

## REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

### 1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Fulvestrant Teva 250 mg soluție injectabilă în seringă preumplută

### 2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare seringă preumplută a câte 5 ml conține fulvestrant 250 mg.  
Fiecare ml conține fulvestrant 50 mg.

#### Excipienți cu efect cunoscut

Fiecare seringă preumplută conține 474 mg alcool (etanol) echivalentul a 94,8 mg/ml.  
Fiecare seringă preumplută conține 500 mg alcool benzilic echivalentul a 100 mg/ml.  
Fiecare seringă preumplută conține 750 mg benzoat de benzil echivalentul a 150 mg/ml.

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

### 3. FORMA FARMACEUTICĂ

Soluție injectabilă în seringă preumplută

Soluție vâscoasă, incoloră până la galbenă, limpede. Soluțiile parenterale trebuie inspectate vizual pentru particule și decolorări înaintea administrării.

### 4. DATE CLINICE

#### 4.1 Indicații terapeutice

Fulvestrant Teva este indicat:

- în monoterapie în tratamentul neoplasmului mamar avansat loco-regional sau metastazat, cu receptori estrogenici, la femeile aflate în postmenopauză:
  - fără tratament anterior cu terapie endocrină, sau
  - în caz de recidivă survenită în timpul sau după terapia antiestrogenică adjuvantă, sau în caz de evoluție sub tratament cu un antiestrogenic.
- în combinație cu palbociclib în tratamentul cancerului mamar avansat loco-regional sau metastatic, pozitiv pentru receptorul pentru hormoni (HR), negativ pentru receptorul 2 pentru factorul uman de creștere epidermală (HER2), la femeile cărora li s-a administrat tratament endocrin anterior (vezi pct. 5.1).

La femei în pre- și perimenopauză, tratamentul combinat cu palbociclib trebuie combinat cu un agonist al hormonului de eliberare al hormonului luteinizant (LHRH).

#### 4.2 Doze și mod de administrare

##### Doze

*Femei adulte (inclusiv vârstnice)*

Doza recomandată este de 500 mg administrată o dată pe lună, cu o doză suplimentară de 500 mg administrată la două săptămâni după doza inițială.

Atunci când fulvestrant este utilizat în combinație cu palbociclib, vă rugăm să consultați și Rezumatul Caracteristicilor Produsului palbociclib.

Înainte de a începe tratamentul cu combinația de fulvestrant plus palbociclib și pe parcursul duratei acestuia, femeile la pre/perimenopauză trebuie să fie tratate cu agoniști de LHRH în conformitate cu practica clinică locală.

#### Grupe speciale de pacienți

##### *Insuficiență renală*

La pacientele cu insuficiență renală ușoară până la moderată (clearance al creatininei  $\geq 30$  ml/minut) nu se recomandă ajustarea dozelor. Nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea administrării medicamentului la pacientele cu insuficiență renală severă (clearance al creatininei  $< 30$  ml/minut), și, ca urmare, se recomandă prudență în cazul acestor paciente (vezi pct. 4.4).

##### *Insuficiență hepatică*

Nu se recomandă ajustarea dozelor la pacientele cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată. Cu toate acestea, deoarece expunerea la fulvestrant poate fi crescută, Fulvestrant Teva trebuie utilizat cu precauție la aceste paciente. Nu sunt disponibile date cu privire la administrarea la paciente cu insuficiență hepatică severă (vezi pct. 4.3, 4.4 și 5.2).

#### Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea administrării Fulvestrant Teva la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost stabilite. Datele disponibile în prezent sunt descrise la pct. 5.1 și 5.2, însă nu se pot face recomandări privind dozele.

#### Mod de administrare

Fulvestrant Teva trebuie administrat ca două injecții consecutive a 5 ml prin injecție intramusculară lentă (1-2 minute/injecție), câte una în fiecare fesă (suprafață gluteală).

Trebuie acordată atenție în cazul administrării Fulvestrant Teva în regiunea dorsogluteală datorită vecinătății traiectului nervului sciatic.

Pentru instrucțiunile complete privind modul de administrare, vezi pct. 6.6.

### **4.3 Contraindicații**

Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.

Sarcina și alăptarea (vezi pct. 4.6).

Insuficiență hepatică severă (vezi pct. 4.4 și 5.2).

### **4.4 Atenționări speciale și precauții de utilizare**

Fulvestrant Teva trebuie utilizat cu prudență la pacientele cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată (vezi pct. 4.2, 4.3 și 5.2).

Fulvestrant Teva trebuie utilizat cu prudență la pacientele cu insuficiență renală severă (clearance al creatininei mai mic de 30 ml/minut).

Datorită administrării intramusculare, Fulvestrant Teva trebuie utilizat cu prudență în cazul tratamentului pacientelor cu diateze hemoragice, trombocitopenie sau a celor care urmează tratament anticoagulant.

Evenimentele tromboembolice sunt observate în mod frecvent la femeile cu neoplasm mamar în stadiu avansat și au fost observate în cursul studiilor clinice cu fulvestrant (vezi pct. 4.8). Aceasta trebuie luată în considerare atunci când Fulvestrant Teva este prescris pacientelor aflate în grupa de risc.

Evenimentele asociate locului de injectare incluzând sciatică, nevralgie, durere neuropată și neuropatia periferică au fost raportate cu fulvestrant soluție injectabilă. Trebuie acordată atenție în timpul administrării Fulvestrant Teva în regiunea dorsogluteală datorită vecinătății traectului nervului sciatic (vezi pct. 4.2 și 4.8).

Nu există date privind efectele pe termen lung ale fulvestrant asupra sistemului osos. Datorită mecanismului de acțiune al fulvestrant, există un risc potențial de apariție a osteoporozei.

Eficacitatea și siguranța fulvestrantului (fie ca monoterapie sau în combinație cu palbociclib) nu a fost studiată la pacienții cu boală viscerală critică.

Dacă fulvestrant este combinat cu palbociclib, vă rugăm să consultați și Rezumatul Caracteristicilor Produsului palbociclib.

#### *Interferența cu dozările de anticorpi anti-estradiol*

Datorită similitudinii structurale între fluverstant și estradiol, fluverstant poate interfera cu dozările de anticorpi pe bază de estradiol și poate rezulta în mod fals creșterea concentrațiilor de estradiol.

#### Copii și adolescenți

Fulvestrant Teva nu este recomandat la copii și adolescenți deoarece siguranța și eficacitatea nu au fost stabilite la acest grup de pacienți (vezi pct. 5.1).

#### Excipienți

##### Etanol 96% (alcool)

Cantitatea mica de etanol din acest medicament nu va avea efecte semnificative.

##### Alcool benzilic

Alcoolul benzilic poate provoca reacții alergice.

Cantitățile mari de alcool benzilic se pot acumula în organism și pot cauza efecte adverse (acidoză metabolică). Trebuie utilizate cu prudență și doar dacă este absolut necesar, în special la pacienții cu insuficiență hepatică sau insuficiență renală.

## **4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune**

Un studiu clinic privind interacțiunea cu midazolamul (substrat al CYP3A4) a demonstrat că fulvestrant nu inhibă CYP3A4. Studiile clinice privind interacțiunea cu rifampicina (inductor al CYP3A4) și ketoconazolul (inhibitor al CYP3A4) nu au evidențiat modificări relevante din punct de vedere clinic ale clearance-ului fulvestrant. Prin urmare, la pacientele care utilizează concomitent fulvestrant și inhibitori sau inductori ai CYP3A4 nu este necesară ajustarea dozelor.

## **4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea**

#### Femei aflate la vârsta fertilă

Pacientele aflate la vârsta fertilă trebuie sfătuite să utilizeze metode contraceptive eficiente în timpul tratamentului cu Fulvestrant Teva și timp de doi ani după administrarea ultimei doze.

#### Sarcină

Fulvestrant Teva este contraindicat în timpul sarcinii (vezi pct. 4.3). La șobolan și iepure s-a demonstrat că fulvestrantul traversează bariera fetoplacentară după o singură administrare intramusculară. Studiile efectuate la animale au evidențiat efecte toxice asupra funcției de reproducere, inclusiv o incidență crescută a malformațiilor și mortalității fetale (vezi pct. 5.3). Dacă sarcina apare în cursul administrării Fulvestrant Teva, pacienta trebuie informată asupra riscului potențial la care este expus fătul, cât și asupra celui de a pierde sarcina.

#### Alăptarea

Alăptarea trebuie întreruptă în timpul tratamentului cu Fulvestrant Teva. Fulvestrantul se excretă în laptele femelelor de șobolan. Nu se cunoaște dacă fulvestrantul se excretă în laptele uman. Având în vedere riscul reacțiilor adverse grave determinate de fulvestrant la sugari, administrarea în timpul alăptării este contraindicată (vezi pct. 4.3).

#### Fertilitatea

Efectele Fulvestrant Teva asupra fertilității la om nu au fost studiate.

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

Fulvestrant Teva nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cu toate acestea, deoarece astenia a fost raportată foarte frecvent în timpul tratamentului cu Fulvestrant Teva, pacientele care prezintă această reacție adversă trebuie să fie prudente atunci când conduc vehicule sau folosesc utilaje.

#### **4.8 Reacții adverse**

##### Rezumatul profilului de siguranță

##### *Monoterapie*

Această secțiune oferă informații bazate pe toate reacțiile adverse din studii clinice, studii după punerea pe piață și raportări spontane. Într-un set de date cumulate al fulvestrant în monoterapie, reacțiile adverse raportate frecvent au fost reacții adverse la locul injectării, astenie, greață și creșterea enzimelor hepatice (ALT, AST, ALP).

În tabelul 1, următoarele categorii de frecvență pentru reacțiile adverse la medicament (RA) au fost calculate pe baza grupului de tratament cu fulvestrant 500 mg cu datele cumulate din studiile care au comparat fulvestrant 500 mg cu fulvestrant 250 mg [CONFIRM (studiu D6997C00002), FINDER 1 (studiu D6997C00004), FINDER 2 (studiu D6997C00006) și NEWEST (studiu D6997C00003)] sau doar din FALCON (studiul D699BC00001), care a comparat fulvestrant 500 mg cu anastrozol 1 mg. Dacă au fost observate diferențe între frecvențe în analiza de siguranță cu date cumulate și FALCON, este prezentată frecvența cea mai mare. Frecvențele din tabelul 1 s-au bazat pe toate evenimentele raportate, indiferent de evaluarea cauzalității efectuată de investigator. Durata mediană a tratamentului cu fulvestrant 500 mg din datele cumulate (inclusiv studiile menționate mai sus plus FALCON) a fost de 6,5 luni.

##### Lista tabeleră a reacțiilor adverse

Reacțiile adverse prezentate mai jos sunt clasificate după frecvență, pe aparate, sisteme și organe (SOC). Grupele de frecvență sunt definite în funcție de următoarea convenție: foarte frecvente ( $\geq 1/10$ ), frecvente ( $\geq 1/100$  și  $< 1/10$ ), mai puțin frecvente ( $\geq 1/1000$  și  $< 1/100$ ). În fiecare grupă de frecvență, reacțiile adverse sunt raportate în ordinea descrescătoare a gravității.

**Tabel 1 Reacții adverse raportate la pacienții tratați cu fulvestrant în monoterapie**

<b>Reacțiile adverse în funcție de clasificarea pe aparate, sisteme și organe și frecvență</b>		
Infecții și infestări	Frecvente	Infecții ale tractului urinar
Tulburări hematologice și limfatice	Frecvente	Reducerea numărului plachetelor sanguine <sup>c</sup>
Tulburări ale sistemului imunitar	Foarte frecvente	Reacții de hipersensibilitate <sup>c</sup>
	Mai puțin frecvente	Reacții anafilactice
Tulburări metabolice și de nutriție	Frecvente	Anorexie <sup>a</sup>
Tulburări ale sistemului nervos	Frecvente	Cefalee
Tulburări vasculare	Foarte frecvente	Bufeuri <sup>c</sup>
	Frecvente	Tromboembolism venos <sup>a</sup>
Tulburări gastro-intestinale	Foarte frecvente	Greață
	Frecvente	Vărsături, diaree

Tulburări hepatobiliare	Foarte frecvente	Creșterea enzimelor hepatice (ALT, AST,ALP) <sup>a</sup>
	Frecvente	Creșteri ale bilirubinei <sup>a</sup>
	Mai puțin frecvente	Insuficiență hepatică <sup>f</sup> , hepatită <sup>f</sup> , creșterea nivelului gama-GT <sup>f</sup>
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Foarte frecvente	Erupții cutanate tranzitorii <sup>e</sup>
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Foarte frecvente	Artralгии și dureri musculoscheletice
	Frecvente	Durere de spate <sup>a</sup>
Tulburări ale aparatului genital și sânelui	Frecvente	Hemoragii vaginale <sup>e</sup>
	Mai puțin frecvente	Moniliază vaginală <sup>f</sup> , leucoree <sup>f</sup>
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Foarte frecvente	Astenie <sup>a</sup> , reacții la locul injectării <sup>b</sup>
	Frecvente	Neuropatie periferică, sciatică
	Mai puțin frecvente	Hemoragie la locul injectării <sup>f</sup> , hematom la locul injectării <sup>f</sup> , nevralgie <sup>f</sup>

<sup>a</sup> Include reacțiile adverse pentru care proporția exactă a contribuției fulvestrant nu poate fi evaluată din cauza afecțiunii de bază.

<sup>b</sup> Termenul reacții la locul injectării nu include termenii hemoragie la locul injectării, hematom la locul injectării, sciatică, nevralgie și neuropatie periferică.

<sup>c</sup> Evenimentul nu a fost observat în studiile clinice importante (CONFIRM, FINDER 1, FINDER 2, NEWEST). Frecvența a fost calculată utilizând limita superioară a intervalului de încredere de 95% pentru valoarea estimată. Aceasta este calculată ca 3/560 (unde 560 este numărul pacienților din majoritatea studiilor clinice importante) ceea ce este echivalent cu categoria de frecvență 'mai puțin frecvente'.

<sup>d</sup> Include: artralгии și, mai puțin frecvent, durere musculoscheletală, mialgie și durere la nivelul extremităților.

<sup>e</sup> Categoria de frecvență diferă între setul de date din analiza de siguranță și FALCON.

<sup>f</sup> RA nu a fost observată în FALCON.

#### Descrierea reacțiilor adverse selectate

Descrierea prezentată în continuare se bazează pe setul de date din analiza de siguranță, la 228 de pacienți care au primit cel puțin o (1) doză de fulvestrant și 232 de pacienți care au primit cel puțin o (1) doză de anastrozol în studiul clinic de fază 3, FALCON.

#### *Durere articulară și musculoscheletală*

În studiul FALCON, numărul pacienților care au raportat o reacție adversă de tip durere la nivel articular și musculoscheletal a fost 65 (31,2%) și 48 (24,1%) pentru grupul cu fulvestrant și, respectiv, cu anastrozol. Dintre cele 65 pacienți din grupul cu fulvestrant, 40% (26/65) au raportat artralгии și durere musculoscheletală în prima lună de tratament și 66,2% (43/65) în primele 3 luni de tratament. Nicio pacientă nu a raportat evenimentele de Grad  $\geq 3$  CTCAE sau care să fi necesitat reducerea dozei, întreruperea administrării sau oprirea tratamentului din cauza acestor reacții adverse.

#### *Terapia în combinație cu palbociclib*

Profilul general de siguranță al fulvestrant atunci când se utilizează în combinație cu palbociclib se bazează pe datele de la 517 pacienți cu cancer mamar avansat sau metastatic HR pozitiv, HER2-negativ din studiul randomizat PALOMA3 (vezi pct. 5.1). Cele mai frecvente ( $\geq 20\%$ ) reacții adverse de orice grad raportate la paciențele care au primit fulvestrant în combinație cu palbociclib au fost neutropenie, leucopenie, infecții, fatigabilitate, greață, anemie, stomatită, diaree, trombocitopenie și vărsături.

Cele mai frecvente ( $\geq 2\%$ ) reacții adverse de grad  $\geq 3$  au fost neutropenia, leucopenia, infecțiile, anemia, creșterea nivelului AST, trombocitopenia și fatigabilitatea.

Tabelul 2 raportează reacțiile adverse din studiul PALOMA3.

Durata mediană a expunerii la fulvestrant a fost de 11,2 luni în grupul de tratament cu fulvestrant +

palbociclib și 4,8 luni în grupul de tratament cu fulvestrant + placebo. Durata mediană a expunerii la palbociclib în grupul de tratament cu fulvestrant + palbociclib a fost de 10,8 luni.

**Tabel 2 Reacțiile adverse pe baza datelor din studiul PALOMA3 (N=517)**

Clasificarea pe organe, aparate și sisteme Frecvență Termen preferata	Fulvestrant + Palbociclib (N=345)		Fulvestrant + placebo (N=172)	
	Toate gradele n (%)	Grad ≥ 3 n (%)	Toate gradele n (%)	Grad ≥ 3 n (%)
<b>Infecții și infestări</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Infecții <sup>b</sup>	188 (54,5)	19 (5,5)	60 (34,9)	6 (3,5)
<b>Tulburări hematologice și limfatice</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Neutropenie <sup>c</sup>	290 (84,1)	240 (69,6)	6 (3,5)	0
Leucopenie <sup>d</sup>	207 (60,0)	132 (38,3)	9 (5,2)	1 (0,6)
Anemie <sup>e</sup>	109 (31,6)	15 (4,3)	24 (14,0)	4 (2,3)
Trombocitopenie <sup>f</sup>	88 (25,5)	10 (2,9)	0 (0,0)	0
<i>Mai puțin frecvente</i>				
Neutropenie febrilă	3 (0,9)	3 (0,9)	0	0
<b>Tulburări metabolice și de nutriție</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Anorexie	60 (17,4)	4 (1,2)	18 (10,5)	1 (0,6)
<b>Tulburări ale sistemului nervos</b>				
<i>Frecvente</i>				
Disgeuzie	27 (7,8)	0	6 (3,5)	0
<b>Tulburări oculare</b>				
<i>Frecvente</i>				
Hiperlacrimație	25 (7,2)	0	2 (1,2)	0
Vedere încetșată	24 (7,0)	0	3 (1,7)	0
Xeroftalmie	15 (4,3)	0	3 (1,7)	0
<b>Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale</b>				
<i>Frecvente</i>				
Epistaxis	25 (7,2)	0	4 (2,3)	0
<b>Tulburări gastrointestinale</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Greată	124 (35,9)	2 (0,6)	53 (30,8)	1 (0,6)
Stomatită <sup>g</sup>	104 (30,1)	3 (0,9)	24 (14,0)	0
Diaree	94 (27,2)	0	35 (20,3)	2 (1,2)
Vărsături	75 (21,7)	2 (0,6)	28 (16,3)	1 (0,6)
<b>Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Alopecie	67 (19,4)	NA	11 (6,4)	NA
Erupție cutanată tranzitorie <sup>h</sup>	63 (18,3)	3 (0,9)	10 (5,8)	0
<i>Frecvente</i>				
Xerodermie	28 (8,1)	0	3 (1,7)	0
<b>Tulburări generale și la nivelul locului de administrare</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Fatigabilitate	152 (44,1)	9 (2,6)	54 (31,4)	2 (1,2)
Febră	47 (13,6)	1 (0,3)	10 (5,8)	0
<i>Frecvente</i>				

Astenie	27 (7.8)	1 (0.3)	13 (7.6)	2 (1,2)
<b>Investigații diagnostice</b>				
<i>Foarte frecvente</i>				
Creșterea nivelului AST	40 (11.6)	11 (3.2)	13 (7.6)	4 (2.3)
<i>Frecvente</i>				
Creșterea nivelului ALT	30 (8.7)	7 (2.0)	10 (5.8)	1 (0.6)

ALT=alanin-aminotransferază; AST=aspartat-aminotransferază; N/n=număr de pacienți; NA= nu se aplică

<sup>a</sup>Termenii preferați sunt enumerați conform MedDRA 17.1.

<sup>b</sup>Infecții includ toți TP care fac parte din Clasificarea pe aparate, sisteme și organe Infecții și infestări.

<sup>c</sup>Neutropenie include următorii TP: neutropenie, număr de neutrofile scăzut.

<sup>d</sup>Leucopenie include următorii TP: leucopenie, număr de globule albe scăzut.

<sup>e</sup>Anemie include următorii TP: anemie, hemoglobină scăzută, hematocrit scăzut.

<sup>f</sup>Trombocitopenie include următorii TP: trombocitopenie, număr de trombocite scăzut.

<sup>g</sup>Stomatită include următorii TP: stomatită aftoasă, cheilită, glosită, glosodinie, ulceratie bucală, inflamație a mucoasei, durere bucală, disconfort orofaringian, durere orofaringiană, stomatită.

<sup>h</sup>Erupecie cutanată tranzitorie include următorii TP: erupție cutanată tranzitorie, erupție cutanată maculopapulară, erupție cutanată pruriginoasă, erupție cutanată eritematoasă, erupție cutanată papulară, dermatită, dermatită acneiformă, erupție cutanată toxică.

Descrierea reacțiilor adverse selectate

#### *Neutropenie*

La pacientele care au primit fulvestrant în combinație cu palbociclib în studiul PALOMA3, neutropenia de orice grad a fost raportată la 290 (84.1%) de paciente, neutropenia de grad 3 fiind raportată la 200 (58.0%) de paciente, iar neutropenia de grad 4 fiind raportată la 40 (11.6%) de paciente. În grupul cu fulvestrant + placebo (n=172), neutropenia de orice grad a fost raportată la 6 (3.5%) paciente. În grupul cu fulvestrant + placebo nu a fost raportat niciun caz de neutropenie de grad 3 și 4.

La pacientele care au primit fulvestrant în asociere cu palbociclib, perioada mediană de timp până la apariția primului episod de neutropenie de orice grad a fost de 15 zile (interval: 13-512 zile) și durata mediană a neutropeniei de grad  $\geq 3$  a fost de 16 zile. Neutropenia febrilă a fost raportată la 3 (0,9%) dintre pacientele care au primit tratament cu fulvestrant în combinație cu palbociclib.

#### Raportarea reacțiilor adverse

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, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România <http://www.anm.ro>.

Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România  
Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1

București 011478- RO

Tel: + 4 0757 117 259

Fax: +4 0213 163 497

e-mail: [adr@anm.ro](mailto:adr@anm.ro).

#### **4.9 Supradozaj**

Există raportări izolate de supradozaj cu fulvestrant la om. Dacă apare supradozajul, este recomandat tratament de susținere, simptomatic. Studiile la animale nu au evidențiat pentru doze mai mari de fulvestrant alte efecte în afară de cele care au legătură în mod direct sau indirect cu activitatea antiestrogenică (vezi pct. 5.3).

## 5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

### 5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: Terapie endocrină, Antiestrogeni, codul ATC: L02BA03

#### Mecanism de acțiune și efecte farmacodinamice

Fulvestrant este un antagonist competitiv al receptorilor estrogenici (RE) cu o afinitate comparabilă cu cea a estradiolului. Fulvestrant blochează acțiunea trofică a hormonilor estrogeni, fără ca el să aibă vreoa activitate parțial agonistă (asemănătoare cu cea a estrogenului). Mecanismul de acțiune este asociat cu fenomenul de scădere a densității (down-regulation) proteinelor receptoare estrogenice. Studiile clinice efectuate la femeile aflate în postmenopauză, care prezintă neoplasm mamar primar au demonstrat că fulvestrant realizează în cazul tumorilor cu receptori estrogenici o scădere semnificativă a densității proteinelor RE comparativ cu placebo. De asemenea, a existat o reducere semnificativă a expresiei receptorilor progesteronici, în concordanță cu absența efectelor agoniste estrogenice intrinseci. De asemenea, s-a demonstrat că fulvestrant 500 mg determină o scădere a proteinelor RE și a factorului de proliferare Ki67 într-o măsură mai mare decât fulvestrant 250 mg în tumorile mamare la femei postmenopauza și tratament neoadjuvant.

#### Eficacitatea clinică și siguranța în neoplasmul mamar stadiu avansat

##### Monoterapie

Un studiu clinic de fază 3 a fost efectuat la 736 femei aflate în post-menopauză cu neoplasm mamar în stadiu avansat, care au prezentat recurența bolii în timpul sau după tratamentul endocrin adjuvant sau progresie în timpul tratamentului endocrin pentru boala avansată. Studiul a inclus 423 pacienți care au prezentat recurența sau progresia în timpul terapiei antiestrogenice și 313 pacienți care au prezentat recurența sau progresia în timpul terapiei cu inhibitori de aromatază (subgrup IA). Acest studiu a comparat eficacitatea și siguranța între fulvestrant 500 mg (n=362) și fulvestrant 250 mg (n=374). Criteriul final principal a fost supraviețuirea fără progresia bolii (SPB) timpul până la progresie, iar criteriile secundare au inclus rata răspunsului obiectiv (RRO), rata beneficiului clinic (RBC) și supraviețuirea globală (SG). Eficacitatea rezultatelor pentru studiul CONFIRM sunt prezentate în Tabelul 3.

**Tabelul 3 Rezumatul rezultatelor criteriului final primar de evaluare (PFS) și criteriilor finale secundare cheie de evaluare în studiul CONFIRM**

Variabilă	Tipul estimării; comparația tratamentului	Fulvestrant 500 mg (N=362)	Fulvestrant 250 mg (N=374)	Comparație între grupuri (Fulvestrant 500 mg/Fulvestrant 250 mg)		
				Riscul relativ	ÎI 95%	valoarea p
<b>SPB</b>						
	mediana K-M în luni; riscul relativ					
Toți pacienții		6,5	5,5	0,80	0,68, 0,94	0,006
-Subgrupul AE (n=423)		8,6	5,8	0,76	0,62, 0,94	0,013
-Subgrupul IA (n=313) <sup>a</sup>		5,4	4,1	0,85	0,67, 1,08	0,195
<b>SG<sup>b</sup></b>						
	mediana K-M în luni; riscul relativ					
Toți pacienții		26,4	22,3	0,81	0,69, 0,96	0,016 <sup>c</sup>
-Subgrupul AE (n=423)		30,6	23,9	0,79	0,63, 0,99	0,038 <sup>c</sup>
-Subgrupul IA (n=313) <sup>a</sup>		24,1	20,8	0,86	0,67, 1,11	0,241 <sup>c</sup>
Variabilă	Tipul estimării; comparația tratamentului	Fulvestrant 500 mg (N=362)	Fulvestrant 250 mg (N=374)	Comparație între grupuri (Fulvestrant 500 mg/Fulvestrant 250 mg)		
				Diferența absolută în %	ÎI 95%	



<b>ORR<sup>d</sup></b>	<b>% pacienți cu RO;diferența absolută în %</b>				
		13,8	14,6	-0,8	-5,8, 6,3
<b>Toți pacienții</b>		18,1	19,1	-1,0	-8,2, 9,3
<b>-Subgrupul AE (n=296)</b>		7,3	8,3	-1,0	-5,5, 9,8
<b>-Subgrupul IA (n=205)<sup>a</sup></b>					
<b>RBC<sup>e</sup></b>	<b>% pacienți cu CB;diferența absolută în %</b>				
		45,6	39,6	6,0	-1,1, 13,3
<b>Toți pacienții</b>		52,4	45,1	7,3	-2,2, 16,6
<b>-Subgrupul AE (n=423)</b>		36,2	32,3	3,9	-6,1, 15,2
<b>-Subgrupul IA (n=313)<sup>a</sup></b>					

<sup>a</sup> Fulvestrant este indicat la pacientele a căror boală a recidivat sau progresează sub tratament antiestrogenic.

Rezultatele din subgrupul IA sunt neconcludente.

<sup>b</sup> Analiza finală a supraviețuirii globale efectuată la 75% maturitate a datelor.

<sup>c</sup> Valoarea p nominală fără ajustări pentru multiplicitate între analiza supraviețuirii globale la 50% maturitate a datelor și analiza actualizată a supraviețuirii la 75% maturitate a datelor.

<sup>d</sup> RRO a fost măsurată la pacientele care au fost evaluabile pentru răspuns la înrolare (de exemplu cele cu boala evaluabilă la înrolare: 240 pacienți în grupul tratat cu fulvestrant 500 mg și 261 pacienți în grupul tratat cu fulvestrant 250 mg).

<sup>e</sup> Pacientele cu cel mai bun răspuns obiectiv ca urmare a răspunsului complet, răspunsului parțial sau bolii stabile mai mult de 24 săptămâni.

SPB: supraviețuirea fără progresia bolii; RRO: rata de răspuns obiectiv; OR: răspuns obiectiv; RBC: rata beneficiului clinic; BC: beneficiu clinic; SG: supraviețuire globală; K-M: Kaplan-Meier; Î: interval de încredere; IA: inhibitor de aromatază; AE: antiestrogen.

Un studiu clinic de fază 3, randomizat, dublu-orb, double-dummy (cu mascarea substanței administrate), multicentric, cu fulvestrant 500 mg versus anastrozol 1 mg, a fost realizat la femei în postmenopauză cu receptori estrogenici (RE) și/sau progesteronici (RP) și cancer avansat loco-regional sau metastazat, care nu au utilizat anterior terapie hormonală. Un total de 462 pacienți au fost randomizate secvențial în raport 1:1 pentru a li se administra fie fulvestrant 500 mg fie anastrozol 1 mg.

Randomizarea a fost stratificată în funcție de localizarea bolii (stadiu avansat loco-regional sau metastazat), regimul chimioterapic anterior pentru boala în stadiu avansat și criteriul de boală măsurabilă.

Obiectivul principal de eficacitate al studiului a fost supraviețuirea fără progresia bolii (SPB) evaluată de investigator conform criteriilor RECIST (Criteriile de evaluare a răspunsului în tumorile solide)

1.1. Cele mai importante obiective secundare au inclus supraviețuirea globală (SG) și rata de răspuns obiectiv (PRO).

Pacientele incluse în acest studiu au avut vârsta mediană de 63 de ani (interval 36-90). Majoritatea pacienților (87,0%) aveau boală metastatică la intrarea în studiu. Cinzeci și cinci la sută (55%) dintre pacienți prezentau metastaze viscerale la momentul inițial. În total 17,1% dintre pacienți aveau în antecedente tratament cu un regim chimioterapic pentru boala în stadiu avansat; 84,2% dintre pacienți aveau boală măsurabilă.

Rezultate similare au fost observate în majoritatea subgrupurilor pre-specificate. În subgrupul de pacienți cu boală limitată la metastaze non-viscerale (n=2018), rata riscului (RR) a fost 0,592 (Î 95%: 0,419; 0,837) în grupul tratat cu fulvestrant comparativ cu grupul tratat cu anastrozol. În subgrupul de metastaze viscerale (n=254), RR a fost 0,993 (Î 95%: 0,740; 1,331) în subgrupul tratat cu fulvestrant comparativ cu subgrupul tratat cu anastrozol. Rezultatele de eficacitate din studiul FALCON sunt prezentate în Tabelul 4 și în Figura 1.

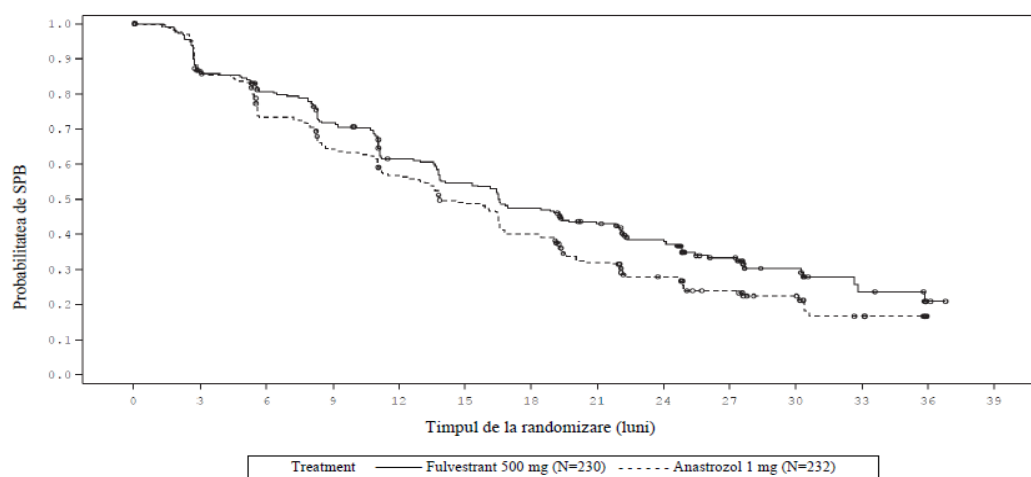
**Tabelul 4 Rezumatul rezultatelor primare de eficacitate și a celor mai importanet rezultate secundare de eficacitate (evaluarea investigațiilor, populație cu intenție-de-tratament)- studiul FALCON**

	<b>Fulvestrant 500 mg (N=230)</b>	<b>Anastrozol 1 mg (N=232)</b>
<b>Supraviețuirea fără progresia bolii</b>		
<b>SEP, număr de evenimente (%)</b>	143 (62,2%)	166 (71,6%)
<b>RR SFP (ÎÎ 95% CI) și valoare p</b>	RR 0,797 (0,637 – 0,999) p = 0,0486	
<b>SFP mediană [luni, (ÎÎ 95%)]</b>	16,6 (13,8; 21,0)	13,8 (12,0; 16,6)
<b>SG, număr de evenimente*</b>	67 (29,1%)	75 (32,3%)
<b>RR SG (ÎÎ 95% CI) și valoare p</b>	RR 0,875 (0,629 – 1,217) p = 0,4277	
<b>RRO**</b>	89 (46,1%)	88 (44,9%)
<b>OR PRO (ÎÎ 95%) și valoare p</b>	OR 1,074 (0,716 – 1,614) p = 0,7290	
<b>Durata răspunsului, mediana (luni)</b>	20,0	13,,2
<b>RBC</b>	180 (78,3%)	172 (74,1%)
<b>OR RBC (ÎÎ 95%) și valoare p</b>	OR 1,253 (0,815 – 1,932) p = 0,3045	

\*(31% maturitatea datelor) – nu analiza finală privind SG

\*\*pentru pacientele cu boală măsurabilă

**Figura 1 Grafic Kaplan-Meier privind supraviețuirea fără progresia bolii (evaluarea investigațiilor, populația cu intenție- de- tratament) – studiul FALCON**



Număr de pacienți la risc

FUL500	230	187	171	150	124	110	96	81	63	44	24	11	2	0
ANAS1	232	194	162	139	120	102	84	60	45	31	22	10	0	0

Au fost definitivate două studii clinice de fază 3 care au inclus în total 851 femei aflate în postmenopauză, cu neoplasm mamar în stadiu avansat, care prezentau recidivă survenită în timpul sau după terapia hormonală adjuvantă sau evoluție a bolii după terapia hormonală a stadiilor avansate de boală. Șaptezeci și șapte la sută (77%) din populația din studiu aveau neoplasm mamar cu receptori estrogenici prezenți. Aceste studii au comparat siguranța și eficacitatea administrării lunare a fulvestrant 250 mg comparativ cu administrarea zilnică a 1 mg anastrozol (inhibitor de aromatază). În general, fulvestrant administrat în doză lunară de 250 mg a fost cel puțin la fel de eficient ca anastrozol în ceea ce privește supraviețuirea fără progresia bolii, răspunsul obiectiv și durata de supraviețuire. Niciunul dintre aceste criterii de evaluare nu a evidențiat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între cele două grupuri de tratament. Supraviețuirea fără progresia bolii a reprezentat criteriul de evaluare final principal. Analiza combinată a ambelor studii a demonstrat că evoluția bolii s-a înregistrat la 83% dintre pacientele tratate cu fulvestrant, respectiv 85% dintre pacientele tratate cu anastrozol. Analiza combinată a ambelor studii a arătat că riscul relativ pentru fulvestrant 250 mg raportat la anastrozol în ceea ce privește supraviețuirea fără progresia bolii a fost 0,95 (ÎI 95% 0,82 până la 1,1). Rata răspunsului obiectiv pentru fulvestrant 250 mg a fost de 19,2%, comparativ cu 16,5% pentru anastrozol. Durata medie de supraviețuire a fost de 27,4 luni în cazul pacientelor tratate cu fulvestrant și 27,6 luni pentru pacientele tratate cu anastrozol. Riscul relativ pentru fulvestrant 250 mg raportat la anastrozol în ceea ce privește durata de supraviețuire a fost 1,01 (ÎI 95% 0,86 până la 1,19).

#### *Terapia în combinație cu palbociclib*

Un studiu de fază 3, multicentric, internațional, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele de tratament, cu fulvestrant 500 mg plus palbociclib 125 mg versus fulvestrant 500 mg plus placebo a fost efectuat la femei cu cancer mamar avansat local HR pozitiv, HER2-negativ avansat local care nu poate fi tratat prin rezecție sau radioterapie cu intenție curativă sau cancer mamar metastatic, indiferent de statusul menopauzal, a căror boală a progresat după tratamentul endocrin anterior în configurație (neo) adjuvantă sau metastatică.

În total, 521 de femei în pre-/peri- și postmenopauză care au progresat după sau în interval de 12 luni de la terminarea tratamentului endocrin adjuvant, după sau în interval de 1 lună de la tratamentul endocrin anterior pentru boală în stadiu avansat, au fost randomizate în raport 2:1 pe fulvestrant plus palbociclib sau fulvestrant plus placebo și stratificate după sensibilitatea dovedită la tratamentul hormonal anterior, statusul menopauzal la intrarea în studiu (pre-/peri- versus postmenopauză) și prezența metastazelor viscerale. Femeile aflate la pre-/perimenopauză au primit agonistul LHRH goserelină. Pacientele cu boală viscerală avansată/metastatică simptomatică, cu risc pe termen scurt, de complicații care pun viața în pericol (incluzând paciente cu efuziuni masive necontrolate [pleurale, pericardice, peritoneale], limfangită pulmonară și implicare hepatică peste 50%) nu au fost considerate eligibile pentru înrolarea în studiu.

Pacientele au continuat să primească tratamentul alocat până la progresia obiectivă a bolii, deteriorare simptomatică, toxicitate inacceptabilă, deces sau retragerea consimțământului de participare, oricare a survenit primul. Trecerea de la un braț de tratament la altul nu a fost permisă.

Caracteristicile demografice și prognostice la momentul inițial au fost echilibrate între brațul fulvestrant plus palbociclib și fulvestrant plus placebo. Vârsta mediană a pacientelor înrolate în acest studiu a fost de 57 de ani (interval 29, 88). În fiecare braț de tratament, majoritatea pacientelor au fost caucaziene, au avut o sensibilitate dovedită la tratamentul hormonal anterior și erau în postmenopauză. Aproximativ 20% dintre paciente erau în pre-/perimenopauză. Toate pacientele au primit tratament sistemic anterior și majoritatea pacientelor din fiecare braț de tratament a primit un regim anterior de chimioterapie pentru diagnosticul lor primar. Mai mult de jumătate (62%) au avut un SP ECOG de 0,60% au avut metastaze viscerale și 60% au primit mai mult de 1 regim cu terapie hormonală anterior pentru diagnosticul lor primar.

Obiectivul primar al studiului a fost SFP evaluată de către investigator conform criteriilor RECIST 1.1. Analizele SFP de susținere s-au bazat pe o evaluare radiologică centralizată independentă. Obiectivele secundare au inclus RO, RBC, supraviețuirea globală (SG), siguranța și criteriul compus al intervalului de timp

până la deteriorare (ITD) pentru durere.

Studiul și-a atins obiectivul primar de a prelungi SFP evaluată de investigator la analiza intermediară realizată la 82% de evenimente SFP planificate; rezultatele au intersectat limita de eficacitate prestabilită Haybittle-Peto ( $\alpha = 0,00135$ ), demonstrând o prelungire semnificativă statistic a SFP și un efect semnificativ clinic al tratamentului. O actualizare mai matură a datelor de eficacitate este raportată în Tabelul 5.

După o perioadă mediană de monitorizare de 45 de luni, analiza finală a SG a fost efectuată pe baza a 310 evenimente (60% din pacienții randomizați). A fost observată o diferență de 6,9 luni pentru SG mediană în brațul cu administrare de palbociclib plus fulvestrant comparativ cu brațul cu administrare placebo plus fulvestrant; acest rezultat nu a fost semnificativ statistic la nivelul de semnificație predefinit de 0,0235 (unilateral). În cazul brațului cu administrare de placebo plus fulvestrant, 15,5% dintre pacienții randomizați au fost tratați cu palbociclib și alți inhibitori CDK ca terapii ulterioare, ca urmare a progresiei bolii.

Rezultatele privind SFP după evaluarea investigatorilor și datele finale privind SG din studiul PALOMA 3 sunt prezentate în Tabelul 5. Diagramele Kaplan-Meier sunt prezentate în Figurile 2 și respectiv 3.

**Tabelul 5 Rezultate de eficacitate –PALOMA-3 (Evaluarea investigatorului, populația cu intenție-de-tratament)**

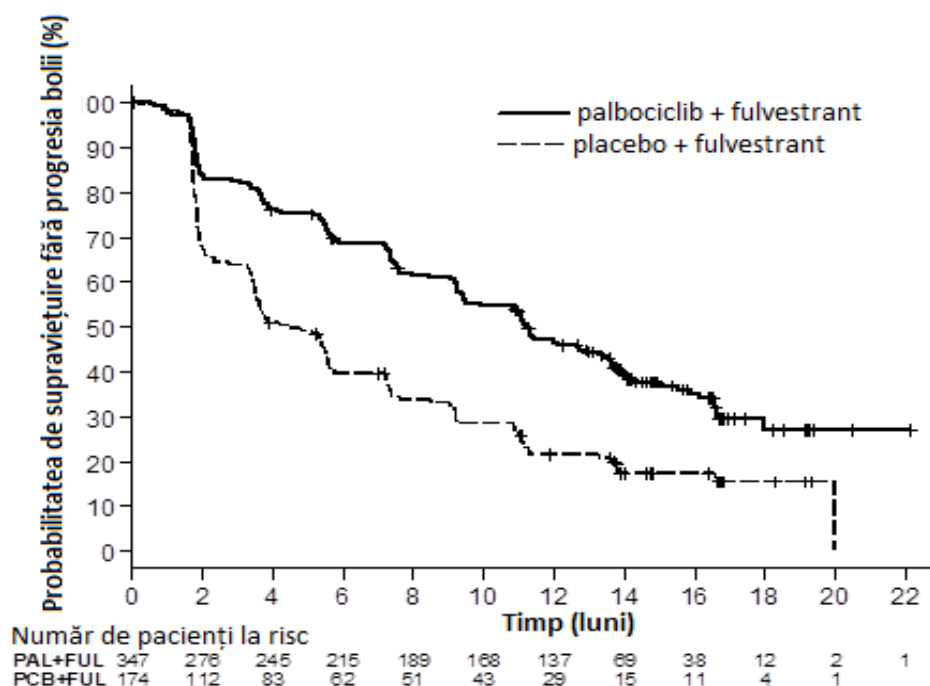
	<b>Analiză actualizată (Data limită de colectare 23 octombrie 2015)</b>	
	<b>Fulvestrant plus palbociclib (N=347)</b>	<b>Fulvestrant plus placebo (N=174)</b>
<b>Supraviețuirea fără progresia bolii</b>		
Mediană [luni (Î 95%)]	11,2 (9,5; 12,9)	4,6 (3,5; 5,6)
Rata de risc (Î 95%) și valoarea p	0,497 (0,398; 0,620), p <0,000001	
<b>Obiective secundare*</b>		
RO [% (Î 95%)]	26,2 (21,7, 31,2)	13,8 (9,0, 19,8)
RO (boală măsurabilă) [% (Î 95%)]	33,7 (28,1, 39,7)	17,4 (11,5, 24,8)
DR (boală măsurabilă) [luni (Î 95%)]	9,2 (7,2, 10,4)	7,4 (3,9, NE)
RBC [% (Î 95%)]	68,0 (62,8, 72,9)	39,7 (32,3, 47,3)
<b>Supraviețuirea globală finală (SG) (data limită de colectare 13 aprilie 2018)</b>		
Număr de evenimente(%)	201 (57.9)	109 (62.6)
Mediană [luni (Î 95%)]	34.9 (28.8, 40.0)	28.0 (23.6, 34.6)
Rata de risc (Î 95%) și valoarea p <sup>†</sup>	0.814 (0.644, 1.029) p=0.0429 <sup>†*</sup>	

RBC=răspuns cu beneficiu clinic; Î=interval de încredere; N=număr de pacienți; RO=răspuns obiectiv; Rezultatele obiectivului secundar se bazează pe răspunsuri confirmate și neconfirmate în conformitate cu RECIST 1.1.

\*Nu este semnificativă statistic.

†Valoarea p unilaterală din testul log-rank stratificat în funcție de prezența metastazelor viscerale și sensibilitatea la tratamentul endocrin anterior per randomizare.

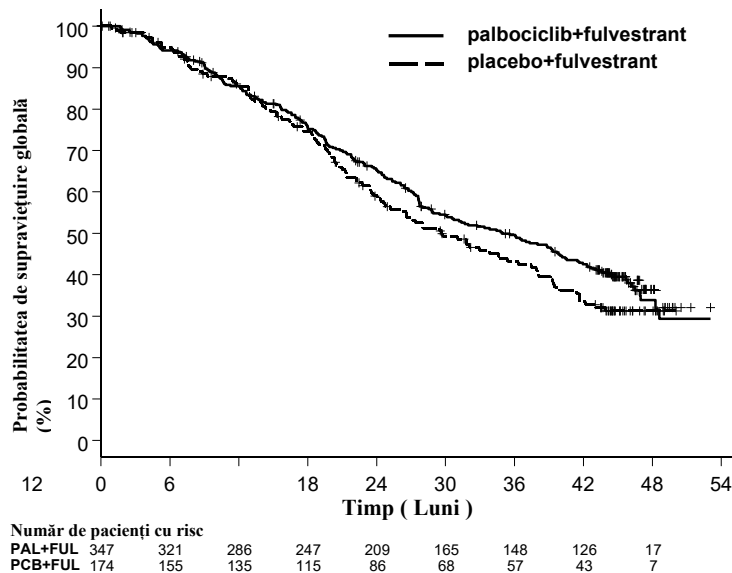
**Figura 2** Diadrama Kaplan-Meier privind supraviețuirea fără progresia bolii (evaluarea investigatorului, populația cu intenție-de-tratament) – studiul PALOMA-3 (data limită de colectare a datelor 23 octombrie 2015)



FUL=fulvestrant; PAL=palbociclib; PCB=placebo.

A fost observată o reducere a riscului de progresie a bolii sau deces la brațul fulvestrant plus palbociclib la toate subgrupurile individuale de pacienți definite de factori de stratificare și caracteristicile la momentul inițial. Aceasta a fost evidentă pentru femeile la pre/perimenopauză (RR de 0,46 [Î 95%: 0,28; 0,75]) și la femeile în postmenopauză (RR de 0,52 [Î 95%: 0,40; 0,66]) și la pacientele cu localizare viscerală a bolii metastatice (RR de 0,50 [Î 95%: 0,38; 0,65]) și cu localizare non-viscerală (RR de 0,48 [Î 95%: 0,33; 0,71]). Au fost de asemenea observate beneficii indiferent de liniile de tratament anterior în configurația metastatică, fie 0 (RR de 0,59 [Î 95%: 0,37; 0,93]), 1 (RR de 0,46 [Î 95%: 0,32; 0,64]), 2 (RR de 0,48 [Î 95%: 0,30; 0,76]) sau  $\geq 3$  linii (RR de 0,59 [Î 95%: 0,28; 1,22]).

**Figura 3. Diagrama Kaplan-Meier a supraviețuirii globale (populația cu intenție de tratament) – studiul PALOMA-3 (data limită de colectare a datelor 13 aprilie 2018)**



FUL=fulvestrant; PAL=palbociclib; PCB=placebo.

Rezultate adiționale de eficacitate (RO și TRT) evaluate în subgrupurile de pacienți cu sau fără boală viscerală sunt prezentate în Tabelul 6.

**Tabelul 6 Rezultatele de evaluare a eficacității în boala viscerală și non-viscerală din studiul PALOMA-3 (populația cu intenție-de-tratament)**

	Boală viscerală		Boală non-viscerală	
	Fulvestrant plus palbociclib (N=206)	Fulvestrant plus placebo (N=105)	Fulvestrant plus palbociclib (N=141)	Fulvestrant plus placebo (N=69)
<b>RO [% (Î 95%)]</b>	35,0 (28,5; 41,9)	13,3 (7,5; 21,4)	13,5 (8,3; 20,2)	14,5 (7,2; 25,0)
<b>TRT*, Mediană[luni (interval)]</b>	3,8 (3,5; 16,7)	5,4 (3,5; 16,7)	3,7 (1,9; 13,7)	3,6 (3,4; 3,7)

\*Rezultate al răspunsului pe baza răspunsurilor confirmate.

N=număr de pacienți; Î=interval de încredere; RO=răspuns obiectiv; TRT=timpul până la primul răspuns tumoral.

Simptomele raportate de pacienți au fost evaluate cu ajutorul chestionarului privind calitatea vieții (QLQ)-C30 de la Organizația Europeană pentru Cercetarea și Tratamentul Cancerului (EORTC) și modulul său pentru cancerul mamar (EORTC QLQ-BR23). În total, 335 de pacienți din brațul de tratament cu fulvestrant plus palbociclib și 166 de pacienți din brațul de tratament cu fulvestrant plus placebo au completat chestionarul la momentul inițial și la cel puțin o vizită ulterioară momentului inițial.

Intervalul de timp până la deteriorare a fost prestabilit ca interval de timp între momentul inițial prima

creștere cu  $\geq 10$  puncte față de momentul initial a punctajelor cu privire la simptomul durere. Adăugarea palbociclib la fulvestrant a dus la ameliorarea simptomelor prin întârzierea semnificativă a intervalului de timp până la deteriorare pentru durere comparativ cu placebo (mediana 8,0 luni versus 2,8 luni; RR de 0,64 [IÎ 95%: 0,49, 0,85];  $p < 0,001$ ).

#### *Efecte asupra endometrului femeilor aflate în postmenopauză*

Datele preclinice nu indică faptul că fulvestrantul va avea un efect stimulator asupra endometrului femeilor aflate în postmenopauză (vezi pct. 5.3). Un studiu cu durata de 2 săptămâni, efectuat la voluntare sănătoase aflate în postmenopauză, tratate cu 20  $\mu\text{g}$  etinilestradiol pe zi a demonstrat că pretratamentul cu fulvestrant 250 mg a avut ca rezultat o stimulare semnificativ mai mică a endometrului femeilor aflate în postmenopauză, comparativ cu pre-tratamentul cu placebo, obiectivată prin măsurarea ecografică a grosimii mucoasei endometriale.

Tratamentul neoadjuvant timp de până la 16 săptămâni la pacientele cu neoplasm mamar care au fost tratate fie cu fulvestrant 500 mg sau fulvestrant 250 mg nu a determinat modificări semnificative clinic ale grosimii endometrului, indicând lipsa efectului antagonist. Nu există indicii de reacții adverse endometriale la pacientele cu neoplasm mamar studiate. Nu sunt disponibile date privind morfologia endometrului.

În două studii clinice de scurtă durată (1 și 12 săptămâni) la paciente aflate în premenopauză, care prezentau afecțiuni ginecologice benigne, nu au fost observate diferențe semnificative ale grosimii mucoasei endometriale, evaluată ecografic între grupul tratat cu fulvestrant și cel la care s-a administrat placebo.

#### *Efecte asupra sistemului osos*

Nu există date cu privire la efectele pe termen lung ale fulvestrant asupra sistemului osos. Tratamentul neoadjuvant timp de până la 16 săptămâni la pacientele cu neoplasm mamar care au fost tratate fie cu fulvestrant 500 mg sau fulvestrant 250 mg nu a determinat modificări semnificative clinic ale markerilor turn-over-ului osos.

#### Copii și adolescenți

Fulvestrant nu este recomandat pentru utilizare la copii și adolescenți. Agenția Europeană a Medicamentului a acordat o derogare de la obligația de a se depune rezultatele studiilor efectuate cu medicamentul de referință care conține fulvestrant la toate subgrupurile de copii și adolescenți în neoplasmul mamar (vezi pct. 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

Un studiu clinic deschis de fază 2 care a investigat siguranța, eficacitatea și farmacocinetica (PK) fulvestrant la 30 paciente de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 1 și 8 ani cu Pubertate Precoce Progresivă asociată cu Sindromul McCune Albright (SMA). Pacientelor li s-a administrat o doză de fulvestrant de 4 mg/kg intramuscular lunar. Acest studiu cu durata de 12 luni a investigat mai multe criterii de evaluare a SMA și a evidențiat o reducere a frecvenței sângerărilor vaginale și o reducere a ratei de creștere a vârstei osoase. Concentrațiile de fulvestrant la starea de echilibru la copiii incluși în acest studiu a fost similară cu cea de la adulți (vezi pct. 5.2). Nu au existat probleme de siguranță în cadrul acestui studiu mic, însă nu sunt disponibile datele la 5 ani.

## **5.2 Proprietăți farmacocinetice**

### Absorbție

După injectarea intramusculară de fulvestrant cu efect de lungă durată, fulvestrantul se absoarbe lent, iar concentrația plasmatică maximă ( $C_{\max}$ ) se obține după aproximativ 5 zile. Administrarea regimului de tratament cu fulvestrant 500 mg obține nivele de expunere egale cu, sau aproape de, starea de echilibru în prima lună de administrare ([CV] medie: ASC 475 [33,4%] ng.zile/ml,  $C_{\max}$  25,1 [35,3%] ng/ml,  $C_{\min}$  16,3 [25,9%] ng/ml, respectiv). La starea de echilibru, concentrațiile plasmatiche ale fulvestrantului sunt menținute între limite relativ apropiate, concentrațiile plasmatiche maxime fiind de aproximativ 3 ori mai mari decât cele minime. După administrarea intramusculară, expunerea este aproximativ direct proporțională cu doza pentru doze cuprinse între 50 și 500 mg.

### Distribuție

Fulvestrant este supus unei distribuții ample și rapide. La starea de echilibru, volumul aparent de distribuție mare (aproximativ 3 până la 5 l/kg) sugerează că distribuția se face mai ales în spațiul extravascular. Fulvestrant se leagă în proporție mare (99%) de proteinele plasmatică. Frațiunile lipoproteice cu densitate foarte mică (VLDL), cu densitate mică (LDL) și cu densitate mare (HDL) reprezintă principalele substraturi de fixare. Nu au fost efectuate studii privind interacțiunile medicamentoase în competiția pentru situsurile de legare ale proteinelor plasmatică. Rolul globulinei transportoare a hormonilor sexuali (SHBG) nu a fost determinat.

### Metabolizare

Procesul de metabolizare a fulvestrantului nu a fost complet evaluat, dar implică asocieri ale mai multor posibile căi de biotransformare similare celor urmate de steroizii endogeni. La modelele de studiu, metabolizii identificați (incluzând metabolizii 17-ceto, sulfono, 3-sulfat, 3 și 17-glucuroconjugăți) sunt fie mai puțin activi, fie au o activitate similară cu fulvestrant. Studiile în cursul cărora s-au utilizat preparate hepatice umane sau enzime umane recombinante au indicat că CYP3A4 este singura izoenzimă P450 implicată în procesul de oxidare a fulvestrant; cu toate acestea, căile de metabolizare care nu implică izoenzimele P450 par a fi mai importante *in vivo*. Datele obținute în urma studiilor *in vitro* sugerează că fulvestrantul nu inhibă izoenzimele CYP450.

### Eliminare

Fulvestrant este eliminat mai ales sub formă de metaboliți. Materiile fecale reprezintă principala cale de excreție, în urină fiind excretat mai puțin de 1%. Fulvestrant are un clearance rapid,  $11 \pm 1,7$  ml/minut și kg, ceea ce sugerează o rată de extracție hepatică mare. Timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare ( $t_{1/2}$ ) după administrare intramusculară este determinat de rata absorbției și a fost estimat la 50 zile.

### Grupe speciale de pacienți

Analiza populațională a datelor farmacocinetice obținute în urma studiilor de fază 3 nu a evidențiat nicio diferență în profilul farmacocinetic al fulvestrant determinată de vârstă (limite cuprinse între 33 și 89 ani), greutate (40-127 kg) sau rasă.

#### *Insuficiență renală*

Insuficiența renală ușoară până la moderată nu a influențat într-o măsură semnificativă din punct de vedere clinic farmacocinetica fulvestrant.

#### *Insuficiență hepatică*

Proprietățile farmacocinetice ale fulvestrant au fost studiate într-un studiu clinic cu doză unică efectuat la pacienți cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată (clasele Child-Pugh A și B). Doza mare utilizată în studiu a fost administrată intramuscular rapid. S-au înregistrat creșteri de aproximativ 2,5 ori ale ASC la pacienții cu insuficiență hepatică, comparativ cu femeile sănătoase. La pacienții tratați cu fulvestrant este de așteptat ca o expunere atât de mare să fie bine tolerată. Pacienții cu insuficiență hepatică severă (clasa C Child-Pugh) nu au fost evaluați.

#### *Copii și adolescenți*

Profilul farmacocinetic al fulvestrant a fost evaluat într-un studiu clinic efectuat la 30 fete cu Pubertate Precoce Progresivă asociată cu Sindromul McCune Albright (vezi pct. 5.1). Pacienților cu vârstă cuprinsă între 1 și 8 ani li s-a administrat o doză de fulvestrant de 4 mg/kg intramuscular lunar. Media geometrică (deviația standard) a concentrației înainte administrării următoarei doze, la starea de echilibru ( $C_{min,ss}$ ) și  $ASC_{ss}$  a fost 4,2 (0,9) ng/ml și respectiv 3680 (1020) ng\*oră/ml. Deși datele colectate au fost limitate, concentrațiile înainte administrării următoarei doze, la starea de echilibru a fulvestrant la copii au fost similare cu cele de la adulți.

### **5.3 Date preclinice de siguranță**

Toxicitatea acută a fulvestrantului este redusă.



Medicamentul de referință și alte medicamente care conțin fulvestrant au fost bine tolerate de speciile de animale folosite în cursul studiilor după doze repetate. Reacțiile adverse apărute la nivelul locului de administrare, inclusiv miozita și granulomul, au fost atribuite solventului, dar la iepuri gradul de severitate al miozitei a crescut după administrarea fulvestrant comparativ cu soluția salină de control. În cursul studiilor de toxicitate după doze intramusculare repetate de fulvestrant, efectuate la șobolan și câine, activitatea antiestrogenică a fulvestrant a fost răspunzătoare pentru apariția majorității evenimentelor adverse observate, în special a celor care au afectat sistemul de reproducere al femelelor, dar și alte organe influențate hormonal, ale ambelor sexe. Arterita care implică o serie de țesuturi diferite a fost observată la unii câini după administrarea cronică (12 luni).

În cursul studiilor efectuate la câine, după administrarea orală și intravenoasă au fost observate efecte asupra aparatului cardio-vascular (ușoare supradenivelări ale segmentului ST pe ECG [administrare orală] și bloc sinus atrial la un câine [administrare intravenoasă]). Acestea au apărut după expunere la doze mai mari decât cele utilizate la pacienți ( $C_{max} > 15$  ori) și este posibil să aibă o semnificație limitată pentru siguranța administrării la om a dozelor terapeutice.

Fulvestrant nu a demonstrat potențial genotoxic.

La doze similare celor terapeutice, s-au observat efectele fulvestrant asupra funcției de reproducere și a dezvoltării embrionare/fetale, specifice activității sale antiestrogenice. La șobolan s-au observat reducerea reversibilă a fertilității femelelor și a duratei de supraviețuire embrionare, distocie și o creștere a incidenței anomaliilor fetale, inclusiv a curbării oaselor tarsiene. Femelele de iepure cărora li s-a administrat fulvestrant nu au putut menține sarcina până la termen. Au fost observate creșterea greutatei placentei și expulzarea fătului după implantare. La iepure, s-a observat o incidență crescută a malformațiilor fetale (rotația posterioară a centurii pelvine și prezența a 27 vertebre presacrale).

Un studiu privind oncogenitatea, efectuat la șobolan pe o perioadă de doi ani (administrare intramusculară a fulvestrant), a evidențiat o incidență crescută a tumorilor ovariene benigne cu celule granuloase la femelele de șobolan cărora li s-au administrat doze mari, 10 mg/șobolan/15 zile, și a tumorilor testiculare cu celule Leydig la masculi. Într-un studiu privind carcinogenitatea, efectuat pe o perioadă de doi ani la șoarece (administrare zilnică pe cale orală) s-a constatat o incidență crescută a tumorilor stromei ovariene (atât benigne, cât și maligne) la doze de 150 și 500 mg/kg și zi. Pe baza acestor rezultate, la șobolan, la doze ce nu au determinat niciun efect, nivelul de expunere sistemică (ASC) a fost de aproximativ 1,5 ori mai mare decât nivelul de expunere așteptat la om în cazul femelelor și de 0,8 ori în cazul masculilor; la șoarece nivelul de expunere sistemică a fost de aproximativ 0,8 ori mai mare comparativ cu nivelul de expunere așteptat la om, atât la masculi cât și la femele. Inducerea unor astfel de tumori este în concordanță cu alterările feedback-ului endocrin al nivelului de gonadotropine determinate de efectul farmacologic al administrării de anti-estrogeni la animalele cu reproducere periodică. Prin urmare, aceste studii nu sunt considerate relevante pentru utilizarea fulvestrant la femeile aflate în postmenopauză, diagnosticate cu neoplasm de sân în stadiu avansat.

#### Evaluarea riscului asupra mediului (ERM)

Studii de evaluare a riscului asupra mediului au arătat că fulvestrant poate cauza efecte adverse potențiale asupra mediului acvatic (vezi pct 6.6).

## **6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE**

### **6.1 Lista excipienților**

Etanol (96%)  
Alcool benzilic  
Benzoat de benzil  
Ulei de ricin rafinat

### **6.2 Incompatibilități**

În absența studiilor privind compatibilitatea, acest medicament nu trebuie asociat cu alte medicamente.

### **6.3 Perioada de valabilitate**

2 ani

### **6.4 Precauții speciale pentru păstrare**

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

Variații de temperatură în afara limitelor cuprinse între 2°C și 8°C trebuie să fie limitate. Acest lucru include evitarea depozitării la temperaturi de peste 30°C și nedepășirea unei perioade mai mari de 28 zile în cazul în care temperatura medie de păstrare a medicamentului este sub 25°C (dar peste 2°C - 8°C). În urma expunerii la variațiile de temperatură, medicamentul trebuie cât mai repede stocat la condițiile de depozitare recomandate (depozitare și transport la frigider la 2°C - 8°C).

Variațiile de temperatură au un efect cumulativ asupra calității medicamentului iar perioada de 28 zile nu trebuie să fie depășită pe durata perioadei de valabilitate de 2 ani a Fulvestrant Teva (vezi pct. 6.3). Expunerea la temperaturi mai mici de 2°C nu va deteriora medicamentul cu condiția ca acesta să nu fie depozitat la temperaturi sub - 20° C.

A se păstra seringă preumplută în ambalajul original, pentru a fi protejată de lumină.

### **6.5 Natura și conținutul ambalajului**

Prezentarea seringii preumplute constă în:

O seringă preumplută din sticlă incoloră tip I cu piston din polistiren, prevăzută cu un sistem de închidere cu sigiliu, conținând 5 ml Fulvestrant Teva soluție injectabilă.

De asemenea, este furnizat un ac cu sistem de siguranță pentru a fi atașat la seringă.

Sau

Două seringi preumplute din sticlă incoloră tip I cu piston din polistiren, prevăzute cu un sistem de închidere cu sigiliu, fiecare seringă conținând 5 ml Fulvestrant Teva soluție injectabilă. De asemenea, sunt furnizate ace cu sisteme de siguranță pentru a fi atașate la fiecare seringă.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

### **6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare**

#### Instrucțiuni pentru administrare

Administrarea injecției conform ghidurilor locale pentru realizarea injecțiilor intramusculare cu volume mari.

**OBSERVAȚIE:** Datorită vecinătății cu traiecului nervului sciatic, trebuie acordată atenție dacă se administrează Fulvestrant Teva la locul dorsogluteal al injecției (vezi pct. 4.4).

Avertisment - Nu sterilizați în autoclav acul prevăzut cu sistem de siguranță.

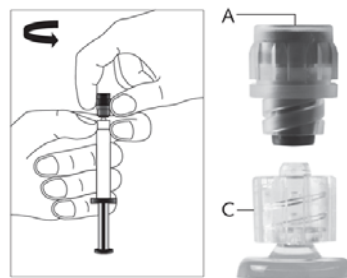
Mâinile trebuie menținute permanent în spatele acului în timpul utilizării și eliminării.

Pentru fiecare dintre cele două seringi:

- Luați corpul de sticlă al seringii din suport și verificați să nu fie deteriorat.
- Desfaceți ambalajul exterior al acului prevăzut cu sistem de siguranță.
- Soluțiile parenterale trebuie inspectate vizual pentru

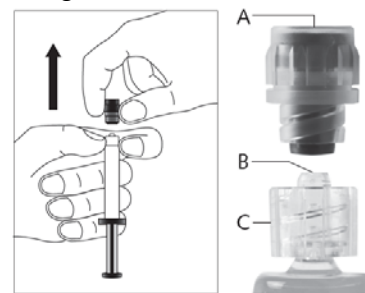
- particule și decolorări înaintea administrării.
- Țineți seringă în poziție verticală pe partea striată (C). Cu cealaltă mână, apucați capacul (A) și răsuciți cu grijă capacul în sensul invers acelor de ceasornic până când acesta este deconectat și poate fi scos (vezi Figura 1).

Figura 1



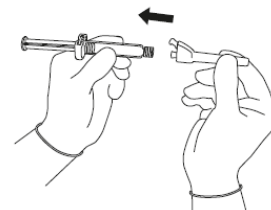
- Înlăturați capacul (A) într-o direcție ascendentă dreaptă. Pentru a menține stabilitatea NU ATINGEȚI SERINGA STERILĂ TIP (Luer Lock) (B) (vezi Figura 2).

Figura 2



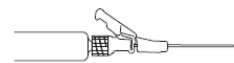
- Atașați acul de siguranță la conectorul Luer-Lock și rotiți până este fixat ferm (vezi Figura 3).
- Verificați dacă acul este blocat la conectorul Luer înainte de a trece în plan vertical.
- Duceți seringă umplută la punctul de administrare.
- Trageți capacul de siguranță drept de pe ac pentru a evita deteriorarea vârfului acului.

Figura 3



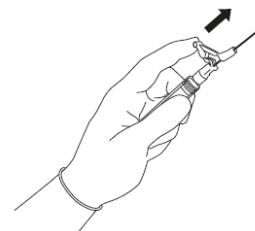
- Eliminați aerul în exces din seringă.
- Administrați intramuscular lent (1-2 minute/injecție) în fesă (suprafață gluteală). Pentru conveniența utilizatorului, bizoul acului este orientat superior spre brațul pârghie (vezi Figura 4).

Figura 4



- După injecție, aplicați imediat un singur deget pe brațul pârghie asistat de activare pentru a activa mecanismul de protecție (vezi Figura 5). **OBSERVAȚIE:** Activați departe de sine și de alții. Ascultați după un clic și confirmați vizual că vârful acului este complet acoperit.

Figura 5



### Eliminarea reziduurilor

Seringa preumplută este **numai** de unică folosință.

Acest medicament poate prezenta un risc asupra mediului acvatic. Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale (vezi pct 5.3).

**7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ**

Teva Pharmaceuticals S.R.L.  
Str. Domnița Ruxandra nr.12, parter, sector 2, București  
România  
Telefon: 021 230 65 24

**8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ**

13812/2021/01-02

**9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI**

Data primei autorizări: Aprilie 2016  
Data ultimei reînnoiri a autorizației: Martie 2021

**10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI**

Iulie 2021