi se va spune să luați premedicație constând într-un glucocorticoid oral, cum este dexametazona, începând cu o zi înainte de administrarea TAXOTERE și în continuare, timp de una sau două zile după aceasta, pentru a scădea la minim anumite reacții adverse care pot să apară după perfuzia cu TAXOTERE, în special reacții alergice și retenție de lichide (umflarea mâinilor, plantei, picioarelor sau creștere în greutate).

În timpul tratamentului, este posibil să vi se administreze alte medicamente pentru menținerea numărului de celule sanguine.

La administrarea de TAXOTERE, a fost raportată apariția unor probleme severe la nivelul pielii, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG):

- simptomele SSJ/NET pot include formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.
- simptomele PEAG pot include o erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră.

Dacă vă apar reacții adverse severe la nivelul pielii sau oricare dintre reacțiile descrise mai sus, adresați-vă imediat medicului dumneavoastră sau unui profesionist din domeniul sănătății.

Înainte de începerea administrării TAXOTERE, spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu rinichii sau valori crescute ale acidului uric în sânge.

TAXOTERE conține alcool etilic. Discutați cu medicul dumneavoastră dacă suferiți de alcoolism, dacă aveți epilepsie sau insuficiență hepatică. Vezi, de asemenea, punctul de mai jos „TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)”.

TAXOTERE împreună cu alte medicamente

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră sau farmacistului spitalului dacă luați sau ați luat recent orice alte medicamente, inclusiv dintre cele eliberate fără prescripție medicală. Acest lucru este necesar, deoarece TAXOTERE sau celălalt medicament pot să nu acționeze așa cum se așteaptă și dumneavoastră puteți să aveți mai ușor reacții adverse.

Cantitatea de alcool din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Sarcina, alăptarea și fertilitatea

Adresați-vă medicului dumneavoastră pentru recomandări înainte de a lua orice medicament.

TAXOTERE NU trebuie administrat dacă sunteți gravidă, cu excepția cazului în care este clar indicat de către medicul dumneavoastră.

Nu trebuie să rămâneți gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament și timp de 2 luni după încheierea tratamentului. Trebuie să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încheierea tratamentului, deoarece TAXOTERE poate avea efecte nedorite pentru produsul de concepție (făt). Dacă rămâneți gravidă în timpul tratamentului, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.

Nu trebuie să alăptați în timpul tratamentului cu TAXOTERE.

Dacă sunteți bărbat și sunteți tratat cu TAXOTERE, trebuie să nu încercați să aveți copii și să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și 4 luni după încheierea tratamentului cu acest medicament. Se recomandă să cereți sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament, deoarece docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament vă poate influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje.

Puteți avea reacții adverse ale acestui medicament care vă pot influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule, de a folosi orice unelte sau utilaje (vezi pct. 4 Reacții adverse posibile). Dacă se întâmplă acest lucru, nu conduceți vehicule și nu folosiți unelte sau utilaje, înainte să discutați cu medicul dumneavoastră, asistenta medicală sau farmacistul din spital.

TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)

Acest medicament conține 13% (m/m) etanol 95% v/v (alcool etilic), adică până la 252 mg etanol 95% v/v pe flacon cu solvent, echivalent cu 6 ml bere sau 2,6 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli ale ficatului sau epilepsie.

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate avea efecte asupra sistemului nervos central (componentă a sistemului nervos, care include creierul și măduva spinării).

3. Cum să utilizați TAXOTERE

TAXOTERE vă va fi administrat de către personalul medical.

Doza uzuală

Doza uzuală va depinde de greutatea dumneavoastră și de starea dumneavoastră generală. Medicul dumneavoastră vă va calcula aria suprafeței corporale în metri pătrați (m²) și va determina doza pe care trebuie să o primiți.

Modul și calea de administrare

TAXOTERE vă va fi administrat prin perfuzie într-o venă (cale intravenoasă). Durata perfuziei este de aproximativ o oră, timp în care veți sta în spital.

Frecvența de administrare

De obicei, vi se va administra câte o perfuzie o dată la 3 săptămâni.

Medicul dumneavoastră poate modifica doza și frecvența administrărilor, în funcție de analizele de sânge, de starea dumneavoastră generală și de răspunsul dumneavoastră la TAXOTERE. Vă rugăm să informați medicul dumneavoastră în special în caz de diaree, leziuni în cavitatea bucală, senzație de amorțeală sau înțepături sau febră și să-i dați rezultatele analizelor de sânge. Această informație îi va permite să decidă dacă este necesară o reducere a dozei. Dacă aveți orice întrebări suplimentare cu privire la acest medicament, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului din spital.

4. Reacții adverse posibile

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

Medicul va discuta despre acestea cu dumneavoastră și vă va explica potențialele riscuri și beneficii ale tratamentului dumneavoastră.

Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent la TAXOTERE singur sunt: scăderea numărului de celule roșii sau de celule albe sanguine, alopecie, greață, vărsături, leziuni în cavitatea bucală, diaree și oboseală.

Severitatea reacțiilor adverse la TAXOTERE poate fi crescută când TAXOTERE este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În timpul perfuziei efectuate în spital, pot apărea următoarele reacții alergice (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- înroșirea feței, reacții pe piele, mâncărimi
- senzație de apăsare în piept, respirație îngreunată
- febră sau frisoane
- dureri de spate
- tensiune arterială mică.

Este posibil să apară reacții mai severe.

De asemenea, dacă ați avut o reacție alergică la paclitaxel, puteți avea o reacție alergică la docetaxel, care poate fi mai severă.

Personalul medical din spital vă va supraveghea cu atenție starea în timpul tratamentului. Spuneți imediat dacă observați oricare dintre aceste efecte.

Între două perfuzii cu TAXOTERE pot să apară următoarele, iar frecvența poate varia în funcție de asocierea de medicamente primită:

Foarte frecvente (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- infecții, scăderea numărului de celule sanguine roșii (anemie) sau albe (importante pentru combaterea infecțiilor) și a plachetelor sanguine
- febră: dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului
- reacții alergice, după cum sunt descrise mai sus
- lipsa poftei de mâncare (anorexie)
- insomnie
- senzație de amorțeală sau înțepături sau durere la nivelul articulațiilor sau mușchilor
- durere de cap
- modificări ale gustului
- inflamație a ochiului sau lăcrimare crescută
- umflare datorită drenajului limfatic insuficient
- senzație de lipsă de aer
- secreții nazale, inflamație la nivelul gâtului și nasului; tuse
- sângerare nazală
- leziuni în cavitatea bucală
- disconfort gastric, inclusiv greață, vărsături și diaree, constipație
- durere abdominală
- indigestie
- căderea părului: în cele mai multe cazuri creșterea normală a părului trebuie să se reia. În unele cazuri (cu frecvență necunoscută), a fost observată pierderea permanentă a părului.
- înroșirea și umflarea palmelor sau tălpilor, care pot determina cojirea pielii (posibil să apară, de asemenea, pe brațe, pe față sau pe corp)
- schimbarea culorii unghiilor, care pot să cadă
- dureri musculare; durere de spate sau durere osoasă
- modificare sau absență a menstruației
- umflarea mâinilor, picioarelor, membrelor inferioare
- oboseală sau simptome asemănătoare gripei
- creștere sau scădere în greutate
- infecție a tractului respirator superior.

Frecvente (pot apărea la 1 din 10 persoane):

- candidoză orală
- deshidratare
- amețeli
- afectare a auzului
- scădere a tensiunii arteriale; bătăi rapide sau neregulate ale inimii
- insuficiență cardiacă
- esofagită
- uscăciune a gurii
- înghițire dificilă sau dureroasă
- hemoragie
- enzime hepatice crescute (de unde rezultă necesitatea analizelor de sânge regulate)
- creștere a valorilor zahărului din sânge (diabet zaharat)
- scădere a valorilor potasiului, calciului și/sau fosfatului din sânge.

Mai puțin frecvente (pot apărea la 1 din 100 de persoane):

- pierderea temporară a stării de conștiență
- reacții pe piele la locul injectării, flebită (inflamație a venelor) sau umflare
- cheaguri de sânge

- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic (tipuri de cancer ale sângelui).

Rare (pot apărea la 1 din 1000 de persoane)

- inflamație a colonului, a intestinului subțire, care poate determina decesul (cu frecvență necunoscută); perforație intestinală

Frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile):

- boală pulmonară interstițială (inflamație la nivelul plămânilor, care provoacă tuse și respirație îngreunată. Inflamația la nivelul plămânilor se poate, de asemenea, instala atunci când terapia cu docetaxel este utilizată împreună cu radioterapie)
- pneumonie (infecție la nivelul plămânilor)
- fibroză pulmonară (cicatrici și îngroșări la nivelul plămânilor, cu senzație de lipsă de aer)
- vedere încețoșată, din cauza umflării retinei în interiorul ochilor (edem macular cistoid)
- scădere a valorilor sodiului și/sau magneziului în sânge (tulburări ale echilibrului electrolitic).
- aritmie ventriculară sau tahicardie ventriculară (manifestate prin bătăi neregulate și/sau rapide ale inimii, scurtare severă a respirației, amețeli și/sau leșin). Unele dintre aceste simptome pot fi grave. Dacă se întâmplă acest lucru, trebuie să vă adresați imediat medicului dumneavoastră
- reacții la locul injectării într-un loc în care ați mai avut anterior o reacție alergică.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea limfom non-Hodgkin (un tip de cancer care afectează sistemul imunitar) și alte tipuri de cancer.
- sindrom Stevens-Johnson (SSJ) și necroliză epidermică toxică (NET) (formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.)
- pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG) (erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră)
- sindromul de liză tumorală este o afecțiune gravă, evidențiată prin modificări la analizele de sânge, cum sunt creșterea valorilor acidului uric, potasiului, fosforului și scăderea valorilor calciului; și duce la apariția unor simptome cum sunt convulsiile, insuficiența renală (scăderea cantității sau închiderea la culoare a urinei) și tulburări ale ritmului bătăilor inimii. Dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.
- miozită (inflamație a mușchilor – căldură, roșeață și umflare – care provoacă durere și slăbiciune musculară).

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate 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 TAXOTERE

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

Nu utilizați acest medicament după data de expirare înscrisă pe cutie, folie și flacoane.

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C sau sub 2°C.

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

Soluția „amestec prealabil” trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea chimică și fizică a soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată pentru 8 ore când este păstrată la temperaturi între 2°C și 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).

Soluția perfuzabilă trebuie utilizată în decurs de 4 ore la temperatura camerei (sub 25°C).

6. Conținutul ambalajului și alte informații

Ce conține flaconul cu TAXOTERE concentrat

- Substanța activă este docetaxelul (sub formă de trihidrat). Fiecare ml de soluție de docetaxel conține docetaxel (anhidru) 40 mg. Un flacon conține docetaxel 20 mg/0,5 ml.
- Celelalte componente sunt polisorbit 80 și acid citric.

Ce conține flaconul cu solvent

13% (m/m) etanol 95% (vezi pct. 2) în apă pentru preparate injectabile.

Cum arată TAXOTERE și conținutul ambalajului

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție limpede, vâscoasă, de culoare galbenă până la galben-maroniu.

Fiecare cutie conține 1 blister cu:

- un flacon unidoză cu concentrat și
- un flacon unidoză cu solvent.

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

Fabricantul

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Industriepark Höchst
65926 Frankfurt am Main
Germania

Pentru orice informații referitoare la acest medicament, vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:

België/Belgique/Belgien

Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00

Lietuva

Swixx Biopharma UAB
Tel: +370 5 236 91 40

България

Swixx Biopharma EOOD
Тел.: +359 (0)2 4942 480

Luxembourg/Luxemburg

Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00 (Belgique/Belgien)

Česká republika

Sanofi s.r.o.
Tel: +420 233 086 111

Magyarország

sanofi-aventis zrt., Magyarország
Tel.: +36 1 505 0050

Danmark

Sanofi A/S
Tlf: +45 45 16 70 00

Malta

sanofi S.r.l.
Tel: +39. 02 39394275

Deutschland

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Tel.: 0800 52 52 010
Tel. aus dem Ausland: +49 69 305 21 131

Eesti

Swixx Biopharma OÜ
Tel: +372 640 10 30

Ελλάδα

Sanofi-Aventis Μονοπρόσωπη ΑΕΒΕ
Τηλ: +30 210 900 16 00

España

sanofi-aventis, S.A.
Tel: +34 93 485 94 00

France

Sanofi Winthrop Industrie
Tél: 0 800 222 555
Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

Hrvatska

Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +385 1 2078 500

Ireland

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +353 (0) 1 403 56 00

Ísland

Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia

sanofi-aventis S.r.l.
Tel: +39 02 39394275

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd.
Τηλ: +357 22 741741

Latvija

Swixx Biopharma SIA
Tel: +371 6 616 47 50

Nederland

Sanofi B.V.
Tel: +31 20 245 4000

Norge

sanofi-aventis Norge AS
Tlf: +47 67 10 71 00

Österreich

sanofi-aventis GmbH
Tel: +43 1 80 185 - 0

Polska

sanofi-aventis Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 280 00 00

Portugal

Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Tel: +351 21 35 89 400

România

Sanofi Romania SRL
Tel: +40 (0) 21 317 31 36

Slovenija

Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +386 1 235 51 00

Slovenská republika

Swixx Biopharma s.r.o.
Tel: +421 2 208 33 600

Suomi/Finland

Sanofi Oy
Puh/Tel: +358 (0) 201 200 300

Sverige

Sanofi AB
Tel: +46 (0)8 634 50 00

United Kingdom (Northern Ireland)

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +44 (0) 800 035 2525

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/>

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

GHID DE PREPARARE PENTRU UTILIZAREA TAXOTERE 20 mg/0,5 ml CONCENTRAT ȘI SOLVENT PENTRU SOLUȚIE PERFUZABILĂ ȘI A SOLVENTULUI PENTRU TAXOTERE

Este important să citiți întregul conținut al acestui ghid înainte de prepararea fie a soluției „amestec prealabil” de TAXOTERE, fie a soluției perfuzabile de TAXOTERE.

1. FORMULARE

TAXOTERE 20 mg/0,5 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție limpede, vâscoasă, de culoare galbenă până la galben-marونی, conținând docetaxel (anhidru) 40 mg/ml în polisorbitat 80 și acid citric. Solventul pentru TAXOTERE este o soluție 13% alcool etilic 95% (m/m) în apă pentru preparate injectabile.

2. AMBALAJ

TAXOTERE este disponibil sub formă de flacon unidoză.

Fiecare cutie conține un blister cu un flacon de TAXOTERE (20 mg/0,5 ml) și un flacon cu solvent corespunzător pentru flaconul de TAXOTERE.

Flacoanele de TAXOTERE trebuie păstrate la temperaturi între 2°C și 25°C și protejate de lumină. TAXOTERE nu trebuie utilizat după data de expirare înscrisă pe cutie, folie și flacoane.

2.1 Flaconul de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

- Flaconul de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml este un flacon din sticlă incoloră, de 7 ml, cu un capac flip-off verde.
- Flaconul de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml conține soluție de docetaxel în polisorbitat 80, în concentrație de 40 mg/ml.
- Fiecare flacon de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml conține 0,5 ml dintr-o soluție 40 mg/ml de docetaxel în polisorbitat 80 (volum de umplere: 24,4 mg/0,61 ml). Acest volum a fost stabilit în timpul dezvoltării TAXOTERE pentru a compensa pierderea de lichid în timpul preparării „amestecului prealabil”, datorită formării spumei, aderării la pereții flaconului și a "volumului mort". Această supraumplere asigură, după diluarea cu întregul conținut al flaconului cu solvent pentru flaconul de TAXOTERE, existența unui volum minim de 2 ml „amestec prealabil”, care poate fi extras, conținând docetaxel 10 mg/ml, care corespunde cantității de 20 mg/0,5 ml pe flacon, înscrisă pe etichetă.

2.2 Solventul pentru flaconul de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml

- Flaconul cu solvent pentru TAXOTERE 20 mg/0,5 ml este din sticlă incoloră, cu capacitatea nominală de 7 ml, cu un capac flip-off transparent, incolor.
- Compoziția solventului pentru TAXOTERE este: 13% m/m etanol 95% în apă pentru preparate injectabile.
- Fiecare flacon cu solvent pentru TAXOTERE 20 mg/0,5 ml conține 1,98 ml. Acest volum a fost stabilit pe baza volumului de umplere a flaconului de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml. Adăugarea

întregului conținut al flaconului cu solvent la conținutul flaconului de TAXOTERE 20 mg/0,5 ml asigură o concentrație a „amestecului prealabil” de docetaxel de 10 mg/ml.

3. RECOMANDĂRI PENTRU UTILIZAREA ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ

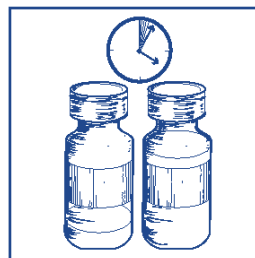
TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu prudență. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, spălați-vă imediat cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, spălați-vă imediat cu multă apă.

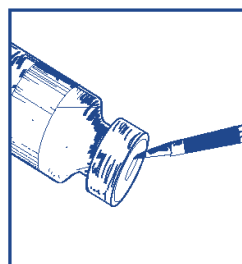
4. PREPARAREA PENTRU ADMINISTRAREA INTRAVENOASĂ

4.1 Prepararea soluției „amestec prealabil” de TAXOTERE (docetaxel 10 mg/ml)

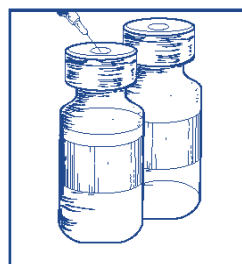
4.1.1 Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, scoateți din frigider doar numărul de cutii de TAXOTERE necesare și păstrați-le la temperatura camerei (sub 25°C) timp de 5 minute.



4.1.2 Extrageți printr-o tehnică aseptică, cu ajutorul unei seringi cu ac montat, întregul conținut al flaconului cu solvent pentru TAXOTERE, răsturnând parțial flaconul.



4.1.3 Injectați întregul conținut în flaconul corespunzător de TAXOTERE.

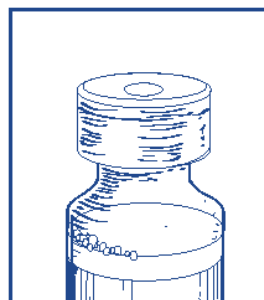


4.1.4 Scoateți seringă și acul și omogenizați manual amestecul prin mișcări repetate de răsturnare timp de minimum 45 secunde. Nu agitați.



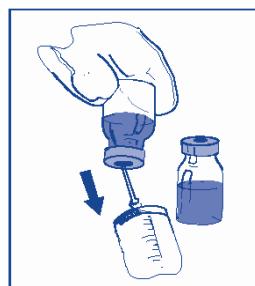
- 4.1.5** Lăsați flaconul cu „amestec prealabil” în repaus timp de 5 minute la temperatura camerei (sub 25°C) și apoi verificați dacă soluția este omogenă și limpede (prezența spumei este normală chiar și după 5 minute, datorită prezenței în formulare a polisorbatului 80).

Soluția „amestec prealabil” conține docetaxel 10 mg/ml și trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată timp de 8 ore dacă se păstrează la temperaturi între + 2°C și + 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).

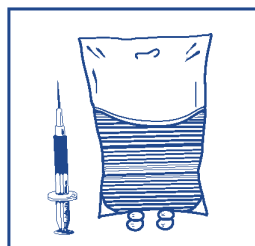


4.2 Prepararea soluției perfuzabile

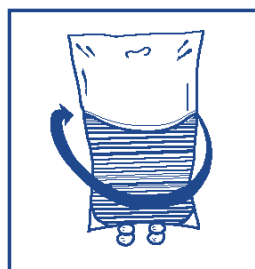
- 4.2.1** Pentru obținerea dozei necesare unui pacient, poate fi necesar mai mult decât un flacon cu „amestec prealabil”. Pe baza dozei necesare respectivului pacient, exprimată în mg, extrageți printr-o tehnică aseptică volumul de „amestec prealabil” care conține docetaxel 10 mg/ml, cu ajutorul unei seringi gradate cu ac atașat, din numărul corespunzător de flacoane cu „amestec prealabil”. De exemplu, o doză de 140 mg docetaxel necesită 14 ml soluție „amestec prealabil”.



- 4.2.2** Injectați volumul necesar de „amestec prealabil” într-o pungă sau flacon de perfuzie de 250 ml, conținând fie soluție de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%). Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 200 mg, utilizați un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.



- 4.2.3** Agitați manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.



- 4.2.4** Soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie administrată în decurs de 4 ore de la preparare, în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, printr-o tehnică aseptică, în condiții obișnuite de luminozitate și la temperatura camerei (sub 25°C).

- 4.2.5** Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția „amestec prealabil” și soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificate vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.



5. ELIMINARE

Toate materialele care au fost utilizate pentru diluare și administrare trebuie eliminate în conformitate cu procedurile standard. Nu aruncați niciun medicament pe calea apei menajere. Întrebați farmacistul cum să aruncați medicamentele pe care nu le mai folosiți. Aceste măsuri vor ajuta la protejarea mediului.

Prospect: Informații pentru pacient

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat și solvent pentru soluție perfuzabilă docetaxel

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 din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect:

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

1. Ce este TAXOTERE și pentru ce se utilizează

Numele acestui medicament este TAXOTERE. Denumirea Comună Internațională a substanței active este docetaxel. Docetaxelul este o substanță derivată din acele copacului tisa. Docetaxelul aparține grupului de medicamente antineoplazice denumite taxoide.

TAXOTERE v-a fost prescris de medicul dumneavoastră pentru tratamentul cancerului de sân, al anumitor forme ale celui bronhopulmonar (altul decât cel cu celule mici), al cancerului de prostată, al cancerului gastric sau al cancerului capului și gâtului.

- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu avansat, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu doxorubicină, trastuzumab sau capecitabină.
- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu precoce cu sau fără afectare a ganglionilor limfatici, TAXOTERE vă poate fi administrat în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.
- Pentru tratamentul cancerului bronhopulmonar, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu cisplatină.
- Pentru tratamentul cancerului de prostată, TAXOTERE vă este administrat în asociere cu prednison sau prednisolon.
- Pentru tratamentul cancerului gastric metastazat, TAXOTERE este administrat în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.
- Pentru tratamentul cancerului capului și gâtului, TAXOTERE se administrează în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați TAXOTERE

Nu trebuie să vi se administreze TAXOTERE:

- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la docetaxel sau la oricare dintre celelalte componente ale TAXOTERE (enumerare la pct.6).
- dacă numărul de celule albe din sângele dumneavoastră este prea mic.
- dacă aveți o boală severă de ficat.

Atenționări și precauții

Înainte de fiecare administrare a TAXOTERE, vi se vor efectua analize ale sângelui pentru a se verifica dacă numărul de celule din sânge și funcția ficatului sunt suficiente pentru a primi TAXOTERE. În caz de tulburări ale celulelor albe ale sângelui, puteți avea asociate febră sau infecții.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți durere sau sensibilitate la nivelul abdomenului, diaree, sângerare din rect, sânge în scaun sau febră. Aceste simptome pot fi primele semne ale unei toxicități grave la nivelul stomacului și intestinului, care poate determina decesul. Medicul dumneavoastră le va trata imediat.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu vederea. În cazul în care aveți probleme cu vederea, în special dacă aveți vedere încețoșată, trebuie să vi se examineze imediat ochii și vederea.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme ale inimii.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă ați avut o reacție alergică la un tratament cu paclitaxel care v-a fost administrat anterior.

Vă rugăm să spuneți imediat medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă apar probleme la nivelul plămânilor sau dacă cele existente se agravează (febră, senzație de lipsă de aer sau tuse). Este posibil ca medicul dumneavoastră să vă oprească imediat tratamentul.

Vi se va spune să luați premedicație constând într-un glucocorticoid oral, cum este dexametazona, începând cu o zi înainte de administrarea TAXOTERE și în continuare, timp de una sau două zile după aceasta, pentru a scădea la minim anumite reacții adverse care pot să apară după perfuzia cu TAXOTERE, în special reacții alergice și retenție de lichide (umflarea mâinilor, plantei, picioarelor sau creștere în greutate).

În timpul tratamentului, este posibil să vi se administreze alte medicamente pentru menținerea numărului de celule sanguine.

La administrarea de TAXOTERE, a fost raportată apariția unor probleme severe la nivelul pielii, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG):

- simptomele SSJ/NET pot include formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.
- simptomele PEAG pot include o erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră.

Dacă vă apar reacții adverse severe la nivelul pielii sau oricare dintre reacțiile descrise mai sus, adresați-vă imediat medicului dumneavoastră sau unui profesionist din domeniul sănătății.

Înainte de începerea administrării TAXOTERE, spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu rinichii sau valori crescute ale acidului uric în sânge.

TAXOTERE conține alcool etilic. Discutați cu medicul dumneavoastră dacă suferiți de alcoolism, dacă aveți epilepsie sau insuficiență hepatică. Vezi, de asemenea, punctul de mai jos „TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)”.

TAXOTERE împreună cu alte medicamente

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră sau farmacistului spitalului dacă luați sau ați luat recent orice alte medicamente, inclusiv dintre cele eliberate fără prescripție medicală. Acest lucru este necesar, deoarece TAXOTERE sau celălalt medicament pot să nu acționeze așa cum se așteaptă și dumneavoastră puteți să aveți mai ușor reacții adverse.

Cantitatea de alcool din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Sarcina, alăptarea și fertilitatea

Adresați-vă medicului dumneavoastră pentru recomandări înainte de a lua orice medicament.

TAXOTERE NU trebuie administrat dacă sunteți gravidă, cu excepția cazului în care este clar indicat de către medicul dumneavoastră.

Nu trebuie să rămâneți gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament și timp de 2 luni după încheierea tratamentului. Trebuie să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încheierea tratamentului, deoarece TAXOTERE poate avea efecte nedorite pentru produsul de concepție (făt). Dacă rămâneți gravidă în timpul tratamentului, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.

Nu trebuie să alăptați în timpul tratamentului cu TAXOTERE.

Dacă sunteți bărbat și sunteți tratat cu TAXOTERE, trebuie să nu încercați să aveți copii și să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și 4 luni după încheierea tratamentului cu acest medicament. Se recomandă să cereți sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament, deoarece docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament vă poate influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje

Puteți avea reacții adverse ale acestui medicament care vă pot influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule, de a folosi unelte sau utilaje (vezi pct. 4 Reacții adverse posibile). Dacă se întâmplă acest lucru, nu conduceți vehicule și nu folosiți unelte sau utilaje, înainte să discutați cu medicul dumneavoastră, asistenta medicală sau farmacistul din spital.

TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)

Acest medicament conține 13% (m/m) etanol 95% v/v (alcool etilic), adică până la 932 mg etanol 95% v/v pe flacon cu solvent, echivalent cu 23 ml bere sau 9,5 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli ale ficatului sau epilepsie.

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate avea efecte asupra sistemului nervos central (componentă a sistemului nervos, care include creierul și măduva spinării).

3. Cum să utilizați TAXOTERE

TAXOTERE vă va fi administrat de către personalul medical.

Doza uzuală

Doza uzuală va depinde de greutatea dumneavoastră și de starea dumneavoastră generală. Medicul dumneavoastră vă va calcula aria suprafeței corporale în metri pătrați (m²) și va determina doza pe care trebuie să o primiți.

Modul și calea de administrare

TAXOTERE vă va fi administrat prin perfuzie într-o venă (cale intravenoasă). Durata perfuziei este de aproximativ o oră, timp în care veți sta în spital.

Frecvența de administrare

De obicei, vi se va administra câte o perfuzie o dată la 3 săptămâni.

Medicul dumneavoastră poate modifica doza și frecvența administrărilor, în funcție de analizele de sânge, de starea dumneavoastră generală și de răspunsul dumneavoastră la TAXOTERE. Vă rugăm să informați medicul dumneavoastră în special în caz de diaree, leziuni în cavitatea bucală, senzație de amorțeală sau înțepături sau febră și să-i dați rezultatele analizelor de sânge. Această informație îi va permite să decidă dacă este necesară o reducere a dozei. Dacă aveți orice întrebări suplimentare cu privire la acest medicament, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului din spital.

4. Reacții adverse posibile

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

Medicul va discuta despre acestea cu dumneavoastră și vă va explica potențialele riscuri și beneficii ale tratamentului dumneavoastră.

Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent la TAXOTERE singur sunt: scăderea numărului de celule roșii sau de celule albe sanguine, alopecie, greață, vărsături, leziuni în cavitatea bucală, diaree și oboseală.

Severitatea reacțiilor adverse la TAXOTERE poate fi crescută când TAXOTERE este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În timpul perfuziei efectuate în spital, pot apărea următoarele reacții alergice (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- înroșirea feței, reacții pe piele, mâncărimi
- senzație de apăsare în piept, respirație îngreunată
- febră sau frisoane
- dureri de spate
- tensiune arterială mică.

Este posibil să apară reacții mai severe.

De asemenea, dacă ați avut o reacție alergică la paclitaxel, puteți avea o reacție alergică la docetaxel, care poate fi mai severă.

Personalul medical din spital vă va supraveghea cu atenție starea în timpul tratamentului. Spuneți imediat dacă observați oricare dintre aceste efecte.

Între două perfuzii cu TAXOTERE pot să apară următoarele, iar frecvența poate varia în funcție de asocierea de medicamente primită:

Foarte frecvente (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- infecții, scăderea numărului de celule sanguine roșii (anemie) sau albe (importante pentru combaterea infecțiilor) și a plachetelor sanguine
- febră: dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului
- reacții alergice, după cum sunt descrise mai sus
- lipsa poftei de mâncare (anorexie)
- insomnie
- senzație de amorțeală sau înțepături sau durere la nivelul articulațiilor sau mușchilor
- durere de cap
- modificări ale gustului
- inflamație a ochiului sau lăcrimare crescută
- umflare datorită drenajului limfatic insuficient
- senzație de lipsă de aer
- secreții nazale, inflamație la nivelul gâtului și nasului; tuse
- sângerare nazală
- leziuni în cavitatea bucală
- disconfort gastric, inclusiv greață, vărsături și diaree, constipație
- durere abdominală
- indigestie
- căderea părului: în cele mai multe cazuri creșterea normală a părului trebuie să se reia. În unele cazuri (cu frecvență necunoscută), a fost observată pierderea permanentă a părului.
- înroșirea și umflarea palmelor sau tălpilor, care pot determina cojirea pielii (posibil să apară, de asemenea, pe brațe, pe față sau pe corp)
- schimbarea culorii unghiilor, care pot să cadă
- dureri musculare; durere de spate sau durere osoasă
- modificare sau absență a menstruației
- umflarea mâinilor, picioarelor, membrelor inferioare
- oboseală sau simptome asemănătoare gripei
- creștere sau scădere în greutate
- infecție a tractului respirator superior.

Frecvente (pot apărea la 1 din 10 persoane):

- candidoză orală
- deshidratare
- amețeli
- afectare a auzului
- scădere a tensiunii arteriale; bătăi rapide sau neregulate ale inimii
- insuficiență cardiacă
- esofagită
- uscăciune a gurii
- înghițire dificilă sau dureroasă
- hemoragie
- enzime hepatice crescute (de unde rezultă necesitatea analizelor de sânge regulate)
- creștere a valorilor zahărului din sânge (diabet zaharat)
- scădere a valorilor potasiului, calciului și/sau fosfatului din sânge.

Mai puțin frecvente (pot apărea la 1 din 100 de persoane):

- pierderea temporară a stării de conștiență
- reacții pe piele la locul injectării, flebită (inflamație a venelor) sau umflare
- cheaguri de sânge.

- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic (tipuri de cancer ale sângelui).

Rare (pot apărea la 1 din 1000 de persoane)

- inflamație a colonului, a intestinului subțire, care poate determina decesul (cu frecvență necunoscută); perforație intestinală

Frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile):

- boală pulmonară interstițială (inflamație la nivelul plămânilor, care provoacă tuse și respirație îngreunată. Inflamația la nivelul plămânilor se poate, de asemenea, instala atunci când terapia cu docetaxel este utilizată împreună cu radioterapie)
- pneumonie (infecție la nivelul plămânilor)
- fibroză pulmonară (cicatrici și îngroșări la nivelul plămânilor, cu senzație de lipsă de aer)
- vedere încețoșată, din cauza umflării retinei în interiorul ochilor (edem macular cistoid)
- scădere a valorilor sodiului și/sau magneziului în sânge (tulburări ale echilibrului electrolitic).
- aritmie ventriculară sau tahicardie ventriculară (manifestate prin bătăi neregulate și/sau rapide ale inimii, scurtare severă a respirației, amețeli și/sau leșin). Unele dintre aceste simptome pot fi grave. Dacă se întâmplă acest lucru, trebuie să vă adresați imediat medicului dumneavoastră.
- reacții la locul injectării într-un loc în care ați mai avut anterior o reacție alergică.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea limfom non-Hodgkin (un tip de cancer care afectează sistemul imunitar) și alte tipuri de cancer.
- sindrom Stevens-Johnson (SSJ) și necroliză epidermică toxică (NET) (formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.)
- pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG) (erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră).
- sindromul de liză tumorală este o afecțiune gravă, evidențiată prin modificări la analizele de sânge, cum sunt creșterea valorilor acidului uric, potasiului, fosforului și scăderea valorilor calciului; și duce la apariția unor simptome cum sunt convulsiile, insuficiența renală (scăderea cantității sau închiderea la culoare a urinei) și tulburări ale ritmului bătăilor inimii. Dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.
- miozită (inflamație a mușchilor – căldură, roșeață și umflare – care provoacă durere și slăbiciune musculară).

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate 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 TAXOTERE

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

Nu utilizați acest medicament după data de expirare înscrisă pe cutie, folie și flacoane.

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C sau sub 2°C.

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

Soluția „amestec prealabil” trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea chimică și fizică a soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată pentru 8 ore când este păstrată la temperaturi între 2°C și 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).

Soluția perfuzabilă trebuie utilizată în decurs de 4 ore la temperatura camerei (sub 25°C).

6. Conținutul ambalajului și alte informații

Ce conține flaconul cu TAXOTERE concentrat

- Substanța activă este docetaxelul (sub formă de trihidrat). Fiecare ml de soluție de docetaxel conține docetaxel (anhidru) 40 mg. Un flacon conține docetaxel 80 mg/2 ml.
- Celelalte componente sunt polisorbit 80 și acid citric.

Ce conține flaconul cu solvent

13% (m/m) etanol 95% (vezi pct. 2) în apă pentru preparate injectabile.

Cum arată TAXOTERE și conținutul ambalajului

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție limpede, vâscoasă, de culoare galbenă până la galben-marونیu.

Fiecare cutie conține 1 blister cu:

- un flacon unidoză cu concentrat și
- un flacon unidoză cu solvent.

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

Fabricantul

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Industriepark Höchst
65926 Frankfurt am Main
Germania

Pentru orice informații referitoare la acest medicament, vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:

België/Belgique/Belgien

Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00

Lietuva

Swixx Biopharma UAB
Tel: +370 5 236 91 40

България

Swixx Biopharma EOOD
Тел.: +359 (0)2 4942 480

Luxembourg/Luxemburg

Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00 (Belgique/Belgien)

Česká republika

Sanofi s.r.o.
Tel: +420 233 086 111

Magyarország

sanofi-aventis zrt., Magyarország
Tel.: +36 1 505 0050

Danmark

Sanofi A/S
Tlf: +45 45 16 70 00

Malta

sanofi S.r.l.
Tel: +39. 02 39394275

Deutschland

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Tel.: 0800 52 52 010
Tel. aus dem Ausland: +49 69 305 21 131

Eesti

Swixx Biopharma OÜ
Tel: +372 640 10 30

Ελλάδα

Sanofi-Aventis Μονοπρόσωπη ΑΕΒΕ
Τηλ: +30 210 900 16 00

España

sanofi-aventis, S.A.
Tel: +34 93 485 94 00

France

Sanofi Winthrop Industrie
Tél: 0 800 222 555
Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

Hrvatska

Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +385 1 2078 500

Ireland

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +353 (0) 1 403 56 00

Ísland

Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia

sanofi-aventis S.r.l.
Tel: +39 02 39394275

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd.
Τηλ: +357 22 741741

Latvija

Swixx Biopharma SIA
Tel: +371 6 616 47 50

Nederland

Sanofi B.V.
Tel: +31 20 245 4000

Norge

sanofi-aventis Norge AS
Tlf: +47 67 10 71 00

Österreich

sanofi-aventis GmbH
Tel: +43 1 80 185 – 0

Polska

sanofi-aventis Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 280 00 00

Portugal

Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Tel: +351 21 35 89 400

România

Sanofi Romania SRL
Tel: +40 (0) 21 317 31 36

Slovenija

Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +386 1 235 51 00

Slovenská republika

Swixx Biopharma s.r.o.
Tel: +421 2 208 33 600

Suomi/Finland

Sanofi Oy
Puh/Tel: +358 (0) 201 200 300

Sverige

Sanofi AB
Tel: +46 (0)8 634 50 00

United Kingdom (Northern Ireland)

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +44 (0) 800 035 2525

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/>

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

GHID DE PREPARARE PENTRU UTILIZAREA TAXOTERE 80 mg/2 ml CONCENTRAT ȘI SOLVENT PENTRU SOLUȚIE PERFUZABILĂ ȘI A SOLVENTULUI PENTRU TAXOTERE

Este important să citiți întregul conținut al acestui ghid înainte de prepararea fie a soluției „amestec prealabil” de TAXOTERE, fie a soluției perfuzabile de TAXOTERE.

1. FORMULARE

TAXOTERE 80 mg/2 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție limpede, vâscoasă, de culoare galbenă până la galben-marونی, conținând docetaxel (anhidru) 40 mg/ml în polisorbitat 80 și acid citric. Solventul pentru TAXOTERE este o soluție 13% alcool etilic 95% (m/m) în apă pentru preparate injectabile.

2. AMBALAJ

TAXOTERE este disponibil sub formă de flacon unidoză.

Fiecare cutie conține un blister cu un flacon de TAXOTERE (80 mg/2 ml) și un flacon cu solvent corespunzător pentru flaconul de TAXOTERE.

Flacoanele de TAXOTERE trebuie păstrate la temperaturi între 2°C și 25°C și protejate de lumină. TAXOTERE nu trebuie utilizat după data de expirare înscrisă pe cutie, folie și flacoane.

2.1 Flaconul de TAXOTERE 80 mg/2 ml

- Flaconul de TAXOTERE 80 mg/2 ml este un flacon din sticlă incoloră, de 15 ml, cu un capac flip-off roșu.
- Flaconul de TAXOTERE 80 mg/2 ml conține soluție de docetaxel în polisorbitat 80, în concentrație de 40 mg/ml.
- Fiecare flacon de TAXOTERE 80 mg/2 ml conține 2,0 ml dintr-o soluție 40 mg/ml de docetaxel în polisorbitat 80 (volum de umplere 94,4 mg/2,36 ml). Acest volum a fost stabilit în timpul dezvoltării TAXOTERE pentru a compensa pierderea de lichid în timpul preparării „amestecului prealabil”, datorită formării spumei, aderenței la pereții flaconului și a "volumului mort". Această supraumplere asigură, după diluarea cu întregul conținut al flaconului cu solvent pentru flaconul de TAXOTERE, existența unui volum minim de 8 ml „amestec prealabil”, care poate fi extras, conținând docetaxel 10 mg/ml, care corespunde cantității de 80 mg/2 ml pe flacon, înscrisă pe etichetă.

2.2 Solventul pentru flaconul de TAXOTERE 80 mg/2 ml

- Flaconul cu solvent pentru TAXOTERE 80 mg/2 ml este din sticlă incoloră, cu capacitatea nominală de 15 ml, cu un capac flip-off transparent, incolor.
- Compoziția solventului pentru TAXOTERE este: 13% m/m etanol 95% în apă pentru preparate injectabile.
- Fiecare flacon cu solvent pentru TAXOTERE 80 mg/2 ml conține 7,33 ml. Acest volum a fost stabilit pe baza volumului de umplere a flaconului de TAXOTERE 80 mg/2 ml. Adăugarea întregului conținut al flaconului cu solvent la conținutul flaconului de TAXOTERE 80 mg/2 ml asigură o concentrație a „amestecului prealabil” de docetaxel de 10 mg/ml.

3. RECOMANDĂRI PENTRU UTILIZAREA ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ

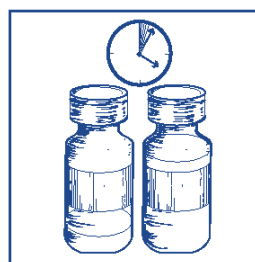
TAXOTERE este un medicament antineoplazic și, ca în cazul altor compuși potențial toxici, trebuie ca manipularea și prepararea soluției de TAXOTERE să se facă cu prudență. Se recomandă folosirea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu pielea, spălați-vă imediat cu apă și săpun. Dacă TAXOTERE concentrat, soluție „amestec prealabil” sau soluție perfuzabilă, ajung în contact cu mucoasele, spălați-vă imediat cu multă apă.

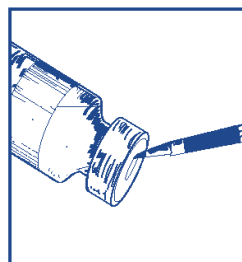
4. PREPARAREA PENTRU ADMINISTRAREA INTRAVENOASĂ

4.1 Prepararea soluției „amestec prealabil” de TAXOTERE (docetaxel 10 mg/ml)

4.1.1 Dacă flacoanele sunt păstrate la frigider, scoateți din frigider doar numărul de cutii de TAXOTERE necesare și păstrați-le la temperatura camerei (sub 25°C) timp de 5 minute.



4.1.2 Extrageți printr-o tehnică aseptică, cu ajutorul unei seringi cu ac montat, întregul conținut al flaconului cu solvent pentru TAXOTERE, răsturnând parțial flaconul.



4.1.3 Injectați întregul conținut în flaconul corespunzător de TAXOTERE.

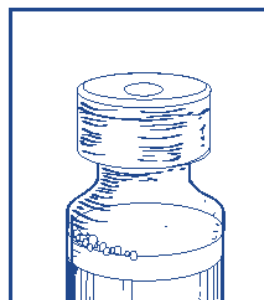


4.1.4 Scoateți seringă și acul și omogenizați manual amestecul prin mișcări repetate de răsturnare timp de minimum 45 secunde. Nu agitați.



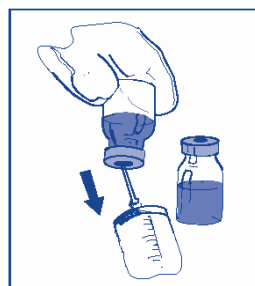
- 4.1.5** Lăsați flaconul cu „amestec prealabil” în repaus timp de 5 minute la temperatura camerei (sub 25°C) și apoi verificați dacă soluția este omogenă și limpede (prezența spumei este normală chiar și după 5 minute, datorită prezenței în formulare a polisorbatului 80).

Soluția „amestec prealabil” conține docetaxel 10 mg/ml și trebuie utilizată imediat după preparare. Cu toate acestea, stabilitatea soluției „amestec prealabil” a fost demonstrată timp de 8 ore dacă se păstrează la temperaturi între + 2°C și + 8°C sau la temperatura camerei (sub 25°C).

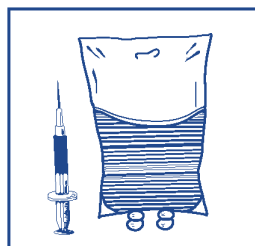


4.2 Prepararea soluției perfuzabile

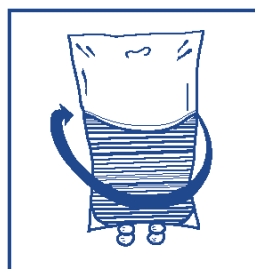
- 4.2.1** Pentru obținerea dozei necesare unui pacient, poate fi necesar mai mult decât un flacon cu „amestec prealabil”. Pe baza dozei necesare respectivului pacient, exprimată în mg, extrageți printr-o tehnică aseptică volumul de „amestec prealabil” care conține docetaxel 10 mg/ml, cu ajutorul unei seringi gradate cu ac atașat, din numărul corespunzător de flacoane cu „amestec prealabil”. De exemplu, o doză de 140 mg docetaxel necesită 14 ml soluție „amestec prealabil”.



- 4.2.2** Injectați volumul necesar de „amestec prealabil” într-o pungă sau flacon de perfuzie de 250 ml, conținând fie soluție de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%). Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 200 mg, utilizați un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.



- 4.2.3** Agitați manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.



- 4.2.4** Soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie administrată în decurs de 4 ore de la preparare, în perfuzie intravenoasă cu durată de o oră, printr-o tehnică aseptică, în condiții obișnuite de luminozitate și la temperatura camerei (sub 25°C).

- 4.2.5** Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția „amestec prealabil” și soluția perfuzabilă de TAXOTERE trebuie verificate vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.



5. ELIMINARE

Toate materialele care au fost utilizate pentru diluare și administrare trebuie eliminate în conformitate cu procedurile standard. Nu aruncați niciun medicament pe calea apei menajere. Întrebați farmacistul cum să aruncați medicamentele pe care nu le mai folosiți. Aceste măsuri vor ajuta la protejarea mediului.

Prospect: Informații pentru pacient

TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă docetaxel

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 din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect:

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

1. Ce este TAXOTERE și pentru ce se utilizează

Numele acestui medicament este TAXOTERE. Denumirea Comună Internațională a substanței active este docetaxel. Docetaxelul este o substanță derivată din acele copacului tisa. Docetaxelul aparține grupului de medicamente antineoplazice denumite taxoide.

TAXOTERE v-a fost prescris de medicul dumneavoastră pentru tratamentul cancerului de sân, al anumitor forme ale celui bronhopulmonar (altul decât cel cu celule mici), al cancerului de prostată, al cancerului gastric sau al cancerului capului și gâtului.

- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu avansat, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu doxorubicină, trastuzumab sau capecitabină.
- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu precoce cu sau fără afectare a ganglionilor limfatici, TAXOTERE vă poate fi administrat în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.
- Pentru tratamentul cancerului bronhopulmonar, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu cisplatină.
- Pentru tratamentul cancerului de prostată, TAXOTERE vă este administrat în asociere cu prednison sau prednisolon.
- Pentru tratamentul cancerului gastric metastazat, TAXOTERE este administrat în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.
- Pentru tratamentul cancerului capului și gâtului, TAXOTERE se administrează în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați TAXOTERE

Nu trebuie să vi se administreze TAXOTERE:

- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la docetaxel sau la oricare dintre celelalte componente ale TAXOTERE (enumerare la pct.6).
- dacă numărul de celule albe din sângele dumneavoastră este prea mic.
- dacă aveți o boală severă de ficat.

Atenționări și precauții

Înainte de fiecare administrare a TAXOTERE, vi se vor efectua analize ale sângelui pentru a se verifica dacă numărul de celule din sânge și funcția ficatului sunt suficiente pentru a primi TAXOTERE. În caz de tulburări ale celulelor albe ale sângelui, puteți avea asociate febră sau infecții.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți durere sau sensibilitate la nivelul abdomenului, diaree, sângerare din rect, sânge în scaun sau febră. Aceste simptome pot fi primele semne ale unei toxicități grave la nivelul stomacului și intestinului, care poate determina decesul. Medicul dumneavoastră le va trata imediat.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu vederea. În cazul în care aveți probleme cu vederea, în special dacă aveți vedere încețoșată, trebuie să vi se examineze imediat ochii și vederea.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme ale inimii.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă ați avut o reacție alergică la un tratament cu paclitaxel care v-a fost administrat anterior.

Vă rugăm să spuneți imediat medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă apar probleme la nivelul plămânilor sau dacă cele existente se agravează (febră, senzație de lipsă de aer sau tuse). Este posibil ca medicul dumneavoastră să vă oprească imediat tratamentul.

Vi se va spune să luați premedicație constând într-un glucocorticoid oral, cum este dexametazona, începând cu o zi înainte de administrarea TAXOTERE și în continuare, timp de una sau două zile după aceasta, pentru a scădea la minim anumite reacții adverse care pot să apară după perfuzia cu TAXOTERE, în special reacții alergice și retenție de lichide (umflarea mâinilor, plantei, picioarelor sau creștere în greutate).

În timpul tratamentului, este posibil să vi se administreze alte medicamente pentru menținerea numărului de celule sanguine.

La administrarea de TAXOTERE, a fost raportată apariția unor probleme severe la nivelul pielii, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG):

- simptomele SSJ/NET pot include formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.
- simptomele PEAG pot include o erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră.

Dacă vă apar reacții adverse severe la nivelul pielii sau oricare dintre reacțiile descrise mai sus, adresați-vă imediat medicului dumneavoastră sau unui profesionist din domeniul sănătății.

Înainte de începerea administrării TAXOTERE, spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu rinichii sau valori crescute ale acidului uric în sânge.

TAXOTERE conține alcool etilic. Discutați cu medicul dumneavoastră dacă suferiți de alcoolism, dacă aveți epilepsie sau insuficiență hepatică. Vezi, de asemenea, punctul de mai jos „TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)”.

TAXOTERE împreună cu alte medicamente

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră sau farmacistului spitalului dacă luați sau ați luat recent orice alte medicamente, inclusiv dintre cele eliberate fără prescripție medicală. Acest lucru este necesar, deoarece TAXOTERE sau celălalt medicament pot să nu acționeze așa cum se așteaptă și dumneavoastră puteți să aveți mai ușor reacții adverse.

Cantitatea de alcool din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Sarcina, alăptarea și fertilitatea

Adresați-vă medicului dumneavoastră pentru recomandări înainte de a lua orice medicament.

TAXOTERE NU trebuie administrat dacă sunteți gravidă, cu excepția cazului în care este clar indicat de către medicul dumneavoastră.

Nu trebuie să rămâneți gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament și timp de 2 luni după încheierea tratamentului. Trebuie să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încheierea tratamentului deoarece TAXOTERE poate avea efecte nedorite pentru produsul de concepție (făt). Dacă rămâneți gravidă în timpul tratamentului, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.

Nu trebuie să alăptați în timpul tratamentului cu TAXOTERE.

Dacă sunteți bărbat și sunteți tratat cu TAXOTERE, trebuie să nu încercați să aveți copii și să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și 4 luni după încheierea tratamentului cu acest medicament. Se recomandă să cereți sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament, deoarece docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament vă poate influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje.

Puteți avea reacții adverse ale acestui medicament care vă pot influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule, de a folosi orice unelte sau utilaje (vezi pct. 4 Reacții adverse posibile). Dacă se întâmplă acest lucru, nu conduceți vehicule și nu folosiți unelte sau utilaje, înainte să discutați cu medicul dumneavoastră, asistenta medicală sau farmacistul din spital.

TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)

Acest medicament conține etanol anhidru (alcool) 50% din volum, adică până la 395 mg etanol anhidru pe flacon, echivalent cu 10 ml bere sau 4 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli ale ficatului sau epilepsie.

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate avea efecte asupra sistemului nervos central (componentă a sistemului nervos, care include creierul și măduva spinării).

3. Cum să utilizați TAXOTERE

TAXOTERE vă va fi administrat de către personalul medical.

Doza uzuală

Doza uzuală va depinde de greutatea dumneavoastră și de starea dumneavoastră generală. Medicul dumneavoastră vă va calcula aria suprafeței corporale în metri pătrați (m²) și va determina doza pe care trebuie să o primiți.

Modul și calea de administrare

TAXOTERE vă va fi administrat prin perfuzie într-o venă (cale intravenoasă). Durata perfuziei este de aproximativ o oră, timp în care veți sta în spital.

Frecvența de administrare

De obicei, vi se va administra câte o perfuzie o dată la 3 săptămâni.

Medicul dumneavoastră poate modifica doza și frecvența administrărilor, în funcție de analizele de sânge, de starea dumneavoastră generală și de răspunsul dumneavoastră la TAXOTERE. Vă rugăm să informați medicul dumneavoastră în special în caz de diaree, leziuni în cavitatea bucală, senzație de amorțeală sau înțepături sau febră și să-i dați rezultatele analizelor de sânge. Această informație îi va permite să decidă dacă este necesară o reducere a dozei. Dacă aveți orice întrebări suplimentare cu privire la acest medicament, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului din spital.

4. Reacții adverse posibile

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

Medicul va discuta despre acestea cu dumneavoastră și vă va explica potențialele riscuri și beneficii ale tratamentului dumneavoastră.

Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent la TAXOTERE singur sunt: scăderea numărului de celule roșii sau de celule albe sanguine, alopecie, greață, vărsături, leziuni în cavitatea bucală, diaree și oboseală.

Severitatea reacțiilor adverse la TAXOTERE poate fi crescută când TAXOTERE este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În timpul perfuziei efectuate în spital, pot apărea următoarele reacții alergice (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- înroșirea feței, reacții pe piele, mâncărimi
- senzație de apăsare în piept, respirație îngreunată
- febră sau frisoane
- dureri de spate
- tensiune arterială mică.

Este posibil să apară reacții mai severe.

De asemenea dacă ați avut o reacție alergică la paclitaxel, puteți avea o reacție alergică la docetaxel, care poate fi mai severă.

Personalul medical din spital vă va supraveghea cu atenție starea în timpul tratamentului. Spuneți imediat dacă observați oricare dintre aceste efecte.

Între două perfuzii cu TAXOTERE pot să apară următoarele, iar frecvența poate varia în funcție de asocierea de medicamente primită:

Foarte frecvente (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- infecții, scăderea numărului de celule sanguine roșii (anemie) sau albe (importante pentru combaterea infecțiilor) și a plachetelor sanguine
- febră: dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului
- reacții alergice, după cum sunt descrise mai sus
- lipsa poftei de mâncare (anorexie)
- insomnie
- senzație de amorțeală sau înțepături sau durere la nivelul articulațiilor sau mușchilor
- durere de cap
- modificări ale gustului
- inflamație a ochiului sau lăcrimare crescută
- umflare datorită drenajului limfatic insuficient
- senzație de lipsă de aer
- secreții nazale, inflamație la nivelul gâtului și nasului; tuse
- sângerare nazală
- leziuni în cavitatea bucală
- disconfort gastric, inclusiv greață, vărsături și diaree, constipație
- durere abdominală
- indigestie
- căderea părului: în cele mai multe cazuri creșterea normală a părului trebuie să se reia. În unele cazuri (cu frecvență necunoscută), a fost observată pierderea permanentă a părului.
- înroșirea și umflarea palmelor sau tălpilei, care pot determina cojirea pielii (posibil să apară, de asemenea, pe brațe, pe față sau pe corp)
- schimbarea culorii unghiilor, care pot să cadă
- dureri musculare; durere de spate sau durere osoasă
- modificare sau absență a menstruației
- umflarea mâinilor, picioarelor, membrelor inferioare
- oboseală sau simptome asemănătoare gripei
- creștere sau scădere în greutate
- infecție a tractului respirator superior.

Frecvente (pot apărea la 1 din 10 persoane):

- candidoză orală
- deshidratare
- amețeli
- afectare a auzului
- scădere a tensiunii arteriale; bătăi rapide sau neregulate ale inimii
- insuficiență cardiacă
- esofagită
- uscăciune a gurii
- înghițire dificilă sau dureroasă
- hemoragie
- enzime hepatice crescute (de unde rezultă necesitatea analizelor de sânge regulate)
- creștere a valorilor zahărului din sânge (diabet zaharat)
- scădere a valorilor potasiului, calciului și/sau fosfatului din sânge.

Mai puțin frecvente (pot apărea la 1 din 100 de persoane):

- pierderea temporară a stării de conștiență
- reacții pe piele la locul injectării, flebită (inflamație a venelor) sau umflare
- cheaguri de sânge.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic (tipuri de cancer ale sângelui).

Rare (pot apărea la 1 din 1000 de persoane)

- inflamație a colonului, a intestinului subțire, care poate determina decesul (cu frecvență necunoscută); perforație intestinală

Frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile):

- boală pulmonară interstițială (inflamație la nivelul plămânilor, care provoacă tuse și respirație îngreunată. Inflamația la nivelul plămânilor se poate, de asemenea, instala atunci când terapia cu docetaxel este utilizată împreună cu radioterapie)
- pneumonie (infecție la nivelul plămânilor)
- fibroză pulmonară (cicatrici și îngroșări la nivelul plămânilor, cu senzație de lipsă de aer)
- vedere încețoșată, din cauza umflării retinei în interiorul ochilor (edem macular cistoid)
- scădere a valorilor sodiului și/sau magneziului în sânge (tulburări ale echilibrului electrolitic).
- aritmie ventriculară sau tahicardie ventriculară (manifestate prin bătăi neregulate și/sau rapide ale inimii, scurtare severă a respirației, amețeli și/sau leșin). Unele dintre aceste simptome pot fi grave. Dacă se întâmplă acest lucru, trebuie să vă adresați imediat medicului dumneavoastră.
- reacții la locul injectării într-un loc în care ați mai avut anterior o reacție alergică.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea limfom non-Hodgkin (un tip de cancer care afectează sistemul imunitar) și alte tipuri de cancer.
- sindrom Stevens-Johnson (SSJ) și necroliză epidermică toxică (NET) (formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.)
- pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG) (erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră).
- sindromul de liză tumorală este o afecțiune gravă, evidențiată prin modificări la analizele de sânge, cum sunt creșterea valorilor acidului uric, potasiului, fosforului și scăderea valorilor calciului; și duce la apariția unor simptome cum sunt convulsiile, insuficiența renală (scăderea cantității sau închiderea la culoare a urinei) și tulburări ale ritmului bătăilor inimii. Dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.
- miozită (inflamație a mușchilor – căldură, roșeață și umflare – care provoacă durere și slăbiciune musculară).

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate 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 TAXOTERE

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

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

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Utilizați flaconul imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice.

Utilizați medicamentul imediat după ce acesta este adăugat în punga pentru perfuzie. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului și, în mod normal, nu trebuie să fie mai mari de 6 ore la temperaturi sub 25°C, incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase la pacient, cu durata de o oră.

Stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.

Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.

Nu aruncați niciun medicament pe calea apei 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 TAXOTERE

- Substanța activă este docetaxelul (sub formă de trihidrat). Fiecare ml de concentrat pentru soluție perfuzabilă conține 20 mg docetaxel.
- Celelalte componente sunt polisorbit 80, etanol anhidru (vezi pct. 2) și acid citric.

Cum arată TAXOTERE și conținutul ambalajului

TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție de culoare galben-pal până la galben-maroniu.

Concentratul este disponibil în flacon din sticlă incoloră cu capacitatea nominală de 7 ml, cu sigiliu din aluminiu de culoare verde și capac flip-off din plastic de culoare verde.

Fiecare cutie conține un flacon a 1 ml concentrat (20 mg docetaxel).

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

Fabricantul

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Industriepark Höchst
65926 Frankfurt am Main
Germania

sau

Sanofi-Aventis Zrt.
(Harbor Park) 1, Campona utca
Budapest 1225
Ungaria

Pentru orice informații referitoare la acest medicament, vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:

België/Belgique/Belgien
Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00

България
Swixx Biopharma EOOD
Тел.: +359 (0)2 4942 480

Česká republika
Sanofi s.r.o.
Tel: +420 233 086 111

Danmark
Sanofi A/S
Tlf: +45 45 16 70 00

Deutschland
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Tel.: 0800 52 52 010
Tel. aus dem Ausland: +49 69 305 21 131

Eesti
Swixx Biopharma OÜ
Tel: +372 640 10 30

Ελλάδα
Sanofi-Aventis Μονοπρόσωπη ΑΕΒΕ
Τηλ: +30 210 900 16 00

España
sanofi-aventis, S.A.
Tel: +34 93 485 94 00

France
Sanofi Winthrop Industrie
Tél: 0 800 222 555
Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

Hrvatska
Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +385 1 2078 500

Ireland
sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +353 (0) 1 403 56 00

Ísland
Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia
sanofi-aventis S.r.l.
Tel: +39 02 39394275

Lietuva
Swixx Biopharma UAB
Tel: +370 5 236 91 40

Luxembourg/Luxemburg
Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00 (Belgique/Belgien)

Magyarország
sanofi-aventis zrt., Magyarország
Tel.: +36 1 505 0050

Malta
sanofi S.r.l.
Tel: ++39. 02 39394275

Nederland
Sanofi B.V.
Tel: +31 20 245 4000

Norge
sanofi-aventis Norge AS
Tlf: +47 67 10 71 00

Österreich
sanofi-aventis GmbH
Tel: +43 1 80 185 – 0

Polska
sanofi-aventis Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 280 00 00

Portugal
Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Tel: +351 21 35 89 400

România
Sanofi Romania SRL
Tel: +40 (0) 21 317 31 36

Slovenija
Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +386 1 235 51 00

Slovenská republika
Swixx Biopharma s.r.o.
Tel: +421 2 208 33 600

Suomi/Finland
Sanofi Oy
Puh/Tel: +358 (0) 201 200 300

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd.
Τηλ: +357 22 741741

Sverige

Sanofi AB
Tel: +46 (0)8 634 50 00

Latvija

Swixx Biopharma SIA
Tel: +371 6 616 47 50

United Kingdom (Northern Ireland)

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +44 (0) 800 035 2525

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/>

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

GHID DE PREPARARE PENTRU UTILIZAREA TAXOTERE 20 mg/1 ml CONCENTRAT PENTRU SOLUȚIE PERFUZABILĂ

Este important să citiți întregul conținut al acestui ghid, înainte de prepararea TAXOTERE soluție perfuzabilă.

Recomandări pentru manipularea în condiții de siguranță

Docetaxelul este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor substanțe cu potențial toxic, este necesară prudență atunci când acesta se manipulează și când se prepară soluțiile sale. Se recomandă utilizarea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă vine în contact cu pielea, spălați-vă imediat și abundent cu apă și săpun. Dacă vine în contact cu mucoasele, spălați-vă imediat cu apă din abundență.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

Prepararea soluției perfuzabile

NU UTILIZAȚI alt medicament care conține docetaxel, constând în 2 flacoane (concentrat și solvent) împreună cu acest medicament (TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, care conține numai 1 flacon).

TAXOTERE 20 mg/1 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă NU necesită diluare prealabilă cu un solvent și este pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă.

- Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului. Pot fi necesare mai mult de un flacon de concentrat pentru soluție perfuzabilă pentru a obține doza necesară pentru pacient. De exemplu, pentru o doză de 140 mg docetaxel ar fi necesari 7 ml docetaxel concentrat pentru soluție perfuzabilă.
- Extrageți printr-o tehnică aseptică doza necesară de concentrat pentru soluție perfuzabilă, utilizând o seringă calibrată prevăzută cu un ac 21G.

Concentrația de docetaxel din TAXOTERE 20 mg/1 ml este de 20 mg/ml.

- Apoi, injectați printr-o singură injecție (o singură perforare) într-o pungă pentru perfuzie sau într-un flacon, fiecare cu capacitatea de 250 ml, care conțin fie soluție perfuzabilă de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%). Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 190 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.
- Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.
- Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice și medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului. Odată introdusă în punga pentru perfuzie conform recomandărilor, soluția perfuzabilă de docetaxel este stabilă timp de 6 ore dacă este păstrată la temperaturi sub 25°C. Aceasta trebuie utilizată în decurs de 6 ore (incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase cu durata de o oră).
În plus, stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.
- Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.
- Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția perfuzabilă trebuie verificată vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Eliminare

Toate materialele care au fost utilizate pentru diluare și administrare trebuie eliminate în conformitate cu procedurile standard. Nu aruncați niciun medicament pe calea apei menajere. Întrebați farmacistul cum să aruncați medicamentele pe care nu le mai folosiți. Aceste măsuri vor ajuta la protejarea mediului.

Prospect: Informații pentru pacient

TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă docetaxel

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 din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect:

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

1. Ce este TAXOTERE și pentru ce se utilizează

Numele acestui medicament este TAXOTERE. Denumirea Comună Internațională a substanței active este docetaxel. Docetaxelul este o substanță derivată din acele copacului tisa. Docetaxelul aparține grupului de medicamente antineoplazice denumite taxoide.

TAXOTERE v-a fost prescris de medicul dumneavoastră pentru tratamentul cancerului de sân, al anumitor forme ale celui bronhopulmonar (altul decât cel cu celule mici), al cancerului de prostată, al cancerului gastric sau al cancerului capului și gâtului.

- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu avansat, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu doxorubicină, trastuzumab sau capecitabină.
- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu precoce cu sau fără afectare a ganglionilor limfatici, TAXOTERE vă poate fi administrat în asociere cu doxorubicină și ciclofosfamidă.
- Pentru tratamentul cancerului bronhopulmonar, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu cisplatină.
- Pentru tratamentul cancerului de prostată, TAXOTERE vă este administrat în asociere cu prednison sau prednisolon.
- Pentru tratamentul cancerului gastric metastazat, TAXOTERE este administrat în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.
- Pentru tratamentul cancerului capului și gâtului, TAXOTERE se administrează în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați TAXOTERE

Nu trebuie să vi se administreze TAXOTERE

- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la docetaxel sau la oricare dintre celelalte componente ale TAXOTERE (enumerare la pct.6).
- dacă numărul de celule albe din sângele dumneavoastră este prea mic.
- dacă aveți o boală severă de ficat.

Atenționări și precauții

Înainte de fiecare administrare a TAXOTERE, vi se vor efectua analize ale sângelui pentru a se verifica dacă numărul de celule din sânge și funcția ficatului sunt suficiente pentru a primi TAXOTERE. În caz de tulburări ale celulelor albe ale sângelui, puteți avea asociate febră sau infecții.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți durere sau sensibilitate la nivelul abdomenului, diaree, sângerare din rect, sânge în scaun sau febră. Aceste simptome pot fi primele semne ale unei toxicități grave la nivelul stomacului și intestinului, care poate determina decesul. Medicul dumneavoastră le va trata imediat.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu vederea. În cazul în care aveți probleme cu vederea, în special dacă aveți vedere încețoșată, trebuie să vi se examineze imediat ochii și vederea.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme ale inimii.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă ați avut o reacție alergică la un tratament cu paclitaxel care v-a fost administrat anterior.

Vă rugăm să spuneți imediat medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă apar probleme la nivelul plămânilor sau dacă cele existente se agravează (febră, senzație de lipsă de aer sau tuse). Este posibil ca medicul dumneavoastră să vă oprească imediat tratamentul.

Vi se va spune să luați premedicație constând într-un glucocorticoid oral, cum este dexametazona, începând cu o zi înainte de administrarea TAXOTERE și în continuare, timp de una sau două zile după aceasta, pentru a scădea la minim anumite reacții adverse care pot să apară după perfuzia cu TAXOTERE, în special reacții alergice și retenție de lichide (umflarea mâinilor, plantei, picioarelor sau creștere în greutate).

În timpul tratamentului, este posibil să vi se administreze alte medicamente pentru menținerea numărului de celule sanguine.

La administrarea de TAXOTERE, a fost raportată apariția unor probleme severe la nivelul pielii, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG):

- simptomele SSJ/NET pot include formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.
- simptomele PEAG pot include o erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră.

Dacă vă apar reacții adverse severe la nivelul pielii sau oricare dintre reacțiile descrise mai sus, adresați-vă imediat medicului dumneavoastră sau unui profesionist din domeniul sănătății.

Înainte de începerea administrării TAXOTERE, spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu rinichii sau valori crescute ale acidului uric în sânge.

TAXOTERE conține alcool etilic. Discutați cu medicul dumneavoastră dacă suferiți de alcoolism, dacă aveți epilepsie sau insuficiență hepatică. Vezi, de asemenea, punctul de mai jos „TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)”.

TAXOTERE împreună cu alte medicamente

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră sau farmacistului spitalului dacă luați sau ați luat recent orice alte medicamente, inclusiv dintre cele eliberate fără prescripție medicală. Acest lucru este necesar, deoarece TAXOTERE sau celălalt medicament pot să nu acționeze așa cum se așteaptă și dumneavoastră puteți să aveți mai ușor reacții adverse.

Cantitatea de alcool din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Sarcina, alăptarea și fertilitatea

Adresați-vă medicului dumneavoastră pentru recomandări înainte de a lua orice medicament.

TAXOTERE NU trebuie administrat dacă sunteți gravidă, cu excepția cazului în care este clar indicat de către medicul dumneavoastră.

Nu trebuie să rămâneți gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament și timp de 2 luni după încheierea tratamentului. Trebuie să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încheierea tratamentului, deoarece TAXOTERE poate avea efecte nedorite pentru produsul de concepție (făt). Dacă rămâneți gravidă în timpul tratamentului, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.

Nu trebuie să alăptați în timpul tratamentului cu TAXOTERE.

Dacă sunteți bărbat și sunteți tratat cu TAXOTERE, trebuie să nu încercați să aveți copii și să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și 4 luni după încheierea tratamentului cu acest medicament. Se recomandă să cereți sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament, deoarece docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament vă poate influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje.

Puteți avea reacții adverse ale acestui medicament care vă pot influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule, de a folosi orice unelte sau utilaje (vezi pct. 4 Reacții adverse posibile). Dacă se întâmplă acest lucru, nu conduceți vehicule și nu folosiți unelte sau utilaje, înainte să discutați cu medicul dumneavoastră, asistenta medicală sau farmacistul din spital.

TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)

Acest medicament conține etanol anhidru (alcool) 50% din volum, adică până la 1,58 g etanol anhidru pe flacon, echivalent cu 40 ml bere sau 17 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli ale ficatului sau epilepsie.

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate avea efecte asupra sistemului nervos central (componentă a sistemului nervos, care include creierul și măduva spinării).

3. Cum să utilizați TAXOTERE

TAXOTERE vă va fi administrat de către personalul medical.

Doza uzuală

Doza uzuală va depinde de greutatea dumneavoastră și de starea dumneavoastră generală. Medicul dumneavoastră vă va calcula aria suprafeței corporale în metri pătrați (m²) și va determina doza pe care trebuie să o primiți.

Modul și calea de administrare

TAXOTERE vă va fi administrat prin perfuzie într-o venă (cale intravenoasă). Durata perfuziei este de aproximativ o oră, timp în care veți sta în spital.

Frecvența de administrare

De obicei, vi se va administra câte o perfuzie o dată la 3 săptămâni.

Medicul dumneavoastră poate modifica doza și frecvența administrărilor, în funcție de analizele de sânge, de starea dumneavoastră generală și de răspunsul dumneavoastră la TAXOTERE. Vă rugăm să informați medicul dumneavoastră în special în caz de diaree, leziuni în cavitatea bucală, senzație de amorțeală sau înțepături sau febră și să-i dați rezultatele analizelor de sânge. Această informație îi va permite să decidă dacă este necesară o reducere a dozei. Dacă aveți orice întrebări suplimentare cu privire la acest medicament, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului din spital.

4. Reacții adverse posibile

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

Medicul va discuta despre acestea cu dumneavoastră și vă va explica potențialele riscuri și beneficii ale tratamentului dumneavoastră.

Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent la TAXOTERE singur sunt: scăderea numărului de celule roșii sau de celule albe sanguine, alopecie, greață, vărsături, leziuni în cavitatea bucală, diaree și oboseală.

Severitatea reacțiilor adverse la TAXOTERE poate fi crescută când TAXOTERE este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În timpul perfuziei efectuate în spital, pot apărea următoarele reacții alergice (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- înroșirea feței, reacții pe piele, mâncărimi
- senzație de apăsare în piept, respirație îngreunată
- febră sau frisoane
- dureri de spate
- tensiune arterială mică.

Este posibil să apară reacții mai severe.

De asemenea, dacă ați avut o reacție alergică la paclitaxel, puteți avea o reacție alergică la docetaxel, care poate fi mai severă.

Personalul medical din spital vă va supraveghea cu atenție starea în timpul tratamentului. Spuneți imediat dacă observați oricare dintre aceste efecte.

Între două perfuzii cu TAXOTERE pot să apară următoarele, iar frecvența poate varia în funcție de asocierea de medicamente primite:

Foarte frecvente (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- infecții, scăderea numărului de celule sanguine roșii (anemie) sau albe (importante pentru combaterea infecțiilor) și a plachetelor sanguine
- febră: dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului
- reacții alergice, după cum sunt descrise mai sus
- lipsa poftei de mâncare (anorexie)
- insomnie
- senzație de amorțeală sau înțepături sau durere la nivelul articulațiilor sau mușchilor
- durere de cap
- modificări ale gustului
- inflamație a ochiului sau lăcrimare crescută
- umflare datorită drenajului limfatic insuficient
- senzație de lipsă de aer
- secreții nazale, inflamație la nivelul gâtului și nasului; tuse
- sângerare nazală
- leziuni în cavitatea bucală
- disconfort gastric, inclusiv greață, vărsături și diaree, constipație
- durere abdominală
- indigestie
- căderea părului: în cele mai multe cazuri creșterea normală a părului trebuie să se reia. În unele cazuri (cu frecvență necunoscută), a fost observată pierderea permanentă a părului.
- înroșirea și umflarea palmelor sau tălpile, care pot determina cojirea pielii (posibil să apară, de asemenea, pe brațe, pe față sau pe corp)
- schimbarea culorii unghiilor, care pot să cadă
- dureri musculare; durere de spate sau durere osoasă
- modificare sau absență a menstruației
- umflarea mâinilor, picioarelor, membrelor inferioare
- oboseală sau simptome asemănătoare gripei
- creștere sau scădere în greutate
- infecție a tractului respirator superior.

Frecvente (pot apărea la 1 din 10 persoane):

- candidoză orală
- deshidratare
- amețeli
- afectare a auzului
- scădere a tensiunii arteriale; bătăi rapide sau neregulate ale inimii
- insuficiență cardiacă
- esofagită
- uscăciune a gurii
- înghițire dificilă sau dureroasă
- hemoragie
- enzime hepatice crescute (de unde rezultă necesitatea analizelor de sânge regulate)
- creștere a valorilor zahărului din sânge (diabet zaharat)
- scădere a valorilor potasiului, calciului și/sau fosfatului din sânge.

Mai puțin frecvente (pot apărea la 1 din 100 de persoane):

- pierderea temporară a stării de conștiență
- reacții pe piele la locul injectării, flebită (inflamație a venelor) sau umflare
- cheaguri de sânge.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic (tipuri de cancer ale sângelui).

Rare (pot apărea la 1 din 1000 de persoane)

- inflamație a colonului, a intestinului subțire, care poate determina decesul (cu frecvență necunoscută); perforație intestinală

Frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile):

- boală pulmonară interstițială (inflamație la nivelul plămânilor, care provoacă tuse și respirație îngreunată. Inflamația la nivelul plămânilor se poate, de asemenea, instala atunci când terapia cu docetaxel este utilizată împreună cu radioterapie)
- pneumonie (infecție la nivelul plămânilor)
- fibroză pulmonară (cicatrici și îngroșări la nivelul plămânilor, cu senzație de lipsă de aer)
- vedere încețoșată, din cauza umflării retinei în interiorul ochilor (edem macular cistoid)
- scădere a valorilor sodiului și/sau magneziului în sânge (tulburări ale echilibrului electrolitic).
- aritmie ventriculară sau tahicardie ventriculară (manifestate prin bătăi neregulate și/sau rapide ale inimii, scurtare severă a respirației, amețeli și/sau leșin). Unele dintre aceste simptome pot fi grave. Dacă se întâmplă acest lucru, trebuie să vă adresați imediat medicului dumneavoastră
- reacții la locul injectării într-un loc în care ați mai avut anterior o reacție alergică.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea limfom non-Hodgkin (un tip de cancer care afectează sistemul imunitar) și alte tipuri de cancer.
- sindrom Stevens-Johnson (SSJ) și necroliză epidermică toxică (NET) (formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.)
- pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG) (erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră).
- sindromul de liză tumorală este o afecțiune gravă, evidențiată prin modificări la analizele de sânge, cum sunt creșterea valorilor acidului uric, potasiului, fosforului și scăderea valorilor calciului; și duce la apariția unor simptome cum sunt convulsiile, insuficiența renală (scăderea cantității sau închiderea la culoare a urinei) și tulburări ale ritmului bătăilor inimii. Dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.
- miozită (inflamație a mușchilor – căldură, roșeață și umflare – care provoacă durere și slăbiciune musculară).

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate 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 TAXOTERE

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

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

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Utilizați flaconul imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice.

Utilizați medicamentul imediat după ce acesta este adăugat în punga pentru perfuzie. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului și, în mod normal, nu trebuie să fie mai mari de 6 ore la temperaturi sub 25°C, incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase la pacient, cu durata de o oră.

Stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.

Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.

Nu aruncați niciun medicament pe calea apei 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 TAXOTERE

- Substanța activă este docetaxelul (sub formă de trihidrat). Fiecare ml de concentrat pentru soluție perfuzabilă conține 20 mg docetaxel.
- Celelalte componente sunt polisorbit 80, etanol anhidru (vezi pct. 2) și acid citric.

Cum arată TAXOTERE și conținutul ambalajului

TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție de culoare galben-pal până la galben-maroniu.

Concentratul este disponibil în flacon din sticlă incoloră cu capacitatea nominală de 7 ml, cu sigiliu din aluminiu de culoare magenta și capac flip-off din plastic de culoare magenta.

Fiecare cutie conține un flacon a 4 ml concentrat (80 mg docetaxel).

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

Fabricantul

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Industriepark Höchst
65926 Frankfurt am Main
Germania

sau

Sanofi-Aventis Zrt.
(Harbor Park) 1, Campona utca
Budapest 1225
Ungaria

Pentru orice informații referitoare la acest medicament, vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:

België/Belgique/Belgien
Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00

България
Swixx Biopharma EOOD
Тел.: +359 (0)2 4942 480

Česká republika
Sanofi s.r.o.
Tel: +420 233 086 111

Danmark
Sanofi A/S
Tlf: +45 45 16 70 00

Deutschland
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Tel.: 0800 52 52 010
Tel. aus dem Ausland: +49 69 305 21 131

Eesti
Swixx Biopharma OÜ
Tel: +372 640 10 30

Ελλάδα
Sanofi-Aventis Μονοπρόσωπη ΑΕΒΕ
Τηλ: +30 210 900 16 00

España
sanofi-aventis, S.A.
Tel: +34 93 485 94 00

France
Sanofi Winthrop Industrie
Tél: 0 800 222 555
Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

Hrvatska
Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +385 1 2078 500

Ireland
sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +353 (0) 1 403 56 00

Ísland
Vistor hf.
Sími: +354 535 7000

Italia
sanofi-aventis S.r.l.
Tel: +39 02 39394275

Lietuva
Swixx Biopharma UAB
Tel: +370 5 236 91 40

Luxembourg/Luxemburg
Sanofi Belgium
Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00 (Belgique/Belgien)

Magyarország
sanofi-aventis zrt., Magyarország
Tel.: +36 1 505 0050

Malta
sanofi S.r.l.
Tel: +39. 02 39394275

Nederland
Sanofi B.V.
Tel: +3120 245 4000

Norge
sanofi-aventis Norge AS
Tlf: +47 67 10 71 00

Österreich
sanofi-aventis GmbH
Tel: +43 1 80 185 – 0

Polska
sanofi-aventis Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 280 00 00

Portugal
Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Tel: +351 21 35 89 400

România
Sanofi Romania SRL
Tel: +40 (0) 21 317 31 36

Slovenija
Swixx Biopharma d.o.o.
Tel: +386 1 235 51 00

Slovenská republika
Swixx Biopharma s.r.o.
Tel: +421 2 208 33 600

Suomi/Finland
Sanofi Oy
Puh/Tel: +358 (0) 201 200 300

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd.

Τηλ: +357 22 741741

Latvija

Swixx Biopharma SIA

Tel: +371 6 616 47 50

Sverige

Sanofi AB

Tel: +46 (0)8 634 50 00

United Kingdom (Northern Ireland)

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI

Tel: +44 (0) 800 035 2525

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/>

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

GHID DE PREPARARE PENTRU UTILIZAREA TAXOTERE 80 mg/4 ml CONCENTRAT PENTRU SOLUȚIE PERFUZABILĂ

Este important să citiți întregul conținut al acestui ghid, înainte de prepararea TAXOTERE soluție perfuzabilă.

Recomandări pentru manipularea în condiții de siguranță

Docetaxelul este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor substanțe cu potențial toxic, este necesară prudență atunci când acesta se manipulează și când se prepară soluțiile sale. Se recomandă utilizarea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă vine în contact cu pielea, spălați-vă imediat și abundent cu apă și săpun. Dacă vine în contact cu mucoasele, spălați-vă imediat cu apă din abundență.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

Prepararea soluției perfuzabile

NU UTILIZAȚI alt medicament care conține docetaxel, constând în 2 flacoane (concentrat și solvent) împreună cu acest medicament (TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, care conține numai 1 flacon).

TAXOTERE 80 mg/4 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă NU necesită diluare prealabilă cu un solvent și este pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă.

- Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului. Pot fi necesare mai mult de un flacon de concentrat pentru soluție perfuzabilă pentru a obține doza necesară pentru pacient. De exemplu, pentru o doză de 140 mg docetaxel ar fi necesari 7 ml docetaxel concentrat pentru soluție perfuzabilă.
- Extrageți printr-o tehnică aseptică doza necesară de concentrat pentru soluție perfuzabilă, utilizând o seringă calibrată prevăzută cu un ac 21G.

Concentrația de docetaxel din TAXOTERE 80 mg/4 ml este de 20 mg/ml.

- Apoi, injectați printr-o singură injecție (o singură perforare) într-o pungă pentru perfuzie sau într-un flacon, fiecare cu capacitatea de 250 ml, care conțin fie soluție perfuzabilă de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%). Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 190 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.
- Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.
- Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice și medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului. Odată introdusă în punga pentru perfuzie conform recomandărilor, soluția perfuzabilă de docetaxel este stabilă timp de 6 ore dacă este păstrată la temperaturi sub 25°C. Aceasta trebuie utilizată în decurs de 6 ore (incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase cu durata de o oră). În plus, stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.
- Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.
- Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția perfuzabilă trebuie verificată vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Eliminare

Toate materialele care au fost utilizate pentru diluare și administrare trebuie eliminate în conformitate cu procedurile standard. Nu aruncați niciun medicament pe calea apei menajere. Întrebați farmacistul cum să aruncați medicamentele pe care nu le mai folosiți. Aceste măsuri vor ajuta la protejarea mediului.

Prospect: Informații pentru pacient

TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă docetaxel

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 din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect:

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

1. Ce este TAXOTERE și pentru ce se utilizează

Numele acestui medicament este TAXOTERE. Denumirea Comună Internațională a substanței active este docetaxel. Docetaxelul este o substanță derivată din acele copacului tisa. Docetaxelul aparține grupului de medicamente antineoplazice denumite taxoide.

TAXOTERE v-a fost prescris de medicul dumneavoastră pentru tratamentul cancerului de sân, al anumitor forme ale celui bronhopulmonar (altul decât cel cu celule mici), al cancerului de prostată, al cancerului gastric sau al cancerului capului și gâtului.

- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu avansat, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu doxorubicină, trastuzumab sau capecitabină.
- Pentru tratamentul cancerului de sân în stadiu precoce cu sau fără afectare a ganglionilor limfatici, TAXOTERE vă poate fi administrat în asociere cu doxorubicină și ciclofosamidă.
- Pentru tratamentul cancerului bronhopulmonar, TAXOTERE vă poate fi administrat fie singur, fie în asociere cu cisplatină.
- Pentru tratamentul cancerului de prostată, TAXOTERE vă este administrat în asociere cu prednison sau prednisolon.
- Pentru tratamentul cancerului gastric metastazat, TAXOTERE este administrat în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.
- Pentru tratamentul cancerului capului și gâtului, TAXOTERE se administrează în asociere cu cisplatină și 5-fluorouracil.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați TAXOTERE

Nu trebuie să vi se administreze TAXOTERE:

- dacă sunteți alergic (hipersensibil) la docetaxel sau la oricare dintre celelalte componente ale TAXOTERE (enumerare la pct.6).
- dacă numărul de celule albe din sângele dumneavoastră este prea mic.
- dacă aveți o boală severă de ficat.

Atenționări și precauții

Înainte de fiecare administrare a TAXOTERE, vi se vor efectua analize ale sângelui pentru a se verifica dacă numărul de celule din sânge și funcția ficatului sunt suficiente pentru a primi TAXOTERE. În caz de tulburări ale celulelor albe ale sângelui, puteți avea asociate febră sau infecții.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți durere sau sensibilitate la nivelul abdomenului, diaree, sângerare din rect, sânge în scaun sau febră. Aceste simptome pot fi primele semne ale unei toxicități grave la nivelul stomacului și intestinului, care poate determina decesul. Medicul dumneavoastră le va trata imediat.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu vederea. În cazul în care aveți probleme cu vederea, în special dacă aveți vedere încețoșată, trebuie să vi se examineze imediat ochii și vederea.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme ale inimii.

Adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă ați avut o reacție alergică la un tratament cu paclitaxel care v-a fost administrat anterior.

Vă rugăm să spuneți imediat medicului dumneavoastră, farmacistului din spitalul dumneavoastră sau asistentei medicale dacă apar probleme la nivelul plămânilor sau dacă cele existente se agravează (febră, senzație de lipsă de aer sau tuse). Este posibil ca medicul dumneavoastră să vă oprească imediat tratamentul.

Vi se va spune să luați premedicație constând într-un glucocorticoid oral, cum este dexametazona, începând cu o zi înainte de administrarea TAXOTERE și în continuare, timp de una sau două zile după aceasta, pentru a scădea la minim anumite reacții adverse care pot să apară după perfuzia cu TAXOTERE, în special reacții alergice și retenție de lichide (umflarea mâinilor, plantei, picioarelor sau creștere în greutate).

În timpul tratamentului, este posibil să vi se administreze alte medicamente pentru menținerea numărului de celule sanguine.

La administrarea de TAXOTERE, a fost raportată apariția unor probleme severe la nivelul pielii, cum sunt sindromul Stevens-Johnson (SSJ), necroliza epidermică toxică (NET) și pustuloza exantematoasă acută generalizată (PEAG):

- simptomele SSJ/NET pot include formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.
- simptomele PEAG pot include o erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră.

Dacă vă apar reacții adverse severe la nivelul pielii sau oricare dintre reacțiile descrise mai sus, adresați-vă imediat medicului dumneavoastră sau unui profesionist din domeniul sănătății.

Înainte de începerea administrării TAXOTERE, spuneți medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale dacă aveți probleme cu rinichii sau valori crescute ale acidului uric în sânge.

TAXOTERE conține alcool etilic. Discutați cu medicul dumneavoastră dacă suferiți de alcoolism, dacă aveți epilepsie sau insuficiență hepatică. Vezi, de asemenea, punctul de mai jos „TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)”.

TAXOTERE împreună cu alte medicamente

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră sau farmacistului spitalului dacă luați sau ați luat recent orice alte medicamente, inclusiv dintre cele eliberate fără prescripție medicală. Acest lucru este necesar, deoarece TAXOTERE sau celălalt medicament pot să nu acționeze așa cum se așteaptă și dumneavoastră puteți să aveți mai ușor reacții adverse.

Cantitatea de alcool din acest medicament poate modifica efectele altor medicamente.

Sarcina, alăptarea și fertilitatea

Adresați-vă medicului dumneavoastră pentru recomandări înainte de a lua orice medicament.

TAXOTERE NU trebuie administrat dacă sunteți gravidă, cu excepția cazului în care este clar indicat de către medicul dumneavoastră.

Nu trebuie să rămâneți gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament și timp de 2 luni după încheierea tratamentului. Trebuie să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și timp de 2 luni după încheierea tratamentului, deoarece TAXOTERE poate avea efecte nedorite pentru produsul de concepție (făt). Dacă rămâneți gravidă în timpul tratamentului, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.

Nu trebuie să alăptați în timpul tratamentului cu TAXOTERE.

Dacă sunteți bărbat și sunteți tratat cu TAXOTERE, trebuie să nu încercați să aveți copii și să utilizați o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și 4 luni după încheierea tratamentului cu acest medicament. Se recomandă să cereți sfatul privind oportunitatea conservării spermei înainte de tratament, deoarece docetaxelul poate afecta fertilitatea la bărbați.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament vă poate influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje.

Puteți avea reacții adverse ale acestui medicament care vă pot influența în mod negativ capacitatea de a conduce vehicule, de a folosi orice unelte sau utilaje (vezi pct. 4 Reacții adverse posibile). Dacă se întâmplă acest lucru, nu conduceți vehicule și nu folosiți unelte sau utilaje, înainte să discutați cu medicul dumneavoastră, asistenta medicală sau farmacistul din spital.

TAXOTERE conține etanol (alcool etilic)

Acest medicament conține etanol anhidru (alcool) 50% din volum, adică până la 3,16 g etanol anhidru pe flacon, echivalent cu 80 ml bere sau 33 ml vin.

Poate fi dăunător persoanelor cu alcoolism.

Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau femei care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut, cum sunt pacienții cu boli ale ficatului sau epilepsie.

Cantitatea de alcool etilic din acest medicament poate avea efecte asupra sistemului nervos central (componentă a sistemului nervos, care include creierul și măduva spinării).

3. Cum să utilizați TAXOTERE

TAXOTERE vă va fi administrat de către personalul medical.

Doza uzuală

Doza uzuală va depinde de greutatea dumneavoastră și de starea dumneavoastră generală. Medicul dumneavoastră vă va calcula aria suprafeței corporale în metri pătrați (m²) și va determina doza pe care trebuie să o primiți.

Modul și calea de administrare

TAXOTERE vă va fi administrat prin perfuzie într-o venă (cale intravenoasă). Durata perfuziei este de aproximativ o oră, timp în care veți sta în spital.

Frecvența de administrare

De obicei, vi se va administra câte o perfuzie o dată la 3 săptămâni.

Medicul dumneavoastră poate modifica doza și frecvența administrărilor, în funcție de analizele de sânge, de starea dumneavoastră generală și de răspunsul dumneavoastră la TAXOTERE. Vă rugăm să informați medicul dumneavoastră în special în caz de diaree, leziuni în cavitatea bucală, senzație de amorțeală sau înțepături sau febră și să-i dați rezultatele analizelor de sânge. Această informație îi va permite să decidă dacă este necesară o reducere a dozei. Dacă aveți orice întrebări suplimentare cu privire la acest medicament, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului din spital.

4. Reacții adverse posibile

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

Medicul va discuta despre acestea cu dumneavoastră și vă va explica potențialele riscuri și beneficii ale tratamentului dumneavoastră.

Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent la TAXOTERE singur sunt: scăderea numărului de celule roșii sau de celule albe sanguine, alopecie, greață, vărsături, leziuni în cavitatea bucală, diaree și oboseală.

Severitatea reacțiilor adverse la TAXOTERE poate fi crescută când TAXOTERE este administrat în asociere cu alte chimioterapice.

În timpul perfuziei efectuate în spital, pot apărea următoarele reacții alergice (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- înroșirea feței, reacții pe piele, mâncărimi
- senzație de apăsare în piept, respirație îngreunată
- febră sau frisoane
- dureri de spate
- tensiune arterială mică.

Este posibil să apară reacții mai severe.

De asemenea dacă ați avut o reacție alergică la paclitaxel, puteți avea o reacție alergică la docetaxel, care poate fi mai severă.

Personalul medical din spital vă va supraveghea cu atenție starea în timpul tratamentului. Spuneți imediat dacă observați oricare dintre aceste efecte.

Între două perfuzii cu TAXOTERE pot să apară următoarele, iar frecvența poate varia în funcție de asocierea de medicamente primită:

Foarte frecvente (pot apărea la mai mult de 1 din 10 persoane):

- infecții, scăderea numărului de celule sanguine roșii (anemie) sau albe (importante pentru combaterea infecțiilor) și a plachetelor sanguine
- febră: dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului
- reacții alergice, după cum sunt descrise mai sus
- lipsa poftei de mâncare (anorexie)
- insomnie
- senzație de amorțeală sau înțepături sau durere la nivelul articulațiilor sau mușchilor
- durere de cap
- modificări ale gustului
- inflamație a ochiului sau lăcrimare crescută
- umflare datorită drenajului limfatic insuficient
- senzație de lipsă de aer
- secreții nazale, inflamație la nivelul gâtului și nasului; tuse
- sângerare nazală
- leziuni în cavitatea bucală
- disconfort gastric, inclusiv greață, vărsături și diaree, constipație
- durere abdominală
- indigestie
- căderea părului: în cele mai multe cazuri creșterea normală a părului trebuie să se reia. În unele cazuri (cu frecvență necunoscută), a fost observată pierderea permanentă a părului.
- înroșirea și umflarea palmelor sau tălpile, care pot determina cojirea pielii (posibil să apară, de asemenea, pe brațe, pe față sau pe corp)
- schimbarea culorii unghiilor, care pot să cadă
- dureri musculare; durere de spate sau durere osoasă
- modificare sau absență a menstruației
- umflarea mâinilor, picioarelor, membrelor inferioare
- oboseală sau simptome asemănătoare gripei
- creștere sau scădere în greutate
- infecție a tractului respirator superior.

Frecvente (pot apărea la 1 din 10 persoane):

- candidoză orală
- deshidratare
- amețeli
- afectare a auzului
- scădere a tensiunii arteriale; bătăi rapide sau neregulate ale inimii
- insuficiență cardiacă
- esofagită
- uscăciune a gurii
- înghițire dificilă sau dureroasă
- hemoragie
- enzime hepatice crescute (de unde rezultă necesitatea analizelor de sânge regulate)
- creștere a valorilor zahărului din sânge (diabet zaharat)
- scădere a valorilor potasiului, calciului și/sau fosfatului din sânge.

Mai puțin frecvente (pot apărea la 1 din 100 de persoane):

- pierderea temporară a stării de conștiență
- reacții pe piele la locul injectării, flebită (inflamație a venelor) sau umflare
- cheaguri de sânge.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea leucemie mieloidă acută și sindrom mielodisplazic (tipuri de cancer ale sângelui).

Rare (pot apărea la 1 din 1000 de persoane)

- inflamație a colonului, a intestinului subțire, care poate determina decesul (cu frecvență necunoscută); perforație intestinală

Frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile):

- boală pulmonară interstițială (inflamație la nivelul plămânilor, care provoacă tuse și respirație îngreunată. Inflamația la nivelul plămânilor se poate, de asemenea, instala atunci când terapia cu docetaxel este utilizată împreună cu radioterapie)
- pneumonie (infecție la nivelul plămânilor)
- fibroză pulmonară (cicatrici și îngroșări la nivelul plămânilor, cu senzație de lipsă de aer)
- vedere încețoșată, din cauza umflării retinei în interiorul ochilor (edem macular cistoid)
- scădere a valorilor sodiului și/sau magneziului în sânge (tulburări ale echilibrului electrolitic).
- aritmie ventriculară sau tahicardie ventriculară (manifestate prin bătăi neregulate și/sau rapide ale inimii, scurtare severă a respirației, amețeli și/sau leșin). Unele dintre aceste simptome pot fi grave. Dacă se întâmplă acest lucru, trebuie să vă adresați imediat medicului dumneavoastră
- reacții la locul injectării într-un loc în care ați mai avut anterior o reacție alergică.
- la pacienții care sunt tratați cu docetaxel împreună cu anumite alte tratamente împotriva cancerului, pot apărea limfom non-Hodgkin (un tip de cancer care afectează sistemul imunitar) și alte tipuri de cancer.
- sindrom Stevens-Johnson (SSJ) și necroliză epidermică toxică (NET) (formarea de vezicule, exfolierea sau sângerarea la nivelul oricărei regiuni a pielii dumneavoastră (inclusiv la nivelul buzelor, ochilor, gurii, nasului, organelor genitale, mâinilor sau picioarelor), însoțite sau nu de o erupție la nivelul pielii. În același timp, puteți avea și simptome asemănătoare gripei, cum sunt febră, frisoane sau dureri musculare.)
- pustuloză exantematoasă acută generalizată (PEAG) (erupție generalizată la nivelul pielii, de culoare roșie, solzoasă, cu umflături sub pielea inflamată (inclusiv la nivelul pliurilor pielii, trunchiului și extremităților superioare) și formare de vezicule, însoțite de febră).
- sindromul de liză tumorală este o afecțiune gravă, evidențiată prin modificări la analizele de sânge, cum sunt creșterea valorilor acidului uric, potasiului, fosforului și scăderea valorilor calciului; și duce la apariția unor simptome cum sunt convulsiile, insuficiența renală (scăderea cantității sau închiderea la culoare a urinei) și tulburări ale ritmului bătăilor inimii. Dacă apare, trebuie să spuneți imediat medicului dumneavoastră.
- miozită (inflamație a mușchilor – căldură, roșeață și umflare – care provoacă durere și slăbiciune musculară).

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră, farmacistului din spital sau asistentei medicale. Acestea includ orice posibile reacții adverse nemenționate 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 TAXOTERE

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

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

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

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

Utilizați flaconul imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului.

Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice.

Utilizați medicamentul imediat după ce acesta este adăugat în punga pentru perfuzie. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului și, în mod normal, nu trebuie să fie mai mari de 6 ore la temperaturi sub 25°C, incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase la pacient, cu durata de o oră.

Stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.

Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.

Nu aruncați niciun medicament pe calea apei 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 TAXOTERE

- Substanța activă este docetaxelul (sub formă de trihidrat). Fiecare ml de concentrat pentru soluție perfuzabilă conține 20 mg docetaxel.
- Celelalte componente sunt polisorbit 80, etanol anhidru (vezi pct. 2) și acid citric.

Cum arată TAXOTERE și conținutul ambalajului

TAXOTERE concentrat pentru soluție perfuzabilă este o soluție de culoare galben-pal până la galben-maroniu.

Concentratul este disponibil în flacon din sticlă incoloră cu capacitatea nominală de 15 ml, cu sigiliu din aluminiu de culoare albastră și capac flip-off din plastic de culoare albastră.

Fiecare cutie conține un flacon a 8 ml concentrat (160 mg docetaxel).

Deținătorul autorizației de punere pe piață

Sanofi Winthrop Industrie
82 Avenue Raspail
94250 Gentilly
Franța

Fabricantul

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Industriepark Höchst
65926 Frankfurt am Main
Germania

sau

Sanofi-Aventis Zrt.
(Harbor Park) 1, Campona utca
Budapest 1225
Ungaria

Pentru orice informații referitoare la acest medicament, vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:

België/Belgique/Belgien

Sanofi Belgium

Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00

България

Swixx Biopharma EOOD

Тел.: +359 (0)2 4942 480

Česká republika

Sanofi s.r.o.

Tel: +420 233 086 111

Danmark

Sanofi A/S

Tlf: +45 45 16 70 00

Deutschland

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Tel.: 0800 52 52 010

Tel. aus dem Ausland: +49 69 305 21 131

Eesti

Swixx Biopharma OÜ

Tel: +372 640 10 30

Ελλάδα

Sanofi-Aventis Μονοπρόσωπη ΑΕΒΕ

Τηλ: +30 210 900 16 00

España

sanofi-aventis, S.A.

Tel: +34 93 485 94 00

France

Sanofi Winthrop Industrie

Tél: 0 800 222 555

Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

Hrvatska

Swixx Biopharma d.o.o.

Tel: +385 1 2078 500

Ireland

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI

Tel: +353 (0) 1 403 56 00

Ísland

Vistor hf.

Sími: +354 535 7000

Italia

sanofi-aventis S.r.l.

Tel: +39 02 39394275

Lietuva

Swixx Biopharma UAB

Tel: +370 5 236 91 40

Luxembourg/Luxemburg

Sanofi Belgium

Tél/Tel: +32 (0)2 710 54 00 (Belgique/Belgien)

Magyarország

sanofi-aventis zrt., Magyarország

Tel.: +36 1 505 0050

Malta

sanofi S.r.l.

Tel: +39. 02 39394275

Nederland

Sanofi B.V.

Tel: +31 20 245 4000

Norge

sanofi-aventis Norge AS

Tlf: +47 67 10 71 00

Österreich

sanofi-aventis GmbH

Tel: +43 1 80 185 – 0

Polska

sanofi-aventis Sp. z o.o.

Tel.: +48 22 280 00 00

Portugal

Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.

Tel: +351 21 35 89 400

România

Sanofi Romania SRL

Tel: +40 (0) 21 317 31 36

Slovenija

Swixx Biopharma d.o.o.

Tel: +386 1 235 51 00

Slovenská republika

Swixx Biopharma s.r.o.

Tel: +421 2 208 33 600

Suomi/Finland

Sanofi Oy

Puh/Tel: +358 (0) 201 200 300

Κύπρος

C.A. Papaellinas Ltd.
Τηλ: +357 22 741741

Latvija

Swixx Biopharma SIA
Tel: +371 6 616 47 50

Sverige

Sanofi AB
Tel: +46 (0)8 634 50 00

United Kingdom (Northern Ireland)

sanofi-aventis Ireland Ltd. T/A SANOFI
Tel: +44 (0) 800 035 2525

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/>

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

GHID DE PREPARARE PENTRU UTILIZAREA TAXOTERE 160 mg/8 ml CONCENTRAT PENTRU SOLUȚIE PERFUZABILĂ

Este important să citiți întregul conținut al acestui ghid, înainte de prepararea TAXOTERE soluție perfuzabilă.

Recomandări pentru manipularea în condiții de siguranță

Docetaxelul este un medicament antineoplazic și, ca și în cazul altor substanțe cu potențial toxic, este necesară prudență atunci când acesta se manipulează și când se prepară soluțiile sale. Se recomandă utilizarea mănușilor.

Dacă TAXOTERE concentrat sau soluție perfuzabilă vine în contact cu pielea, spălați-vă imediat și abundent cu apă și săpun. Dacă vine în contact cu mucoasele, spălați-vă imediat cu apă din abundență.

Prepararea pentru administrare intravenoasă

Prepararea soluției perfuzabile

NU UTILIZAȚI alt medicament care conține docetaxel, constând în 2 flacoane (concentrat și solvent) împreună cu acest medicament (TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, care conține numai 1 flacon).

TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pentru soluție perfuzabilă NU necesită diluare prealabilă cu un solvent și este pregătit pentru a fi adăugat în soluția perfuzabilă.

- Fiecare flacon este destinat unei singure utilizări și trebuie utilizat imediat după deschidere. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului. Pot fi necesare mai mult de un flacon de concentrat pentru soluție perfuzabilă pentru a obține doza necesară pentru pacient. De exemplu, pentru o doză de 140 mg docetaxel ar fi necesari 7 ml docetaxel concentrat pentru soluție perfuzabilă.
- Extrageți printr-o tehnică aseptică doza necesară de concentrat pentru soluție perfuzabilă, utilizând o seringă calibrată prevăzută cu un ac 21G.

Concentrația de docetaxel din TAXOTERE 160 mg/8 ml este de 20 mg/ml.

- Apoi, injectați printr-o singură injecție (o singură perforare) într-o pungă pentru perfuzie sau într-un flacon, fiecare cu capacitatea de 250 ml, care conțin fie soluție perfuzabilă de glucoză 5%, fie soluție perfuzabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%). Dacă este necesară o doză de docetaxel mai mare de 190 mg, se utilizează un volum mai mare de glucoză sau de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9%), astfel încât să nu se depășească concentrația de docetaxel de 0,74 mg/ml soluție perfuzabilă.
- Se agită manual punga sau flaconul de perfuzie, prin mișcări de rotație.
- Din punct de vedere microbiologic, reconstituirea/diluarea trebuie să aibă loc în condiții controlate și aseptice și medicamentul trebuie utilizat imediat. Dacă nu este utilizat imediat, perioadele de păstrare și condițiile de utilizare sunt responsabilitatea utilizatorului. Odată introdusă în punga pentru perfuzie conform recomandărilor, soluția perfuzabilă de docetaxel este stabilă timp de 6 ore dacă este păstrată la temperaturi sub 25°C. Aceasta trebuie utilizată în decurs de 6 ore (incluzând timpul alocat administrării perfuziei intravenoase cu durata de o oră). În plus, stabilitatea fizică și chimică a soluției perfuzabile în curs de utilizare, preparată conform recomandărilor, a fost demonstrată pentru o perioadă de până la 48 ore atunci când este păstrată în pungi non-PVC la temperaturi cuprinse între 2 și 8°C.
- Soluția perfuzabilă de docetaxel este suprasaturată, prin urmare poate cristaliza în timp. În cazul în care apar cristale, soluția nu mai poate fi utilizată și trebuie aruncată.
- Similar tuturor medicamentelor pentru administrare parenterală, soluția perfuzabilă trebuie verificată vizual înainte de utilizare; soluțiile care conțin precipitat trebuie aruncate.

Eliminare

Toate materialele care au fost utilizate pentru diluare și administrare trebuie eliminate în conformitate cu procedurile standard. Nu aruncați niciun medicament pe calea apei menajere. Întrebați farmacistul cum să aruncați medicamentele pe care nu le mai folosiți. Aceste măsuri vor ajuta la protejarea mediului.