

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Gefitinib Labormed 250 mg comprimate filmate

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare comprimat conține gefitinib 250 mg.

Excipient cu efect cunoscut:

Fiecare comprimat conține lactoză 163,5 mg (sub formă de lactoză monohidrat).

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Comprimate filmate (comprimat).

Comprimate filmate de culoare maro, rotunde, biconvexe, marcate cu „LP 100” pe una dintre fețe și plane pe cealaltă față, cu dimensiunea de 11,13±0,5 mm.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Gefitinib Labormed este indicat în monoterapie pentru tratamentul pacienților adulți cu neoplasm bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici (NSCLC (non-small cell lung cancer)), avansat locoregional sau metastatic, ale căror tumori exprimă mutații ale tirozinkinazei receptorului factorului de creștere epidermal uman EGFR-TK (vezi pct. 4.4).

4.2 Doze și mod de administrare

Tratamentul cu Gefitinib Labormed trebuie inițiat și monitorizat de un medic cu experiență în utilizarea terapiei antineoplazice.

Doze

Doza de Gefitinib Labormed recomandată este de un comprimat de 250 mg o dată pe zi. Dacă se omite administrarea unei doze, aceasta trebuie luată imediat ce pacientul își amintește. Dacă au rămas mai puțin de 12 ore până la administrarea următoarei doze, pacientul nu trebuie să mai ia doza uitată. Nu se va administra o doză dublă (două comprimate o dată) pentru a compensa doza uitată.

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea Gefitinib Labormed la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost stabilite. Nu există nicio indicație relevantă pentru utilizarea gefitinibului la copii și adolescenți în ceea ce privește indicația NSCLC (non-small cell lung cancer).

Insuficiență hepatică

Pacienții cu insuficiență hepatică moderată până la severă (scor Child-Pugh B sau C) determinată de ciroză au concentrații plasmatiche crescute de gefitinib. Acești pacienți trebuie monitorizați atent pentru a detecta apariția reacțiilor adverse. Concentrațiile plasmatiche de gefitinib nu au fost mai mari la pacienții cu valori crescute ale aspartat transaminazei (AST), fosfatazei alcaline și bilirubinei induse de metastazele hepatice (vezi pct. 5.2).

Insuficiență renală

Nu este necesară ajustarea dozei la pacienții cu insuficiență renală cu un clearance al creatininei >20 ml/min. Deoarece nu sunt disponibile suficiente date cu privire la pacienții cu un clearance al creatininei ≤ 20 ml/min, se recomandă precauție la acești pacienți (vezi pct 5.2).

Vârstnici

Nu este necesară ajustarea dozei în funcție de vârstă (vezi pct. 5.2).

Metabolizatori lenți prin intermediul CYP2D6

Nu este necesară ajustarea dozei la pacienții cu genotip cunoscut de metabolizator lent prin intermediul CYP2D6, dar acești pacienți trebuie atent monitorizați pentru a detecta apariția reacțiilor adverse (vezi pct. 5.2).

Ajustarea dozei din cauza riscului de toxicitate

Situația pacienților cu diaree greu tolerată sau cu reacții adverse cutanate poate fi rezolvată printr-o întrerupere de durată scurtă a tratamentului (până la 14 zile), urmată de reluarea administrării dozei de 250 mg (vezi pct. 4.8). În cazul pacienților care nu tolerează tratamentul după întreruperea temporară a terapiei, administrarea gefitinib trebuie oprită definitiv și trebuie avut în vedere un tratament alternativ.

Mod de administrare

Comprimatul poate fi administrat pe cale orală cu sau fără alimente, de preferat la aproximativ aceeași oră în fiecare zi. Comprimatul poate fi înghițit întreg cu o cantitate suficientă de apă sau, în cazul în care nu este posibilă administrarea comprimatelor întregi, acestea pot fi dizolvate în apă (plată). Nu se vor folosi alte tipuri de lichide. Se pune comprimatul în jumătate de pahar cu apă, fără a fi zdrobit. Se agită din când în când paharul până la dizolvarea comprimatului (ar putea dura maximum 20 de minute). Soluția obținută trebuie administrată imediat după dizolvarea completă a comprimatului (în maximum 60 de minute). Paharul trebuie clătit cu jumătate de pahar cu apă, care trebuie de asemenea administrată. Soluția poate fi administrată și printr-o sondă nazo-gastrică sau de gastrostomă.

4.3 Contraindicații

- Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.
- Alăptare (vezi pct. 4.6).

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

Când se ia în considerare utilizarea Gefitinib Labormed pentru tratamentul NSCLC local avansat sau metastatic, este important ca evaluarea mutației EGFR a țesutului tumoral să fie făcută la toți pacienții. Dacă o mostră tumorală nu este evaluată, atunci poate fi utilizat ADN circulant tumoral (ADNct) obținut din mostre de sânge (plasmă).

Numai un test(teste) robust(e), sigur și sensibil(e) cu utilitate demonstrată pentru determinarea statusului mutației EGFR sau ADNct trebuie utilizat(e) pentru a evita determinările fals negative sau fals pozitive (vezi pct. 5.1).

Boala interstițială pulmonară (BIP)

La 1,3 % dintre pacienții tratați cu gefitinib a fost observată apariția bolii interstițiale pulmonare (BIP), uneori cu debut acut, și care în unele cazuri a fost letală (vezi pct. 4.8). În cazul agravării simptomelor respiratorii, cum sunt dispneea, tusea și febra, tratamentul cu Gefitinib Labormed trebuie întrerupt și pacientul trebuie investigat imediat. Dacă se confirmă prezența BIP, tratamentul cu Gefitinib

Labormed trebuie întrerupt și trebuie administrat tratamentul adecvat.

Într-un studiu farmaco-epidemiologic japonez de tip caz-control efectuat la 3159 pacienți cu NSCLC (non small cell lung cancer) tratați cu gefitinib sau chimioterapie, care au fost urmăriți timp de până la 12 săptămâni, au fost identificați următorii factori de risc pentru apariția BIP (indiferent dacă pacienților li s-a administrat gefitinib sau chimioterapie): fumat, indice de performanță mic ($SP \geq 2$), volum pulmonar redus apreciat la examenul CT ($\leq 50\%$), NSCLC (non small cell lung cancer) recent diagnosticat (< 6 luni), BIP preexistentă, vârsta (≥ 55 ani) și afecțiunile cardiace concomitente. Un risc crescut de BIP ca urmare a administrării de gefitinib comparativ cu chimioterapie a fost observat mai ales în timpul primelor 4 săptămâni de tratament (rata ajustată a RO 3,8; ÎI 95 % 1,9 – 7,7); după această perioadă riscul relativ a fost mai mic (rata ajustată a RO 2,5; ÎI 95 % 1,1 – 5,8). Riscul de mortalitate la pacienții care au dezvoltat BIP în timpul tratamentului cu gefitinib sau în timpul chimioterapiei, a fost mai mare la cei cu factori de risc asociați: fumat, volum pulmonar redus apreciat la examenul CT ($\leq 50\%$), BIP preexistentă, vârstă înaintată (≥ 65 ani) și zone extinse aderente la pleură ($\geq 50\%$).

Hepatotoxicitate și insuficiență hepatică

Au fost observate modificări ale valorilor testelor funcționale hepatice (inclusiv creștere a valorilor alanin aminotransferazei, aspartat aminotransferazei, bilirubinei), mai puțin frecvent cu manifestări de hepatită (vezi pct. 4.8). Au fost raportări izolate de insuficiență hepatică care în unele cazuri au avut evoluție letală. Prin urmare, se recomandă monitorizarea periodică a funcției hepatice. Gefitinibul trebuie utilizat cu prudență în cazul unor modificări ușoare până la moderate ale funcției hepatice. Dacă modificările sunt severe trebuie avută în vedere întreruperea tratamentului.

S-a demonstrat că disfuncția hepatică provocată de ciroză determină creșterea concentrațiilor plasmatiche de gefitinib (vezi pct. 5.2).

Interacțiuni medicamentoase

Inductorii CYP3A4 pot crește metabolizarea gefitinibului și reduce concentrațiile plasmatiche ale gefitinibului. Din acest motiv, administrarea concomitentă de inductori ai CYP3A4 (de exemplu, fenitoină, carbamazepină, rifampicină, barbiturice sau preparate pe bază de plante medicinale care conțin sunătoare) poate reduce eficacitatea medicamentului și trebuie evitată (vezi pct. 4.5).

La pacienții cu genotip de metabolizori lenți prin intermediul CYP2D6, tratamentul cu un inhibitor puternic al CYP3A4 poate duce la creșterea marcată a concentrațiilor plasmatiche ale gefitinibului. La inițierea tratamentului cu un inhibitor de CYP3A4, pacienții trebuie atent monitorizați pentru reacțiile adverse la gefitinib (vezi pct. 4.5).

La unii pacienți tratați concomitent cu warfarină și gefitinib au fost observate creșteri ale INR (International Normalised Ratio) și/sau evenimente hemoragice (vezi pct. 4.5). Pacienții tratați concomitent cu warfarină și gefitinib trebuie frecvent monitorizați pentru detectarea variațiilor timpului de protrombină (TP) sau INR.

Medicamentele care determină creșteri semnificativ susținute ale pH-ului gastric, cum ar fi inhibitorii de pompă de protoni și antagoniștii receptorilor H_2 pot reduce biodisponibilitatea și concentrațiile plasmatiche ale gefitinibului, scăzându-i astfel eficacitatea. Administrarea regulată de antiacide în preajma administrării gefitinibului poate avea un efect similar (vezi pct. 4.5 și 5.2).

Date din studiile clinice de fază II, în care s-au administrat concomitent gefitinib și vinorelbina, indică faptul că gefitinibul poate exacerba efectul neutropenic al vinorelbinei.

Alte precauții pentru administrare

Pacienții trebuie sfătuiți să solicite imediat asistență medicală dacă prezintă diaree, greață, vărsături sau anorexie, severe sau persistente, deoarece acestea pot duce la deshidratare. Aceste simptome trebuie tratate în funcție de situația clinică (vezi pct. 4.8).

Pacienții care prezintă semne și simptome sugestive de keratită cum sunt următoarele afecțiuni acute sau în curs de agravare: inflamația ochilor, lăcrimare, sensibilitate la lumină, vedere încețoșată, durere

oculară și/sau eritem ocular trebuie să se adreseze urgent unui specialist oftalmolog.

Dacă diagnosticul de keratită ulcerativă este confirmat, tratamentul cu gefitinib trebuie întrerupt, iar dacă simptomele nu se rezolvă, sau dacă simptomele reapar la reintroducerea tratamentului cu gefitinib, trebuie luată în considerare întreruperea definitivă a tratamentului.

Într-un studiu de fază I/II care a evaluat tratamentul cu gefitinib și radioterapie la copii și adolescenți cu gliome maligne de trunchi cerebral nou diagnosticate sau cu gliome maligne supratentoriale incomplet rezecate, au fost raportate 4 cazuri (1 letal) de hemoragii la nivelul sistemului nervos central (SNC) din 45 de pacienți înrolați. Un alt caz de hemoragie la nivelul SNC a fost raportat la un copil cu ependimom, într-un studiu cu gefitinib în monoterapie. Nu a fost stabilit un risc crescut de hemoragie cerebrală la pacienții adulți cu NSCLC (non-small cell lung cancer) tratați cu gefitinib.

Au fost raportate cazuri izolate de perforație gastrointestinală la pacienții tratați cu gefitinib. În cele mai multe cazuri aceasta este asociată cu alți factori de risc, inclusiv medicație concomitentă precum steroizi sau AINS, antecedente de ulcer gastrointestinal, vârstă, fumat sau prezența metastazelor intestinale la nivelul locului de perforație.

Lactoză

Gefitinib Labormed conține lactoză. Pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la galactoză, deficit total de lactază sau sindrom de malabsorbție la glucoză-galactoză nu trebuie să utilizeze acest medicament.

Sodiu

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

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Metabolizarea gefitinib se realizează pe calea izoenzimei CYP3A4 a citocromului P450 (în principal) cât și pe calea CYP2D6.

Substanțele active care pot crește concentrația plasmatică a gefitinibului

Studiile *in vitro* au arătat că gefitinibul este substrat al glicoproteinei P (Pgp). Datele disponibile nu sugerează nicio consecință clinică a acestei constatări *in vitro*.

Substanțele care inhibă CYP3A4 pot reduce clearance-ul gefitinibului. Administrarea concomitentă cu inhibitori puternici ai activității CYP3A4 (cum sunt ketoconazol, posaconazol, voriconazol, inhibitori de protează, claritromicină, telitromicină) poate crește concentrațiile plasmatice ale gefitinibului. Creșterea poate fi relevantă clinic deoarece reacțiile adverse se corelează cu doza și durata expunerii. Creșterea poate fi mai mare la pacienții cu genotip de metabolizatori lenți prin intermediul CYP2D6. La voluntarii sănătoși, tratamentul anterior cu itraconazol (un inhibitor puternic al CYP3A4) a determinat o creștere de 80% a ASC medii a gefitinibului. În cazul tratamentului concomitent cu inhibitori puternici ai CYP3A4, pacientul trebuie monitorizat atent pentru detectarea reacțiilor adverse ale gefitinibului.

Nu sunt disponibile date privind tratamentul concomitent cu inhibitori ai CYP2D6, dar inhibitorii puternici ai acestei enzime pot determina dublarea concentrațiilor plasmatice ale gefitinibului la pacienții cu metabolizare extensivă pe calea CYP2D6 (vezi pct. 5.2). În cazul inițierii tratamentului concomitent cu un inhibitor puternic al CYP2D6, pacientul trebuie monitorizat atent pentru detectarea reacțiilor adverse.

Substanțele active care pot scădea concentrația plasmatică a gefitinibului

Inductorii CYP3A4 pot stimula metabolizarea și pot scădea concentrațiile plasmatice ale gefitinibului, reducând astfel eficacitatea gefitinibului. Trebuie evitată administrarea concomitentă a inductorilor CYP3A4 (de exemplu, fenitoină, carbamazepină, rifampicină, barbiturice sau sunătoare, Hypericum perforatum). Tratamentul anterior cu rifampicină (un inductor puternic al CYP3A4) la voluntari

sănătoși a scăzut ASC medie a gefitinibului cu 83% (vezi pct. 4.4).

Substanțele care provoacă o creștere semnificativ susținută a valorilor pH-ului gastric pot reduce concentrațiile plasmatică de gefitinib și scade astfel eficacitatea gefitinibului. Dozele mari de antiacide cu durată scurtă de acțiune pot avea un efect similar în cazul în care sunt administrate regulat în preajma momentului de administrare a gefitinibului. Administrarea concomitentă de gefitinib și ranitidină la doze care au provocat creșteri susținute ale pH-ului gastric ≥ 5 a determinat o scădere cu 47% a ASC medii a gefitinibului la voluntarii sănătoși (vezi pct. 4.4 și 5.2).

Substanțe active a căror concentrație plasmatică poate fi modificată de gefitinib

Studiile *in vitro* au demonstrat că gefitinibul are un potențial limitat de a inhiba CYP2D6. Într-un studiu clinic, pacienților li s-a administrat concomitent gefitinib și metoprolol (un substrat al CYP2D6). Această administrare concomitentă a determinat o creștere cu 35% a expunerii la metoprolol. O astfel de creștere ar putea fi relevantă pentru substraturile CYP2D6 cu indice terapeutic îngust. În cazul utilizării concomitente de substraturi ale CYP2D6 și gefitinib, se va avea în vedere modificarea dozei substratului CYP2D6, mai ales pentru medicamentele cu indice terapeutic îngust.

Gefitinibul inhibă *in vitro* transportorul proteinei BCRP, dar relevanța clinică a acestui lucru nu este cunoscută.

Alte interacțiuni

S-a raportat creșterea INR și/sau evenimente hemoragice la o serie de pacienți tratați concomitent cu warfarină (vezi pct. 4.4).

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femeile aflate la vârsta fertilă

Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie sfătuite să nu rămână gravide pe durata tratamentului.

Sarcina

Nu există date privind utilizarea gefitinibului la femeile gravide. Studiile la animale au evidențiat efecte toxice asupra funcției de reproducere (vezi pct. 5.3). Riscul potențial la om nu este cunoscut. Gefitinib Labormed nu trebuie utilizat în timpul sarcinii decât dacă este absolut necesar.

Alăptarea

Nu se cunoaște dacă gefitinibul se excretă în laptele matern. S-a detectat acumularea gefitinibului și a metaboliților săi în laptele femelelor de șobolan (vezi pct 5.3). Administrarea de gefitinib este contraindicată pe perioada alăptării și, prin urmare, alăptarea trebuie întreruptă în timpul tratamentului cu gefitinib (vezi pct. 4.3).

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

În timpul tratamentului cu gefitinib a fost raportată apariția asteniei. Prin urmare, pacienții care prezintă acest simptom trebuie să manifeste prudență în conducerea vehiculelor sau folosirea utilajelor.

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță

Pe baza datelor cumulate provenind din studiile clinice de fază III ISEL, INTEREST și IPASS (2462 pacienți tratați cu gefitinib) reacțiile adverse la medicament (RAM) raportate cel mai frecvent, survenite la peste 20% dintre pacienți, sunt diareea și reacțiile cutanate (care includ erupții cutanate, acnee, xerodermie și prurit). De obicei, RAM survin în prima lună de tratament și sunt în general reversibile. Aproximativ 8% dintre pacienți au prezentat o RAM severă (grad 3 sau 4 conform criteriilor uzuale de toxicitate (Common Toxicity Criteria, CTC)). Aproximativ 3% dintre pacienți au întrerupt tratamentul din cauza unei RAM.

Boala interstițială pulmonară (BIP) a survenit la 1,3% dintre pacienți, fiind frecvent severă (grad 3-4 CTC). Au fost raportate cazuri cu evoluție letală.

Lista tabelară a reacțiilor adverse

Profilul de siguranță prezentat în Tabelul 1 are la bază programul de dezvoltare clinică pentru gefitinib și experiența de după punerea pe piață. Reacțiile adverse au fost clasificate în categorii de frecvență în Tabelul 1, unde este posibil, pe baza incidenței Evenimentelor Adverse (EA) comparabile raportate într-o bază de date cumulată, obținută din studiile clinice de fază III – ISEL, INTEREST și IPASS (2462 pacienți tratați cu gefitinib).

Frecvențele de apariție a reacțiilor adverse 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 ($< 1/10000$), și cu frecvență necunoscută (care nu pot fi estimată din datele disponibile).

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

Tabelul 1. Reacții adverse

Reacțiile adverse în funcție de clasificarea pe aparate, sisteme și organe și frecvență		
Tulburări metabolice și de nutriție	Foarte frecvente	Anorexie ușoară sau moderată (grad CTC 1 sau 2).
Tulburări oculare	Frecvente	Conjunctivită, blefarită și xeroftalmie*, în principal ușoare (grad CTC 1).
	Mai puțin frecvente	Eroziuni corneene, reversibile și uneori asociate cu o creștere aberantă a genelor. Keratită (0,12 %).
Tulburări vasculare	Frecvente	Hemoragii, de exemplu, epistaxis și hematurie.
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Frecvente	Boală interstițială pulmonară (1,3 %), frecvent severă (grad CTC 3-4). Au fost raportate cazuri cu evoluție letală.
Tulburări gastrointestinale	Foarte frecvente	Diaree, în principal ușoară sau moderată (grad CTC 1 sau 2). Vărsături, în principal ușoare sau moderate (grad CTC 1 sau 2). Greață, în principal ușoară (grad CTC 1). Stomatită, în principal ușoară (grad CTC 1).
	Frecvente	Deshidratare secundară diareei, greței, vărsăturilor sau anorexiei. Uscăciune a mucoasei bucale*, predominant ușoară (grad CTC 1).
	Mai puțin frecvente	Pancreatită. Perforație gastrointestinală.
Tulburări hepatobiliare	Foarte frecvente	Creșteri ale alanin aminotransferazei, predominant ușoare sau moderate.
	Frecvente	Creșteri ale aspartat aminotransferazei, predominant ușoare sau moderate. Creșteri ale bilirubinei, predominant ușoare sau moderate.
	Mai puțin frecvente	Hepatită**
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Foarte frecvente	Reacții cutanate, în principal ușoare sau moderate (grad CTC 1 sau 2) de tip erupții pustuloase însoțite uneori de prurit și xerodermie, inclusiv fisuri ale pielii, pe o bază eritematoasă.
	Frecvente	Modificări ale unghiilor. Alopecie. Reacții alergice (1,1%), inclusiv angioedem și urticarie.

	Mai puțin frecvente	Eritrodisestezie palmo-plantară (sindrom mână-picior)
	Rare	Epidermoză buloasă incluzând necroliză epidermică toxică, sindrom Stevens Johnson și eritem polimorf. Vasculită cutanată.
Tulburări renale și ale căilor urinare	Frecvente	Creșteri asimptomatice ale valorilor creatininei serice. Proteinurie. Cistită.
	Rare	Cistită hemoragică.
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Foarte frecvente	Astenie, predominant ușoară (grad CTC 1).
	Frecvente	Febră.

Frecvența reacțiilor adverse de tipul amodificărilor valorilor testelor de laborator se bazează pe datele provenite de la pacienți care au prezentat, față de momentul inițial, o variație a parametrilor relevanți de laborator de 2 sau mai multe grade CTC.

*Această reacție adversă poate surveni în asociere cu alte xeroze (în principal reacții cutanate) observate în asociere cu gefitinib.

**Aceasta include raportări izolate de insuficiență hepatică care, în unele cazuri, are rezultat letal.

Boala interstițială pulmonară (BIP)

În studiul INTEREST, incidența evenimentelor de tip BIP a fost de 1,4% (10) în grupul tratat cu gefitinib, comparativ cu 1,1% (8) în grupul tratat cu docetaxel. În grupul tratat cu gefitinib, un eveniment de tipul BIP a fost letal.

În studiul ISEL, incidența evenimentelor de tip BIP în populația totală a fost de aproximativ 1% în ambele grupuri de tratament. Majoritatea evenimentelor de tip BIP raportate au provenit de la pacienți de etnie asiatică, iar incidențele BIP la pacienții de etnie asiatică cărora li s-au administrat gefitinib sau placebo au fost similare, de aproximativ 3% și respectiv 4%. Un eveniment de tip BIP a fost letal și a survenit la un pacient la care s-a administrat placebo.

Într-un studiu de supraveghere după punerea pe piață efectuat în Japonia (3350 pacienți), rata evenimentelor de tip BIP raportată la pacienții tratați cu gefitinib a fost de 5,8%. Proporția evenimentelor letale de tip BIP a fost de 38,6%.

Într-un studiu deschis, de fază III (IPASS) efectuat în Asia la 1217 pacienți selectați cu NSCLC (non small cell lung cancer), în care s-a comparat administrarea de gefitinibului cu chimioterapia dublă cu carboplatină/paclitaxel ca terapie de primă linie, incidența evenimentelor de tip BIP a fost de 2,6% pentru grupul tratat cu gefitinib, comparativ cu 1,4% pentru grupul tratat cu carboplatină/paclitaxel.

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

București 011478- RO

e-mail: adr@anm.ro

Website: www.anm.ro

4.9 Supradozaj

Nu există un tratament specific în caz de supradozaj cu gefitinib. Cu toate acestea, în studiile de fază I, un număr limitat de pacienți au fost tratați cu doze zilnice de până la 1000 mg. A fost observată o creștere a frecvenței și severității unor reacții adverse, în principal a diareei și erupțiilor cutanate. Reacțiile adverse asociate supradozajului trebuie tratate simptomatic; diareea severă, în special, trebuie să beneficieze de un tratament așa cum este indicat clinic. Într-un singur studiu un număr limitat de

pacienți au fost tratați săptămânal cu doze de la 1500 mg la 3500 mg. În acest studiu expunerea la gefitinib nu a crescut cu creșterea dozei, severitatea reacțiilor adverse a fost adesea ușoară până la moderată, și în concordanță cu profilul de siguranță cunoscut al gefitinibului.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: medicamente antineoplazice, inhibitori de protein kinază,
Codul ATC: L01EB01

Mecanism de acțiune și efecte farmacodinamice

Factorul de creștere epidermal uman (EGF) și receptorul acestuia (EGFR [HER1; ErbB1]) au fost identificați ca principalii activatori ai procesului de creștere și proliferare celulară atât în cazul celulelor normale cât și a celor maligne. Activarea mutației EGFR în celula malignă este un factor important în promovarea creșterii tumorale, prin blocarea apoptozei, creșterea producerii de factori angiogeni și facilitarea procesului de metastazare.

Gefitinibul este o moleculă de dimensiuni mici cu rol de inhibitor selectiv a tirozinkinazei receptorului factorului de creștere epidermal uman și este un tratament eficient pentru pacienții cu tumori care exprimă mutații ale tirozinkinazei EGFR, indiferent de linia terapeutică. Nu a fost demonstrată o activitate relevantă clinic la pacienții cu tumori care nu exprimă mutații ale EGFR.

Mutațiile comune activatoare ale EGFR (delețiile exonului 19; L858R) au date de răspuns solide cu sensibilitate la gefitinib; de exemplu, o supraviețuire fără progresie a bolii RR (95% ÎI) de 0,489 (0,336, 0,710) pentru gefitinib comparativ cu chimioterapia dublă [WJTOG3405]. Răspunsul la gefitinib este mult mai slab la pacienții ale căror tumori conțin mutații mai puțin frecvente; datele disponibile indică faptul că G719X, L861Q și S7681 sunt mutații de sensibilizare; iar T790M singur sau inserții singure în exonul 20 sunt mecanisme de rezistență.

Rezistență

Cele mai multe tumori NSCLC cu mutații sensibilizante ale tirozinkinazei a EGFR dezvoltă eventual rezistență la tratamentul cu gefitinib, cu un timp mediu până la progresia bolii de 1 an. În aproximativ 60% din cazuri, rezistența este asociată cu o mutație secundară T790M, pentru care inhibitorii de tirozinkinază care țintesc mutația T790M pot fi considerați o nouă linie de tratament. Alte mecanisme potențiale pentru apariția rezistenței au fost raportate ca urmare a tratamentului cu agenți blocați ai semnalelor EGFR: evitarea căilor de semnalizare cum sunt amplificarea genei HER2 și MET și mutațiile PIK3CA. Transformarea fenotipică în neoplasm pulmonar cu celule mici a fost raportat în 5-10% din cazuri.

ADN Tumoral Circulant (ADNtc)

În studiul IFUM, statusul mutației a fost evaluat în tumori și mostre ADNtc obținute din plasmă, utilizând Therascreen EGFR RGQ PCR kit (Qiagen; vezi pct. 4). Atât ADNtc cât și mostrele tumorale au fost evaluate la 652 de pacienți din cei 1060 selectați. Rata răspunsului obiectiv (RRO) la acești pacienți care au mutație la nivelul tumorii și ADNtc pozitivă a fost de 77% (95% ÎI: 66% până la 86%), iar la cei care prezintă mutație pozitivă doar la nivel tumoral a fost de 60% (95% ÎI: 44% până la 74%).

Tabelul 2. Rezumatul statusului inițial al mutației pentru tumori și mostre ADNtc la toți pacienții selectați evaluați pentru ambele mostre.

Măsură	Definiție	Rata IFUM% (ÎI)	IFUM N
Sensibilitate	Proporția tumorii M+ care sunt M+ de ADNtc	65,7 (55,8 până la 74,7)	105
Specificitate	Proporția tumorii M - care sunt M - de ADNtc	99,8 (99,0 până la 100,0)	547

Aceste date sunt în concordanță cu analiza exploratorie a subgrupului japonez de pacienți selectați anterior din studiul IPASS (Goto 2012). În acest studiu a fost utilizat ADNtc obținut din ser și nu din plasmă fiind folosit kitul test pentru mutația EGFR (DxS) (N= 86) pentru analiza mutației EGFR. În acest studiu, sensibilitatea a fost 43,1%, specificitatea a fost 100%.

Eficacitate și siguranță clinică

Tratamentul de primă linie

Studiul randomizat IPASS, de fază III, de primă linie, a fost efectuat la pacienți din Asia¹ cu NSCLC (non-small cell lung cancer) avansat (stadiul IIIB și IV) cu aspect histologic de adenocarcinom, foști fumători (care au încetat să fumeze > 15 ani în urmă și au fumat < 10 pachete pe an) sau nefumători (vezi Tabelul 3).

¹China, Hong Kong, Indonezia, Japonia, Malaezia, Filipine, Singapore, Taiwan and Thailanda.

Tabelul 3 Rezultatele eficacității gefitinibului comparativ cu carboplatin/paclitaxel în studiul IPASS

Populație	N	Rata Răspunsului Obiectiv și Î 95% pentru diferențele dintre tratamente ^a	Criteriu final principal Supraviețuire fără progresia (SFP) bolii ^{ab}	Supraviețuire globală ^{ab}
Generală	1217	43,0% vs 32,2% [5,3%, 16,1%]	RR 0,74 [0,65, 0,85] 5,7 m vs 5,8 m p<0,0001	RR 0,90 [0,79, 1,02] 18,8 m vs 17,4 m p=0,1087
Exprimă mutația EGRF	261	71,2% vs 47,3% [12,0%, 34,9%]	RR 0,48 [0,36, 0,64] 9,5 m vs 6,3 m p<0,0001	RR 1,00 [0,76, 1,33] 21,6 m vs 21,9 m
Nu exprimă mutația EGRF	176	1,1% vs 23,5% [-32,5%, -13,3%]	RR 2,85 [2,05, 3,98] 1,5 m vs 5,5 m p<0,0001	RR 1,18 [0,86, 1,63] 11,2 m vs 12,7 m
Expresia mutației EGRF necunoscută	780	43,3% vs 29,2% [7,3%, 20,6%]	RR 0,68 [0,58, 0,81] 6,6 m vs 5,8 m p<0,0001	RR 0,82 [0,70 to 0,96] 18,9 m vs. 17,2 m

^a Valorile sunt prezentate pentru gefitinib comparativ cu carboplatin/paclitaxel.

^b „m” reprezintă mediana în luni. Numerele din parantezele pătrate corespund unor intervale de încredere de 95 % pentru RR.

N Număr de pacienți randomizați.

RR Rata riscului (rata riscului <1 în favoarea gefitinib)

Rezultatele privind calitatea vieții diferă în funcție de statusul mutațional al EGFR. La pacienții cu tumori care exprimă mutații ale EGFR, semnificativ mai mulți pacienți tratați cu gefitinib au prezentat o îmbunătățire a calității vieții și a simptomelor de cancer pulmonar comparativ cu tratamentul cu carboplatină/paclitaxel (vezi Tabelul 4).

Tabelul 4. Rezultatele referitoare la calitatea vieții pentru gefitinib comparativ cu carboplatină/paclitaxel în studiul IPASS

Populație	N	Chestionar FACT-L	Chestionar LCS
-----------	---	-------------------	----------------

		Rata de îmbunătățire a calității vieții^a %	Rata de îmbunătățire a simptomelor^a %
Generală	1151	(48,0% vs 40,8%) p=0,0148	(51,5% vs 48,5%) p=0,3037
Exprimă mutația EGFR	259	(70,2% vs 44,5%) p<0,0001	(75,6% vs 53,9%) p=0,0003
Nu exprimă mutația EGFR	169	(14,6% vs 36,3%) p=0,0021	(20,2% vs 47,5%) p=0,0002

Indexul rezultatelor studiului a fost concordant cu rezultatele FACT-L și LCS

^a Valorile prezentate sunt pentru gefitinib comparativ cu carboplatină/paclitaxel.

N numărul de pacienți evaluabili pentru analiza calității vieții

QoL calitatea vieții (Quality of Life)

FACT-L Evaluarea funcțională a terapiei cancerului pulmonar (Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung)

LCS subscala cancerului pulmonar (Lung Cancer Subscale)

În studiul IPASS, gefitinibul a demonstrat superioritate în ceea ce privește supraviețuirea fără progresia bolii (SFP), rata răspunsului obiectiv (RRO), calitatea vieții (QoL) și îmbunătățirea simptomelor, dar fără diferențe semnificative în ceea ce privește supraviețuirea generală comparativ cu carboplatină/paclitaxel la pacienții cu NSCLC (non-small cell lung cancer) netratați anterior ale căror tumori conțin mutații ale tirozinkinazei EGFR.

Pacienți tratați anterior

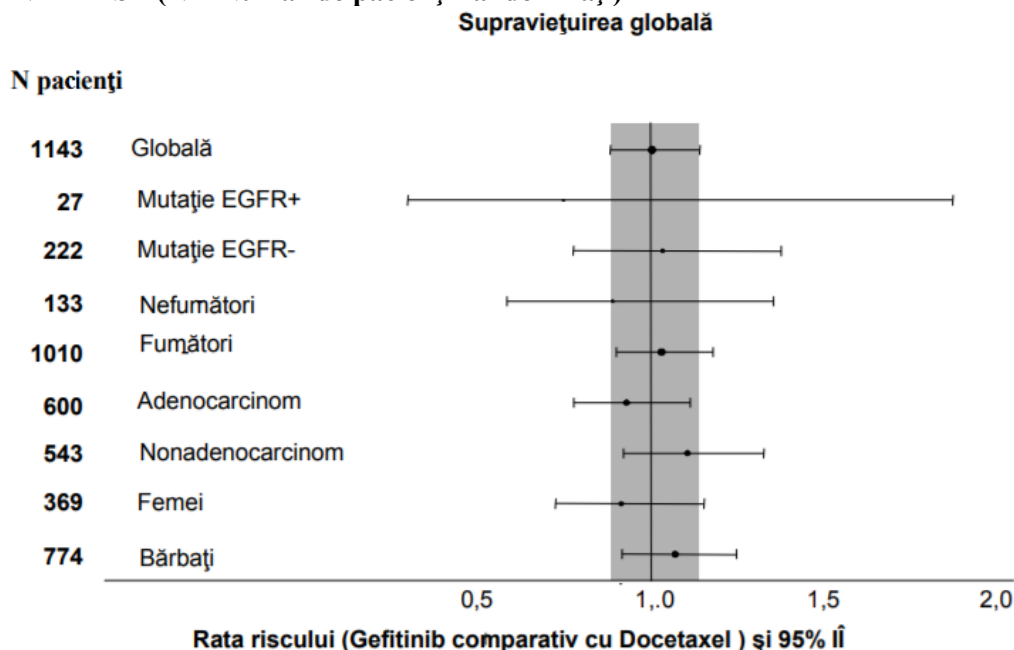
Studiul randomizat de fază III INTEREST a fost efectuat la pacienți cu NSCLC (non-small cell lung cancer) local avansat sau metastatic, tratați anterior cu chimioterapie pe bază de săruri de platină. La nivelul populației generale, nu s-au observat diferențe semnificative statistic între gefitinib și docetaxel (75 mg/m²) cu privire la supraviețuirea globală, supraviețuirea fără progresia bolii și rata răspunsului obiectiv (vezi Tabelul 5).

Tabelul 5. Rezultatele eficacității gefitinibului comparativ cu docetaxel în studiul INTEREST

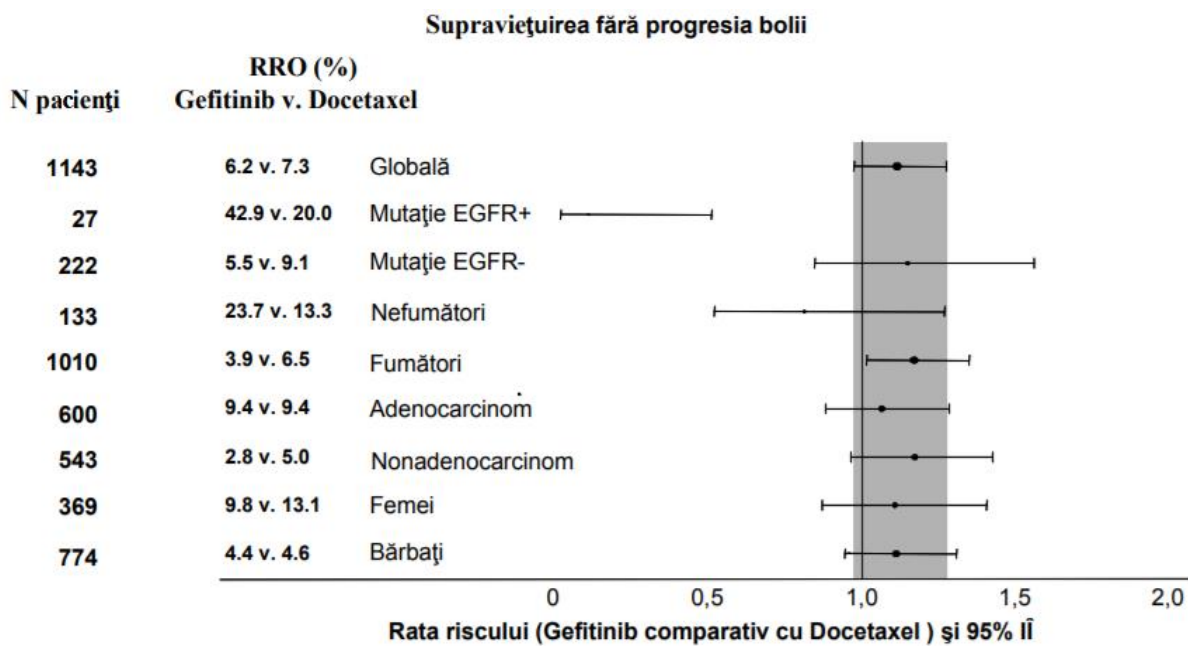
Populație	N	Rata Răspunsului Obiectiv și ÎI 95% pentru diferențele dintre tratamente^a	Supraviețuire fără progresia bolii^{a,b}	Criteriu final primar Supraviețuire globală^{a,b}
Generală	1466	9,1% vs 7,6% [-1,5%, 4,5%]	RR 1,04 [0,93, 1,18] 2,2 m vs 2,7 m p=0,4658	RR 1,020 [0,905, 1,150] 7,6 m vs 8,0 m p=0,7332
Exprimă mutația EGFR	44	42,1% vs 21,1% [-8,2%, 46,0%]	RR 0,16 [0,05, 0,49] 7,0 m vs 4,1 m p=0,0012	RR 0,83 [0,41, 1,67] 14,2 m vs 16,6 m p=0,6043
Nu exprimă mutația EGFR	253	6,6% vs 9,8% [-10,5%, 4,4%]	RR 1,24 [0,94, 1,64] 1,7 m vs 2,6 m p=0,1353	RR 1,02 [0,78, 1,33] 6,4 m vs 6,0 m p=0,9131
Asiatici ^c	323	19,7% vs 8,7% [3,1%, 19,2%]	RR 0,83 [0,64, 1,08] 2,9 m vs 2,8 m p=0,1746	RR 1,04 [0,80, 1,35] 10,4 m vs 12,2 m p=0,7711
Non-asiatici	1143	6,2% vs 7,3% [-4,3%, 2,0%]	RR 1,12 [0,98, 1,28] 2,0 m vs 2,7 m p=0,1041	RR 1,01 [0,89, 1,14] 6,9 m vs 6,9 m p=0,9259

- ^a Valorile prezentate sunt pentru gefitinib comparativ cu docetaxel.
- ^b „m” reprezintă mediana în luni. Numerele din parantezele pătrate corespund unor intervale de încredere de 96% pentru supraviețuirea globală, sau, în celelalte cazuri, intervalului de încredere de 95% pentru RR
- ^c Intervalul de încredere complet se află sub limita de non-inferioritate de 1,154
- N Număr de pacienți randomizați.
- HR Rata riscului (rata riscului <1 în favoarea gefitinibului).

Figurile 1 și 2 Rezultatele eficacității în subgrupurile de pacienți non-asiatici în studiul INTEREST (N = Număr de pacienți randomizați)



Analiză neajustată Populație PP pentru factori clinici Populație ITT pentru biomarkeri



Analiză neajustată Populație EFR

Studiul randomizat de fază III ISEL a fost efectuat la pacienți cu NSCLC (non small cell lung cancer) avansat, care au urmat anterior 1 sau 2 cure de chimioterapie și au fost refractari sau au avut intoleranță la cea mai recentă cură. Gefitinib plus cel mai bun tratament de susținere a fost comparat

cu placebo plus cel mai bun tratament de susținere. Administrarea de gefitinib nu a dus la creșterea supraviețuirii în populația totală. Rezultatele cu privire la supraviețuire se deosebesc în funcție de statusul fumător sau nefumător și de originea etnică (vezi Tabelul 6).

Tabelul 6. Rezultatele eficacității gefitinib comparativ cu placebo în studiul ISEL

Populație	N	Rata Răspunsului Obiectiv și Î 95% pentru diferențele dintre tratamente ^a	Timpu până la eșecul tratamentului ^{a,b}	Criteriul final primar Supraviețuire globală ^{a,b,c}
Generală	1692	8,0% vs 1,3% [4,7%, 8,8%]	RR 0,82 [0,73, 0,92] 3,0 m vs 2,6 m p=0,0006	RR 0,89 [0,77, 1,02] 5,6 m vs 5,1 m p=0,0871
Exprimă mutația EGFR	26	37,5% vs 0% [-15,1%, 61,4%]	RR 0,79 [0,20, 3,12] 10,8 m vs 3,8 m p=0,7382	RR NC NR vs 4,3 m
Nu exprimă mutația EGFR	189	2,6% vs 0% [-5,6%, 7,3%]	RR 1,10 [0,78, 1,56] 2,0 m vs 2,6 m p=0,5771	RR 1,16 [0,79, 1,72] 3,7 m vs 5,9 m p=0,4449
Nefumători	375	18,1% vs 0% [12,3%, 24,0%]	RR 0,55 [0,42, 0,72] 5,6 m vs 2,8 m p<0,0001	RR 0,67 [0,49, 0,92] 8,9 m vs 6,1 m p=0,0124
Fumători	1317	5,3% vs 1,6% [1,4%, 5,7%]	RR 0,89 [0,78, 1,01] 2,7 m vs 2,6 m p=0,0707	RR 0,92 [0,79, 1,06] 5,0 m vs 4,9 m p=0,2420
Asiatici ^d	342	12,4% vs 2,1% [4,0%, 15,8%]	RR 0,69 [0,52, 0,91] 4,4 m vs 2,2 m p=0,0084	RR 0,66 [0,48, 0,91] 9,5 m vs 5,5 m p=0,0100
Non-asiatici	1350	6,8% vs 1,0% [3,5%, 7,9%]	RR 0,86 [0,76, 0,98] 2,9 m vs 2,7 m p=0,0197	RR 0,92 [0,80, 1,07] 5,2 m vs 5,1 m p=0,2942

^a Valorile prezentate sunt pentru gefitinib comparativ cu placebo.

^b „m” reprezintă mediana în luni. Numerele din parantezele pătrate corespund intervalului de încredere de

95 % pentru RR

^c Testul statistic Log-rank pentru populația totală; în restul cazurilor modelul Cox.

^d Etnici asiatici exclusiv pacienți de origine indiană și se referă la originea rasială a grupului de pacienți și nu neapărat la locul de naștere.

N Număr de pacienți randomizați.

NC Necalculat pentru rata riscului de supraviețuire globală, deoarece numărul de evenimente este prea mic.

NR Neatins.

HR Rata riscului (rata riscului<1 în favoarea gefitinibului).

Studiul IFUM, cu un singur braț, multicentric, efectuat la pacienți aparținând rasei albe (n=106) diagnosticați cu NSCLC cu mutație activatoare sensibilă a EGFR a avut ca obiectiv confirmarea similarității activității gefitinib la populația aparținând rasei albe cu cea observată la populația aparținând rasei galbene. Rezultatele studiului au arătat o Rată a Răspunsului Obiectiv (RRO) evaluată de către investigatori de 70% și o supraviețuire fără progresia (SFP) bolii de 9,7 luni. Aceste rezultate sunt similare cu cele înregistrate în studiul IPASS.

Statusul mutației EGFR și caracteristicile clinice

Într-o analiză multivariată efectuată la 786 pacienți caucazieni din studiile cu gefitinib, caracteristicile clinice de nefumător, aspectul histologic de adenocarcinom și sexul feminin s-au dovedit a fi factori predictivi independenți ai statusului mutațional EGFR* (vezi Tabelul 7). De asemenea, pacienții asiatici au o incidență crescută a tumorilor care exprimă mutația EGFR.

Tabelul 7. Sumarul analizei multivariate prin regresie logistică care identifică factorii predictivi pentru exprimarea mutațiilor EGFR la 786 de pacienți caucazieni*

Factori predictivi pentru exprimarea mutației EGFR	Valoarea p	Probabilitatea unei mutații EGFR	Valoarea predictivă pozitivă (9,5% din populația totală exprimă mutații EGFR (M+))
Status fumător	<0,0001	De 6,5 ori mai mare la persoanele care nu au fumat niciodată față de fumători	28/70 (40%) din persoanele nefumătoare au M+ 47/716 (7%) din fumători au M+
Aspect histologie	<0,0001	De 4,4 ori mai mare în caz de adenocarcinom față de absența aspectului histologic de adenocarcinom	63/396 (16%) din pacienții cu aspect histologic de adenocarcinom au M+ 12/390 (3%) din pacienții fără aspect histologic de adenocarcinom au M+
Sex	0,0397	De 1,7 ori mai mare la femei față de bărbați	40/235 (17%) din femei au M+ 35/551 (6%) din bărbați au M+

*din următoarele studii: INTEREST, ISEL, INTACT 1 și 2, IDEAL 1 și 2, INVITE

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

După administrarea orală, absorbția este moderat lentă, iar concentrațiile plasmatice maxime de gefitinib se ating de obicei după 3 până la 7 ore de la administrare. Biodisponibilitatea absolută medie este de 59% la pacienții cu neoplasm. Expunerea la gefitinib nu este semnificativ influențată de alimente. Într-un studiu efectuat la voluntari sănătoși la care pH-ul gastric a fost menținut peste valoarea de 5, expunerea la gefitinib a fost redusă cu 47%, cel mai probabil din cauza solubilității reduse a gefitinibului în stomac (vezi pct. 4.4 și 4.5).

Distribuție

La starea de echilibru, gefitinibul are un volum mediu de distribuție de 1400 l, ceea ce indică o distribuție tisulară extensivă. Legarea de proteinele plasmatice se face în proporție de aproximativ 90%. Gefitinibul se leagă de albumina serică și de alfa 1-glicoproteina acidă serică.

Datele *in vitro* indică faptul că gefitinibul este un substrat pentru proteina membranară de transport gpP.

Metabolizare

Datele obținute *in vitro* indică faptul că CYP3A4 și CYP2D6 sunt principalele izoenzime ale citocromului P450 implicate în metabolismul oxidativ al gefitinibului.

Studiile *in vitro* au indicat faptul că gefitinibul are un potențial limitat de a inhiba CYP2D6. Nu au fost evidențiate efecte de inducție enzimatică ale gefitinibului în studiile la animale și nicio inhibare semnificativă (*in vitro*) a altor enzime ale citocromului P450.

La om, gefitinibul este metabolizat extensiv. Au fost identificați complet cinci metaboliți în secreții și 8 în plasmă. Principalul metabolit identificat a fost O-desmetil gefitinib, care este de 14 ori mai slab decât gefitinibul în inhibarea creșterii celulare stimulate de EGFR și nu are un efect inhibitor asupra creșterii celulelor tumorale la șoareci. De aceea, se consideră că este puțin probabil să contribuie la activitatea clinică a gefitinibului.

In vitro, s-a demonstrat că O-desmetil gefitinibul se produce pe calea CYP2D6. Rolul CYP2D6 în clearance-ul metabolic al gefitinibului a fost evaluat într-un studiu clinic la voluntari sănătoși cu

genotip pentru statusul CYP2D6. La metabolizatorii lenți nu au apărut concentrații măsurabile ale O-desmetil gefitinibului. Nivelele de expunere la gefitinib obținute atât în grupul de metabolizatori rapizi, cât și în cel de metabolizatori lenți, au fost largi și superpozabile, dar expunerea medie la gefitinib a fost de 2 ori mai mare în grupul metabolizatorilor lenți. Expunerile medii mai mari care ar putea fi obținute la subiecți fără activitate CYP2D6 ar putea fi relevante din punct de vedere clinic, deoarece reacțiile adverse sunt legate de doză și de expunere.

Eliminare

Gefitinibul se excretă în principal sub formă de metaboliți în materiile fecale, eliminarea renală a gefitinibului și a metaboliților reprezentând mai puțin de 4% din doza administrată.

Clearance-ul plasmatic total al gefitinibului este de aproximativ 500 ml/min, iar timpul mediu terminal de înjumătățire plasmatică prin eliminare este de 41 de ore la pacienții cu neoplazii. Administrarea o dată pe zi a gefitinibului duce la acumularea substanței în proporție de 2 până la 8 ori, cu o stare de echilibru plasmatic atinsă după 7-10 doze. La starea de echilibru, concentrațiile plasmatice se mențin de obicei într-un interval de două până la trei ori peste intervalul de dozaj de 24 de ore.

Grupe speciale de pacienți

Analiza datelor de farmacocinetică la pacienții cu neoplazii nu a identificat corelații între concentrația plasmatică minimă anticipată la starea de echilibru și vârsta pacientului, greutatea corporală, sexul, rasa sau clearance-ul creatininei (peste 20 ml/min).

Insuficiență hepatică

Într-un studiu deschis de fază I, cu doză unică de gefitinib de 250 mg, efectuat la pacienți cu insuficiență hepatică ușoară, moderată sau severă (conform clasificării Child-Pugh) de etiologie cirotică, a fost observată o creștere a expunerii la gefitinib în toate grupurile de pacienți, comparativ cu subiecții sănătoși din grupul de control. La pacienții cu insuficiență hepatică moderată și severă a fost observată o creștere medie de 3,1 ori a expunerii la gefitinib. Niciunul dintre pacienți nu avea cancer, toți pacienții prezentând ciroză hepatică, iar unii hepatită. Având în vedere faptul că reacțiile adverse sunt legate de doză și de expunerea la gefitinib, această creștere a expunerii poate fi semnificativă clinic.

Gefitinibul a fost evaluat într-un studiu clinic care a inclus 41 de pacienți cu tumori solide și funcție hepatică normală sau cu afectare hepatică moderată sau severă (clasificată în conformitate cu gradele Common Toxicity Criteria pentru AST, fosfatază alcalină și bilirubină) prin metastaze hepatice. S-a demonstrat că, după administrarea zilnică a 250 mg de gefitinib, timpul până la atingerea stării de echilibru, clearance-ul plasmatic total (C_{maxSS}) și expunerea la starea de echilibru (ASC_{24SS}) au fost similare în grupele de pacienți cu funcție hepatică normală și disfuncție hepatică moderată. Datele obținute de la 4 pacienți cu afectare hepatică severă prin metastaze hepatice au sugerat faptul că, la acești pacienți, expunerile la starea de echilibru sunt, de asemenea, similare celor observate la pacienții cu funcție hepatică normală.

5.3 Date preclinice de siguranță

Reacțiile adverse neraportate în studiile clinice, dar observate la modelele animale la niveluri de expunere similare nivelurilor clinice de expunere care ar putea avea relevanță pentru utilizarea clinică, sunt următoarele:

- Atrofie corneană și translucență corneană
- Necroză papilară renală
- Necroză hepatocelulară și infiltrat cu eozinofile și macrofage în sinusoid

Datele obținute din studiile non-clinice (*in vitro*) indică faptul că gefitinib are potențial de inhibare a procesului repolarizării acțiunii potențiale cardiace (intervalul QT). Experiența clinică nu a evidențiat o asociere cauzală între prelungirea intervalul QT și gefitinib.

La doza de 20 mg/kg și zi s-a observat o reducere a fertilității la femelele de șobolan.

Studiile publicate au demonstrat că șoarecii modificați genetic la care EGFR nu este exprimat, prezintă defecte de dezvoltare produse de imaturitatea epitelului în numeroase organe printre care se numără pielea, sistemul digestiv și plămâni. Administrarea gefitinibului în timpul organogenezei nu a determinat efecte asupra dezvoltării embrio-fetale la șobolanii la care s-a administrat doza maximă (30 mg/kg și zi). Cu toate acestea, la iepuri s-a observat reducerea greutatei fetale la doze de 20 mg/kg și zi și mai mari. La nici una dintre specii nu s-au raportat malformații induse de medicament. Administrarea de gefitinib la șobolani, pe toată durata perioadei de gestație și a nașterii, a fost asociată cu o reducere a duratei de supraviețuire a puilor la doza de 20 mg/kg și zi.

După administrarea orală de gefitinib marcat cu carbon-14 la șobolani care alăptează, la 14 zile post-partum, concentrația în lapte a substanței radiomarcate a fost de 11-19 ori mai mare decât cea din sânge.

Gefitinibul nu a demonstrat potențial genotoxic.

Un studiu de carcinogenitate cu durată de 2 ani efectuat la șobolani, a indicat o creștere ușoară dar semnificativă statistic a adenoamelor hepatocelulare atât la masculii cât și la femelele de șobolan, precum și a hemangiosarcomelor ganglionare mezenterice la femelele de șobolan, dar numai la doza maximă administrată (10 mg/kg și zi). De asemenea, adenoame hepatocelulare au fost observate într-un studiu de carcinogenitate de 2 ani efectuat la șoareci, care a demonstrat o creștere mică a incidenței acestei anomalii la șoarecii masculi cărora li s-a administrat jumătate de doză, și la ambele sexe pentru doza maximă administrată. Efectele au atins pragul de semnificație statistică pentru femelele de șoarece, dar nu și pentru masculii. Atât la șobolani cât și la șoareci, nu a existat o marjă de expunere clinică la dozele care nu au efect terapeutic. Relevanța acestor rezultate pentru uzul clinic nu este cunoscută.

Rezultatele unui studiu de fototoxicitate *in vitro* a demonstrat că gefitinibul poate avea potențial fototoxic.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Nucleul comprimatului

Lactoză monohidrat
Celuloză microcristalină (E460)
Croscarmeloză sodică (E468)
Povidonă K-30 (E1201)
Laurilsulfat de sodiu
Stearat de magneziu

Filmul comprimatului

Alcool polivinilic (E1203)
Macrogol 3350 (E1521)
Talc (E553b)
Dioxid de titan (E171)
Oxid galben de fer (E172)
Oxid roșu de fer (E172)

6.2 Incompatibilități

Nu este cazul.

6.3 Perioada de valabilitate

3 ani

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

Acest medicament nu necesită condiții speciale de păstrare.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Blistere cu doză unică din PVC-PE-PVdC/Al a 10 comprimate filmate. Cutie cu trei blistere învelite într-o pungă din PET/Al/PE.

Mărimi de ambalaj: cutii cu 30 comprimate filmate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor

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

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Labormed-Pharma S.A.
Bd. Theodor Pallady nr. 44B, Sector 3, București
România

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

15137/2023/01

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: Decembrie 2018
Data ultimei reînnoiri a autorizației: Septembrie 2023

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Septembrie 2023